

arsenalen har vi med våra blygsamma fem operationssalar förhindrat att årligen belasta atmosfären med 1–1,5 ton lustgas. Detta initiativ har renderat oss ett miljöpris från landstinget.

Vår enda indikation för lustgas

För närvarande använder vi lustgas på en enda indikation, och det är ischemisk smärta från manschettryck vid extremitetskirurgi. I detta sammanhang behöver man ofta öka opioidtillförseln så mycket att det även med ett kortverkande medel som remifentanil ändå blir en lång återhämtningstid. Här kan lustgasen skänka ett bidrag, men vi väntar då med tillägget av lustgas tills vi behövt åtminstone dubblera opioidtillförseln. Denna avvaktan motiveras av en relativt snabb utveckling av takyfylaxi för lustgas [10].

Sammanfattningsvis tjänar alla på att vi undviker lustgas så långt möjligt, och vi kan göra det med bibehållen eller ökad narkoskvalitet.

Referenser

1. Lindstedt G. Lustgas kan utlösa kobolaminbrist. Vitamin B₁₂ enkelt och billigt motmedel. Läkartidningen 1999; 96: 4801-5.
2. Eger EI II, Saidman LJ, Brandstater B. Minimum alveolar anesthetic concentration: A standard of anesthetic potency. Anesthesiology 1965; 26: 756-63.
3. Quasha AL, Eger EI II, Tinker JH. Determination and applications of MAC. Anesthesiology 1980; 53: 315-34.
4. Hogue CW Jr, Bowdle TA, O'Leary C, Duncalf D, Miguel R, Pitts M et al. A multicenter evaluation of total intravenous anesthesia with remifentanil and propofol for elective inpatient surgery. Anesth Analg 1996; 83: 279-85.
5. Divatia JV, Vaidya JS, Badwe RA, Hawaldar RW. Omission of nitrous oxide during anesthesia reduces the incidence of postoperative nausea and vomiting. A meta-analysis. Anesthesiology 1996; 85: 1055-62.
6. Nilsson A. Midazolam in total intravenous anaesthesia. Pharmacodynamic and pharmacokinetic aspects [dissertation]. Uppsala: Uppsala University, 1987.
7. Hoerauf KH, Wiesner G, Schroegendorfer KF, Jobst BP, Spacek A, Harth M et al. Waste anaesthetic gases induce sister chromatid exchanges in lymphocytes of operating room personnel. Br J Anaesth 1999; 82: 764-6.
8. Dale O. Inhalational anesthetics and the global environment. Acta Anaesthesiol Scand 1991; 35: 40-1, suppl 96.
9. Lindman M. Beslut 246-623-94. Punkt 8: Utsläpp av lustgas skall om möjligt begränsas. Länsstyrelsen Uppsala län 1996-12-06.
10. Ramsay DS, Brown AC, Woods SC. Acute tolerance to nitrous oxide in humans. Pain 1992; 51: 367-73.

Nog med surt regn över psykiatrin!

Psykiatriska föreningen om psykiatridebatten

I debatten om de nedlagda mentalsjukhusen, Psykiatireformen och dagens biologiska psykiatri efterlystes ett uttalande från Svenska psykiatriska föreningen. Finns en klyfta inom kåren eller står kombattanterna mer ensamma på sina kanter? Ordföranden och vice ordföranden i Svenska psykiatriska föreningen kommenterar här debatten mellan Markus Heilig och Karl Grunewald m fl.

Psykiatri utgör en utmaning för mänskligt vetande eftersom ämnet sträcker sig från breda humanistiska/filosofiska perspektiv till medicinska/naturvetenskapliga. Psykiatrer måste i större utsträckning än andra specialister kunna använda subjektiv inlevelse och objektivt registrerande för att med patienternas förtroende lotsa dem mot bot och bättring. Det är egentligen inte alls förvånande att det av och till uppstår diskussioner och meningsskiljaktigheter om vad som är psykiatrins viktigaste uppgifter och arbetsmetoder.

Gränsen är oklar

Mellan psykiatri och socialvård har det alltid funnits en oklar gräns och ett ingenmansland, som båda i tider av välstånd gjort anspråk på men i tider av knapphet skjutit över till varandra. Medan deras respektive huvudmän är väl avgränsade organisationer, så kan ingen exakt säga var socialpsykiatrin slutar och var psykosocialt arbete börjar.

Författare

HENRIK NYBÄCK

universitetslektor, överläkare, Karolinska institutet och Jakobsbergs sjukhus, Järfälla; ordförande i Svenska psykiatriska föreningen
e-post: henrikn@psyk.ks.se

LIL TRÄSKMAN-BENDZ

professor, överläkare, institutionen för klinisk neurovetenskap, Universitetssjukhuset, Lund; vice ordförande i Svenska psykiatriska föreningen.

DEBATT

”Mellan psykiatri och socialvård har alltid funnits en oklar gräns och ett ingenmansland, som båda i tider av välstånd gjort anspråk på men i tider av knapphet skjutit över till varandra. Det är egentligen inte alls förvånande att det av och till uppstår diskussioner och meningsskiljaktigheter om vad som är psykiatrins viktigaste uppgifter och arbetsmetoder.”

Psykiatireformen har, som Svenska psykiatriska föreningen skrivit i sitt remissyttrande till Socialstyrelsens utvärdering (1999:1), kommit som en logisk fortsättning på nedläggningen av mentalsjukhusen. Reformen påbjuder att gränsområdet mellan socialvård och psykiatri delas på så vis att kommunerna tar över ansvaret för boende och dagliga sysselsättningar, medan psykiatrin ansvarar för den medicinska behandlingen, alltså diagnostik, farmakoterapi, samtalsstöd och, tillsammans med primärvården, tillsyn av den kroppsliga hälsan.

Redan 1906 skrev Kungl Medicinalstyrelsen i Råd och anvisningar att psykiskt sjuka »naturligtvis fordra en viss omvårdnad, tillsyn och uppsättning, ett hänsynsfullt bemötande samt, där flera vistas tillsammans, vissa efter deras tillstånd afpassade lokala anordningar men knappast sjukvård i inskränkt be-

märkelse. Dessa tillhör det de anhöriga eller fattigvården att omhändertaga».

Gjorde nytta också

Men de stora institutionerna byggdes upp runt om i landet. Syftet med mentalsjukhusen var efter sin tids kunskap och värderingar humanitärt och välmenande. Det är lätt att förstå att många psykiatrer, som framgångsrikt botade och behandlade svåra patienter på mentalsjukhusen, har svårt att känna igen alla skräckskildringar från hospitalens tid. Någon gång behöver det också sägas att mentalsjukhusen gjorde stor nytta för många patienter och anhöriga, och att många läkare, psykologer, sjuksköterskor och mentalskötare besjälades av engagemang och kunskap i sitt arbete med enkla metoder för svårt sjuka.

Markus Heilig har i en visionsartikel i Läkartidningen (41/99) om psykiatrin inför 2000-talet och på DN Debatt (10/10-99) pläderat för en fastare förankring av psykiatrin inom den medicinska vetenskapen. Han beskriver den snabba utveckling som nu sker av kunskapen om psykiska sjukdomars neurofysiologi och molekylärbiologi, liksom om deras behandling med farmakologiska och terapeutiska metoder.

Men Heilig har, som många andra, sett psykiatrins patienter bland hemlösa uteliggare och tar dem som utgångspunkt för kritik av psykiatrireformens försök att stötta de utskrivna patienterna i samverkan mellan socialtjänst och öppenvårdspsykiatri. Han går till direkt angrepp mot avinstitutionaliseringens nestor Karl Grunewald. Filipe Costa och Ulf Brinck (LT 47/99), med mångårig erfarenhet av socialpsykiatrisk inriktad vård, fruktar att klockan ska vridas tillbaka och rycker ut till Psykiatrireformens försvar.

Grunewald undrar om psykiaterkåren stilla applåderar Heiligs åsikter och avslutar sitt inlägg med att kräva ett uttalande från Svenska psykiatriska föreningen.

Gemensamt huvudmannaskap?

Psykiatriska föreningens uppfattning är att Psykiatrireformen liksom Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är välkomna för att jämställa psykiska handikapp med andra funktionshinder som t ex utvecklingsstörning och kroppsliga krämpor. Runt om i landet finns goda exempel där lagarna haft önskad effekt, men det finns också kommuner och kliniker som inte kommit igång eller inte kommit överens om hur samarbetet kring patienterna/klienterna ska ske.

Vi håller med Costa och Brinck om att mycket större ansträngningar måste göras för att ambitionerna med refor-

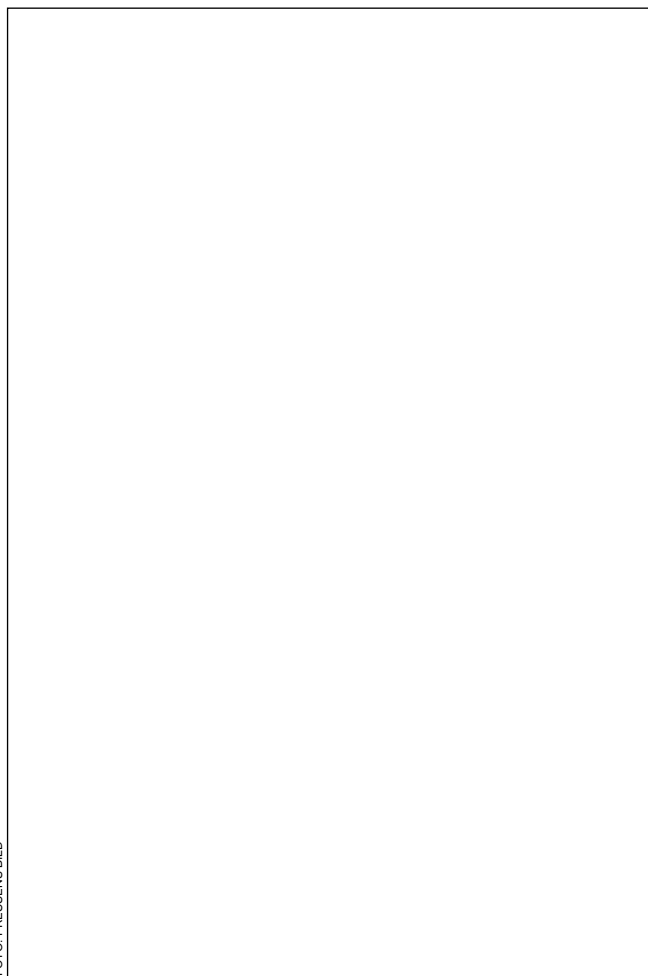


FOTO: PRESSENS BILD

Figur 1. Psykiatriskt behandlingshem – mentalsjukhus i ny skepnad? Långt från hemorten, långt från psykiatrireformen.

men ska kunna realiserars. Reformarbetet är ännu bara i sin början. Men psykiatrin och socialtjänsten är delar av stora organisationer med skilda kulturer och traditioner. Vi i sjukvården kräver mer vetenskapligt beprövade metoder och utvärdering av behandlingseffekter, medan kommunerna arbetar efter konsensus om välfärd och aktuell socialpolitik. Ett gemensamt huvudmannaskap som man har t ex i Finland och andra länder skulle givetvis underlätta det professionella och organisatoriska arbetet.

Passar inte vuxenpsykiatrin

Med all respekt för Grunewalds stora erfarenhet från arbetet med att integrera de psykiskt utvecklingsstörda i samhället måste vi konstatera att hans modell inte i alla delar är tillämplig inom vuxenpsykiatrin. Målgruppen, psykiatrins patienter, är en mer heterogen grupp, det finns specifika farmakologiska och andra behandlingsmetoder, och tillstånden varierar betydligt mer över tid, så att det som vid en tidpunkt ser ut som ett »stadigvarande funktionshinder» visar sig vara högst fluktuerande.

Grunewald, liksom Costa och

Brinck, har givetvis rätt i sin beskrivning av hur många mental-sjukhuspatienter blev hospitaliserade och berövade samhällsgemenskap. Ingen, mer än rubriksättare över debattartiklar, vill ha mental-sjukhusen tillbaka. Dessvärre får kritiker av mental-sjukhusen gärna efter sig en svans av kritiker av psykiatrin i sin helhet – personer som helst inte vill se att psykiska sjukdomar och psykiskt lidande finns i så stor utsträckning som de trots allt gör. Psykiatriska diagnoser är till skillnad från somatiska stigmatiserande och användbara som inaktiv. Efter slagorden »Riv mentalsjukhusen» syns nu »Riv de omänskliga psykiavdelningarna!»

(DN 18/9-99). Surt regn faller av och till över vår specialitet.

Platsantalet styr definitionerna

Slagord behövs kanske för att väcka intresse och tydliggöra positioner men de riskerar att polarisera debatten och onyanserat dela in psykiaterkåren och dess medarbetare i olika läger. Det är lätt att ryckas med av Heiligs intellekt och frispråkighet, men påståendet att Psykiatrireformen skulle ha lett till en »aldrig tidigare skådad misär för de psykiskt sjuka» är både historielöst och ovetenskapligt.

Det oprecisa begreppet »psykiatrisk färdigbehandlad» antyder att alla psykiatrer skulle kunna fastställa exakt när en patients behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård upphör. Med den platsneddragning som skett inom psykiatrin före, under och efter mentalsjukhusens nedläggning riskerar definitionen av begreppet färdigbehandlad styras mer av trängseln på avdelningarna än av psykiatrisk kunskap. Till och med ledande representanter för patientorganisationer har sagt att »nu har smärtgränsen nåtts» när det gäller reduktionen av slutenvårdsplatser.

Vi har, liksom Grunewald (LT 10/

99), noterat att mindre mentalsjukhusliknande behandlingshem eller vårdboenden, ofta långt från hemkommunen, uppstått och används i stället för de gruppboenden och skyddade lägenheter i närmiljön som psykiatireformen avsåg (Figur 1).

Grunewald ogillar begreppet socialpsykiatri och Costa och Brinck tycker inte om Heiligs begrepp specialistpsykiatri trots att psykiatrin efter Psykiatireformen rimligtvis måste bli en något snävare och mer specialiserad verksamhet än före reformen. Psykiatrin har i den utvecklingen också börjat förtydliga sig i förhållande till primärvården, som enligt reformen både ska vara en väsentlig samarbetspart för den lättare psykiatrin och tillgodose de psykiskt sjukas kroppsliga hälsa.

Primärvården kan!

Det är förvånande att Costa och Brinck har så lätt att ställa krav på socialtjänsten samtidigt som de inte tror att primärvården har några möjligheter att »lyssna in sig på psykosociala problem». I Socialstyrelsens utvärdering framhålls klart att »en viktig del i reformen var att psykiatrin och primärvårdens insatser skulle samordnas med sociala insatser».

Vi studsar, slutligen, liksom Heilig, inför Costas och Brincks påstående att ingen skulle kunna »dra gränsen mellan psykisk sjukdom och tyngden som en människa kan känna från allvarliga livsproblem». Det är ju om denna gränsdragning som vi börjar undervisa redan på grundkursen i psykiatri för att sedan förfina den under AT- och ST-tjänstgöringen till psykiatriker. Det är för övrigt en undervisning som vi är skyldiga att föra vidare till patienter, anhöriga och allmänhet och inte minst våra samarbetsparter inom socialtjänsten.

Kunskaperna behöver spridas

Visst kan vi tillägna oss den juridiska och kommunala terminologin med »psykiska störningar» och »psykiska funktionshinder», men vi ser ingen anledning att avstå från att öka den psykiatriska allmänbildningen genom att föra vidare vår kunskap om sjukdomar, diagnoser, orsaker, symtom, förlopp och behandlingar. Handläggare inom socialtjänsten, bostödjare och personliga ombud efterfrågar sådan kunskap.

Den motsättning mellan »meningskapande relationsarbete i patientens vardagsmiljö» och »medikalisering av psykiatrin» som Costa och Brinck upplever ser vi som förlegad och onödigt polariserad. Att den biologiska och den sociala verkligheten är olika sidor av samma mynt är nog majoriteten av de kliniskt verksamma psykiaternas, de som vi företräder, medvetna om. •

Psykiatrin goda "asyler" som samhällets städgumma

I ett försök att frisera sitt önskemål om att återfå mentalsjukhusen ger Markus Heilig nu (Läkartidningen 47/99) den »goda» asylen en småskalig form: »lasarettskliniker, behandlingshem, gruppboende». »Litet och vackert» döljer dock inte att det handlar om samma förvaringsfunktion, helst runt om i landet, bortom horisonten.

Vad Heilig mångordigt pläderar för är en forsknings- och evidensbaserad medicinsk kultur förankrad på sjukhus. Vidare vill han ha tillbaka en arbetsfördelning där de »goda» asylerna åtar sig att vara samhällets städgumma och härbärgera allt grus i samhällsmaskineriet medan *Kliniken* i städad miljö praktiserar kunskapsexplosionen.

Heilig visar ett dramaturgiskt anlag när han i den oantastliga humanismens namn (de sjukas misär och undergång) lyckas agera ut på den offentliga scenen sina professionella intressen så att många andra får goda grunder att komma till hans undsättning. Det är här som Heilig framträder som skicklig demagog i rädlans, oförmågans och mörkrets tjänst.

Rädslan – hos många som skräms inför det okända, som inte vet hur man skall förhålla sig till lidandet runt omkring och som likställer social misär inte med en pågående social nedrustning utan med sjukhusets nedläggning för länge sedan. Förtvivlan – hos anhöriga som tvingas att ta ansvar för sina sjuka närstående. Oförmågan – hos många inom socialtjänsten och psykiatrin som inte får, kan eller vill vara solidariska med de psykiskt långtidssjukas öde. Uteslutningen, »omhändertagandet», av alla som stör får också mångas

Författare

FILIPPE COSTA

psykiatrichef, chefsöverläkare

ULF BRINCK

fd sekreterare i Psykiatriutredningen, leg psykolog, samordnare psykiatri-socialtjänst; båda Södra Stockholms produktionsområde.

DEBATT

medhåll. Från försäkringskassan, som slipper svärge genomförbara, kostsamma rehabiliteringar; från bostadsbolagen, som kan röja undan alla som inte skall bo i bostadskvarteren; från polisen som lider av krympande resurser, från stadsdelsnämnderna som har det svårt både med budget och motivation, från psykiatriska vårdarbetare som älskar hänskjutningsprincipen »helst någon annanstans, inte här», m fl.

Under debattens gång har Heilig läst skriften »Svensk psykiatri inför 90-talet. En lägesbeskrivning, sammanställd för 1989 års psykiatriutredning», från Svenska psykiatriska föreningens (SPF) styrelse. Heilig konstaterar att hans »egen analys och oro» redan fanns »formulerad där, kanske mindre polemiskt, men i gengäld mera utarbetat, och tio år tidigare».

Heilig har fel. SPF:s skrift var mycket polemisk. Vi hade då genomgått en period av samhällsekonomisk expansion. Offentlig sektor växte oavbrutet, välfärdsstaten tycktes stå på solid grund, omfördelningspolitik var ett ord i alla politikernas mun. Sektorspsykiatrin hade starka positioner. Det var i det läget som SPF kritiserade sektorspsykiatrin, den psykodynamiska psykiatrin, teamspsykiatrin och bl a pläderade för mentalsjukhuset. Diagnostik, specialisering och psykofarmakologins kunskapsexplosion framhävdes.

Nya »sanningar» gångbara idag

Tio år har gått. Heilig får trösta sig med att nu är hans tid inne. Det är hans tur att »förföra massmedia», denna gång med lättköpta »sanningar». Paradoxalt nog kan psykiatireformens implementering vara en förutsättning (bättre än den goda asylen) för Heiligs vision. Läkemedelsindustrins frammarsch, allmänhetens hopp om medicinska lösningar (jfr de ökade läkemedelskostnaderna) samt budgetnedskärningar med efterföljande centralisering av resurser bäddar för en remedikalisering och reinstitutionalisering. Slutet gott, allting gott och denna gång helt i Heiligs smak.

Avslutningsvis undrar vi stillsamt om inte Markus Heilig framöver borde rikta sin energi och reformiver främst mot det egna vårdområdet. •