

Efter Socialstyrelsens kritik mot långa permissioner för tvångsvårdade:

# Byt ut psykiatrin mot något bättre eller ändra på lagstiftningen!

Socialstyrelsen har konstaterat att de nya reglerna för permission från psykiatrisk tvångsvård enligt LPT och LRV inte fått avsedd effekt. Om det nu är så att psykiatrin inte klarar uppdraget att få alla psykospatienter att medverka i behandling frivilligt då kan problemet åtgärdas på två sätt: byt ut psykiatrin mot något bättre eller ändra på lagstiftningen. Det skriver Sten Levander med anledning av en rapport från Socialstyrelsen.

## STEN LEVANDER

professor i allmänpsykiatri, specialist i allmän- och rättspsykiatri, chefsöverläkare, rättspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
*Sten.Levander@psyk.mas.lu.se*

■ Av Socialstyrelsens rapport »Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård – Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av ändrad reglering« framgår att de nya reglerna för permission från psykiatrisk tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) inte har fått avsedd effekt. Rapporten visar också att antalet LRV-dömda patienter ökat med 30 procent på fem år och att det föreligger stora regionala skillnader i tillämpningen av permissionsreglerna (= rättsosäkerhet).

## Försiktighetsprincipen?

Socialstyrelsen har anlitat ett vetenskapligt råd (vem det är anges inte) som konstaterar att det inte finns något entydigt vetenskapligt svar på frågan om schizofrena patienters kognitiva invaliditet ökar med varje ny akut episod, och att det behövs successivt högre neuroleptikadoser för att uppnå samma kliniska effekt. Myndigheter brukar vara kvicka att tillämpa »försiktighetsprincipen« – här passar den tydligen inte trots att mycket i den vetenskapliga litteraturen talar för att farhågorna är högst befogade.

## Akuta episoder av schizofreni

Den viktigaste enskilda behandlingskomponenten för att förebygga akuta episoder vid schizofreni är kontinuerlig neuroleptikamedicinering. Det vanligaste symtomet vid schizofreni är brist på insikt. Det gör uppgiften att få till en behandlingsallians på frivillig bas svår i de flesta fall och omöjlig i många fall. Den akuta episoden är starkt kopplad till

framför allt LRV-patienters brottslighet, främst våldsbrottslighet. Akuta episoder bör alltså förhindras så långt det är möjligt – för patienternas egen skull men också av samhällsskyddsskäl.

## Tät kontakt med patienterna

I den mån en akut episod utvecklas, med eller utan läkemedelsbehandling, måste vi ha så tät kontakt med patienterna att vi kan fånga upp den tidigt. Det kan vi inte om patienterna inte kommer till mottagningarna. Är det dessa svårigheter som gör att vi tvingas ha patienterna inlåsta på obegränsad tid, därför att vi vet att de inte frivilligt kommer att medverka i poliklinisk kontakt som innehåller läkemedelsbehandling? Är det därför antalet LRV-patienter har ökat så brant?

## Föraktfullt om tvång

Socialstyrelsens föraktfulla kommentar att »en sådan [behandlings]allians utvecklas knappast med hjälp av tvång och polisiära ingripanden« påminner om Margot Wallströms famösa artikel för ett antal år sedan, i vilken jag räknade värdeomdömen – jag fann 30 totalt. Alla tio rörande psykiatrin var negativa, kommunerna fick fem ros och fem ris, patientföreningarna bara ros.

Socialstyrelsens kritik av rättspsykiatrin i DN för ett år sedan – upprepade gånger kommenterad av bl a Henrik Belfrage i Läkartidningen, är på samma linje. Missförståndet har klarats upp och Socialstyrelsen har fått backa helt från sin orimliga tolkning – att den rättspsykiatriska vården skulle sakna effekter.

## Om psykiatrin inte klarar uppdraget

Om det nu är så att psykiatrin inte klarar uppdraget – att få alla psykospatienter att medverka i behandling frivilligt – och i det läget saboterar en lagstiftning som kräver att patienterna hålls inlåsta på institution under obegränsad tid, då kan

problemet åtgärdas på två sätt: byt ut psykiatrin mot något bättre, eller ändra lagstiftningen.

Socialstyrelsen som tidigare i texten förklarade att »tvång och polisiära åtgärder« inte är lämpliga tänker nu använda just sådana metoder mot psykiatrin: ökad tillsyn, ytterligare skärpning av regelverket, avbasning av försumliga.

## Tvång utan inlåsning

Det råder förvisso inga lysande tider för psykiatrin. Man vill tydligen göra ont ännu värre, hellre än att påminna Lars Engqvist om vad en enig parlamentarisk utredning kom fram till för några år sedan, nämligen att vi behöver tvång utan inlåsning i den psykiatriska vården. Slå neråt och bocka uppåt! •

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*Socialstyrelsen som tidigare i texten förklarade att »tvång och polisiära åtgärder« inte är lämpliga tänker nu använda just sådana metoder mot psykiatrin: ökad tillsyn, ytterligare skärpning av regelverket, avbasning av försumliga.*

Slutreplik:

# Fem svar på Holmgrens krokiga frågor

Dagens Medicin når endast 47 procent av Sveriges yrkesverksamma läkare, jämfört med Läkartidningens 67 procent. Det är fakta hämtat ur samma källa även om Dagens Medicin vill ge intrycket av att vara den tidning läkarna läser mest. Det skriver Josef Milerad i denna slutreplik.

**JOSEF MILERAD**  
docent, medicinsk chefredaktör, Läkartidningen  
*josef.milerad@lakartidningen.se*

■ Per Gunnar Holmgrens (PGH) slutreplik i förra veckan (Läkartidningen 5/2003, sidorna 346-8) visar att debatten nått en punkt när sakfrågorna är passerade och argumenten koncentreras på frågor om egen förträfflighet.

Som avslutning fem utförliga svar på kanske inte helt raka frågor (frågorna återges härintill).

### Faktafel och upplagesiffror

Fråga 1 och 3 handlar om faktafel i artiklar respektive upplagesiffror. Jag har inte granskat enskilda artiklar på jakt efter sakfel och inte heller hävdat att det finns sådana. Det jag kritiserat och gett konkreta exempel på är att viktiga ämnesområden presenterats på ett selekterat och ofullständigt sätt. Naturligtvis tror jag inte att man vilseleder med avsikt, men jag tror att DM skulle ha nytta av att låta medicinare ge synpunkter på reportagen.

Räckvidden som DM presenterar är s k reklamfakta. De är naturligtvis korrekta, men de presenteras i anslutning till bilder på läkare och hänsyftningar på läkare som läsare, trots att en stor del av läsarna inte är läkare. Här handlar det om att skapa illusioner i stället för att informera. Av samma källa framgår också att Läkartidningen når 68 procent av Sveriges yrkesverksamma läkare jämfört med Dagens Medicin på endast 47 procent.

### Redaktionell integritet

Sedan frågan om redaktionell integritet. Jag kan inte läsa vad som rör sig i huvudet på DMs redaktionsledning och om kommersiella hänsyn medvetet eller omedvetet påverkar deras redaktionella bedömningar. Om jag själv var i en situation där jag skulle sälja annonser på temanummer skulle jag känna ett visst moraliskt dilemma inför tanken att inflödet av annonser kan vara avhängigt av

om det finns lämpliga artiklar inom ett visst ämnesområde. Det finns artiklar som i sådana sammanhang har ett högt kommersiellt men ringa vetenskapligt värde och vice versa.

### Läsarsiffror

Den fjärde frågan, om divergerande läsarsiffror, handlar om vilka mätmetoder man använt och vilket urval som ligger till grund för undersökningen. Den lägre läsarsiffran kommer från en källa som endast redovisar yrkesverksamma läkare. Båda siffrorna är helt korrekta med utgångspunkt i sina respektive mätmetoder.

### Jävsdeklaration

Slutligen frågan om jävsdeklarationen. Ingen av Läkartidningens anställda har industri- eller organisationsuppdrag som har samband med det redaktionella materialet. De enda forskningsanslag jag själv har haft har varit från National Institutes of Health och Medicinska forskningsrådet.

Våra icke anställda redaktörer och vetenskapliga granskare är aktiva forskare och skall självklart arbeta på sam-

ma villkor som andra fakultetsanknutna. Det innebär att man kan delta i industrisponsrade studier och uppbära forskningsanslag från industrin. Detta utgör för övrigt inget jäv enligt medicinska tidskrifters riktlinjer och universitetens regler [1]. Vilka forskningsprojekt man deltar i är dessutom offentliga uppgifter som kan erhållas från respektive fakultet.

Ett vetenskapligt jäv kan uppkomma i en situation när man som redaktör eller granskare ombeds bedöma en artikel där man av olika skäl inte anser sig vara helt objektiv; det vanligaste är kanske att man har arbetat tillsammans med skribenten. Läkartidningen har detaljerade anvisningar för bedömning av potentiella intressekonflikter, och mitt intryck är att granskarna hellre avstår från att handlägga artiklar en gång för mycket än en gång för litet.

### Inget underkännande

Till slut en reflektion: Om DM lockar över 90 000 personer att varje vecka läsa nyheter om sjukvård och sjukvårdspolitik så är det ett tydligt bevis på PGHs förmåga att driva bra och kritisk nyhetsjournalistik. Att det sedan objektivt sett finns en hel del att göra för att förbättra DMs medicinska rapportering är inte detsamma som ett underkännande av PGH som publicist eller DM som tidskrift. Jag vill poängtera detta i förhoppning att det gör PGH mindre benägen att se all kritik som fientligt krypskytte.

### Referenser

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated October 2001. <http://www.icmje.org/index.html#conflict>

## Frågorna

De frågor som Per Gunnar Holmgren ställde i förra veckans LT är:

1. Ge konkreta exempel på sådana faktafel i DM som kan ha orsakats av undermålig faktagranskning.
2. Redovisa exempel på när kommersiella annonser i DM påverkat det redaktionella innehållet.
3. Ge exempel på när DM skulle ha använt felaktiga spridningssiffror.
4. Förklara att LT under ett och samma år (2002) i sin egen marknadsföring hävdar att tidningen har 98 procent av läkarna som läsare. Några månader senare sjönk antalet läsare i de egna annonserna plötsligt till 68,3 procent.
5. Avge en utförlig jävsdeklaration, för redaktionen och dig själv.

## Tidigare inlägg

Tidigare inlägg har varit införda i 50/2002 (Josef Milerad 5062-3, Olof Nyrén 5110-2); 51-52/2002 (Per Gunnar Holmgren, Josef Milerad 5221-2, Marianne Kronberg 5154); 4/2003 (Josef Milerad 249-50, Bo Zackrisson 252, Josef Milerad 253, Gunnar Olin 254, Josef Milerad 255); 5/2003 (Per Gunnar Holmgren 346, Hans Olov Adami 349, Bo Walhjalt 349-50, Olof Nyrén 350).