

»Uppblossande skolstrider i medierna gagnar inte psykiatri«

Dags att sluta leden

När nu vården äntligen fått en framtidsvision att utgå ifrån och står inför en potentiell upprustning borde psykiaterkåren ta fasta på det som förenar i stället för det som skiljer. Det skriver Jan-Otto Ottosson om vårens stundtals animerade psykiatri-debatt i Läkartidningen.

Vansinnesdåd har fått regeringen att uppmärksamma den psykiatriska vården och tillsätta en statlig utredning. Slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning har presenterat en rad förslag för att öka statusen för psykiatriens patienter, personal och kunskapsområde [1, 2].

Det är något av en paradox att när forskningen gett nya möjligheter till behandling så är tillgången på vård ojämn, utan kontinuitet och ibland helt obefintlig. Brist på tid, personal och lokaler gör att forskningens framsteg inte kan utnyttjas. I stället för att ta vara på möjligheten att göra gott utsätter samhället de psykiskt sjuka och funktionshindrade för skada genom att inte bevilja tillräckliga resurser för vård och behandling. Vårdplatserna har dragits ner långt bortom all rimlighet, och vårdtiderna har blivit alltmer pressade.

Om man undantar extremt långa vårdtider vistas en psykiskt sjuk patient i genomsnitt 14 dagar på en vårdavdelning. Det är en tid som både patient och personal ofta anser för kort och där utskrivning är framtvungad av att någon ännu sjukare måste

läggas in. En jourhavande läkare måste ha möjlighet att göra akuta inläggningar, men en fjärdedel av vårdplatserna är avsatta för rättspsykiatrisk vård och inte disponibla för akuta fall. Inte ens självmordsrisk är längre en garanti för att bli inlagd och få skydd på en psykiatrisk klinik. Blandningen av svårt sjuka med olika symtom skapar en ogynnsam miljö på vårdavdelningarna.

Landstingens sjukvård och kommunernas socialtjänst har inte alltid funnit konstruktiva former för samverkan. Endast en mindre del av de psykiskt funktionshindrade, och långt ifrån alla som behöver och har rätt till det, får stöd och service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. I kommunernas boenden finns ett flertal psykotiska och aggressiva patienter där samverkan med sjukvården fungerar dåligt.

Den väl tänkta men på sina håll ofullbordade Psykiatireformen från 1995 har utsatt många med kroniska psykoser och depressionstillstånd för påfrestningar som de inte varit vana vid. I sin förtvivlan tar en del till skadlig egenvård med alkohol och narkotika. Mobila team från klinikerna gör hembesök, och personliga ombud består med insatser rörande ekonomi, bostad, sysselsättning och vård, men tillgången svarar inte mot behoven.

Behovsstyrd vård innebär att samhällets insatser sätts in akut och fortsätter med kontinuitet och tillgänglighet så länge de behövs. I medvetande om att vården inte kan täcka alla behov beslutade en praktiskt taget enhällig riksdag år 1997 att komplettera Hälso- och sjukvårdslagen med föreskriften att patienter med störst vårdbehov ska ha företräde i vården. När den länge eftersatta vården av svårt psykiskt sjuka och funktionshindrade äntligen skulle prioriteras blev dock den politiska uppslutningen obefintlig i många landsting och kommuner. I stället har många landsting beslutat om drastiska neddragningar. Allmän vårdgaranti säkras inte att allvarligt psykiskt sjuka kommer i åtnjutande av framstegen i den psykiatriska forskningen.

Tanken med att skilja psykiskt störda lagöverträdare från andra patienter var att skapa optimal vård för båda kategorierna. Socialstyrelsen har emellertid visat att den rättspsykiatriska vården fungerar dåligt [3]. En stor del av de intagna begår nya brott under och efter vårdtiden. Dessutom ska länsrätten göra en särskild utskrivningsprövning när brottet har begåtts under inflytande av en allvarlig psykisk störning och det till följd av den psykiska störningen finns risk för återfall i brottlighet av allvarligt slag. Det innebär att den rättspsykiatriska vården under obestämd tid får fungera som en fängelseliknande förvaring sedan vårdbehovet har upphört. Det är ett etiskt dilemma för både vårdare och vårdade. Omhändertagandet av psy-

kiskt störda lagöverträdare är ännu långt från en acceptabel lösning.

Politisk retorik betonar att psykiatri är prioriterad, vilket återstår att visa i beslut och handling. De som valt psykiatri som sitt arbetsfält har ett särskilt engagemang för de underprivilegerade i samhället. Många har på nära håll bevittnat det lidande som en allvarlig psykisk sjukdom innebär och hur studie- eller yrkeskarriären blir stängd.

Andra kan ha upplevt att en kär anhörig förändrar sin personlighet eller hur människor psykiskt misshandlar varandra till uppgivenhetens och förtvivlans gräns. De har sett allmänhetens fördomar och avståndstagande från de psykiskt sjuka och tvingats konstatera att principen om alla människors lika värde inte har slagit igenom och att psykiatriska patienter ibland får en negativ särbehandling.

De har sett allmänhetens fördomar och avståndstagande från de psykiskt sjuka och tvingats konstatera att principen om alla människors lika värde inte har slagit igenom och att psykiatriska patienter ibland får en negativ särbehandling.

Trots att de får belöning i den tacksamhet patienter och deras närstående visar håller nu även de mest hängivna på att tröttna och gå till annan verksamhet. Belastningen på de kvarvarande ökar. Personalflykt i onda spiraler ger sviktande vård. Rekryteringssituationen är särskilt bekymmersam för läkare och sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri. På många håll i landet är den psykiatriska vården i kris. Med sin mörka historia och fördomsbelastning är psykiatri i ett utsatt läge. Erfarna psykiatrer drar sig för att som verksamhetschefer ta ansvar för underfinansierad vård; de som prioriterar kvalitet framför

»Politisk retorik betonar att psykiatri är prioriterad, vilket återstår att visa i beslut och handling.«



JAN-OTTO OTTOSSON
professor emeritus,
Göteborg
janotto@brikks.com

Amputerad psykiatri

Psykiatrin sedd genom ett litet fönster:
Nu får ni väl ta igen er!

Låt oss slippa reduktionismen inom psykiatrin

Vi behöver en ny psykiatri
utan okunnigas inblandning

Debatten om psykiatrin har gått varm i Läkartidningen under våren.

budget riskerar att få avsked. Psykiatrin riskerar att återfå gamla tiders segregerade ställning. Människovärdesprincipen, att psykiskt sjuka har lika värde och samma rätt som andra människor i samhället, respekteras inte.

Psykiatrisamordningens nationella plan för psykisk hälsa presenterar övergripande mål för vård, delaktighet i samhällslivet, bostad och arbete. Alla med allvarlig psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder ska tillförsäkras

- behovsstyrd kunskapsbaserad vård
- delaktighet i samhällslivets gemenskap och bemötande med förståelse och respekt
- bostad och stöd i vardagen
- arbete, studier eller meningsfull sysselsättning.

Ett nätverk av brukar- och anhörigföreningar har kompletterat framtidsvisionen med bl a

- nollvision för självmord
- minskning av integritetskränkande åtgärder
- psykoterapi tillgänglig för alla som behöver
- fler och bättre utbildade psykiatrer, psykologer och psykoterapeuter
- förbättrad psykiatrisk vård i fängelser
- ett särskilt statsråd för frågor som rör psykisk ohälsa.

Att förverkliga förslagen beräknas fordra ett resurstillskott på 1 225 miljoner kronor per år under perioden 2009–

»Låt oss erkänna att de finns olika sätt att få kunskap och att kunskaperna kompletterar varandra.«

2015, jämte 430 miljoner kronor per år för vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. Hittills har regeringen avsatt 500 miljoner under det gångna året och drygt 600 miljoner under innevarande år. Satsningen avser bl a att ge fler psykiatrer.

Med hänsyn till den psykiatriska vårdens brister är Nationell psykiatrisamordnings genomarbetade förslag ett nödvändigt första led för att förbättra psykiskt sjukas och funktionshindrades villkor. Betoningen av att åtgärderna ska vara baserade på tillgänglig kunskap borgar för att forskningens framsteg kommer vården till godo och bidrar till att höja specialitetens anseende. Det är svårt att tro att inte alla som fortfarande arbetar i vården eller överväger att söka sig dit omfattar utredningens vision.

Vad som däremot inte gagnar psykiatrin är de skolstrider som från tid till annan blossar upp i medierna. Det är inte svårt att föreställa sig vilka slutsatser resursbeviljande politiska instanser kan dra av sådana motsättningar. När nu vården äntligen fått en framtidsvision att utgå ifrån och står inför en potentiell upprustning borde psykiaterkåren ta fasta på det som förenar i stället för det som skiljer.

Det som gör psykiatrin speciell och attraktiv är att omväxlande söka förklaringar till psykiska symtom i ett somatiskt underlag och förståelse för deras bakgrund i personlighetens samspel med omgivningen. Det är en truism att alla psykiska fenomen avspeglas i hjärnans synapser men metoderna för avbildning av hjärnans struktur och funk-

tion måste kompletteras med vad vi hör berättas om upplevelser och kan iakttas i beteenden.

Att bara se hjärnan eller bara själen kan vara acceptabelt i psykiatrisk forskning men är otillräckligt i vården. Att patienten får berätta sin sjukhistoria har en frigörande och läkande effekt samtidigt som psykiatern får förståelse för besvärens uppkomst och underlag för optimala behandlingserbjudanden. De som valt att arbeta i psykiatrin ser en utmaning i att integrera biomedicinska fakta med människans personlighet och omgivande sociala nätverk.

Psykiatris patienter är en alltför heterogen grupp för att en enda människo- eller vetenskapssyn ska vara tillämplig över hela fältet. Ibland erbjuder en naturvetenskaplig människosyn de mest fruktbara behandlingsalternativen, ibland en dynamisk, kognitiv eller annan humanvetenskaplig människosyn. En flexibel växling mellan synsätten allt efter den enskilda patientens sjukdom är mer fruktbar än ett ensidigt fasthållande vid vad man själv är mest förtrogen med. Även under förloppet av en psykisk sjukdom måste synsätt och åtgärder växla. Kritik och debatt för utvecklingen framåt om meningsmotståndares goda uppsåt respekteras och forskningsbaserade alternativ presenteras.

Gemensamt för psykiatrin och medicinen i stort är en ständigt pågående vetenskaplig utveckling. Erfarenheter från psykofarmakologin har verkat befruktande på den psykoterapeutiska forskningen och stimulerat till utveck-

ling av kombinationer av läkemedel och psykoterapi. Behandlingar testas först på enskilda patienter, sedan i randomiserade kontrollerade studier och slutligen i metaanalyser och kritiska utvärderingar av bl a SBU och Cochrane-institutet.

Det som inte håller måttet faller ifrån, annat når hela vägen fram och blir en del av den psykiatriska kunskapsbanken, i varje fall tills något nytt och bättre kommer fram. Randomiserade provningar bygger dock på utvalda patienter, och internationellt vedertagna riktlinjer är ingen garanti för att en behandling passar en enskild patient. I sådana fall blir alternativet en utprövning av möjliga åtgärder som patient och psykiater i samförstånd kan komma fram till. Även om generella riktlinjer är ett stöd i arbetet måste hänsyn tas till individuella patienters unika omständigheter.

Slut leden! Kanske är det på sin plats att påminna om inledningen till Schillers ode »Till glädjen« som Beethoven byggde slutkören i sin nionde symfoni på:

*O Freunde, nicht diese Töne!
Sondern lasst uns angenehmere
anstimmen, und freudenvollere!*

För visst ger det glädje att arbeta som psykiater. Mer än i annan medicinsk vård sker en fördjupning av patient-läkarrelationen med vad det innebär av tröst, stöd och medkänsla. Denna ibland livslånga relation blir många gånger det huvudsakliga innehållet i vården av psykiskt sjuka och funktionshindrade.

Patienterna betraktar sin doktor som en förstående vän

REPLIK:

Hoppas på en vidare psykiatri

REPLIK TILL TOMAS BÖHM:

Ställ samma krav på psykiatrin som på andra medicinska specialiteter!

Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt!

som gör deras livsöden lättare att bära. Att i förtroliga samtal få höra hur livet gestaltat sig för patient efter patient fördjupar människokunskapen. Uttryck som »vanliga« eller »enkla« människor står i bjärt kontrast till dramatiken i de livshistorier man får favören och förtroendet att ta del av.

Psykiatrer får ofta frågan från lekmän och kolleger hur man står ut med att vara behållare för så mycket lidande och elände. Svaret torde bli detsamma oberoende av specialitet: man får så mycket tillbaka. Lyckligtvis är inte det mänskliga psyket så konstruerat att det rymmer ett visst mått av medkänsla och empati, och att utbrändheten tar vid när förrådet är tomt. Tvärtom sker en ständig påfyllning genom den erkänsla man får av patienter och deras närstående. Den berikar arbetet och bidrar till den personliga och professionella utvecklingen.

Samtalet har en basal roll i psykiatriskt arbete. Professionalitet i förening med medmänsklighet och empati är en förutsättning för att patienten ska kunna berätta om sina mest känsliga problem. Samtalet är en förutsättning för utvecklingen av en terapeutisk allians, som är den enskilda faktor som har störst betydelse för effekten av olika psykoterapiformer. Även framgångsrik läkemedelsbehandling är beroende av den terapeutiska alliansens kvalitet.

Låt oss erkänna att det finns olika sätt att få kunskap och att kunskaperna kompletterar varandra.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhälls insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. SOU 2006:100.

2. Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. SOU 2006:91.

3. Socialstyrelsen. Den rättspsykiatriska vården. Sammanställning från inventeringen 18 maj 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.

Har psykiatrin med psyket att göra?

■ Vårens debatt i LT om psykiatrin framtid har varit spännande och skrämmande. Den innehåller många element som är giltiga för vården i stort och som i ett allmänmedicinskt perspektiv skulle kunna sammanfattas ungefär så här: Ska vi läkare begränsa vårt uppdrag till att hantera avvikelser i biologiska apparater eller vågar vi se verkligheten i vitögat och befatta oss med levande människor i konkreta livssammanhang?

Inför det neurobiologiska

bombardemanget från Dencker och Wälinder [1, 2] och Isacson [3, 4] ställer den klarsynte kirurgen Lars Häggarth [5] frågan varför just psykiatrin av alla specialiteter måste bli den psykologiskt mest torftiga, när vi vet att psykologiska faktorer har stor betydelse på alla nivåer för sjukdomars uppkomst, utveckling och behandling. För en utomstående är det svårt att förstå varför psykiska sjukdomar skulle vara undantag i det avseendet.

Den smala och djupa kunskap

om hjärnan som Dencker och Wälinder [2] ser som idealet för sin specialitet kan bli till en farlig klyfta, där hela specialiteten riskerar att falla ner i djupaste glömska och möjligen återuppstår som underordnad grenspecialitet till neurologin. Är det dit man

vill? Varför i allsindar avsvär man sig dynamiken i den mest spännande av världar, där människans »mind« står i centrum och där hennes »brain« är en nödvändig men inte tillräcklig länk i det oavbrutna samspel mellan kropp, omgivning och livsvillkor som gör människan till människa med små eller stora problem och ibland med sjukdomar som har sitt primära säte i hjärnan (»brain«). Men inte ens en psykiater möter såvitt jag vet fritt svävande hjärnor, och jag är helt säker på att patienter inte nöjer sig med att möta svala neurobiologiska ingenjörer.

I en upprörd debatt

med starka inslag av biokemisk reduktionism, vilket tydligt påtalats av flera debattörer [6, 7], känns det därför frestande att påminna om att patienter vill möta doktorer med engagemang och intresse för livets realiteter. Patienter söker förståelse och förklaring till sitt lidande: inte det ena eller det andra, utan både och. I det sammanhanget säger Claes Davidsson [8] många kloka saker om vikten av tolkning och förståelse, och Greger Ahnlund [9] framhåller något som för en utomstående verkar vara ett självklart faktum, nämligen att psykiatrin omfattar två kunskapsområden: ett biologiskt–medicinskt och ett psykologiskt–socialt.

Varför tycker herrar hjärnspecialister att detta är så motbjudande att de väljer att avsvära sig livsvärldens angelägenheter och döma sig själva till neurobiologisk isole-ring? Det kan väl inte bara vara för att det är enklast så? Levande människor är ju så oförutsebara och omgivningens inflytande så svårkontrollerat.

Christer Petersson

med dr, distriktsläkare, FoU-centrum och vårdcentralen Strandbjörket, Växjö
christer.petersson@ltkronoberg.se

REFERENSER

1. Dencker J, Wälinder J. Vi behöver en ny psykiatri utan okunnigas inblandning. Läkartidningen. 2008; 105:421-2.
2. Dencker J, Wälinder J. Udda idéer bortom den kliniska verkligheten. Läkartidningen. 2008;105:1213.
3. Isacson G. Psykiatrin är en medicinsk specialitet. Läkartidningen. 2008;105:1120.
4. Isacson G. Psyket är hjärnan i arbete. Läkartidningen. 2008;105: 1595-6.
5. Häggarth L. Psykiatrin sedd genom ett litet fönster: Nu får ni väl ta igen er! Läkartidningen. 2008;105:1954.
6. Kihlbom M. Låt oss slippa reduktionismen inom psykiatrin. Läkartidningen. 2008;105:1595.
7. Böhm Tomas. Hoppas på en vidare psykiatri. Läkartidningen. 2008; 105:1596.
8. Davidson C. Iatrogena bidrag till psykiatrisk morbiditet. Läkartidningen. 2008;105:1212-13.
9. Ahnlund G. Psykiatrin omfattar två kunskapsområden. Läkartidningen. 2008;105:1953-4.