

Psykiatrin är inte mogen för tvångsbehandling i öppenvården

Miltonutredningens förslag om tvång i öppenvården måste förkastas. Den psykiatriska psykosvården bör omskapas i grunden med mobila psykosteam, små och personliga vårdavdelningar och ett nytt förhållningssätt för hur patienternas självläkande resurser kan stödjas.

Hur man efter utskrivningen ska hantera återfallen för vissa patienter med schizofrenidiagnos är ett betydande vårdetiskt problem. Enligt gällande lag får permission under LPT-vård (Lag om psykiatrisk tvångsvård) ske under högst ett år. Under den tiden har man kontroll över att patienterna fortsätter att få sina depåinjektioner. Nu har Socialstyrelsen visat att lagen alltför ofta kringgås. Permissionerna förlängs under årtal eftersom patienterna inte behöver bo på sjukhuset och psykiatrin samtidigt vill fortsätta att ge psykosförebyggande behandling. Nationell psykiatrisamordning (»Miltonutredningen«) har därför i en PM daterad mars 2006 föreslagit en ny vårdform – öppen vård med särskilda villkor. Patienter som man inte vill släppa ur antipsykotisk behandling ska i princip kunna tvångsbehandlas under en obegränsad tid.

Den möjligheten avisade såväl Svenska psykiatriska föreningen som RSMH i sina remissvar till den senaste tvångsutredningen. Miltonutredningen framhåller

emellertid att »utslussningen« enligt förslaget är till fördel för såväl patienterna som deras närstående, liksom den innebär ett ökat skydd för samhället. Dessutom räknar man med en avsevärd ekonomisk vinst genom de drygt 300 platser som frigörs om patienter inte behöver åka in och ut på sjukhus därför att de upphör med medicinerings. Några negativa effekter av lagändringen anför inte utredningen. Man tycks inte ha frågat sig varför RSMHs medlemmar ställer sig negativa, när utredaren så tveklöst vet vad som är bäst för dem.

Utredningen förutsätter att vissa patienter kommer att behöva en långvarig medicinsk vård. Det är säkert riktigt – för ett mindre antal. Problemet är dock att psykosvården på alltför många ställen inte når upp till de medicinska och etiska krav som befolkningen har rätt att ställa på den, trots psykiaterkårens ansträngningar till efterutbildning. Psykosvården innebär här ett utdraget lidande för många patienter. Detta är ett sorgligt faktum som inte får skylas över med en lagändring som stöder dem som underlåter att utveckla sin psykosvård.

Först det medicinska. Våra intryck är att människors klagomål mot psykosvården vanligen är begripliga. På många platser är vården faktiskt kontraproduktiv vad gäller patienternas möjligheter att uppnå en optimal och förtroendefull återhämtning. Man har dragit ned slutenvårdsplatserna och behandlingshemmen långt förbi det rimliga gräns. De psykiatriska intensivvårdsavdelningarna blir alltmer fyllda av mycket sjuka och kaotiska patienter, något som i sin tur genom stressverkan ökar deras psykosymtom. Det tvingar fram farmakologiska insatser som hade varit onödiga om i stället vårdenheterna varit små, lugna och personliga.

Trycket på utskrivning är så starkt att man inte hinner lära känna patientens problematik eller de resurser eller problem som finns i hans/hennes närmiljö innan utskrivningen sker. Det nära samarbetet med patienten och familjen, liksom med socialtjänsten, som betonas i alla vårdplaner, blir lyxfunderingar på många akutavdelningar.

För att dölja resursbristens grövsta effekter ger alltså många psykiatrer höga doser av antipsykotisk medicinerings lik-

som de faller tillbaka till att ge flera sorters antipsykotika samtidigt i fulldos. Den farmakologiska effekten är då inte den antipsykotiska utan de dämpande och mentalt och somatiskt plågsamma biverkningarna – det som provokativt men korrekt kallas funktionell lobotomi. Man missförstår eller missbrukar evidensbaserad kunskap till att förlita sig på enbart farmakologisk behandling i höga doser. Detta trots att de antipsykotiska medicinernas behandlingseffekt i kontrollerade studier inte är större än 25–50 procent jämfört med placebo och trots att behandling över biverkansnivå inte ökar den antipsykotiska effekten.

De läkande psykosociala inslagen med personligt bemötande, respekt, psykoterapi och ett realistiskt hopp måste vara lika genomtänkta och anpassade till patienternas rehabiliteringsbehov som steriliteten är på en operationsavdelning. Den kunskapen har ännu inte trängt fram till alla, särskilt äldre psykiatrer, som menar sig veta hur schizofrena patienter egentligen ska behandlas, oavsett expertgruppers påfund.

Så det etiska. Det har gjorts en rad väl dokumenterade experiment med att ge sjukvårdspersonal smärre doser neuroleptika i självverfarenhetssyfte. Majoriteten erfor mycket plågsamma bieffekter – ofta under flera dygn – med tankeströghet, förlamande trötthet och olustkänslor. Om det ingick i psykiaternas specialistutbildning att själva under kontrollerade former få prova exempelvis 3 mg Haldol eller 15 mg Zyprexa (små doser i förhållande till öppenvårdens depåsprutor) skulle de få ökad förståelse för det lidande och den förtroendekris som biverkningarna förorsakar.

Fortfarande befinner sig väsentliga delar av psykiatrin på samma nivå som den gamla obstetrike. Där ansåg man länge att små barns smärtereaktioner inte var så mycket att fästa sig vid. Idag respekterar obstetrike barnets subjektiva upplevelser. Psykiatris patienters klagan har fortfarande a priori låg relevans; de är ju psykiskt sjuka.

Ett etiskt dilemma ligger i att utredarna menar sig veta vad som är bäst för patienterna, inte bara kortsiktigt utan även över tid. Men vem kan säga att några återfall är sämre för patienten än den sänkning av livslust och livskvalitet som



JOHAN CULLBERG

gästprofessor i psykiatri vid Ersta Sköndal högskola; deltog som expert i Socialstyrelsens utredning om riktlinjer för psykosvården johan.cullberg@esh.se



JAN-OLOF FORSÉN

förbundsordförande i RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa)

depåbehandling med neuroleptika ger i de vanliga doseringarna? Återfall behöver inte vara särskilt dramatiska om psykiatri är lätt tillgänglig i öppenvård, med en god och välkomnande slutenvård, och om man snabbt skriver vårdintyg då det går över styr. Den åtgärden begriper patienten nästan alltid i efterförloppet. Vissa patienter med begränsad sjukdomsinsikt måste få återfalla en rad gånger innan de själva kan acceptera att de behöver en låg underhållsdos.

Den kanske livslånga tvångsbehandlingen – ofta med alltför hög dos – innebär däremot en plåga för många patienter, med ytterligare skada för självkänslan och förlust av förtroendet för vården. Troligen medför också långvarig neuroleptikabehandling skador i hjärnfunktionen med ett beroende av fortsatt medicinering. Vi vet att majoriteten av de schizofrena patienternas naturalförlopp går mot läkning och minskat medicinerberoende över åren om de får leva i meningsbärande sammanhang. Den förbättringen skyls över med för mycket eller för långvarig neuroleptikabehandling, och det resulterar så småningom i de iatrogen skapade kroniker som de gamla läroböckerna beskriver.

Den andra etiska problematiken har vi redan berört. Att den utvidgade tvångsbehandlingen skulle vara till för patienterna är ett grovt hyckleri. Alla som har någon kunskap om dessa frågor vet att tvångsbehandlingen skulle kunna nedbringas till ett minimum med riktade ekonomiska resurser och intensifierade utbildningsinsatser. Detta beskrev en expertgrupp för ett par år sedan på Socialstyrelsens uppdrag. Socialstyrelsen ville av oklara skäl inte ställa sig bakom dessa mycket erfarenhetsgrundade »riktlinjer för psykosvården«. Förmodligen var man rädd för att landstingen inte ville lösa finansieringsfrågan. Då är det billigare med depåsprutor i öppenvård och intjänade slutenvårdsplatser.

Förkasta därför förslaget om tvång i öppenvården och omskapa i stället den psykiatriska psykosvården i grunden med mobila psykosteam, små och personliga vårdavdelningar och ett nytt förtroende för hur patienternas självläkande resurser kan stödjas om de får tid, trygghet och lyssnas till – i tillägg till den medicinska behandlingen. Det kommer också att vitalisera personalen, som får ett mycket meningsfullare arbete.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Om godkända ansökningar läggs ut på nätet behövs inget nytt studieregister

Enligt beslut av »The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)« måste alla kliniska studier som påbörjades efter juli 2005 vara registrerade i en öppen databas för att få publiceras i vetenskapliga tidskrifter [1]. De måste dessutom ha blivit registrerade innan de startades!

Detta leder till två problem. För det första är det oklart i vilken databas studier lämpligen ska registreras. För det andra kan kravet på ytterligare blanketter avskräcka de kliniska »småforskarna« från att förverkliga sina idéer om en eller annan liten studie. Detta är allvarligt.

Den vardagliga »småforskningen« löser enkla men irriterande kliniska problem: Blöder snittföring A mer än snittföring B? Är det bäst att gipsa akilles-senerupturer så eller så? Behöver ulnara kollateralligament i tummen rensas efter lossnitning, eller räcker det att bara peta in dem under extensor-aponeurosen? Listan kan göras lång. Exempelen kommer från ortopedin, men kunde säkert hämtas från de flesta specialiteter.

Denna typ av studier, »småforskning«, görs i alltför liten utsträckning. Det är synd, för de skulle inte bara lösa en del praktiska kliniska problem, utan även bidra till ökat intresse och tanke-mässig spänst i vår av organisationsdiskussioner förmodade vardag. Små, enkla studier ska förstås underställas samma krav på vetenskaplig stringens som stora, men de borde underlättas, inte försvåras av formalia anpassade för industrisponsrade läkemedelsstudier.

Svårigheten med vår vanliga vetenskapliga metod, att hitta på en hypotes och sedan försöka falsifiera den, är att alla hypoteser i princip är lika mycket värda innan de testas. Hur ska man välja ut vilka hypoteser som är värda att pröva? Tyvärr påverkas valet ofta av kommersiella intressen. Här har de kliniskt erfarna och basvetenskapligt kunniga läkarna stora möjligheter att göra nytta. Deras forskning har ofta karaktären av altruistisk småforskning, men hotas av vad som upplevs som en betungande byråkrati.

Behovet av granskning i etisk nämnd upplevs av många som besvärligt men överkomligt. De flesta är medvetna om att det bidragit till att rensa ut studier

utan rimlig möjlighet till tolkningsbara resultat, och ser granskningen som en hjälp i studieupplägget (alla etiska nämnder borde ha en statistiker).

Att sedan tvingas fylla i ytterligare blanketter med samma uppgifter till en studiedatabas skulle kanske inte ta så väldigt lång tid, men riskerar att skapa en känsla av meningslös exercis som många stegrar sig inför. Jag har bevittnat hur kollegor har storknat inför ganska enkla formulär, troligen för att det känns förnedrande att tvingas göra onödigt arbete. Dessutom är många osäkra på sin engelska.

Eftersom det är oklart vilken databas man lämpligen registrerar sin studie i, pågår nu diskussioner om att skapa ett helt nytt studieregister i Sverige eller EU. Man kan lätt föreställa sig vad det skulle kosta i tid och pengar! Dessutom behövs registret omedelbart.

Mitt förslag till lösning på dessa problem är att Centrala etikprövningsnämnden skulle lägga ut alla ansökningar på sin webbplats efter att de bifallits. Det blir ingen ytterligare byråkrati, som kan avskräcka småforskarna. Det är ett logiskt ställe att leta på, om man vill veta vilka studier som pågår. Kostnaderna blir små, och registret kan införas snabbt. En kort sammanfattning på engelska borde räcka för den internationella publiken, som ju sedan kan mejla sökanden för ytterligare upplysningar vid intresse eller behov. Skulle en industrisponsor vilja registrera studien i en amerikansk databas, möter detta inget hinder.

Per Aspenberg
professor i ortopedi,
Linköpings universitet
per.aspenberg@inr.liu.se

REFERENS

1. Nilsson K. Registrera kliniska studier. Bara ett fåtal svenska akademiska studier i internationella register. Läkartidningen 2006;103:1667-8.