

Dags att vi får möjlighet till tvångsbehandling i psykiatrisk öppenvård

Cullberg och Forsén förefaller ha en mycket romantisk bild av vad det innebär att leva i en psykotisk värld. Att återfall i psykosjukdom skulle vara ett bra sätt att öka behandlingsmotivationen är inte etiskt försvarbart, skriver Lars Jacobsson i detta svar på ett tidigare debattinlägg.

Den nationella psykiatrisamordningen (Miltonutredningen) har föreslagit ökade möjligheter till tvång i öppenvård. Professor Johan Cullberg och förbundsordföranden i RSMH Jan-Olof Forsén har kritiserat förslaget i Läkartidningen 39/2006 (sidorna 2885-6). Eftersom jag länge efterlyst denna möjlighet vill jag kommentera deras inlägg, som jag tycker är olyckligt på många sätt. Det finns uppenbara felaktigheter i deras faktaunderlag, det finns en i mitt tycke orättvis kritik av psykiaterkåren och det finns etiskt diskutabla argument.

Jag har i många olika sammanhang utvecklats mitt resonemang om tvång i öppenvård, som baseras på en betydande erfarenhet av såväl kliniskt praktiskt arbete med svårt psykiskt sjuka som vårdadministration och politiskt arbete. Jag har tidigare kritiserat RSMH för att svika de mest utsatta av psykiatris patienter, och jag tycker att RSMH fortsätter att göra det i sitt motstånd mot förslaget om öppenvård med särskilda villkor.

Jag är också undrande inför Johan Cullbergs kraftfulla motstånd – man får en känsla av att det är länge sedan han skrev vårdintyg eller gjorde hembesök



LARS JACOBSSON

professor, psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
lars.jacobsson@psychiat.umu.se

hos personer som isolerat sig och lever i den yttersta misär mitt i välfärdssamhället trots omfattande försök att komma i kontakt med vederbörande.

Jag instämmer däremot helhjärtat i den del av deras beskrivning som rör utvecklingen inom den psykiatriska vården med neddragningen av slutenvårdsplatserna och behandlingshemmen och deras önskemål om en bättre psykosvård med »mobila psykoteam, små och personliga vårdavdelningar« och att »stödja patienternas självläkande resurser«.

Vad som är direkt felaktigt i texten är påståendet att vård enligt LPT (Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård) bara ska kunna ske under högst ett år. Lagen säger ingenting om detta. Däremot förutsätts i portalparagrafen (2 §) att tvångsvården ska syfta till att patienten »blir i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han behöver«. Detta är en viktig punkt, som de flesta domstolar och kritiska debattörer bortser ifrån. Man fokuserar i stället på indikationerna för tvångsvård, nämligen ett »oundgängligt vårdbehov« (vad nu detta är?), att vederbörande lider av en allvarlig psykisk störning (vad är »allvarlig psykisk störning«?) och att vederbörande motsätter sig vården.

Den nuvarande LPT är en dålig och oprecis lag, men den är sympatisk i den meningen att man utgår från att tvångsvården ska syfta till att patienten blir tillräckligt bra för att frivilligt ta emot vård. Om patienten även efter en längre tids vård inte har uppnått den graden av »tillfrisknande« så föreligger rimligtvis fortfarande skäl för fortsatt tvångsvård.

Cullberg och Forsén påstår också att långvarig neuroleptikabehandling orsakar skador i hjärnfunktionen och »ett beroende av fortsatt medicinering«. Vilka stöd har man för dessa påståenden!?

Vad jag uppfattar som näst intill kränkande är påståendena att framförallt äldre psykiatrer inte skulle ha förståelse för »de läkande psykosociala inslagen med personligt bemötande, respekt, psykoterapi och ett realistiskt hopp«. Om det är några som har insikter om

detta är det, enligt min uppfattning, just äldre psykiatrer som varit med tillräckligt länge för att ha insett detta, och kanske är det därför som de har orkat vara kvar i en krävande yrkesroll!

Vad jag också finner anmärkningsvärt är att Cullberg och Forsén säger att »psykosvården skulle innebära ett utdraget lidande för många patienter« till skillnad från att vara psykotisk under längre perioder utan att man får behandling. Författarna förefaller ha en väldigt romantisk bild av vad det innebär att leva i en psykotisk värld. Om den präglas av grandiosa vanföreställningar kan den naturligtvis av patienten upplevas som positiv, men det kan både för vederbörande själv och för hans omgivning leda till katastrof – vi har sett det alltför många gånger vid det här laget för att uppfatta ett psykotiskt tillstånd som något man kan leva med.

Att livet i en psykotisk värld föredras av många patienter är säkert en rimlig delförklaring till att många inte vill ta emot exempelvis neuroleptika eller annan vård. En av mina patienter sade vid ett tillfälle »jag är schizofren och jag vill vara det«. En annan beskrev sin psykotiska värld som att leva i en »movie«, och han ville fortsätta att göra det.

Jag finner det också anmärkningsvärt att författarna tycks argumentera för att återfall i psykosjukdom är ett bra sätt att öka patientens motivation att till slut ta emot behandling. Jag har svårt att se att detta är etiskt försvarbart. Vid alla andra allvarliga sjukdomstillstånd försöker vi förebygga nya försämringstillstånd – hjärtinfarkter, magsår, hjärnblödningar; varför skulle vi inte försöka förhindra allvarliga försämringstillstånd hos svårt psykiskt sjuka?

Författarna återkommer ofta till problemet med biverkningar av våra mediciner. Det är ett faktum att neuroleptika har biverkningar även om de moderna varianterna trots allt har färre biverkningar. Det är samtidigt min bestämda uppfattning att det inte är biverkningarna i första hand som leder till att patienterna slutar att ta sina mediciner utan det är något annat, som är mera förknippat med psykosjukdomens natur. Folk

accepterar i allmänhet biverkningar om man får hjälp för det större onda som medicineringen avser att behandla. Det gäller även neuroleptika och andra psykofarmaka. Känner patienterna att de har nytta av medicineringen så står de ut med biverkningarna.

Idén om att friska personer (personal) ska pröva neuroleptika för att få uppleva deras biverkningar är egendomlig – varför skulle då inte också personal pröva cancermedel, blodtryckssänkande medel m m så att de verkligen förstår vad biverkningarna innebär för patienterna?

Författarna skriver i sin slutplädering att det är »ett grovt hyckleri« att påstå att utvidgad tvångsvård skulle vara till för patienterna. Vad tror författarna om alla oss som fortsätter att arbeta med de svårt psykiskt sjuka trots minskande resurser, trots fördomsfullheten ute i samhället och trots att våra behandlingsmetoder hittills inte alltid är särskilt lyckosamma? Jag skulle önska att RSMH och Johan Cullberg kunde satsa sin energi på att få till stånd just den psykiatriska vård som de beskriver, men också – och i kanske ännu högre grad – ett bättre omhändertagande ute i samhället, vilket nu är socialtjänstens ansvar, boenden med anpassat personalstöd, meningsfull systerstötning och ett stödjande och hälsofrämjande socialt liv.

Tvång i öppenvård skulle, som jag ser det, också bidra till att öka psykiatrins ansvar för en utsatt patientgrupp. Den nuvarande lagstiftningen och domstolspraxis har lett till att psykiatrin arbetar mera kortsiktigt och inte ser till det längre förloppet – framförallt ska psykiatrin inte försöka förebygga allvarliga återinsjuknanden. Det föreligger för tillfället inget »oundgängligt vårdbehov« – och så skrivs patienten ut av länsrätterna. Med den nya möjlighet till tvång i öppenvård som Miltonutredningen föreslagit skulle vi inte längre kunna skylla på att domstolarna ändå skriver ut vederbörande hur som helst och att det då inte längre är vårt ansvar vad som händer.

Slutligen vill jag säga att det tvång vi utövar inom psykiatrin ska vara ett kärleksfullt tvång. Vi ska erbjuda den bästa vård vi kan eftersom vi tvingar den på patienterna. Vi ska utöva tvånget med stor ödmjukhet, och det ska naturligtvis gälla även tvång i öppenvård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Replik:

Ökat tvång eller bättre organisation?

Problemet med lagförslaget om tvång i öppenvården är att det täcker över bristen på långsiktighet från psykiatrin. När patienter med fortsatt stödbehov skrivs ut överlämnar psykiatrin dem till socialtjänsten; därefter är man alltför ofta svåråtkomlig för uppföljning, ny bedömning av behandlingsbehov och konsultation. Den ömtåliga relationen psykiaterpatient är inte i första hand betjänt av ytterligare tvångsmöjligheter utan av att förutsättningarna för relation och förtroende utvecklas. Jag vet att resursproblemet är stort i dag. Förhoppningsvis kommer det att minska med statsmakternas utlovade budgetförstärkning. Men hur genomtänkt vi organiserar vår psykiatri är inte mindre väsentligt än ökad personalstat.

Ett av flera sätt att förbättra kontakten mellan psykospsykiatrin och socialtjänsten är samlokalisering. Det finns också evidensbaserade metoder att förbättra behandlingskontakten. Såväl Ulf Malm/Ian Falloons OTP-projekt [1] som Fallskärmsprojektet [2] visar att vi får mera samarbetsvilliga psykospatienter om vi från början ligger lågt med tvångsåtgärder, arbetar med patientens närmiljö, försöker dra in patienterna som potentiellt ansvariga partner i behandlingen och är lätt nåbara i efterförloppet. I Fallskärmsprojektet stod endast 9 procent av patienterna med schizofrenidiagnos på depå efter tre år. Men det kräver ett psykologiskt förarbete, kontinuerlig uppföljning och nära samarbete med socialtjänsten. Det handlar faktiskt inte om ideologi utan om kunskap.

Jag instämmer i det mesta som Anders Milton säger (LT 41/2006, sidan 3101), men jag tror inte att vi skulle slippa »ett antal så kallade vansinnesdåd« genom en lagstiftning om tvång i öppen vård. En utvidgad tvångslag hade knappast förebyggt de fall som vi läst om i tidningen. Flera av dem hade dessutom sökt hjälp hos psykiatrin kort tid före dådet, men avvissats.

Förslaget angår huvudsakligen de primärt icke farliga patienterna, som är i stor majoritet. Jag menar med många att deras behov av tidsbegränsat tvång i öppenvård kan lösas lika väl – eller dåligt – inom den nuvarande lagen. Den ger möjlighet till permission i öppenvård som kan förlängas sex månader i taget. Samtidigt måste prövningen av tvångets

rimlighet, liksom av kommunens och psykiatrins övriga åtgärder, skärpas och omprövas ju längre tiden går.

När någon förefaller att gå in i en ny psykos – omedicinerad eller inte – ska givetvis tröskeln för LPT-bedömning och tvångsvård vara låg om patienten inte tar emot den erbjudna behandlingen och omgivningen signalerar försämring. Prodromalsymtom är lika behandlingskrävande som full psykos hos en person med känd schizofrenisjukdom. Fortsatt farliga patienter ska kunna tvångsbehandlas eller dömas till rättspsykiatrisk vård. Men där blir det en fråga för domstolen mera än för psykiatrin. Tyvärr kommer vi aldrig till ideala lösningar – det som hjälper den ena kan drabba den andra. Hur vi prioriterar är givetvis en fråga om erfarenheter och värderingar.

Kort bara om Ulf Brettstams funderingar (LT 40/2006, sidan 2930) om att jag skulle vara motståndare till slutenvård etc. Vid början av 1980-talet var jag som specialsakkunnig i psykiatri ordförande i landstingsutredningen om former för ersättningsvård vid stängningen av mentalsjukhusen. Jag hade länge fört fram kravet på en sådan planering. Vårt förslag togs enhälligt av alla politiska partier i landstingsstyrelsen, tio år före Psykiatrireformen. Det omfattade en utförlig genomgång av platsbehoven alltifrån sjukhusvård på klinik till behandlingshem av olika karaktär, liksom skyddat boende. Men förslaget hamnade i finansrotelns papperskorg. Utredningen torde vara fullt användbar ännu idag.

Lars Jacobsson skriver att jag romaniserar psykos. Påståendet är inte mera genomtänkt än mitt, då jag skrev att särskilt de äldre psykiatrerne inte fått tillräcklig efterutbildning om psykosbehandling. Det beklagar jag.

Johan Cullberg
gästprofessor i psykiatri,
Ersta Sköndal högskola
johan.cullberg@

REFERENSER

1. Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon IR. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107:415-23.
2. Cullberg J, Mattsson M, Levander S, Holmqvist R, Tommsmark L, Elingfors C, et al. Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish »Parachute Project« and Two Comparison Groups. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;114:274-81.