

Öppen psykiatrisk vård med särskilda villkor är tråkigt nog oundgänglig

Miltongruppens förslag är mycket efterlängtad för oss som verkligen månar om våra patienter och deras anhöriga. Men varför tar inte Johan Cullberg ansvar för sin del i 1960- och 70-talens antipsykiatriska våg?

Inledningsvis vill jag tacka alla kolleger och professorer i psykiatri som via e-post och vanliga brev gett sitt tydliga och hittills enhälliga stöd för de synpunkter jag framförde i LT 40/2006 (sidan 2930). Det är skönt att inte vara ensam om sin verklighetsbeskrivning!

När Cullberg återkommer med replik i LT 42/2006 (sidan 3217) undviker han i mitt tycke ånyo den egentliga sakfrågan: Hur ska vi på ett etiskt och juridiskt acceptabelt sätt säkra medicinering och behandling till undergruppen schizofrenisjuka som saknar den grad av sjukdomsinsikt som behövs för att de självmant ska samarbeta kring sitt vårdbehov?

Cullbergs fallskärmsprojekt [1], där målgruppen är förstagångsinsjuknade psykoser, besvarar inte denna fråga. Göteborgsstudien [2], med integrerad psykiatrisk vård, tar i varje fall upp frågan och visar att ju fler och mer samordnade insatser vi gör för våra patienter, desto bättre går det för dem, särskilt om vi kan göra patienterna delaktiga i beslutsprocesserna.

Tyvärr kunde inte heller Göteborgsstudien visa på signifikanta förebyggande effekter när det gällde risken för återinsjuknande i psykos, och även om det fanns skillnader avseende vårdtider för inlagda för dem som återinsjuknat, antydande positiva effekter för dem som fått integrerad öppenvård, var inte

dess skillnader signifikanta. Detta fynd har replikerats i andra kontrollerade studier [3, 4].

I en systematisk genomgång vid The Cochrane Collaboration [5] av studier med fokus på effekt av tidig intervention, fasspecifika behandlingar och insatser med specialiserade team i prodromalfas av schizofreni konstaterades bättre följsamhet till behandlingen med integrerad psykiatri även vid tvåårsuppföljning men inga signifikanta skillnader i behovet av inlagda vård eller deltagarnas förmåga till självständigt liv, eller värdet av fasspecifik behandling med undantag av familjeterapi, jämfört med »traditionell» behandling. Således saknas ännu vetenskapligt och evidensbaserat stöd för påståendet att man med understödjande insatser kan förebygga återinsjuknande, behov av inlagda vård eller påverka schizofrenins »naturalförlopp».

Cullbergs argument att neuroleptikas behandlingseffekt i kontrollerade studier inte skulle vara större än 25–50 procent jämfört med placebo förklaras sannolikt av just det faktum att patienterna avbryter sin behandling och återinsjuknar, och inte på att neuroleptika skulle ha otillräcklig effekt. Att antipsykotika har god effekt på de psykotiska symptomen i flertalet fall får väl ändå anses odiskutabelt? Dessa slutsatser dras i varje fall i SBU:s genomgång av neuroleptikabehandling 1997 där Cullberg var medförfattare.

Miltongruppens förslag om »öppen vård med särskilda villkor» är en mycket efterlängtad, länge efterlyst möjlighet för oss som verkligen månar om våra patienter och deras anhöriga. Förslaget kan, om det genomförs, ge oss ett redskap att med minsta möjliga tvång och ingrepp i patientens liv och så långt det är möjligt uppnå symtomfrihet, säkra rehabilitering och understödja möjligheten till ett självständigt liv utanför sjukhusväggarna.

Även om det inte är våra schizofrenipatienter som begär majoriteten av »vansinnesdåd» kan en del av dem, särskilt de med paranoida symptom, omedicinerade bli farliga för andra människor. Så även om ett nytt lagtillägg inte till 100 procent kan förhindra våldsdåd som be-

gås av psykiskt sjuka är det inte otänkbart att andelen våldsbrottslingar med primär psykosjukdom kan minska med denna åtgärd.

Slutligen om Cullbergs ovilja att ta ansvar för konsekvenserna av sina tidigare gärningar. Att det funnits ädla motiv och bevekelsegrunder hos portalfigurer som Johan Cullberg i Sverige och andra i den antipsykiatriska våg som inspirerades av Thomas Szasz (i dag portalfigur för scientologisekten), David Cooper, R D Laing och Michel Foucault och som sköljde över västvärlden under 1960- och 1970-talen betvivlar jag inte, men konsekvenserna av dessa ideologiska aktiviteter blev fatala, ja rent av letala, för många av våra patienter.

Att Cullbergs förslag till ersättningsformer vid nedmonteringen av de gamla mentalsjukhusen slutligen hamnade i finansrotelns papperskorg fritar honom inte, i mitt tycke, från självkritisk reflektion över sitt bidrag i detta drama från ett etiskt och moraliskt perspektiv i den intellektuella anständighetens namn. Självinsikt liksom sjukdomsinsikt kan som sagt vara ett besvärligt kapitel.

Här framförda åsikter och reflektioner är mina egna och personliga.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Cullberg J, Mattsson M, Levander S, Holmqvist R, Tomsmark 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 Psychiatrica Scand.* 2006;114:274–81.
2. 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 Psychiatrica Scand.* 2003;107:415–23.
3. Thornicroft G, Becker T, Holloway F, Johnson S, Leese M, McCrone P, et al. Community mental health teams: evidence or belief? *Br J Psychiatry.* 1999;175:508–13.
4. Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *UK 700 Group. Lancet.* 1999;353:2185–9.
5. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Oct 18;(4):CD004718.

Läs mer Johan Cullberg svarar på nästa sida.



ULF BRETTSTAM

specialist i allmänpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, Höglandssjukhuset, Eksjö
Ulf.Brettstam@lj.se

Replik:

Vetlösa beskyllningar från Brettstam

De förväntade ekonomiska förstärkningarna till psykiatri bör användas så, att vi kan avstå från ökade möjligheter till tvång i öppenvård. Brettstams förlöpnings mot min person bör han be om ursäkt för – eller ange stöd för sin »guilt by association«-argumentation.

Vore det självklart att tvångsbehandling i öppenvård innebär »minsta möjliga tvång och ingrepp i patientens liv« för att säkra goda behandlingseffekter skulle jag vara den förste att stödja den.

Om det nya tvångsförslaget går igenom har vi säkerligen pacificerat en stor grupp psykospatienter. Samtidigt har vi minskat möjligheten för dem att under de kommande åren utveckla ett förtroende för vården. Att lagförslaget vunnit så starkt politiskt gehör beror på den ensidiga mediebevakningen av våldsdåd som kan kopplas till psykisk sjukdom och/eller missbruk. Argumentet att våldet på gatorna skulle minska påtagligt med ökad tvångsbehandling är en populistisk föreställning och inte trovärdigt.

Inom psykiaterkåren vet man att ett förverkligande av detta lagförslag visserligen skulle göra det lättare att ha kontroll över ett antal hemmaboende patienter, men att fall liknande dem som förekommit i medierna knappast skulle beröras. Det är bara en liten del av det tusental patienter som kommer att drabbas av lagförslaget som kan betecknas som farliga.

För alla de övriga utgör utökning av tvånget en integritetskränkning som



JOHAN CULLBERG
gästprofessor i psykiatri
vid Ersta Sköndal högskola
johan.cullberg@esh.se

samtidigt bromsar incitamentet till en effektivare, utbyggd psykosvård.

Om det är något som psykiatrien har anledning att förvänta från statsmakterna under de närmaste åren är det en rejäl ekonomisk förstärkning. Den måste kopplas till en radikal utveckling av psykosvården innebärande en uppsökande verksamhet värd namnet och, inte minst, förbättrad utbildning om både psykosociala och farmakologiska behandlingsmetoder. Då kan psykiatrien också leva upp till ett fortsatt behandlingsansvar efter utskrivningen i nära samverkan med socialtjänsten. Kan det förverkligas tror jag de flesta kollegor skulle vilja avstå från ökade möjligheter till tvång i öppenvården.

Vad gäller en behovsanpassad psykosvård missar Brettstam poängen i mina exempel, nämligen att konsumtionen av neuroleptika minskar utan att effektiviteten i behandlingen går förlorad. Cochranerapporten är inte uppdaterad med de senaste årens kontrollerade forskning.

Då sakliga argument tryter ägnar Brettstam spaltutrymme åt att sprida hemmalagad dynga. Genom »guilt by association« vill han påskina att det är någon slags antipsykiatrisk ideologi som driver mig att yttra mig i frågan om utökad tvångsvård. Han påstår att jag är »ovillig att ta ansvar för« att ha varit en »portalfigur« i Sverige för författare som Szasz, Cooper och Laing. Därför ansvarar jag bl a för en ökad dödlighet! Förstår Brettstam vad han säger? Denna allvarliga och bisarra beskyllning är en förlöpnings som han bör be om ursäkt för, alternativt noga ange var jag skrivit något som uttrycker åsikter som skulle vara allmänt mot medicinska behandlingsmetoder eller diagnostik. Det enklaste är att läsa min lärobok »Dynamisk psykiatri«, vars första upplaga kom 1984.

Min medicinska identitet har alltid varit klar. Just därför har jag kritiserat det som jag uppfattat som brister och ensidighet i dagens psykiatri – liksom jag under alla år kritiserat antipsykiatriskt tänkande.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Många frågor kräver svar innan CUB kan införas i kliniken

Debattartikeln i Läkartidningen 41/2006 (sidorna 3060-1) om CUB (kombinerat ultraljud och biokemiskt test) är intressant ur flera aspekter. Författarna anger att Centrum för fostermedicin (CFM) och UltraGyn i Stockholm erbjudit CUB sedan juni 2005. De konstaterar ett ökat intresse hos gravida kvinnor för individuell riskvärdering. Det hade varit intressant att veta mer om hur detta ökande intresse skapades. Kan det vara så att det direkt eller indirekt väcktes av dem som presenterade metoderna?

En annan fråga är vilka gravida kvinnor som fått erbjudandet och hur det ser ut. Är det fråga om en vetenskaplig studie eller ett kliniskt försök eller är det klinisk verksamhet? Genom att författarna presenterar metoden och sina resultat i en debattartikel och inte som en vetenskaplig rapport ger den intryck att vara det sistnämnda. I så fall blir en följdfråga hur det gick till när CUB infördes i den kliniska verksamheten.

Har beslutet om införandet fattats i samråd med sjukhus- eller landstingsledning? Vilket politiskt organ har fattat beslut om att CUB skall införas i Stockholms läns landsting? Vilka är de ekonomiska konsekvenserna? Om undersökningen är dyrare än hittills använda metoder – vilka överväganden har i så fall gjorts i fråga om vertikala och horisontella prioriteringar? Ett annat sätt att formulera denna fråga är: Vilken annan sjukvård skall Stockholms läns landsting inte erbjuda för att kunna finansiera CUB? Vilka etiska överväganden gjordes innan metoden infördes? Hur ser informationen ut som ges till de gravida kvinnorna?

Frågorna är många men måste ställas, och svaren borde ha redovisats innan en ny metod som CUB erbjuds till gravida kvinnor i klinisk verksamhet. Frågorna blir extra viktiga när den nya metoden berör centrala etiska värden såsom all fosterdiagnostik gör.

Det är vidare intressant att notera den stora vikt författarna lägger vid att beskriva kvalitetssäkring av de använda metoderna. De anger att de via en stif-

telse skall samla in normaldata för NUPP (nackvecksundersökning med ultraljud) för den svenska befolkningen. Skälet är att det finns skillnader mellan hur tjockt nackvecket är i olika befolkningsgrupper, vilket gör att resultat från internationella studier inte direkt kan användas på svenska gravida kvinnor.

Kvalitetssäkringen av en annan viktig del av verksamheten, nämligen informationen till de gravida kvinnorna inför undersökningen, berörs emellertid inte alls. Den är lika viktig som kvalitetssäkringen av metoderna därför att den informationen är förutsättningen för att den gravida kvinnan skall kunna fatta ett väl underbyggt beslut om huruvida hon vill genomgå undersökningen eller avstå från den.

Det är intressant att notera att i en av de artiklar som författarna refererar till konstateras just att förutom kvalitets-säkring av metoden även informationen inför CUB-undersökningen bör kvalitetssäkras [1]. På samma sätt som när det gäller mätningen av nackveck finns det exempelvis skillnader mellan olika befolkningsgrupper när det gäller hur denna typ av känslig information tas emot av den gravida kvinnan. Det hade varit värdefullt om samma kraft hade lagts ner på kvalitetssäkringen av informationen till kvinnan som på kvalitetssäkringen av metoden som sådan.

I artikeln anges att informationen till kvinnan skall baseras på frivillighet på samma sätt som ultraljudsundersökningen är frivillig idag. Informerat samtycke är ett viktigt uttryck för självbestämmande och frivillighet. Förutsättningen för att kunna ge ett informerat samtycke är att den gravida kvinnan har tillräckligt med kunskap som underlag för sitt beslut. Redan den från informationssynpunkt enklare uppgiften att informera om ultraljudsundersökningen har idag stora brister.

Om man tar i beaktande att en barnmorska på mödravårdscentral har endast cirka 5 minuter avsatt för att ge information om alla typer av fosterdiagnostik är detta inte svårt att förstå. Det är mycket osäkert om det på så kort tid som 5 minuter över huvud taget går att förmedla för den gravida kvinnan användbar information om fosterdiagnostik eftersom det rör ett så tekniskt och etiskt komplicerat område. Att en barnmorska på cirka 5 minuter skall hinna med att informera om både CUB och ultraljudsundersökning är inte trovärdigt och innebär att centrala etiska vär-

den såsom människosyn, människovärde och integritet hotas.

En fråga som författarna kanske borde ha tagit ställning till är om eventuella resurser skulle ha lagts på en förbättrad information inför ultraljudsdiagnostiken istället för att satsa på en ny metod?

Alla typer av fosterdiagnostik berör centrala etiska värden som människosyn, människovärde och integritet. Innan en ny metod inom detta område införs bör det ställas som krav att en etisk analys redovisas som innehåller en beskrivning av metoden som används vid fosterdiagnostiken, vilka intressenter som är involverade, vilka värden som finns samt konflikter mellan dessa värden och vilka konsekvenser för verksamheten resultatet av en sådan analys leder till.

Replik:

Föräldrade metoder bör utmönstras

Jan Wahlström ställer många tankeväckande och intressanta frågor avseende vår debattartikel om en kombination av ultraljud och biokemi (CUB) för riskvärdering och prenatal upptäckt av fetala kromosomavvikelser. Vi välkomnar dessa frågor.

I artikeln hävdade vi att det finns ett ökat intresse för denna typ av undersökning hos de gravida kvinnorna. Wahlström skriver lite raljerande att vi själva skapat detta intresse. Han underskattar moderna unga blivande föräldrars förmåga att själva skaffa information och ta ställning i dessa frågor. CUB är en väl etablerad metod i många länder och används även rutinmässigt i flera av våra grannländer. Att inte gravida i Sverige skulle känna till metoden är naturligtvis en utopi. Vi som arbetar med patienter möter dessa frågor dagligen. Att metoden har klara fördelar avseende precision, prestanda, ekonomi etc är inget nytt. Det finns övertygande vetenskaplig evidens för metoden. Det borde Wahlström känna till. Det är för oss svårt att se den goda etiken i att fortsätta använda metoder som ger mer skada än nytta. Inte minst när nya, effektiva metoder finns att tillgå.

Den nya metoden leder till färre amniocenteser och ett mer effektivt utnyttjande av kromosomanalyser vid våra genetiska laboratorier. Detta innebär även besparingar för samhället. I Stockholm räknar vi med att vid övergång till denna metod kunna undvika ett tjugotal miss-

fall per år hos mödrar med foster med normal karyotyp. En hel del av dessa mödrar är äldre, och ingen känner deras förmåga att bli gravida igen. Anser Wahlström att man skall undanhålla denna information för allmänheten?

Jan Wahlström
professor emeritus, klinisk genetik,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg
jan.wahlstrom@obgyn.gu.se

REFERENS

1. Nicolaides KH, Chervenak FA, McCullough LB, Avgidou K, Papageorghiou A. Evidence-based obstetric ethics and informed decision-making by pregnant women about invasive diagnosis after first-trimester assessment of risk for trisomy 21. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:322-6.

fall per år hos mödrar med foster med normal karyotyp. En hel del av dessa mödrar är äldre, och ingen känner deras förmåga att bli gravida igen. Anser Wahlström att man skall undanhålla denna information för allmänheten?

Metoden är billig och leder till uppenbara fördelar. Inom vår verksamhet har vi tagit ställning för att detta är ett effektivt utnyttjande av de resurser som är ställda till vårt förfogande för fosterdiagnostik. Vidare anser vi det oetiskt att denna metod skall vara förbehållen enbart de patienter som själva kan förse sig med information och sedan betala för undersökningen. Därför vill vi erbjuda den även inom den offentligfinansierade verksamheten.

Wahlström undrar över vertikala och horisontella effekter. Den enda horisontella effekt vi noterat är att patienter från andra delar av landet, inte minst Göteborg, söker sig till våra verksamheter för att få CUB utfört. Det är intressant att Wahlström tidigt i sin kommentar tar upp resursfrågan. Detta efter flera decennier då tiotals miljoner kronor årligen gått till analyskostnader för amniocenteser som i 98 procent av fallen varit normala. När nu analyskostnaderna väsentligen reducerats genom den nya tekniken kvantitativ fluorescent polymeraskedjereaktion (QF PCR), samtidigt som objektiva riskvärderingsmetoder som CUB blivit tillgängliga, känns det diskutabelt att avföra den nya tekniken av kostnadsskal.

Wahlström tar med rätta upp proble-

men avseende information. De fem minuter han nämner känner vi inte igen i Stockholm. Emellertid är det svårt att ge en rimlig och vederhäftig information inom mödravården avseende fosterdiagnostik. Här har Wahlström en poäng. Detta är inget nytt problem utan har funnits länge, men får ny aktualitet när nya metoder införs såsom QF PCR och CUB.

Vi arbetar fortlöpande med denna fråga och försöker kontinuerligt tillhandahålla bra information (www.karolinska.se/fostermedicin respektive www.ultragyn.se). Vidare har Karolinska Universitetssjukhuset tillfört projektmedel som avser att stödja detta viktiga utvecklingsarbete. Här finns ett stort behov av ett utökat och förbättrat samarbete mellan mödravård, kvinno-kliniker och genetiska laboratorier. Svårigheterna med att arbeta fram och utveckla en adekvat information får

dock inte frånta möjligheten för våra gravida att ta del av en bättre och säkrare medicinsk metod.

Wahlströms rop hörs ofta högt i debatten avseende fosterdiagnostik. Inte sällan ifrågasätter han förändrings- och utvecklingsarbete med hänvisning till centrala etiska värden. Vi som arbetar med detta ser en snabbt förändrad verksamhet, där individen eller i detta fall de blivande föräldrarna är beredda och kapabla att – efter adekvat information – själva ta ställning, snarare än att vi (den medicinska professionen) skall ta ställning för dem.

Enligt vår mening är detta en utveckling i rätt riktning. Men den kräver att vi inom vår profession minskar benägenheten att hålla kvar vid det gamla. I Sverige är det nu hög tid att vi organiserar oss, arbetar tillsammans med att utveckla en bra patientinformation och

snarast avvecklar dåliga medicinska rutiner som saknar vetenskapligt stöd.

Peter Conner

med dr, överläkare,
Centrum för fostermedicin,
Karolinska Universitetssjukhuset
peter.conner@karolinska.se

Anna Marsk

ultraljudsansvarig

Harald Almström

med dr, verksamhetschef;
båda vid UltraGyn, Stockholm

Magnus Westgren

professor,
Centrum för fostermedicin,
Karolinska Universitetssjukhuset

Läs mer Se även artikel på sidan 3460.

Gentestning för långt QT-syndrom används i klinisk verksamhet

Med anledning av ett »nytt rön« i LT [1] vill vi informera om att det i norra Sverige pågår klinisk verksamhet inkluderande gentestning avseende långt QT-syndrom (LQTS).

Som författarna till artikeln påpekar är patienter med LQTS en försummad grupp som i många fall inte får adekvat diagnostik och behandling. Trots att sjukdomen ofta manifesterar sig kliniskt i tonåren med svimning eller plötslig död, trots att dödligheten hos obehandlade patienter är hög och trots att effektiv terapi finns tillgänglig, existerar i Sverige i dag inget utarbetat vårdprogram eller behandlingsstrategi för diagnosgruppen LQTS.

I samarbete med barnkardiolog, vuxenkardiolog och klinisk genetiker vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå startades 2005 familjemottagning innefattande gentyppning avseende LQTS. En utförligare beskrivning av denna verksamhet inklusive vårdprogram kommer under våren 2007.

Vi utför screening (sekvensering) av KCNQ1- och KCNH2-generna (lokus för LQT1 och LQT2), i vilka ca 95 procent av mutationerna vid LQTS identifieras. Utvecklingsarbete pågår för multiplex ligeringsberoende probamplifiering (MLPA) av KCNQ1 och KCNH2, vilket

beräknas vara färdigt i juni 2007. Sekvensering och MLPA av SCN5A (lokus för LQT3), i vilken mutationer identifieras hos <5 procent av individer med LQTS, kommer att erbjudas kliniskt från slutet av 2007.

Kostnaden för en fullständig sekvensering är 5 500–7 000 kr per screenad gen; mutationsanalys görs till en kostnad av 1 500 kr per familjemedlem. Svarstiden för en sekvensering är 3–6 månader, och 28 dagar för en mutationsanalys.

Ett centrum för kardiovaskulär genetik är under uppbyggnad vid Norrlands universitetssjukhus, och förutom diagnostik av LQTS utförs även analyser för hypertrofisk kardiomyopati och familjär hyperkolesterolemi. Ytterligare analyser för ärftliga kardiovaskulära sjukdomar planeras.

Det är vår förhoppning att patienter med hereditära former av kardiovaskulär sjukdom ska få tillgång till adekvat

diagnostik och behandling i tid och att man därigenom minskar risken för plötslig oväntad hjärtdöd i den yngre populationen.

Eva-Lena Stattin

överläkare, avdelningen för klinisk genetik
evalena.stattin@medbio.umu.se

Annika Rydberg

med dr, överläkare, barnhjärtmottagningen,
barn- och ungdomskliniken
annika.rydberg@vll.se

Steen M Jensen

docent, överläkare, hjärtcentrum
steen.jensen@medicin.umu.se

samtliga vid
Norrlands universitetssjukhus, Umeå

REFERENS

1. Wettrell G, Christiansen M. Gentestning för långt QT-syndrom bör introduceras i kliniskt bruk. *Läkartidningen*. 2006;103:2287.

Dela med dig av dina erfarenheter
Kommentera artiklarna i Läkartidningen direkt på
www.lakartidningen.se

Utmanande saklig **Läkartidningen**