

Om vikten av »social ingenjörskonst« i psykiatrin

Att den »sociala ingenjörskonsten« inom psykiatrin inte kunnat infria sina löften fullt ut motsäger inte dess betydelse. Om den fungerade bättre skulle den psykiatriska patienten generellt må bättre och tvångsvården minska. Tvång i öppenvården är självfallet en nödlösning då förutsättningarna för eller viljan till alternativ tryter.

Ger man sig tid och gör en vandring tillbaka i tiden stöter man på en oändlig rad av förnämliga och inspirerande tänkare (psykiatrer, sociologer, forskare, m fl) som betonat vikten av institutionella reformer och av en förbättring av patientens materiella villkor för hans psykiska återhämtning och sociala rehabilitering.

Under senare delen av 1880-talet myntade Kraepelin begreppet »dementia praecox«, dvs »demens i förtid«, »ungdomsslöhet«. Begreppet angav tydligt hur pessimistiskt man såg på förloppet av det som vi nu kallar för »schizofreni«. Ett så malignt schizofreniförlopp som det Kraepelin rapporterade om möter sällan dagens psykiatriker. Redan i början av 1900-talet myntade Eugen Bleuler begreppet »schizofreni«. Han redogjorde för en mer optimistisk syn på schizofrenins prognos och förlopp.

Ljög Kraepelin? Förvisso inte. Kraepelin arbetade i München och observerade sina patienters beteende inom ramen för en institution som påminde om de »totalitära« institutioner som Goffman kartlade på 1950-talet [1]. Bleuler arbetade i Schweiz vid en tidpunkt då landet hade låg arbetslöshet och mycket god ekonomi. Riktlinjerna för Bleulers och hans medarbetares arbete påminner om de principer som gällde drygt femtio år tidigare för anhängare av »moral treatment« (Philippe Pinel och Samuel Tuke), som med stor »klinisk« framgång satsade på en humanare »öppenvårdsapproach«.

Redan innan det som vi kan benämna den socialpsykiatriska rörelsen efter

andra världskriget (»open door movement«, dagsjukhusinriktning, Maxwell Jones' [2] och Thomas Mains' [3] »therapeutic communities«, m m) satsade Bleuler på att minimera slutenvården och prioritera arbetet med patienten i hans/hennes hemmiljö.

Schizofrenisjukdom utgjorde i sig inget kriterium för inläggning på institution, och om patienten inte kunde skrivas ut, tillbaka till sin egen familj, försökte man få fram lämpliga »fosterfamiljer«. Sysslösheten ansågs leda till att »det sjuka« fick för »stort utrymme« i patientens liv, och man strävade efter att få patienterna i arbete för att hålla »det friska« vid liv och utveckla det.

Efter att under flera decennier ha studerat schizofreniförloppet hos sina patienter kom Manfred Bleuler (Eugen Bleulers son) 1968 – drygt femton år efter att klorpromazinet införts – till slutsatsen att mycket små förändringar hade skett beträffande andelen patienter som blev återställda eller som blev gradvis försämrade [4]. »The only improvement Manfred Bleuler could detect was a decrease in the severity of chronic schizophrenic deterioration as a result of a reduction in the mishandling and neglect of hospitalised patients that was common earlier in the century« [5].

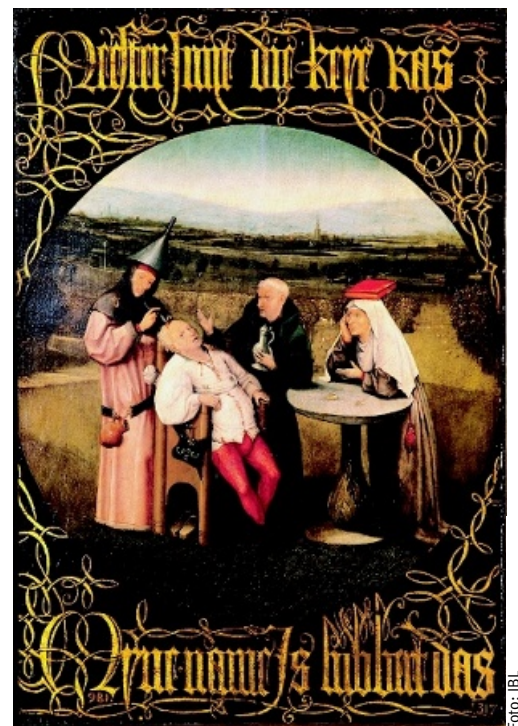
Genom sina studier av sjuutton norska mentalsjukhus kom till exempel den norska professorn Ødegard till slutsatsen att där miljöterapi inte var utvecklad betydde införandet av psykofarmaka en »verklig välsignelse«. Psykofarmaka gav bättre resultat för de patienter som vistades i »en inadekvat

miljö« än för dem som vistades i en bättre utformad miljö [6].

Den schweiziske professorn Luc Ciompi har i longitudinella studier undersökt schizofrenins förlopp innan och efter psykofarmakas intåg och kommit fram till att »recovery rates from schizofrenia are not significantly better now than they were during the first two decades of the [20 th] century«. Ciompi kom fram till att i 20–25 procent av fallen skedde en fullständig återhämtning och att 40–45 procent av schizofrena patienter blir socialt återställda [7, 8]. Ciompis siffror skiljer sig inte på något avgörande sätt från dagens [9, 10].

Min framställning skall inte tolkas som att jag eller nämnda författare inte förespråkar användningen av psykofarmaka. Men den relativiserar dess betydelse genom att understryka hur viktigt det är att psykiatrer utvecklar ett sinne för den »sociala ingenjörskonsten«.

»Att argumentera för social ingenjörskonst« är inte bara »sympatiskt«, som



»The Cure of Folly«. Målning av Hieronymus Bosch (ca 1450–1516). Bilden anses beskriva en trepanering, genom vilken »galenskapens sten« avlägsnas ur patientens huvud.



FILIFE COSTA
verksamhetschef, chefsöverläkare,
Psykiatri Södra i Stockholm
filipe.costa@sl.se

mina kritiker raljerar om, utan nödvändigt – det är vad jag försöker illustrera. Begreppet används för att beteckna den av Cullberg, Grunewald och mig själv, i tidigare artiklar i Läkartidningen, framförda åsikten att samhällsstrukturer, ekonomiska och kunskapsmässiga brister i vården ligger bakom nuvarande förslag om »öppenvård med särskilda villkor«.

»Om social ingenjörskonst visar sig vara en fungerande lösning, vilket fortfarande inte bevisats, kan en i så fall obehövligen lagstiftning avskaffas«, skriver Brettstam i Läkartidningen 50–52/ 2006 (sidan 4054). Trots att jag hitintills har framhållit en motsatt åsikt, nämligen att »social ingenjörskonst« bevisligen har en positiv effekt för patienten, vill jag vara tillmötesgående och formulera något av en kompromiss: »social ingenjörskonst« har i likhet med psykofarmaka inte fullt ut kunnat infria sina löften, och detta av olika skäl. Det motsäger inte dess betydelse. Det finns goda belägg för vikt

Men medan psykofarmaka sedan införandet, i början av 1950-talet, har fått en självklar och stor plats i psykiatri, har det varit sämre ställt med den »sociala ingenjörskonsten«. I övrigt har jag inte ens antytt att en satsning på »social ingenjörskonst«, eller för den delen på psykofarmaka, skulle kunna förklara psykiatrisk tvångslagstiftning för »obehövligen«.

Den svenska avhospitaliseringsvägen, som också kritiserats, var inte fel i sig. Nedläggningen av mentalsjukhusen, som skedde parallellt med införandet av sektoriseringsreformen, innebar självfallet en gigantisk omställning för alla inblandade. Men sektoriseringens »misslyckande« berodde inte enbart på att det krävdes en stor omställning, utan snarare på att reformen, som inte var riktigt förankrad hos professionen och administrationerna, inte genomfördes tillräckligt snabbt och med adekvata och tillräckliga resurser.

Det borde vara klart i sammanhanget att reformeringen av psykiatri och nedläggningen av »Den Stora Institutionen« ändå skulle ha skett. Det var en historisk nödvändighet. I likhet med andra europeiska länder förfogade Sverige (oavsett regeringens politiska färg) över upplysta politiker som av egen

kraft kunde inse att någonting behövde göras åt mentalsjukhusen. Cullberg kom symboliskt att fungera som representant för dem som inom professionen var för reformen. För det kom han att få utså till en hel del oberättigad kritik.

Cullberg, Grunewald och jag har genom våra tidigare inlägg påpekat att om man satsar på att råda bot på samhällsstrukturer, ekonomiska och kunskapsmässiga brister i vården kan man minimera bruket av tvång. Mot bakgrunden av befintliga brister kommer förslaget om utökade möjligheter till tvångsvård att nödvändigtvis drabba ett stort antal patienter.

Den av Milton och Jacobsson i Läkartidningen tidigare framförda åsikten att enbart en »begränsad grupp av patienter« kommer att omfattas av förslaget till »öppenvård med särskilda villkor« är svår att lita på. Jag och andra med mig befarar att hundratals patienter lätt förvandlas till tusentals.

Gällande tvångslagstiftning har redan fått utstå avsevärda glidningar, och det krävs en förändring av lagstiftningen för att i efterhand kunna inrama och legalisera det som redan sker. Detta aktualiseras också i en artikel på DN Debatt den 27 oktober 2006. Stefan Sjöström, forskare i socialt arbete vid Umeå universitet, Anna Hollander, professor i rättsvetenskap vid Stockholms universitet, och Maritha Jacobsson, doktorand i socialt arbete vid Umeå universitet, har forskat och konstaterat att »domstolarna inte klarar av att följa lagen [psykiatrisk tvångslagstiftning]«. Inte på grund av att de inblandade i tvångsvårdsförhandlingarna inte är godhjärtade människor, utan snarare tvärtom. Under tvångsvårdsmålen »utvecklas en speciell terapeutisk kultur bland inblandade domare, psykiatriker, socialsekreterare och juridiska ombud«.

Författarna skriver att detta kan ses »som ett exempel på en bredare trend där samhället motiverar frihetsinskränkande åtgärder mot personer som inte begått brott utifrån något högre mål«. Detta stämmer väl med Jacobssons eget högre mål: »rätten till vård är överordnad rättssäkerhetsaspekten«. Men tvångsvård är en mycket speciell vårdform, som innebär att en människa berövas sina mänskliga rättigheter. Jag lutar på Jacobssons omdöme i denna frå-

ga, men är rädd för att lagen kan komma att missbrukas och användas för att alltför lätt frihetsberöva många personer.

Det förefaller som att de flesta är överens om att om den »sociala ingenjörskonsten« fungerade skulle den psykiatriska patienten generellt må bättre och tvångsvården minska. Tvång i öppenvården är självfallet en nödlösning då förutsättningarna för eller viljan till alternativ tryter.

Avslutningsvis skulle jag vilja säga att »antipsykiatri« som romantisk eufemism står i samma förhållande till psykiatri som biverkningarna i förhållande till neuroleptika. De är olika sidor av samma mynt. Må vara att »antipsykiatri« över tiden är mer instabil än biverkningarna. Den är som vådret, den kommer och går, men psykiatri består. Den är inte farlig.

Vi behöver nya unga »antipsykiatriska« krafter i den psykiatriska familjen som med hjärtat till vänster och en någorlunda pragmatisk hjärna förmår vitalisera vårt tänkande och förnya debatten bortom den känsla av déjà vu som dagens diskussion om tvångslagstiftning och psykiatriens inriktning inger.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Goffman E. Asylums – Essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York: Doubleday & Co; 1961. (Sv övers: Goffman E. Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets villkor. Stockholm: Rabén & Sjögren; 1973.)
- Jones M. Det terapeutiska samhället. Stockholm: Pan/Norstedts; 1970.
- Main T. The therapeutic community. New York: Basic Book; 1953.
- Bleuler M. The schizophrenic disorders – long-term patient and family studies. New Haven and London: Yale University Press; 1978.
- Warner R. Recovery from schizophrenia – psychiatry and political economy. New York: Routledge & Kegan Paul; 1985.
- Ødegard Ø. Pattern of discharge from Norwegian psychiatric hospitals before and after the introduction of psychotropic drugs. Am J Psychiatry 1964;120:772-8.
- Ciampi L. The natural history of schizophrenia in the long term. Br J Psychiatry. 1980;136:413-20. (Sv övers: Ciampi L. Schizofrenins naturhistoria på lång sikt. Kritisk Psykologi nr 1, 1993.)
- Ciampi L. Is there really a schizophrenia? The long-term course of psychotic phenomena. Br J Psychiatry. 1984;145:636-40.
- DeSisto MJ, Harding C, McCormick RV, Ashikaga T, Gautam S. The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome. Br J Psychiatry. 1995;167:331-8.
- Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. Br J Psychiatry. 2001;178:506-17.

Återinför försöksutskrivningen!

■ I den nuvarande LPT/LRV-lagstiftningen finns speciellt två områden som är värda debatt:

1. att man som psykiater tvingas tvångsvårda enligt LRV dömda patienter som är symtomfria – antingen på grund av att de tillfrisknat eller till exempel på grund av farmakologiska åtgärder eller annat,
2. att man inte – enligt LPT-lagen – kan tvinga patienter att fortsätta att medicinera, trots att patienten gång efter annan slutat medicinera och förstört för sig själv eller andra under lång tid när vederbörande ej varit under tvång.

(Jag har förstått att inte bara »vår« länsrätt utan flera andra haft »common sense« och permitterat patienter i årtal när sjukhistorien varit uppenbar med ständiga avbrott av medicineringen med återinsjuknande som följd så snart tvångsvården upphört och patienten slutat medicinera. Såvitt jag förstår är inte dagens tvångsvårdslag menad så ... Ett stort tack till dessa länsrätter – som haft kvarvarande bondförnuff!)

Det första ämnet är knappt diskuterat – trots att tvångsvård av »friska« patienter strider mot alla etiska konventioner som Svenska psykiatriska föreningen skrivit på. Det är väl något som RSMH, Cullberg och Grunewald borde ge sig på!

I fråga om långa permissioner/försöksutskrivningar förstår jag att RSMH kämpar emot, eftersom man tillsammans med diverse flummare från 1970-talet är skyldig till dagens undermåliga lagstiftning. Ifråga om Grunewald har jag också förståelse: Att ha tvingat staten att ge alla förståndshandikappade en draglig tillvaro är en stor prestation! (Att sedan psykiatrin får ta hand om de psykotiska, aggressiva och svårast störda i denna grupp verkar vara utanför Grunewalds blickfält.)

Det som har förvånat mig är dock Johan Cullbergs negativism mot att man kanske måste tvångsvårda patienter resten av deras liv, eftersom jag uppfattat honom som insiktsfull i andra frågor.

Min erfarenhet – efter (snart) 30 år som psykiater, varav 22 år på samma ställe – är att det finns en liten grupp psykotiska patienter som:

1. aldrig får sjukdomskänsla,
2. långt mindre får sjukdomsinsikt,
3. gång på gång fördärvar för sig själva eller omgivningen på grund av återfall

i sin sjukdom så snart de inte tvingas medicinera (stöd-/kontaktperson vill de inte ha eftersom de anser sig friska). Flummeriet om att de skulle må bra om det fanns fler dagcentraler och liknande är pinsamt!

Det behövs:

1. En reformering av LRV så att vi i psykiatrin inte tvingas tvångsvårda
 - a) tillfrisknade patienter eller
 - b) patienter som borde vara hemma med tvångsmedicinering.
2. En möjlighet till permission/försöksutskrivning enligt LPT/LRV ett halvår i taget med möjlighet till föreskrifter angående till exempel medicinering/Antabus etc, till och med om det skulle bli livet ut ...

Vad som här borde tillföras är att patienten skulle ha rätt att begära en »second opinion« beträffande den medicinska behandlingen: det finns idag läkare som

till exempel använder långtidsverkande Haldol Depot-injektioner av enbart ekonomiska skäl – trots att det finns medel med mycket lägre frekvens av biverkningar.

Det viktigaste för psykopatienterna tror jag är en stabil psykiatrisk kontakt! Efter att ha varit på samma arbetsplats i 22 år har jag tre patienter som jag behöver tvinga att fortsätta medicinera genom att ansöka om förlängning av permissioner (trots att väldigt många av mina patienter har psykosdiagnos!).

Jag anser definitivt att det finns ett tvång som är till godo både för patienten och samhället och som sträcker sig långt utanför den nuvarande lagstiftningen! Vad lever kollegan Cullberg i för verklighet!?

Sixten Aroenius
överläkare, psykiatriska kliniken,
Hässleholm/Kristianstad
sixten.b.aroenius@skane.se

»Göra gott«-principen bör ges företräde

■ Så kunde Johan Cullberg (JC) i LT 1–2/2007 (sidorna 56-7) till slut och med stolthet bekänna sin delaktighet i avhospitaliseringsvägen och till och med medge att patienter hamnade i misär som en konsekvens av denna »reform«.

Ansvar för dessa icke önskvärda konsekvenser projicerar JC emellertid helt på de kommuner och landsting som inte byggde ut kollektiva skyddade boenden och sjukhem i samma takt som han och andra optimistiska kollegor i nitisk världsförbättrande anda skrev ut patienter från sjukhusen. JC anklagar mig samtidigt för att förväxla orsak och verkan och för att vara historiskt naiv. Samtida kollegor som vågade varna för de negativa konsekvenser som till och med JC idag erkänner som realia fick se sina karriärer stäckta, behandlades som misshagliga bakåtskrivare och deras röster tystnade [1].

En reminiscens av synen på och argumenten mot dåtida kritiska kolleger bjuder JC på i LT 39/2006 (sidan 2885) med raderna »För att dölja resursbristens grövsta effekter ger alltså många psykiatrer höga doser av antipsykotisk medicinering liksom de faller tillbaka till att ge flera sorters antipsykotika i fulldos«

och »man missförstår eller missbrukar evidensbaserad kunskap till att förlita sig enbart på farmakologisk behandling i höga doser« samt »det som provokativt men korrekt kallas funktionell lobotomi«. Som tänkbart botemedel mot dessa av JC postulerade avarter föreslår han antipsykotisk medicinering till blivande, sannolikt icke psykotiska psykiatrer! Huruvida jag lyckats ge exempel på citat av JC som kan uppfattas som anti-psykiatriska får väl övriga läsare bedöma tillsammans med frågan om historieskrivningen över avhospitaliseringsvägen och hur artikeln »Psykiatrin är barn av sin tid« i tidskriften Socialpolitik 4–5/2001 kan läsas och förstås.

JCs oro för utvidgat tvång i vården förtjänar likväl en seriös diskussion. Det handlar, som jag skrev i LT 50/2006 (sidan 4054), om en äkta etisk konflikt mellan »göra gott«-principen och autonomiprincipen. En etisk analys ger förvisso inte ett odiskutabelt etiskt korrekt svar, men kan vara behjälplig inför de svåra överväganden som måste göras i omsorgen av våra patienter.

Mitt argument att »göra gott«-principen, dvs den föreslagna nya vårdformen »Öppen vård med särskilda villkor«, bör ges företräde framför patientens rätt till självbestämmande, grundat på bedöm-

ningen att de patienter saken gäller, på grund av sin sjukdom, saknar tillräcklig förmåga att på ett rimligt tryggt och säkert sätt utöva sin autonomi utan att riskera eget liv och hälsa, och för en smärre del patienter också andras liv och hälsa, har JC valt att inte kommentera.

Avslutningsvis ber jag JC tipsa om vilken saklig (vetenskaplig) grund han har för sitt påstående i LT 39/2006 (sidorna 2885-6) att »Vi vet att majoriteten [dvs >50 procent] av de schizofrena patienternas naturlförlöpp går mot läkning och minskat medicinberoende över åren om de får leva i meningsbärande [?] sammanhang«. Helt andra siffror (12-15

procent) avseende »recovery« vid schizofreni rapporteras t ex av Modestin och medarbetare [2].

Ulf Brettstam

biträdande chefsöverläkare,
psykiatriska kliniken, Eksjö
Ulf.Brettstam@lj.se

REFERENSER

1. Hartelius H. Hemlösa i USA ofta psykiskt sjuka. Kan denna utveckling förhindras i Sverige? Läkartidningen. 1986;83:2533.
2. Modestin J, Huber A, Satirli E, Malti T, Hell D. Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered. Am J Psychiatry. 2003; 160:2202-8.

Svar till Arozenius, Lindström, Levander och Brettstam:

Först en förbättrad vård, sedan tvång

■ Torsdagen den 25 januari dödades en 8-årig pojke av en 27-årig man, som några månader tidigare skrivits ut från två års rättspsykiatrisk vård för mordbrand. Av berättelserna att döma hade han ett återfall i psykosjukdom. Sten Levander kommenterar i SvD dagen efter att »det kommer att hända igen och igen så länge det saknas tvång inom öppenvården och bristen på vårdplatser förblir skriande«. Ändå hade den gripne förövaren frivilligt gått på öppenvårdsmottagningen och hade nyligen bedömts av flera experter som icke farlig.

Vi har svårt att se att det var brist på tvångsmöjligheter som låg bakom katastrofen. Och vilken erfaren psykiater kan utan vidare säga att han/hon inte skulle kunna göra en total miss då det gäller farlighetsbedömning – i båda riktningarna? Tanken på en nollvision är tyvärr verklighetsfrämmande. Vi bör ha medkänsla med kollegan som missbedömde om framtiden.

En sektionschef i Stockholms södra sjukvårdsområde menar i samma tidning att »om patienten hörde röster är det ofta ett tecken på allvarlig psykisk sjukdom. Då är det tveksamt om patienten över huvud taget skulle skrivas ut«.

Frånsett möjligheten att de intervjuade är felciterade, uttrycker citaten paradoxalt svårigheterna och riskerna med att i lag vidga indikationerna för tvångsbehandling i öppenvård. Om den intervjuades åsikt skulle vara representativ för psykiatrer i allmänhet skulle tiotusentals svenskar som idag lever relativt gott utanför sjukhusen behöva tvångsvårdas.

Man hävdar att detta lagförslag skulle förebygga psykotiska mord. Inte minst

politiker måste känna sig lockade av dess skenbara rationalitet. Ändå är det ett önsketänkande och saknar veterligt vetenskaplig evidens. Man tänker i sitt behov att »göra något« inte på att målgruppen är minst sagt dåligt avgränsad. Är det ett fåtal, ett tusental eller många tusen? Alla siffrorna förekommer i sammanhanget. Vem tar ansvaret när säkerhetstänkandet så tar överhanden att indikationsglidningen blivit ett faktum?

Den andra tanken med lagförslaget är att minska återfallen i psykos hos de »vanliga« psykopatienterna. Risken med utvidgningen av lagen blir att många patienter tvångsbehandlas i stället för att följas upp och aktivt motiveras till behandling liksom att deras livsomsständigheter förbättras. En klausul om stöd är visserligen fogad till lagförslaget men helt utan sanktioner för vårdgivarna.

Till Arozenius, Lindström och Levander

(de senare i LT 5/2007, sidan 353) kan sägas att visst finns det tvång som är till godo. Problemet är vilka som ska utsättas för det och med vilken kunskap och etik patientens behov av integritet ska underställas samhällets krav på säkerhet. Där kan väl ingen påstå sig ha en absolut kunskap, och debatten är därför viktig. Brettstams inlägg avstår vi från att bemöta.

Johan Cullberg

gästprofessor i psykiatri,
Ersta Sköndal högskola, Stockholm
j.cullberg@swipnet.se

Jan-Olof Forsén

förbundsordförande, RSMH
(Riksförbundet för social och mental hälsa)

Vi tackar vänligt men bestämt nej till Hofvanders omsorger

Argumenten för- och emot omskärelse av judiska och muslimska pojkar är välkända för denna tidnings läsekrets. När Yngve Hofvander (YH) fortsätter sitt korståg (sic) mot omskärelse anför han inga nya argument i sak (Läkartidningen 5/2007, sidorna 354-5).

Judendomen är en dynamisk och föränderlig religion, och data som skulle visa att omskärelse på åttonde dagen är skadlig på kort eller lång sikt för dessa pojkar skulle få undertecknade att ompröva sin syn. Hofvanders åsikter är helt irrelevanta så länge de bara baseras på tro och tyckande. Det åligger den som vill förbjuda en flera tusen år gammal tradition, som troende judar gått i döden för att försvara, att framlägga bäraktiga bevis för ingreppets risker. Vi medverkar gärna tillsammans med YH i en studie avseende svenska förhållanden.

De få nya infallsvinklar Hofvander nu tar upp imponerar inte. Världen över dör hundratusentals kvinnor årligen på grund av illegala och oskickligt utförda aborter. Ingen tycker att rätt medicin mot detta är att förbjuda aborter. I analogi med detta resonemang är det lika tokigt att förbjuda omskärelse därför att afrikanska pojkar far illa av oskickligt utförda ingrepp.

När alla argument har stötts och blötts blir frågan vilket samhälle vi vill leva i. Vi har turen att leva i ett land med demokrati och religionsfrihet. Som föräldrar vill vi också kunna forma våra barn i en för oss önskvärd riktning. Så länge vår påverkan inte skadar barnen eller samhället utan tvärtom stärker en tillit och självkänsla tackar vi vänligt men bestämt nej till Hofvanders omsorger om våra nyfödda pojkar.

Folke Flam

överläkare,
Gynekologkliniken Stockholm
i samarbete med Capio S:t Görans sjukhus
Folke.Flam@gynekologkliniken.se

Daniel Schmidt

överläkare, medicinkliniken,
Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm