

## 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 bondförnuft!)

**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. I fråga om Grunewald har jag också förståelse: Att ha tvingat staten att ge alla förståndshandikappade en dräglig 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 naturlöslöpp 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« psykospatienterna. Risker 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