

REPLIK OM FÖRSLAGET TILL NY PSYKIATRISK TVÅNGSLAG:

Paternalistisk – ja; auktoritär – nej!

■ Svenska psykiatriska föreningens styrelse har, liksom ordföranden i Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) i LT 5/2013 (sidan 226) reagerat på min artikel i LT 3/2013 (sidorna 68-9), där jag välkomnar det aktuella förslaget till ny tvångsvårds-lagstiftning.

Psykiatriska föreningens företrädare tar upp några frågor av principiellt intresse.

Ett skäl till deras tveksamhet är att den nya lagen skulle kunna innebära en »kraftig ökning av antalet personer som blir aktuella för tvångsvård«. I det nya förslaget har man bl a tagit bort undantaget för tvångsvård av utvecklingsstörda om tillståndet endast utgörs av utvecklingsstörningen, och har återinfört indikationen att man kan få sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad genom vården eller försämrad om den uteblir.

En minskning av antalet tvångsvårdade var ett av motiven bakom nuvarande LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård). Jag menar att detta inte kan vara ett bärande skäl. När

man lagstiftar om en så allvarlig sak måste grundfrågan vara att optimera lagstiftningen, dvs att den tillgodoser det behov av tvångsvård som alla, även RSMH, bejakar i vissa situationer, samtidigt som den värnar om den personliga integriteten.

Grundfrågan är ju hur man bäst ska respektera en psykotisk person – är det genom att acceptera dennes vanföreställningar och bisarra beteenden som uttryck för hans eller hennes »vilja« eller genom att försöka se bakom symtomen och beteendena och solidarisera sig med den person som man uppfattar finns bakom psykosen?

Frågan om platstillgång kan inte vara utgångspunkten, inte heller argumentet att tillämpningen är rättsosäker därför att resurserna är olika i olika delar av landet. Så är det redan nu, och lagstiftningen ska ju inte i första hand ta hänsyn till om enskilda kommuner eller landsting inte lever upp till lagstiftningens intentioner. Ska en patient inte tas om hand därför att en kommun inte sköter

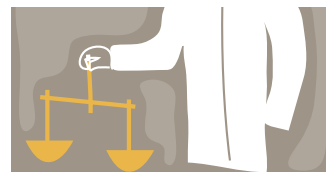
sig och ger optimala förutsättningar för ett bra liv trots psykiska funktionshinder?

Psykiatriska föreningens tankar om den bristande diskussionen i lagförslaget om en hög psykiatrisk kompetens är också litet intressant. Jag tror att lagstiftaren utgår ifrån att psykiatriska specialister ska ha tillräcklig kompetens för att bedriva även psykiatrisk tvångsvård. Psykiatriska föreningen arbetar ju också förvisso med egna riktlinjer i frågan.

Slutligen, RSMH:s inlägg är symtomatiskt. Jimmie Tre-vett skriver att jag »vurmar« för en »auktoritär tradition«.

För RSMH är psykiatri sjukvårdens paria, som vårdar sjukdomar som inte finns, i »avarter« av vård, och som styrs av psykiatrer (»experimentella entusiaster«), som »rent slentrianmässigt« ut-sätter patienter för »vård, tvång och frihetsinskränkningar«, »godtycke och förmynderi« genom att »manipulera« lagstiftningen (citatur RSMH:s remissvar på utredningen).

RSMH styrs av fördoms-



Vinjet: Airi Ilste

fullhet och osaklighet och för-tjänar inte respekt som före-trädare för de svårast sjuka patienterna inom psykiatri.

Det känns genant att behöva säga att jag givetvis ställer upp på alla försök att skapa en dialog med patienten, en delaktighet. Jag tror att de flesta av de patienter jag haft under mina mer än 45 år inom psykiatri skulle ha litet svårt att känna igen mig som auktoritär och »objektifierande«. Allt ska naturligtvis göras för att etablera en samarbetsrelation, det är inte det vi diskuterar. En psykiatri som inte ständigt kritiserar och skam- och skuldbe-läggs skulle vara mycket lättare för patienter att frivilligt söka sig till. När ska RSMH söka samarbete med psykiatri, liksom alla andra patientföreningar, för att förändra synen på psykiatri?

Lars Jacobsson
professor emeritus,
Umeå
lars.jacobsson@
psychiat.umu.se



»Telefonfällan« orsak till många cancerbesked per telefon

■ För mig som i många år undervisar kolleger och studenter om hur man ger svåra besked är Sune Överhagens artikel om telefonbesked om svåra sjukdomar angelägen (LT 3/2013, sidan 69). Överhagen avslutar, trots att den egna undersökningen bekräftar hans farhågor, med att han hoppas att det är olycksfall i arbetet när så sker.

Det finns sedan länge god internationell konsensus om hur ett svårt besked bör framföras [1-5]. En rad förutsättningar bör vara för handen, såsom gott om tid, lugn och avskild miljö, närvaro av patientens partner. Läkare ska ha möjlighet att utöva färdig-

heter som att lyssna aktivt, ge känslomässigt gensvar, ge tid och utrymme för frågor, iakt-ta varsamhet, lyhördhet och följsamhet och kunna hitta den svårfunna balansen mellan uppriktighet och hopp. Praktiskt taget inget av detta går att förverkliga vid ett svårt besked per telefon, och enigheten är mycket stor i alla riktlinjer och rekommendationer om att sådana besked ska undvikas.

En rad studier har redovisat hur negativt patienter i efterhand upplever telefonbesked om svår sjukdom, även om de givit »tillstånd« till det under utredningen [6].

Ansvarsnämnden har till och med uttalat att besked

om cancer inte ska lämnas per telefon [7]. Ändå är det mycket vanligt. Överhagens egen enkät visar på ca 20 procent för MS-besked. I cancer-sammanhang brukar siffran 30 procent anges som vanligt.

Varför blir det så? Visst är det möjligt att en viss andel telefonbesked ges därför att det är tungt att sätta sig ned till ett samtal ansikte mot ansikte, men läkare är vana vid svåra situationer, och när man diskuterar frågan med kolleger finns det mycket få som själva tycker att telefonbesked är rimliga.

En mycket vanlig orsak till att det ändå blir så är enligt min erfarenhet det jag brukar

kalla för »telefonfällan«. Det går till så här: En patient genomgår en utredning, och prov tas. Provsvararna väntas efter en tid, och patienten väntar »i hemmet« på besked. Svar anländer, t ex PAD, och läkaren ringer upp för att be patienten komma för besked. Patienten som kanske sitter i sammanträde, i bilen, på toaletten eller tillsammans med mer eller mindre främmande personer kastar trots det ofta ut den avgörande frågan: »Är det cancer?«, »Var det MS?«

Läkaren kan/vill förstås inte ljuga, och så blir det ett telefonbesked utan att det var avsikten. Man kan som patient inte förutse hur man efteråt kommer att uppleva att ha

fått beskedet på det sättet.

Hur kan vi undvika telefonfällan? Alla patienter som utreds med en rimlig misstanke om svår sjukdom bör få en återbesökstid för besked. Man bör erbjuda patienten att ta med sin partner och förklara att erfarenheten visar att detta är bra oavsett vad resultatet av utredningen är.

Jag får ibland höra invändningen att det inte finns tider för alla återbesök till utredningspatienter. Det är svårt att acceptera ett sådant argument; ska vi gå med på att en stor del av patienter med svår sjukdom får besked på ett sätt som är långt ifrån den kvalitetsnivå som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet? Dessutom: om utredningen är negativ, kan man ringa upp och ge detta glada besked och fråga om patienten är nöjd så eller vill utnyttja sin återbesökstid, vilket ger en hel del tider tillbaka.

I nödfall: om patienten inte fått återbesökstid och du har svåra besked att ge, be då en sekreterare eller annan person som inte har provsvaren ringa upp och kalla patienten, en som ärligt kan säga: »Jag vet inte vad utredningen visade, det kommer doktorn att berätta när du kommer hit.«

Gunnar Birgegård
professor emeritus,
Akademiska
sjukhuset, Uppsala
gunnar.birgegard@
medsci.uu.se



REFERENSER

1. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004; 363(9405):312-9.
3. Maguire P, Pitceathly C. Managing the difficult consultation. *Clin Med*. 2003;3(6):532-7.
4. Birgegård G. Första information om svår sjukdom. I: Birgegård G, Glimelius B, red. *Vård av cancer-sjuka*. Lund: Studentlitteratur; 2004. pp 37-48.
6. Brown VA, Parker PA, Furber L, et al. Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Centre. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20:56-61.
7. Gavs cancerdiagnos per telefon (HSAN 938/99). *Läkartidningen*. 2000;97:850.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

Trombolys vid stroke – bråttom är bra men glöm inte farmakologin!

■ Tiden vi har på oss för att återställa blodflödet vid propporsakad stroke är kort. Från de stora studierna av intravenös trombolys med alteplas vet vi att tiden till behandlingsstart är avgörande för att uppnå bästa möjliga kliniska effekt [1].

Sedan 2002, då behandlingen etablerades i Sverige, har infrastrukturen för trombolys successivt utvecklats. Vårdkedjorna på akutsjukhusen har etablerats, ambulansvården har lyft stroke-larm till högsta prioritet, och Sveriges Kommuner och landsting driver Nationella strokekampanjen [2] för att befolkningen tidigt ska upptäcka symtom på stroke.

Ett viktigt mått på sjukhusens effektivitet är »door-to-needle time«, dvs tiden från det att patienten kommer över sjukhusets tröskel till det att behandlingen med alteplas startar. Enligt kvalitetsregisteret för stroke, Riks-Stroke, var mediantiden under 2011 för riket 64 minuter, med en variation mellan 27 och 118 minuter [3]. Ett globalt projekt, SITS-WATCH, startade 2012 för att minska mediantiden för sjukhusens handläggning till under 40 minuter [4]. De världsledande centra rapporterar mediantider kring 20 minuter [5].

Innan trombolysbehandling

startar måste patienten genomgå en datortomografi av hjärnan (DT hjärna) för att utesluta bland annat hjärnblödning. För att minimera tidsförlust har en del sjukhus valt att starta behandlingen redan på röntgenavdelningen direkt efter DT hjärna, i stället för på vårdavdelningen. Denna policyändring diskuteras i dag på många svenska sjukhus.

Alteplas (Actilyse) ges som intravenös infusion under 60 minuter, med 10 procent av totaldosen som initial intravenös bolus. Vi har genom förfrågningar till oss förstått att en del sjukhus startar med bolus på röntgen, men att in-

fusionen påbörjas först på vårdavdelningen, kanske 10–15 minuter senare. Syftet med tillförsel av en hög dos av ett läkemedel under kort tid (bolus) är att snabbt nå terapeutisk koncentration, som sedan underhålls av följande infusion. Alteplas har en mycket kort halveringstid i plasma, endast cirka 4 minuter. Förflyter till exempel 12 minuter mellan bolus och infusion sjunker koncentrationen i plasma till cirka 12,5 procent av den avsedda terapeutiska nivån, och risken är stor att patienten får en betydligt mindre effektiv behandling än vad som avsågs.

Vi vill med detta brev göra de sjukhus där trombolys ges uppmärksamma på att det inte ska vara någon tidsfördröjning mellan bolusdos och

start av infusion för alteplas.

Det är viktigt att ha bråttom vid akut stroke, men i jakten på minuter och bra resultat i kvalitetsregister får vi inte glömma bort en farmakologisk grundprincip för läkemedel med kort halveringstid – påbörja infusion direkt efter bolus!



Foto: Colourbox

Grundprincipen är: påbörja infusion direkt efter bolus!

Gunnar Andsberg

medicine doktor, överläkare
gunnar.andsberg@med.lu.se

Bo Norrving

professor, överläkare; båda vid
Neurologiska kliniken, Skånes
Universitetssjukhus, Lund

LÄS MER Fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se