

Antipsykiatrisk hållning vandringslögn om RSMH

RSMH är kritiskt till tvångsmedicinering och tvångsbehandling. Men påståenden om att RSMH skulle ha en antipsykiatrisk inställning är gripet ur luften – det är en vandringslögn som spridits av en liten grupp psykiatrer.

Eva Lindström och Sten Levander angriper i Läkartidningen 8/2007 (sidorna 605-6) Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) för »det vetenskapligt orimliga och för professionen kränkande» påståendet att psykiatrin genom övermedicinering med neuroleptika skapar passiva och känslomässigt avtrubbade individer, oförmögna till aktivitet och initiativ.

RSMH är inte ideologisk motståndare till medicinering med neuroleptika. Våra synpunkter handlar inte om neuroleptikabehandling i allmänhet och inte om behandling av en person med akut psykos utan om långvarig (minst ett år) tvångsmedicinering i öppenvård. Det får naturligtvis inte vara automatiskt tillåtet att tvångsmedicinera en person som tvångsvårdas (låsts in) – men det kan bli nödvändigt i mycket akuta situationer när alla alternativ och försök att motivera patienten till frivillig behandling misslyckats.

Våra, dvs flertalet brukares, erfarenhet av långvarig

tvångsmedicinering i öppenvård är mycket dåliga. Man upplever det som stigmatiserande, kränkande, kronifierande och som ett hinder för möjligheten att utvecklas och återhämta sig. Det är därtill förödande för relationen med och förtroendet för den psykiatriska vården.

I en nyligen publicerad Cochranestudie [1] konstateras att öppenvårdstvång är förvänsansvärt litet befordrat. Den visar också att öppenvårdstvång inte har någon som helst positiv effekt. Tvånget höjer inte patienternas livskvalitet men riskerar att driva upp vårdkostnaderna, eftersom det totala antalet tvångsvårdade ökar. Det blir svårare att få tvånget avskrivet, och antalet tvångsvårdade i öppenvård ökar från år till år.

Öppenvårdstvånget tycks inte heller kunna förebygga antalet våldsbrott begångna av personer med psykisk störning. Cochranestudiens författare kommenterar vårdformens preventiva effekter:

»Det är svårt att tänka sig någon annan grupp i samhället som skulle stå ut med att 85 personer fräntas sin frihet för att undvika en persons inläggning på sjukhus, eller att 238 personer frihetsberövas för att undvika en arrestering.»

När det gäller Lindströms och Levanders undersökning [2] kan man t ex fråga sig i vilken utsträckning de behandlade patienterna varit tvångs-

vårdade eller upplevt att de hotats av att hamna under tvångsvård om de inte varit följssamma till den ordinerade behandlingen? Hur har detta i så fall påverkat det samråd med patienten, för att »optimera balansen mellan symptomkontroll och biverkningar», som Lindström och Levander efterlyser?

Scheman där uppräknade biverkningar av neuroleptika ska skattas kan inte förmedla intensiteten eller den sammanfattande effekten av den plåga som behandlingen kan innebära för vissa patienter. De negativa psykosociala effekterna av neuroleptikabehandling tycks ha berörts ytligt eller inte alls i Lindströms och Levanders undersökning.

Många brukare använder och har god nytta av läkemedel. Men många har också negativa erfarenheter av det sätt på vilket neuroleptika används [3, 4], exempelvis att behandlingen sker under tvång eller under hot om tvång, eller att läkarna saknar intresse och lyhördhet för att lyssna på patientens upplevelser eller beskrivningar av biverkningar. Många saknar en dialog där man tillsammans med läkaren kan överväga positiva och negativa effekter, val av preparat och dosering. Ofta ges preparaten i för höga doser, och inte sällan ges flera preparat.

Många studier visar, liksom de flesta patienters erfarenheter, att neuroleptika varit till hjälp i det akuta skedet – men att det är mer osäkert i vilken utsträckning de på lång sikt bidragit till återhämtning [5].

Sänkta doser, större uppmärksamhet och lyhördhet för biverkningar (även de som patienten upplever men som inte läkaren kan se) samt brukarin-

flytande över val av preparat, dosering m m har skapat en bättre balans mellan negativa och positiva effekter av neuroleptikabehandling. Nya så kallade atypiska neuroleptika har också inneburit förbättringar för vissa patienter.

Om man jämför mindre »elaka», traditionella preparat i lägre doser med atypiska neuroleptika blir skillnaden i förekomst av extrapyramidala biverkningar emellertid inte så stor [6]. Biverkningarna av atypiska neuroleptika – framför allt de långsiktiga, inklusive risken för att utveckla tardiv dyskinesi – har varit dåligt undersökta [7].

Fler brukare än tidigare, men långt ifrån alla, anser att neuroleptika är till hjälp även som långsiktig behandling. Men många besvärar alltjämt av svåra biverkningar av olika slag. Enligt SBU:s neuroleptikarapport [8] uppvisar mellan 20 och 30 procent av dem som behandlats med neuroleptika i mer än tio år tecken på tardiv dyskinesi.

Att ursäktas enstaka fall av tardiv dyskinesi eller andra allvarliga negativa effekter av ett läkemedel med att detta är en evidensbaserad behandlingsform är inte försvarbart. Framför allt inte om behandlingen ges under tvång, vilket är det vi diskuterar.

När man tar en medicin under lång tid stärks ofta åsikten att det är något allvarligt fel på en själv utan samband med ens livshistoria eller livssituation. För många som behandlas med antipsykotiska läkemedel, framför allt för dem som får medlen under tvång eller hot om tvång, minskar motivationen att ens försöka tänka på problemen – än mindre att själv göra något åt dem [9].

Den positiva trend som funnits, bl a som en följd av RSMHs åsikt att man måste



JAN-OLOF FORSÉN
förbundsordförande,
Riksförbundet för
social och mental
hälsa (RSMH)



KJELL BROSTRÖM
intressepolitisk sekre-
terare, RSMH

sänka doserna och undvika att samtidigt ordinera flera olika neuroleptika, tycks ha vänt. I psykiaterkåren talas det återigen – bl a vid riksstämman 2006 – om att höja doserna, och det är inte längre ovanligt att patienter ordineras flera olika neuroleptika samtidigt.

Lindström och Levander tilldelar RSMH huvudrollen i en antipsykiatrisk konspiration i allians med den politiska vänstern, inklusive det socialdemokratiska partiet. De vidarebefordrar en vandringslön som har mycket litet att göra med historiska fakta, men som under många år spridits av en liten grupp kryptskyttar inom psykiaterkåren.

Karakteristisk är den totala avsaknaden av källor och referenser. Antipsykiatriska ståndpunkter som härrör från 1960- och 1970-talens politiska vänster – anarkister, journalister, revolutionära läkare, psykologer och socialarbetare – tillskrivs mentalpatienterna och deras organisationer.

I RSMHs tidiga historia finns gott om exempel på hur patienterna på de dåvarande mentalsjukhusen, som var den totalt dominerande medlems-

gruppen, hävdade och försvarade åsikten att RSMH skulle arbeta med patienternas situation – inte vara en stödgrupp till revolutionen. I RSMHs första remissyttrande argumenterade vi för en utbyggd och förbättrad psykiaterutbildning – inte särskilt anti-psykiatriskt, kan man tycka.

RSMH styrs och leds framför allt av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. De första årens retorik ersattes av medlemmars målsättningar, upplevelser och ståndpunkter. RSMH är en intresseorganisation för personer med olika typer av psykisk ohälsa. Det är också en kunskapsorganisation som samlar in och för ut brukares och närståendes erfarenhet av hur det är att vara psykiskt sjuk eller funktionshindrad eller att bli vårdad inom psykiatri eller få stöd från socialtjänsten.

Organisationen är partipolitiskt och religiöst obunden och bygger sina ståndpunkter på demokratiskt fattade beslut. RSMH bedriver inga kampanjer för eller emot olika synsätt eller behandlingsmetoder inom psykiatri, så länge dessa

inte är skadliga (som t ex lobotomi). Vi är däremot kritiska till tvångsmedicinering och tvångsbehandling.

Rubriken på Lindströms och Levanders artikel talar om samsyn och samarbete mellan psykiatri och brukarna. Detta är också RSMHs målsättning. Lindströms och Levanders artikel är dock ingen inbjudan till dialog och samverkan. För brukarnas erfarenheter och ståndpunkter, »tyckia-trin och det elände som den förde med sig«, uttrycker författarna närmast förakt.

Först ska brukarna underkasta sig psykiaternas »goda vetenskap«, sedan vill de ha en dialog. Det är ett »lägg er inte i – vi psykiatrer vet bäst«-inlägg av två forskare som inte förstått innebörden av ordet dialog.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3): CD004408.
2. Eberhard J, Lindström E, Levander S. Tardive dyskinesia and antipsy-

chotics: a 5-year longitudinal study of frequency, correlates and course. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21(1):35-42.

3. Topor A. Återhämtning från svåra psykiska störningar. Stockholm: Natur och Kultur; 2001.
4. Topor A. Vad hjälper? Stockholm: Natur och Kultur; 2004.
5. Warner R. Recovery from schizophrenia. London: Routledge; 1985.
6. Schillevoort I, de Boer A, Herings RMC, Roos RAC, Jansen PAF, Leufkens HGM. Antipsychotic-induced extrapyramidal syndromes: risperidone compared with low- and high-potency conventional antipsychotic drugs. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001;57:327-31.
7. Llorca PM, Chereau I, Bayle FJ, Lancon C. Tardive dyskinesias and antipsychotics: a review. *Eur Psychiatry*. 2002;17(3):129-38.
8. Behandling med neuroleptika. Stockholm: SBU;1997. Rapport 133/1, 133/2.
9. Ross A. Models of madness – psychological, social and biological approaches to schizophrenia. In: Read J, Bentall R, Mosher L, editors. London: Routledge; 2004.

REPLIK:

Ibland är det klokt att underkasta sig

Klinisk psykiatrisk forskning är satt på undantag, och ett skäl är den antipsykiatriska vänstervåg som 68-generationen stod för. Det är bättre om RSMH samarbetar med akademien.

Vi citerade ordagrant ett avsnitt ur ett remissvar från RSMH. Vi granskade och bemötte påståendena i texten, ett efter ett, med hänvisning till det dagsaktuella kunskapsläget. Vi konstaterade att dessa uttalanden inte stämde, och innehöll för den psykiatriska professionen kränkande påståenden, bl a frasen »ersättning för lobotomi«.

RSMHs trovärdighet skadas av att man fortfarande publice-

rar sådant. Framtida samarbete måste utgå från en rimlig rollfördelning. Vetenskaplig kunskap produceras i huvudsak av forskarutbildade personer inom den akademiska världen.

Patient- och anhörigföreningar/brukarorganisationer ska vittna om upplevelser och problem, och de ska förmå forskningsvärlden att ta tag i dessa. När det gäller klinisk forskning är forskarna samtidigt kliniker som möter tusentals patienter under sin

karriär. Vi får veta ganska mycket av dem.

Vi är eniga med RSMH om att klinisk psykiatrisk forskning är satt på undantag – och vi är övertygade om att en viktig orsak till detta är den antipsykiatriska vänstervåg som 68-generationen stod för. Vår 5-årsstudie representerar en typ av patientnära forskning som vi behöver mycket mer av. Att den alls gjordes är i sig ett vittnesbörd om psykiatriens engagemang för saken – den är ett ofinansierat fritidsprojekt.

Vi tror att uppläggningsen av 5-årsundersökningen, med parallella skattningsinstru-

ment (både patienter och kliniker) för symtom och biverkningar, är huvudförklaringen till den extremt höga behandlingsföljsamheten – inte tvång, för det var mycket ovanligt. Kliniker och patienter var i förvånande grad samstämmiga i sina skattningar – även skattningar av psykos-symtom.

Och samstämmigheten kan bli ännu bättre om vi förstår hur en psykopatient konstruerar sin sjukdomsupplevelse och därmed sitt upplevda behov av vård. Klinikern baserar enligt våra data den globala bedömningen på summan av symtom, patientens egenbedömning speglar den

känslomässiga reaktionen på livssituationen – en »normal sorgereaktion«. Man är enig om slutsatsen men kommer dit på olika vägar. Vet man detta underlättas kommunikationen, och vi får den dialog mellan kliniker och patient som RSMH efterlyser.

RSMH har rätt på en punkt i sitt genmäle, att brukarna avkrävs underkastelse med hänvisning till god vetenskap. Flertalet psykiatrer väljer i dag frivilligt just detta, därför att allt annat är värre. Psykiatrin (inte brukarorganisationerna) tidigare kompromissande kring god vetenskaplig kunskap förde oss vilse, t ex vad gäller psykoterapi vid schizofreni – vilket fullt ut illustreras av en 1980-talsskrift från Socialstyrelsen. Den framstår i dag som sorglig i sin ovetenskaplighet och politiska korrekthet.

Kort och gott – vi tror att RSMH väljer en klok väg om man begränsar ambitionerna som kunskapsorganisation till dokumentation av medlemmars och anhörigas erfarenheter. Omdömena om vår 5-årsstudie antyder emellertid något annat, eftersom kritiken avser vetenskapliga metodfrågor, underbyggd med påståenden gripna ur luften.

Vill man driva egen vetenskaplig verksamhet som kan konkurrera med akademisk forskning – då tar man sig vatten över huvudet. Det är bättre att samarbeta med akademien, även om det begränsar det egna tycker- och handlingsutrymmet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.



EVA LINDSTRÖM
docent, överläkare,
Ulleråkers sjukhus,
Uppsala
eva.lindstrom@akademiska.se



STEN LEVANDER
professor, överläkare,
rättspsykiatriska kliniken,
Universitets-
sjukhuset MAS,
Malmö

Läkarintyg från första dagen

Farhågan att vi läkare kommer att översvämmas av förkylda människor som behöver intyg från första dagen är något överdriven. Och att bara säga nej utan egna förslag är inte konstruktivt och bidrar inte till att öka vårt inflytande, skriver Anders W Jonsson, barnläkare och politiskt sakkunnig (c) i statsrådsberedningen.

D en svenska paradoxen – världens friskaste och samtidigt mest sjukskrivna befolkning – är ett problem där vi som läkare måste ta ett stort ansvar i de lösningar som föreslås. Att sätta sig på tvären och motsätta sig möjligheten för arbetsgivare att begära sjukintyg från första dagen känns inte särskilt konstruktivt.

Mer än en miljon svenskar i arbetsför ålder går inte till ett arbete utan stannar hemma, försörjda av sjukförsäkring, a-kassa eller socialbidrag. 650 000 försörjs via sjukförsäkring där ett sjukintyg undertecknat av en läkare finns med i beslutsunderlaget. Flera undersökningar visar att möjligheten för behandlande läkare att säga nej till sjukskrivning är minst sagt begränsade. Vi är inte orsaken till den svenska paradoxen, däremot måste vi vara en del av lösningen.

Ingen ska tro att det allvarliga läget kan lösas med en enkel åtgärd. Här krävs ett stort antal reformer. Alliansregeringen vann valet på att minska utanförskapet, därav de många förslagen för att få ner sjuktalet, varav möjligheten



ANDERS W JONSSON
barnläkare, tjänstledig
överläkare; politiskt
sakkunnig (c) i stats-
rådsberedningen
anders.jonsson@primeminister.
ministry.se

att vid exempelvis upprepade korttidsfrånvaro kräva läkarintyg är ett.

Förslaget innebär inte att alla ska lämna sjukintyg från första dagen, men arbetsgivare ska kunna kräva det när det finns särskilda skäl. Oftast handlar det om att en anställd har upprepade korttidsfrånvaro eller är sjukskrivna måndagar. Det kan också handla om anställda som regelmässigt sjukskriver sig när de är schemalagda att arbeta exempelvis julafton eller nyårsafton. Inte sällan är upprepade korttidsfrånvaro ett tecken på ett bakomliggande missbruk. Intyg första dagen blir då ett sätt att tidigt hjälpa den anställda.

Möjligheten finns redan idag till viss del då Försäkringskassan har möjlighet att besluta om att ålägga en anställd krav på intyg från första dagen. Vissa arbetsgivare har också genom kollektivavtal den möjligheten.

Processen för att ålägga någon krav på intyg från första dagen är tyvärr komplicerad, vilket gör att många arbetsgivare tvekar att lägga ned den tid det tar. Med den nya lagstiftningen vill regeringen underlätta så att upprepade korttidsfrånvaro i stort sett

alltid leder till krav på intyg redan första dagen. Det finns många exempel på att intyg första dagen vid upprepade korttidsfrånvaro har god effekt. Ett år efter det att Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg införde krav på sjukintyg från dag ett för den som ofta var sjuk hade den återkommande korttidsfrånvaron minskat till en tredjedel.

Farhågan att vi läkare kommer att översvämmas av förkylda människor som behöver intyg från första dagen är något överdriven. Andelen anställda som har upprepade korttidsfrånvaro är liten. Om mönstret som avtecknat sig

»De som söker för att få intyg första dagen är dessutom inte några svåra medicinska fall som kräver lång tid av läkaren.«

bland annat på Sahlgrenska Universitetssjukhuset håller i sig kommer antalet dessutom snabbt att minska.

De som söker för att få intyg första dagen är dessutom inte några svåra medicinska fall som kräver lång tid av läkaren.

Man kan rimligen anta att de komplicerade fallen redan före kravet om sjukintyg första dagen har uppsökt läkare. Att diagnostisera en förkylning tar dessutom inte många minuter. Ej heller utfärdandet av åtföljande intyg.

Vi måste som läkare vara aktiva i samhällsdebatten, inte minst i frågor där vi har kunskap och erfarenhet som kan bidra till kloka lösningar. Att bara säga nej till föreslagna lösningar på allvarliga samhällsproblem utan att ha egna förslag på lösningar är inte en konstruktiv attityd och bidrar tyvärr inte till att öka vårt inflytande på samhällsutvecklingen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.