

DEBAT / 22. JUL 2016



Forundring efter seks måneder i psykiatrien – Findes der ikke en bedre løsning?

KRONIK



Det virker, som om psykiatrien varetager flere og flere af ordensmagts opgaver og klientel. Bliver psykiatrien (mis)brugt til en medicinsk og sommetider også fysisk »fængsling« af patienter med svært håndterbar eller kriminel adfærd?

Dato

22. Jul 2016

Forfattere

Reservelæge Jakob Solgaard Jensen, Medicinsk Afdeling, Rigshospitalet – Glostrup E-mail: jakobsolgaarden@gmail.com
Interessekonflikter: ingen

1

Som led i min kliniske basisuddannelse var jeg ansat i seks måneder i psykiatrien fra den 1. august 2015 til den 31. januar 2016. Dette indlæg er en ekstern observatørs observationer, overvejelser og forundring, især over medicineringen og håndteringen af patienter med

vanskelig adfærd eller patienter, der er indlagt i henhold til en behandlingsdom. Min forundring går især på, om der ikke findes andre løsninger?

Jeg har som mange andre læger og psykiatere fulgt med i debatten om brugen af psykofarmaka og igennem et forskningsprojekt ved Det Nordiske Cochrane Center om utilstrækkelig blinding i dobbeltblinde forsøg pga. medicinens bivirkninger stiftede jeg bekendtskab med debatten om virkningen af antidepressiv og antipsykotisk medicin. Når der bliver fremlagt studier, der viser, at virkningen af antipsykotisk og antidepressiv medicin er tvivlsom, har jeg manglet en modpol til at forsvare ordinationen af denne type medicin. Hvilket evidensbaseret grundlag støtter man sig til, og er det i orden?

- *Jeg har til tider følt mig mere som en fængselsbetjent ansat af ordensmagten og med pålagt ansvar for at opretholde en ikke altid gennemskuelig behandling og indlæggelse.*

Jeg har forhørt mig hos psykiatere, og der findes blandede meninger om virkningen af antidepressiv medicin, og emnet er debatteret mange gange i de seneste år. Nogle sætter stadig deres lid til medicinen og tror på virkningen, mens andre er skeptiske. Jeg mener ikke, at spekulation, tro og bedste overbevisning bør danne grundlag for behandlingen af flere hundrede tusinde danskere med depression eller angst. Behandlingen skal iværksættes ud fra et sikkert evidensbaseret grundlag, og evidensen for antidepressiv medicin ved let til moderat depression er ikke sikker [1-3]. Jeg oplever patienter, der føler sig efterladt med manglende bedring og en frustration og skepsis over for, om den medicinske behandling, der er iværksat af psykiater eller praktiserende læge, overhovedet virker. Bør man ikke bruge andre behandlinger, der ikke involverer psykofarmaka?

Jeg forundres også, når jeg hører og læser i psykiatriske kredse, at patienter med obsessiv kompulsiv lidelse får antidepressiv medicin, og at man mener, at tricycliske antidepressiva har den bedste virkning. Jeg oplever, at man tillægger antipsykotisk medicin til patienter, der er i behandling med en høj dosis methylphenidat, for at opnå en antidepressiv virkning og behandle bivirkninger af methylphenidat. Hvordan hænger det sammen?

Generelt synes jeg, at der har været en tendens til at benytte antipsykotisk og antidepressiv medicin med uigennemskuelige og uhensigtsmæssige indikationer.

Debatten om psykofarmaka har sikkert medvirket til en skærpelse i brugen af antipsykotika, hvor en grundig dokumentation og argumentation skal journalføres, før man øger dosis eller tillægger yderligere antipsykotisk behandling. Jeg har alligevel set patienter, endda uden en egentlig diagnosticeret psykotisk lidelse, der var i behandling med tre forskellige antipsykotiske præparater i høje doser, bl.a. Leponex.

Jeg har set, at patienter har fået det bedre eller uændret i deres psykiske tilstand, når man trappede dem ud af en høj dosis antipsykotisk medicin. Denne medicin har en lang række skadelige somatiske bivirkninger, bl.a. vægtøgning, og dermed risiko for diabetes og hjerte-kar-lidelser, leverpåvirkning, urinretention, hjerterytmeforstyrrelser, malignt neuroleptikasyndrom, akatysi, dyskinesier, parkinsonisme og seksuel dysfunktion. Det forekommer mig, at man benytter antipsykotisk medicin næsten udelukkende for at fremkalde en sedation, hvilket ses som kraftig bivirkning af patienterne. Kronisk polyfarmaci i høje doser med antipsykotisk medicin har jeg derfor svært ved at begribe, og det strider også mod Sundhedsstyrelsens anbefalinger [4]. Jeg får at vide, at det nedsætter tærsklen for en ny psykose, og at patienterne således kan undgå en ny indlæggelse, men hvordan kan man se bort fra de skadelige virkninger og den voldsomt sløvende effekt af medicinen? Hvor meget skade og sedering skal man påføre patienterne for at undgå indlæggelse? Umiddelbart kan jeg forstå indikationen for brug af antipsykotisk behandling i en akut fase under indlæggelse (også uden samtykke i nødsituationer, hvor sundhedslovgivningen har

paragraffer til disse scenarier), men selv her findes der andre langt mindre skadelige præparater, som skulle være ligeværdige til at behandle psykose og frembringe en sedation, bl.a. benzodiazepiner [5].

Jeg har oplevet, at patienter ofte er kommet i fast antipsykotisk behandling på grund af en svært håndterbar adfærd (hærværk, voldelig, truende, selvskadelig eller dyssocial adfærd, misbrug af euforiserende stoffer, kriminalitet eller trusler om kriminalitet). Patienterne får således antipsykotisk medicin for at opnå en kemisk fiksering på grund af adfærden og ikke altid på grund af en opblussen af en psykose eller en psykotisk lidelse. Det virker, som om psykiatrien varetager flere og flere af ordensmagtens opgaver og klientel. Bliver psykiatrien (mis)brugt til en medicinsk og sommetider også fysisk »fængsling« af patienter med svært håndterbar eller kriminel adfærd?

Adskillige af de patienter, jeg har mødt i psykiatrien, har haft en dom til psykiatrisk behandling på grund af kriminalitet. Som regel indlægges disse patienter i retspsykiatrien, men jeg har i den almene psykiatri haft meget med dem at gøre. Patienterne bliver indlagt, hvis de overtræder loven eller ikke opfylder omstændighederne ved behandlingsdommen. De er som regel ikke psykotiske som led i en egentlig psykiatrisk lidelse, men har misbrugt euforiserende stoffer og har dermed haft en voldsom adfærd til potentiel fare for andre. Der opstår tit utrygge og skræmmende situationer, og personalet har sjældne gange måtte trække sig, give efter for patientens krav eller har været udsat for vold. Dette har efter min erfaring smittet af på personalet og medført et ustabil og utrygt arbejdsmiljø, men personalet er ikke de eneste, der har med disse vanskelige patienter at gøre. Hvad med de øvrige indlagte patienter? Det er foruroligende, at jeg har oplevet så mange situationer, hvor skrøbelige medpatienter har været udsat for et barskt og voldeligt patientklientel. Jeg har til tider følt mig mere som en fængselsbetjent ansat af ordensmagten og med pålagt ansvar for at opretholde en ikke altid gennemskuelig behandling og indlæggelse. Det hyppigste spørgsmål fra plejepersonalet har været: Hvorfor er patienten indlagt, hører han ikke til i et fængsel?

Jeg misunder bestemt ikke de overlæger i distrikts- og retspsykiatrien, der er blevet pålagt ansvaret for disse patienters dom til behandling. Skal man undlade antipsykotisk medicin og risikere yderligere kriminalitet, vold, selvmord, mord? Eller er det tværtimod sådan, at antipsykotika og den øvrige behandling disponerer til disse ting? Hvorfor er det psykiaterens opgave at håndtere kriminelle borgere og forebygge kriminalitet? Der er en stigning i antallet af patienter, der får tildelt dom til behandling, og jeg ved ikke, om det er psykiaterne, der har bidt over for stor en mundfuld, eller om det er blevet dem pålagt fra politisk side. Uanset hvad virker det uholdbart at fortsætte den aktuelle kurs.

Er psykiatere og praktiserende læger for fokuserede på psykofarmaka? Eller tror politikerne, at det vil spare tid og penge for samfundet? Er det ikke på bekostning af patienternes helbred?

**BLAD NUMMER:
15/2016**

1. Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of psychopharmacologic drugs advisory committee (PDAC) 16. nov 2006. www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4272b1-01-FDA.pdf (22. okt 2012).
2. Kirsch I, Moore TJ, Scoboria A et al. The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment* 2002;5, article 23. www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html.
3. Kirsch I, Sapirstein G. Listening to Prozac but hearing placebo: a meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention and Treatment* 1998;1:2a.
4. Forbruget af antipsykotika blandt 18-64-årige patienter med skizofreni, mani eller bipolar affektiv sindslidelse. Sundhedsstyrelsen, 2006.
5. Dold M, Li C, Tardy M et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.



Kommentarer er kun synlige for medlemmer af Lægeforeningen