

OUT

sideren

ser psykiatrien indefra

Danmarks første sag om sammenhængen mellem **sukkersyge** og **Zyprexa**
Tema om pillekulturen i psykiatrien

Tidsskriftet OUTsideren
Vesterbrogade 103, 1.th.
DK-1620 København V.

Telefon/fax: 35 39 71 24
Kontortid: mandag til torsdag 10 – 16

E-mail: redaktion@outsideren.dk
Hjemmeside: www.outsideren.dk
Gironr.: 1667 2246

Ansvarshavende redaktør:
Michael P. Krog

Konsulent: Lars Rahbek
lr@outsideren.dk

Bestyrelse:

| | |
|-----------------|-------------|
| Ebbe Hindahl | Formand |
| Maria Holbek | Næstformand |
| Annette Holm | |
| Dorte Bennedsen | |
| Erik Olsen | |
| Jette Nielsen | |
| Jette Sachs | |
| Svend Balle | |
| Tina Nurby | |

Redaktion:

| | |
|---------------------|--------------------|
| Michael P. Krog | Ansvh. Redaktør |
| mk@outsideren.dk | |
| Svend Balle | Journalist |
| svend@outsideren.dk | |
| Dorte Raffenberg | Journalist |
| dr@outsideren.dk | |
| Klavs S. Rasmussen | Redaktionssekretær |
| ksr@outsideren.dk | |
| Tina Nurby | Journalist |
| tn@outsideren.dk | |
| Dawn Edgar | Journalist |
| poetday@yahoo.com | |
| Jette Nielsen | Fotograf |
| jn@outsideren.dk | |
| Martin Rytter | Fotograf |
| Sandra Jensen | Ansv. Layout |
| sj@outsideren.dk | |
| Frank Fog | Webmaster |
| ff@outsideren.dk | |
| Annette Westfall | Korrektur |
| Anne Dinesen | Pr medarbejder |
| | Korrektur |
| | Illustrator |
| Jakob T. Nielsen | |

Indlæg og artikler udtrykker ikke nødvendigvis redaktionens holdning. Tidsskriftet OUTsideren modtager gerne idéer, forslag, artikler og andre redaktionelle indlæg. Vi opfordrer endda kraftigt til det! - men redaktionen forbeholder sig ret til at optage og forkorte i indsendte indlæg.

Artikler i OUTsideren kan citeres, når kilden klart fremgår af citatet.

Kopiering er ikke tilladt ifølge dansk lov om ophavsret, medmindre det er aftalt med redaktionen.

ISSN 1397 0577

Tryk: PE Offset & Reklame A/S

3 EN PILLEKULTUR

Redaktionel kommentar

4 TEMA: PILLEKULTUR

Af Klavs S. Rasmussen og Laila Dokkedal

21 TIL ELEKTROCHOK HOS OVERLÆGEN

Af Dorte Raffenberg

23 ELEKTROCHOK -BEDRE END SIT RYGTE

Læserindlæg af Preben Meilvang

24 WOODY ALLEN SYNDROMET

Af Svend Balle

30 BOGANMELDELSE

Af Lars Rahbek



Du kan altid blive en OUTsider!

Hvis du går og har lyst til at arbejde som frivillig, er du velkommen til at kontakte OUTsideren. Vi mangler folk der har lyst til at skrive og hjælpe til kontorarbejdet. Bor du langt væk fra København, finder vi en løsning. Vi modtager gerne artikler fra lige netop dig!

Som frivillig er der mange ting du kan bidrage med. Hvis du ikke ved hvad du skal skrive om, har vi masser af idéer. Det du skriver, bliver gennemgået sammen med dig af en faguddannet journalist, så du lærer noget for hver artikel. Hvis du ikke føler dig tryk ved ord, er der mange andre muligheder. Du kan hjælpe med kontorarbejdet og kontakten til vores abonnenter. Du kan hjælpe med at udvikle vores hjemmeside, og du kan hjælpe med lige det du kan finde på.

Så der er god grund til at du altid er velkommen på OUTsideren.
Kærlig hilsen Redaktionen

En pillekultur

Redaktionel kommentar

Vi tager dem, mange danskere tager dem. Ikke kun de psykisk syge. Piller er blevet en del af den vestlige måde at leve på. "Et æble om dagen holder lægen væk", siger man. Men snart kan man med alle kosttilskud og piller sige: "En pille om dagen holder lægen væk." For mange tager piller, uden de har talt med en læge. Man kan også få dem over internettet, hvis apoteket ikke har dem.

At være menneske er at kende lidelsen, men at være menneske er også at få hjælp. Derfor går vi til lægen, og få minutter efter kan vi stå med en recept. Piller alene gør det bare ikke. Spørgsmålet er derfor: Giver læger og sygehusvæsen os den rigtige behandling?

Det kan virke, som om lægerne og firmaerne bag pillerne snakker for meget sammen, når det gælder psykisk sygdom. Der er meget, man kan få piller imod i dag. Generthed, vrede, forvirring kan man også få piller imod. Men nej, en pille om dagen holder ikke altid lægen væk. Det kan tværtimod få lægen til at komme mere og mere. Og mens æblet var hentet i naturen, står der et privat firma bag pillen.

I en artikel i dette blad fortæller psykiateren Karin Garde, at hun bliver beskyldt for at være puritaner, fordi hun går imod strømmen, når det gælder om at udskrive hurtige nye piller.

Psykiatriens historie har set mange vidundermidler komme og gå. Man hører tit, at nu

er der opfundet en ny pille helt uden bivirkninger. Nu ved man ikke altid, hvad der skyldes god markedsføring og dårlig testing. Det kan næsten virke som Titanics ejere, der hævdede, at skibet ikke kunne synke. Sandheden er vel: Man opfinder næppe vidunderpiller, helt uden bivirkninger.

Vi har tidligere skrevet om Zyprexa. Vidundermidlet, der kom frem efter Leponex, som gav både blodpropper og hjerteproblemer. Så galt gik det vel ikke med Zyprexa. Folk blev bare fede. Og så fik de blodpropper og hjerteproblemer. Hva' ba'? Og nu viser det sig oven i købet, at flere psykisk syge har fået sukkersyge. Eli Lilly hedder det succesrige firma fra Indianapolis i USA, som ikke kun står bag Zyprexa men som også har midler mod sukkersyge. Det er da meget praktisk. Så kan det samme firma give pillerne mod den skade, de selv har forvoldt! For os andre virker det nærmere som en pillesuppe.

Et andet eksempel er Pfizer, firmaet bag potenspillen Viagra, som står bag den antidepressive pille Zoloft, der giver potensproblemer i lighed med Eli Lillys Fontex.

Medicinalfirmaerne er dygtige. Ingen tvivl om det. På det mere grå pillemarked, kan de også noget. LSD er som bekendt navnet på en vidunderpille, ikke så få har prøvet. Mange har beskrevet at de kunne gå tilbage i barndommen under dens påvirkning. Derfor er det ikke så underligt, at nogle behandlere fik kik på den i sin tid. Vi bringer noget om forsøg herhjemme, som faldt uheldigt ud. I udlandet fik patienterne det nu bedre, men der fik de også samtaler tilbudt bagefter. Piller er altså udmærket, hvis de bare bliver brugt sammen med anden behandling. Desværre mangler den tit.

Der er meget at skrive om piller, og derfor handler meget af OUTsideren denne gang om dem. Det ideelle ville være at slippe af med de symptomer, som pillerne hjælper til med at dæmpe. Men hvor tit har det ideelle med den skinbarlige virkelighed at gøre?

Psykiatere bliver faktisk i folkemunde kaldt for 'pillelæger'. Det er nok et fortegnet billede. Men der er meget på spil her. Visse mennesker er allergiske overfor bestemte piller. Hos nogle hjælper de slet ikke. For den store gruppe hjælper de på den måde, at de dæmper de psykiske symptomer. Men bliver man både fed og sukkersyg oveni at være psykisk syg, hvor rart er det så?

Mange psykisk syge er blevet handicappede af alle de bivirkninger, de slæber rundt med. Nogle er endda døde af de piller, de har fået. De mystiske dødsfald på københavnske bo-centre er tilsyneladende eksempler på, at de piller personalet giver, virkeligt kan slå folk ihjel.

Hvor mange lig skal der på bordet, før der kommer andre boller på suppen – pillesuppen?

God læselyst. Kærlig hilsen OUTsideren.



Bivirkninger: Hvor meget skal jeg acceptere?

Hvad er definitionen på fejlbehandling? Og hvor går grænsen mellem fejlskøn og fejlbehandling. Hvad skal man acceptere af bivirkninger som psykiatrisk patient? Fem, ti eller fyrre kg vægtøgning? Er det at få epilepsi, diabetes eller parkinsonisme?

Når noget tilsvarende skete i somatikken, ville der lyde et ramaskrig, som da offentligheden fik kendskab til sagen om AIDS inficeret blødermedicin. Slankemidlet Letigen er et andet eksempel, hvor hundrede af intetanende folk, der bare ville tabe sig, i stedet fik blodpropper.

Middellevealderen for psykiatiske patienter er betydeligt nedsat, og kan ikke alene forklares ved en højere frekvens af selvmord eller misbrugsrelaterede dødsfald. Man ved, at der er en overdødelighed bl.a. på grund af blodpropper. Men dagligdagen er, at en stor del af de mænd, der lider af skizofreni bliver impotente af den medicin, der er så livsnødvendig for dem. Ville danske politikere acceptere, at et flertal af alle mandlige gigtpatienter blev impotente af deres gigtmicin? Ville gigtpatienterne eller politikerne?

Den første sag om type II diabetes forårsaget af Zyprexa er nået frem til Patientforsikringen. Måske har vi her fat i en af de sager, der viser at lægestanden har taget grundigt fejl og patienter er blevet fejlbehandlet.

Psykiatere anvender hver dag lægemidler, hvor bivirkningerne ikke er kendte, og hvor det er op til den enkelte læge at vurdere, om det er acceptabelt forhold mellem virkning og bivirkning. Patienten bliver sjældent hørt.

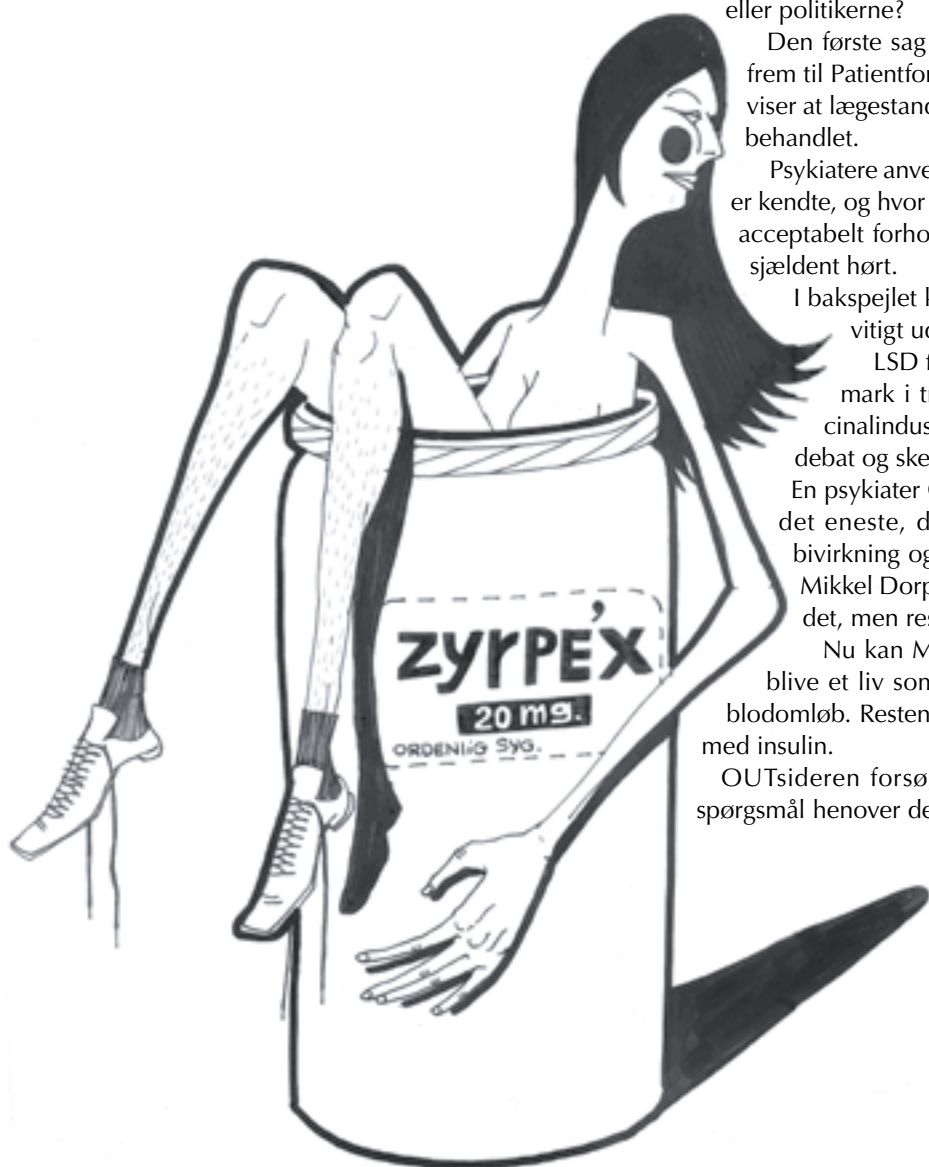
I bakspejlet kan fortidens valg af behandling se indlysende vanvittigt ud.

LSD forsøg i psykiatrien som dem, der fandt sted i Danmark i tresserne er heldigvis fortid, men hvorfor får medicinalindustrien lov til at styre forskningen uden større offentlig debat og skepsis, end det er tilfældet i dag?

En psykiater OUTsideren har talt med mener, at hvis zyprexa er det eneste, der kan holde en patient symptomfri, er det en bivirkning og ikke en fejlbehandling. Gør det nogen forskel for Mikkel Dorph, der oplevede, at Zyprexa godt nok gav ro i hovedet, men resten af kroppen gik i forfald.

Nu kan Mikkel se frem til et liv, hvor komplikationerne kan blive et liv som blind, amputerede lemmer, nyresvigt og dårligt blodomløb. Resten af livet skal Mikkel Dorph dagligt stikke sig i låret med insulin.

OUTsideren forsøger at komme med svar på nogle af de mange spørgsmål henover de næste 14 sider.





Zyprexa og sukkersyge -årsag og virkning?

Amerikansk forlig mellem producent og brugere synes at bekræfte mistanken om at Zyprexa kan give sukkersyge. Outsideren har mødt Mikkel Dorph, der blev over 30 kilo tungere på blot tre måneders behandling med Zyprexa. Nu har han udviklet type II diabetes og klaget over sin sag i Patientforsikringen. En amerikansk patientgruppe, der har fået sukkersyge efter at være blevet behandlet med Zyprexa, har modtaget 4 mia. kr. for ikke at lægge sag an mod Eli Lilly.



Af Klavs Serup Rasmussen og Laila Dokkedal

Mange i behandling med Zyprexa oplever at tage voldsomt på i vægt. Mikkel Dorph slap ikke og selvom han altid har passet på sin krop ved at være fysisk aktiv, måtte han give op.

- Jeg dyrkede motion, men der var ikke noget at gøre, jeg kunne ikke holde vægten, siger Mikkel Dorph.

En større kraft havde fået magten over Mikkels krop. Han mener, at hvis man ikke skal tage på, når man er i behandling med Zyprexa, kræver det hård intensiv træning og en streng diæt. I beskrivelsen af bivirkninger for Zyprexa står angivet, at man kan have øget appetitfølelse. Mikkels tanker kredsede det meste af dagen kun om mad.

- Jeg gik konstant rundt med en fysisk følelse af at have et stort hul i maven, som jeg forsøgte at fylde med mad og søde sager. Jeg havde en craving (enormt behov, red.) som gjorde at jeg hele tiden skulle spise et eller andet, og jeg spiste som en hest, siger Mikkel Dorph.

Det er meget udbredt blandt patienter der får Zyprexa, at appetitten er ude af kontrol. Samtidig har mange af disse patienter det så dårligt, at de ikke magter at gøre noget ved det.

Mikkel Dorph beskriver sig selv som en zombie i den periode. Han påpeger

det uheldige sammenfald, at den apati man føler både kan skyldes medicinen man får, men også for højt blodsukker.

- Masser af mennesker går rundt med sukkersyge uden at de ved det, for der er måske slet ikke nogen symptomer hos dem. Folk får det ofte konstateret ret sent, når først symptomerne begynder at komme, siger Mikkel Dorph.

Han synes man burde teste alle der har fået og får Zyprexa, for sukkersyge. Selv fik han konstateret type II diabetes i sommeren 2003 og er siden gået i hård træning og har fået sin vægt under kontrol. Han følger de anbefalinger der findes, for at undgå de værste komplikationer af sukkersygen, men lever dagligt med frygten for dem.

- Psykisk fylder det utrolig meget, siger Mikkel Dorph om risikoen for at blive blind eller skulle have amputeret en lemmedel.

Årsager til sukkersyge

Det er efterhånden velkendt at patienter på Zyprexa har en øget risiko for at udvikle type II sukkersyge. De fleste psykiatere tilskriver dette den vægtøgning

”Masser af mennesker går rundt med sukkersyge uden at de ved det, for der er måske slet ikke nogen symptomer hos dem

som hyppigt følger behandlingen, men man er imidlertid blevet opmærksom på, at der kan være en anden sammenhæng.

”Zyprexa kan fremkalde sukkersyge uafhængigt af vægtøgning, da det ned sætter insulinfølsomheden i bugspytkirtlen. Dette fører til sukkersyge II. Men vægtøgning er i høj grad medvirkende,” svarede psykiater Jes Gerlach skriftligt da Mikkel Dorph henvendte sig til PsykiatriFondens rådgivning.

Man behøver altså ikke tage voldsomt på, for at få sukkersyge som bivirkning af Zyprexa.

Psykiater Karin Garde fra Sct. Hans Hospital beskriver det som et grundlæggende lægeligt vilkår, at man ikke på



forhånd kan vide alt om hvilke bivirkninger et lægemiddel har. Man gør det man synes er bedst på det givne tidspunkt med den viden lægen har til rådighed.

- Når man har kendt et stof i nogle år kommer der nogle nye træk frem. Som når man finder ud af med Zyprexa, at der uafhængigt af vægtøgningen er en sammenhæng med diabetes, siger Karin Garde.

De fleste psykiatere accepterer bivirkninger som vægtøgning og risikoen for sukkersyge og blodpropper. Der er ved psykiske sygdomme, som Karin Garde udtrykker det, en desperation på begge sider. Nogen skal gøre noget hurtigt. Patienten ønsker hurtigst muligt at få dæmpet det smertelige i sygdommen og behandleren ønsker at hjælpe. I Danmark og mange andre steder i verden, er Zyprexa et af de mest anvendte midler til behandlingen af psykoser og skizofreni.

Mikkel Dorph rejser imidlertid spørgsmålet om hvilke bivirkninger der er acceptable.

- Der er blandt psykiatere et fokus på hovedet og hjernen. Tager man på, er det sådan en risiko der er, en bivirkning man må leve med. Det er vigtigere at man får fjernet stemmerne, siger Mikkel Dorph.

Mikkel fortæller, at da han begyndte på Zyprexa i 1998, anså psykiaterne det for et vidundermiddel, der ville revolutionere behandlingen af psykotiske patienter. Han valgte selv under en indlæggelse på Sct. Hans i 2002, at foretage et medicinskift til præparatet Seroquel. Det medførte ikke et øjeblikkeligt vægttab, men han fik overskud nok til at begynde at træne igen, og Mikkel vejer nu 85 kilo.

Hvorvidt han allerede i 2002 havde udviklet den sukkersyge han fik konstateret i 2003, ved han ikke. Men sammenhængen mellem Zyprexa-behandlingen og sukkersyge mener Mikkel er så tydelig, at han har anlagt sag ved Patientforsikringen.

På patientens side

I Danmark har patienter efter loven ret til erstatning for skader man har fået som følge af en behandling man har gennemgået. Disse sager varetages af Patientforsikringen, der understreger, at når man henvender sig til dem, er det deres opgave at hjælpe patienten med at finde ud af, om der er grundlag for en sag. Om-



”Jeg mødte op, og så kun ældre mennesker som var syge og så dårlige ud. De sad i rullestol med halve ben som en konsekvens af sukkersygen. Hold kæft hvor fik jeg det dårligt

Mikkel Dorph har vejret 106 kilo men vejer nu 85 kilo

kring 40% af alle sager i Patientforsikringen ender med at patienten får erstatning.

Der er i Patientforsikringen ikke den store kontakt med psykiatriske patienter. Det skyldes til dels at psykiske skader først er kommet ind under forsikringsordningen efter år 2004, men også at det kan være vanskeligt for mennesker i psykiatriske behandlingsforløb at gennemskue om de har en sag.

- Historisk har psykiatriske patienter i et eller andet omfang været dårligere stillet, fordi mange af skaderne var af ikke-fysisk karakter, forklarer sekretariatschef i Patientforsikringen Ole Graugaard.

Der er det særlige ved psykiatriske patienter, at de ofte er i livslang medicinsk behandling, og det kan være vanskeligt at vurdere hvad der er patientens eget og hvad der skyldes behandlingen. Mikkel

Dorphs sag er den første af sin art herhjemme, og derfor er det stadig uvist om man kan sandsynliggøre at sukkersygen skyldes Zyprexa.

Indtil videre har Patientforsikringen valgt at køre Mikkels sag som en lægemiddelskade, altså som en skade der er opstået som bivirkning til hans behandling. I Lægemiddelkataloget er hyperglykæmi opført som bivirkning ved Zyprexa, og da diabetes bevirker hyperglykæmi, er det én mulig forbindelse mellem Zyprexa og type II diabetes. Det er Patientforsikringens opgave at vurdere ud fra den eksisterende viden, om der er en årsagssammenhæng mellem behandlingen med Zyprexa og Mikkels skade. Og om Mikkel skal gives erstatning for sin skade.

Ole Graugaard understreger at sekretariatet kun beskæftiger sig med erstat-



„ Det er ikke altid ud-sagnene om et lægemiddel passer

gyndte at tage på i vægt af Zyprexa, og beskriver den psykiske belastning af sukkersygen som enorm. Han er hele tiden nervøs for om han kan føle sine fødder eller om der er betændelse i tandkødet. Hver morgen og aften tager Mikkel diabetesmedicin og dagen begynder med at han stikker sig med en insulin-pen.

- Der var ingen der så meget som skænkede det en tanke, at jeg tog på, for det blev ikke anset som en bivirkning på lige fod med når man for eksempel ryster, siger Mikkel Dorph.

Det store medicinforsøg

Som psykiater følger Karin Garde både den enkelte patient men hun følger også lægemidlernes virkning gennem årene, for at danne sig et slags indre billede af

Karin Garde er psykiater på Sct. hans hospital i Roskilde. Foto: Laila Dokkedal

ningsspørgsmålet og ikke ansvarsspørgsmålet. Det vil sige, at hvis Mikkel får medhold i sin sag, betyder det ikke at man gør Eli Lilly, der producerer Zyprexa, ansvarlig for hans skade. Det er heller ikke en anklage mod Hvidovre Hospitals psykiatriske afdeling, der iværksatte Mikkels behandling med Zyprexa i 1998.

- Det at vi giver erstatning, er ikke det samme som at sige, at en behandler er ansvarlig og har begået noget forkert, siger Ole Graugaard.

Han understreger at Patientforsikringen er en ordning for patienten og ikke behandlerens system, og at kriterierne for at få erstatning ikke har noget at gøre med spørgsmålet om fejl. Det er vigtigt, da det gør at læger og sundhedspersonale er med til at hjælpe patienterne til at få erstatning.

Mange af sagerne i Patientforsikringen er vanskelige, da de kun meget sjældent er helt sort-hvide. For eksempel har Mikkel sideløbende med den medicinske behandling haft et alkoholmisbrug.

- Men det at noget er svært, er ikke det samme som at man skal prøve at holde det udenfor, siger sekretariatschef Ole Graugaard, uden at ville kommentere den konkrete sag.

Halve ben

Mikkel Dorph er, siden han fik konstateret sukkersyge, blevet fulgt ambulant på

Hvidovre Hospital, hvor han bliver rådgivet om ting som kost, motion og måling af blodsukker. Sidste gang han var til kontrol, fik han imidlertid en aftale med sengeafsnittet i stedet for ambulatoriet.

-Jeg mødte op, og så kun ældre mennesker som var syge og så dårlige ud. De sad i rullestol med halve ben som en konsekvens af sukkersygen. Hold kæft hvor fik jeg det dårligt, jeg havde det ad helvedes til bagefter og kunne ikke tænke på andet end at nyrerne svigter, jeg får savet benene af på et tidspunkt og bliver blind, siger Mikkel Dorph.

Han forstår ikke, at man ikke holdt øje med hans blodsukker da han be-

FAKTA:

Om Zyprexa

6/10/2005

Eli Lilly indgår forlig i USA / oversat fra www.wtwo.com/news

Eli Lilly siger at de vil betale 690 millioner \$ i et forlig om de retlige krav der er rejst mod deres antipsykotiske middel Zyprexa. Zyprexa bliver brugt til at behandle skizofrene og maniodepressive patienter. Forliget inkluderer de personer der har indgivet anmeldelse mod firmaet som hævder at de har udviklet sukkersyge-relaterede sygdomme fra brugen af Zyprexa. Ifølge Lilly afslutter forliget hovedparten af de indgivne anmeldelser i USA. Lilly ændrede i 2003 på produktresuméet for Zyprexa, og tilføjede en advarsel om, at man risikerer at udvikle sukkersyge når man behandles med midlet. Denne ændring kom efter at 8.000 personer rejste anklager om, at det tidligere produktresumé ikke indeholdt nogen advarsel.

En ændring i USA bliver ikke automatisk overført til Europa.

Eli Lilly producerer ud over psykofarmaka også sukkersygemedicin og har 1/3 af det amerikanske marked for insulin

Hvis man i google søger på : "Zyprexa diabetes" får man 1.240.000 hit.

Hvis man søger på "Zyprexa diabetes lawsuit" får man 511.000 hit. Derfra kan man studere forliget mellem Eli Lilly og de 8.000 patienter nærmere.



hvad de her lægemidler egentlig gør. Ved alle nye lægemidler er der to års indberetningspligt for bivirkninger, men mange af lægemidlerne tager det meget længere tid at lære at kende. Og de erfaringer hun gør sig, er ikke altid i overensstemmelse med de argumenter medicinen blev lanceret med.

- Det er ikke altid udsagnene om et lægemiddel passer, siger Karin Garde.

Hun nævner som eksempel mange af de nye antidepressiva. Der var nogle voldsomme bivirkninger man ikke blev oplyst om, og medicinen kan skabe afhængighed. Det er uheldigt, da en depression gerne er noget man skal komme sig over.

Patienterne er med andre ord med i det helt store medicinforsøg, da der anvendes medicin hvis virkning man ikke kender til fulde.

„Jeg er interesseret i at finde ud af, om Eli Lilly har handlet i god tro eller om de har vidst noget. Kendte de til den her bivirkning?“

Karin Garde understreger at der er bivirkninger ved al medicin, og at opgaven derfor bliver, at finde ud af hvornår en bivirkning er acceptabel. Der kan være faktorer i behandlingen, som måske ikke er umiddelbart tydelige for den nyindlagte psykotiske patient. En af dem handler om at tilbyde en behandling, som man er relativt sikker på patienterne ikke drop- per ud af kort efter. Zyprexa er sammen med Leponex de psykofarmaka som har det mindste frafald, og mange behand-

lere forklarer, at grunden til at de behandler med Zyprexa, er at det simpelthen er behageligere for patienterne at tage.

Hvad er acceptabelt

Ved bivirkninger er det første man gør, at nedsætte den dosis patienten får, i håb om at det reducerer bivirkningen. Men for Mikkel Dorph gik der fem år fra han fik Zyprexa første gang til sukkersygen blev konstateret, og dermed var der ikke noget at gøre, skaden var sket.

I Patientforsikringen udelukker man ikke at Mikkel Dorph, på trods af det lange spænd i tid og de andre omstændigheder i hans

liv, kan have en god sag. Og vurderingen er, at mange flere kan have skader som er berettigede til erstatning. Man bruger betegnelsen ”mørketal” til at beskrive de sager, som egentlig kunne ende med erstatning, men som aldrig når frem til Patientforsikringen.

- Der er ingen tvivl om, at der er et mørkt tal med de psykiatriske patienter. Og det er stort, fordi vi ved at mørketallet varierer efter hvor synlige skaderne er, siger sekretariatschef i Patientforsikringen Ole Graugaard, med henvisning til mange af de mindre tydelige mén som psykiatriske patienter kan udvikle.

Når man tager en sag ind i Patientforsikringen, er sygdommen lige så vigtig som skaden, da det er de positive og negative virkninger af behandlingen, der skal holdes op mod hinanden. Hvis bivirkningerne er alvorlige og kriterierne for erstatning ud fra lægemiddelesterstatningsloven er opfyldt, kan der gives erstatning. Erstatningen udregnes efter de samme tabeller som forsikringsselskaber benytter, og disse tabeller fastlægges i skadeansvarsloven.

Det er typisk mindre beløb der udbetales, da folk oftest bliver fanget ind af det sociale sikkerhedsnet når de bliver syge. Ordninger som sygesikring, hjemmehjælp, førtidspension og sygedagpenge, sikrer at den syge har en mulighed for at overleve på rimelige vilkår. Dette er den store forskel til for eksempel USA, hvor de mange millionerstatninger er en konsekvens af at man risikerer at miste alt, hvis man bliver syg.

Da udgangspunktet for Patientforsikringens virke er, at erstatningsspørgsmålet er adskilt fra ansvarsspørgsmålet, betyder det også, at det ikke er der man tager stilling til, om en bivirkning grundlæggende er acceptabel eller ej. I USA undgik producenten af Zyprexa, medicinalfirmaet Eli Lilly, en principiel afgørelse omkring sikkerheden ved Zyprexa, ved at indgå forlig med 8000 patienter der havde sagsøgt dem. Ved at betale 690 millioner dollars til en fond, omkring 4 milliarder kroner, undgik Eli Lilly blandt andet at skulle svare på, hvor meget de vidste før marts 2004, om at man i behandling med Zyprexa kunne udvikle sukkersyge som Mikkel Dorph.

Samtidig med forliget ændrede Eli Lilly advarslerne på Zyprexas' produkt-

FAKTA:

Om Patientforsikringen

Patientforsikringen er en uafhængig organisation, der administrerer Patientforsikringsloven og Lægemiddelskadeloven. Patientforsikringsloven giver patienter ret til erstatning for skader i forbindelse med behandling, altså skader fra fejlbehandling. Lægemiddelskadeloven giver ret til erstatning for fysiske skader der er opstået som følge af egenskaber ved lægemidler, populært kaldet bivirkningsskader.

De erstatningspligtige ved fejlbehandling er sygehus-ejerne, som er amterne. Ved lægemiddelskader er det Indenrigs- og Sundhedsministeriet der betaler erstatningerne.

I 2005 modtog Patientforsikringen 339 anmeldelser om lægemiddelskader og der blev udbetalt 16 millioner kroner i erstatning. Der var mere end 4.900 patientforsikringssager og der blev tilkendt over 431 millioner kroner i erstatning. Af alle disse sager er det kun en meget lille andel der har med psykiatriske patienter at gøre.

Det sker nogle gange, at en sag bliver anmeldt efter den ”forkerte” lov, for eksempel hvis en lægemiddelskade bliver anmeldt som en patientforsikringssag. Dette har ingen betydning for sagens endelige afgørelse, da Patientforsikringens jurister sørger for at alle afgørelser træffes efter den rigtige lov.



resumé for at undgå nye sagsanlæg.

Svar fra Eli Lilly

Da Outsideren i efteråret 2005 spurgte Eli Lilly om de havde nogen kommentarer til bivirkninger ved Zyprexa var svaret:

- Vi har fuld tillid til Zyprexas effekt baseret på 8 års anvendelse i den kliniske dagligdag. Et stort antal studier har dokumenteret både Zyprexas effekt og sikkerhed, svarede kommunikationschef Kåre Geil.

I forbindelse med denne artikel har Outsideren på ny spurgt Eli Lilly om risikoen for type II sukkersyge når man er i behandling med Zyprexa. Svaret er stort set en udskrift af de ændringer der er blevet tilføjet produktresuméet i USA. Vi har sat en ekspert til at gennemgå dette svar andetsteds i bladet. I USA bliver Eli Lilly ved med at forsvare Zyprexa, og udtaler at de vil kæmpe i hver eneste sag der bliver rejst mod dem.

Herhjemme er Mikkel Dorphs sag ikke rejst mod nogen person eller noget firma. Da lægemiddelstyrelsen har godkendt Zyprexa og det ikke er en ukendt bivirkning der har ramt Mikkel, fortsætter behandlingen med Zyprexa upåagtet imens sagen kører. Sagen er som sagt den første af sin art herhjemme, og derfor prøver Patientforsikringen lovgivningens rammer af. I juridisk forstand er det derfor uvist om type II sukkersyge er en bivirkning ved Zyprexa, og om det er en bivirkning der giver ret til erstatning.

Mikkel Dorph ved godt at erstatningerne i Danmark ikke er store.

- Jeg går ikke efter pengene som man gør i USA. Jeg er interesseret i at finde ud af, om Eli Lilly har handlet i god tro eller om de har vidst noget. Kendte de til den her bivirkning? Spørger Mikkel Dorph.

Det er nærliggende at rette den anklagende finger mod producenten af det lægemiddel man er blevet behandlet med. Men som systemet er skruet sammen, er der reelt i Danmark meget langt fra patienten til at et lægemidelfirma skal påtage sig et produktansvar. Omvendt giver dette den fordel, at den enkelte patient står meget bedre til at få erstatning fra skader, fordi man holder sig helt væk fra spørgsmålet om hvem der har skylden. Om det er psykiateren eller lægegruppen eller producenten, el-

ler om det i det hele taget er nogens skyld. Det betyder også, at det tit er den samme læge som behandler, der hjælper sin patient med at klage til Patientforsikringen, der dermed får et meget bredt indblik i skader og bivirkninger efter behandling i Danmark.

- Helt grundlæggende må man sige, at de Nordiske Landes patientforsikringslove er enestående i verden. I Danmark er der kun et hul i loven i modsætning til Sverige, og det er at erstatningsansvaret for lægemidler, når det kommer til psykiske skader, ikke er med, siger Ole Graugaard som er sekretariatschef i Patientforsikringen.

Mikkel Dorph véd, at han sandsynligvis vil leve ti år kortere end hvis han ikke havde type II diabetes. Han synes det er et mén der er vanskeligt at sætte beløb på. For ham er det ikke bare en fysisk sygdom, hver eneste dag fylder frygten for nye komplikationer meget, imens han venter på en afgørelse.

FAKTA:

www.outsideren.dk

Outsideren havde i marts 2006 et stort temanummer om medicin og forskning. Det hed "Når pillerne feder" og kan ses i PDF format på Outsiderens hjemmeside. Gå ind under:

Tidsskriftet gamle numre Nummer 54

Mikkel Dorph slutter:

- Jeg indgav sagen i februar 2006 og har nu i august fået at vide, at sagen er nået til Patientforsikringens læger og jurister. Jeg har ikke den fjerneste idé om hvornår afgørelsen kommer, men jeg venter den med spænding, siger Mikkel Dorph.



Har du været i behandling med Zyprexa, så vil OUTsideren gerne høre om dine erfaringer på redaktion@outsideren.dk



Fakta:

Det siger eksperterne om Zyprexa og sukkersyge:

Dette er de svar Mikkel Dorph fik, da han henvendte sig til PsykiatriFondens rådgivning:

Zyprexa og diabetes?

23/9/2005

Mikkel Dorph spurgte:

Jeg har et konkret spørgsmål angående Sammenhængen mellem Zyprexa og diabetes 2. Jeg har over en periode på 3 år fået Zyprexa, men er nu skiftet til Seroquel. Jeg tog på af Zyprexa og selv om jeg altid har dyrket meget motion var det umuligt for mig at holde vægten. Zyprexa gav mig også en øget sulfølelse. Jeg fik for 2 år siden konstateret diabetes type 2. Ingen i min familie har haft diabetes. Da jeg tog Zyprexa var det et forholdsvist nyt produkt, men vægtøgningen blev allerede set hos mange af mine medpatienter. Eli Lilly skrev ikke på det tidspunkt at Zyprexa kunne medføre diabetes. Jeg har i dag tabt de kilo (15) jeg tog på, efter 3 års hård træning og sund kost. Jeg må dog stadigvæk tage Orabet og Insulin.

Spørgsmål 1: Kan Zyprexa medføre diabetes udelukkende pga. den kemiske sammensætning i Zyprexa dvs. uafhængig af vægtøgning?

Spørgsmål 2: Kan man slet ikke forudsige ved forskning, nogle af de bivirkninger som fx Zyprexa har haft på mig? Hvis nej, så synes jeg det er forkert at markedsføre ny antipsykotisk medicin som relativt bivirkningsfrit.

Jeg har forsøgt at skrive spørgsmålene så præcise som muligt, så andre også kan have glæde af svarene.

Psykiater Jes Gerlach svarede:

1. Ja, zyprexa kan fremkalde sukkersyge uafhængigt af vægtøgningen. Zyprexa nedsætter insulinfølsomheden af nogle såkaldte beta-celler i bugspytkirtlen (fremkalder insulin-resistens), hvilket fører til sukkersyge II. Men vægtøgningen er i høj grad medvirkende. Og bemærk, at jo mere man vejer før behandlingen, jo større er risikoen for sukkersyge.

2. Man burde have kunnet forudsige denne bivirkning, men det er selvfølgelig altid let at være bagklog. Spørgsmålet om sukkersyge-bivirkningen var slet ikke i synsfeltet dengang (selv om vi havde haft Leponex, der har samme bivirkning, i flere år på det tidspunkt). Det blev først aktuelt efter Zyprexa. Man

screeener for kolossalt meget, men der er næsten altid noget, man først opdager i efterforløbet, når mennesker har taget medicinen i mange måneder og år.

Med venlig hilsen
Jes Gerlach
Psykiater

Da Outsideren spurgte Eli Lilly om Zyprexa kunne forsage type 2 diabetes, svarede Angel Peres Agenjo fra Eli Lilly:

Forårsager Zyprexa sukkersyge?

Den amerikanske lægemiddelstyrelse (FDA) har gennemført et grundigt, flerårigt gennemsyn af alle tilgængelige data, inklusiv personsager, epidemiologiske studier og data fra kliniske forsøg. Studiet gennemgår alle 2. generations antipsykotiske midler (SGAs). Som et resultat af dette, blev der i september 2003 fra lægemiddelstyrelsen sendt breve til alle producenter af disse lægemidler, anmodende om at der blev skrevet en advarsel på disse lægemidlers produktresuméer om højt blodsukker og sukkersyge. Brevet fra lægemiddelstyrelsen anerkendte at sammenhængen mellem atypiske psykofarmaka og højt blodsukker-relaterede sygdomme, ikke er fuldstændig forstået, men epidemiologiske studier antyder en forøget risiko.

I produktresuméet skal der stå, at patienter med sukkersyge som begynder en behandling med denne type antipsykotika, skal overvåges om hvorvidt der sker en forværring af sukkerindholdet i blodet. Ved risiko for sukkersyge (overvægt og arvelighed) skal personens sukkerindhold i blodet måles. Enhver patient der udvikler symptomer under behandling med denne slags psykofarmaka burde blive testet for sukkersyge.

Oversat af redaktionen.



På denne måde markedsfører Eli Lilly deres præperat Zyprexa:

ZYPREXA

-HJÆLPER LIVET VIDERE

Civilingeniør i kemi og ekspert i psykofarmakologi, Niels-Erik Larsen, har følgende kommentar til denne udtalelse:

- Der er faktisk en meget begrundet mistanke om Zyprexa og type II diabetes, siger Niels-Erik Larsen.

Bivirkningerne ved den gruppe psykofarmaka som Zyprexa hører til, kaldet de atypiske, antages at reducere levealderen for patienterne på grund af komplikationer som type II diabetes og cardiovasculære symptomer.

Han mener, at svaret fra Eli Lilly er hvad man kan forvente.

- Men det er rigtigt, at man ikke kender den nøjagtige mekanisme der ligger til grund for denne øgede risiko, siger Niels-Erik Larsen.

Der findes i den internationale litteratur strubevis af dokumentation for, at sukkersyge-risikoen er betydelig for patienter, der behandles med de atypiske antipsykotiske stoffer. En af undersøgelserne er offentliggjort i Canadian Journal of Psychiatry (2001:46:273-281) og konklusionen er:

”Der er rapporteret om betydelig vægtforøgelse ved de eksisterende atypiske antipsykotika. Den beskrevne vægtøgning er meget frustrerende for patienterne og kan medføre forringelse af tilslutning til behandlingen, og kan forhøje den relative risiko for type II sukkersyge og forhøjede triglycerider. Læger der anvender disse lægemidler (Zyprexa, Leponex m.fl.) bør rutinemæssigt overvåge vægt, blodsukker og lipider hos deres patienter.

- Det kan selvfølgelig være, at Eli Lilly ikke kender til disse artikler. I så fald er det på høje tid, siger Niels-Erik Larsen.

Hvis man går ind på en af de mest anerkendte videnskabelige databaser www.ncbi.nlm.nih.gov og søger på Zyprexa og type II diabetes, finder man 47 artikler, der alle beskriver en øget risiko for metaboliske glucose forstyrrelser ved Zyprexa.

Om type II diabetes generelt

Det er ikke helt tilfældigt, hvem der får diabetes type II. Ud fra statistiske undersøgelser har man fundet ud af, at 80 % af type II diabetikere er overvægtige, mens de sidste 20 % har en normal vægt. Sygdomsforløbet hos de overvægtige og normal-

vægtige er også forskelligt. For normalvægtige patienter ses en tendens til at en insulinbehandling hurtigt er påkrævet, mens en tabletbehandling for de fleste overvægtige er tilstrækkelig. Dette kan tyde på, at de normalvægtige allerede fra fødslen er bestemt til at få en anden diabetes type II end de overvægtige. Livsstilen ser også ud til at spille en vigtig rolle for erhvervelsen af sygdommen, siden en så stor andel er overvægtige. (Bækgaard Larsen). Diagnosen diabetes type II stilles ud fra glukosekoncentrationen i blodet.

13 milliarder kroner

Sygdommen forårsager både psykiske, fysiske og samfundsøkonomiske problemer. Psykisk er det belastende, altid at skulle tænke på hvad, hvor meget og hvornår man må spise og drikke, samtidig med en daglig administrering af medicin. Fysisk, fordi der er en del ting i hverdagen, som skal lægges om. Det er vigtigt at dyrke motion og følge en kostplan, da det er med til at regulere glucosemængden i blodet.

For samfundet er diabetes en stor økonomisk belastning. En rapport fra Syddansk Universitet anslår at de årlige udgifter løber op i 13 milliarder kroner. Typisk fordeler behandlingsudgifterne sig med ca. 10 % til forebyggelse, 10 % til medicin og de sidste 80 % til hospitalsophold, og så er der udgifterne ved tabt arbejdsfortjeneste, pensioner og plejeforanstaltninger. (Syddansk Universitet/Diabetesforeningen).

Man skønner at ca. 150.000 danskere er diagnosticerede type II sukkersyge, og formentlig lige så mange har sygdommen uden at de ved det. Diabetesforeningen mener at type II diabetes er blevet et af de største sundhedsproblemer i det moderne samfund, og at problemet kun vil vokse.

Følgesygdomme er typisk: Nyresvigt, blindhed, hjertekar-sygdomme, nervedilser og amputationer af især fødder og ben.



Interview med Karin Garde

Den puritanske psykiater



OUTsideren har mødt psykiater Karin Garde til en snak om fejlbehandling og psykiatriens vilkår i dag. Hun er stærkt kritisk overfor den særstatus pillekulturen har fået, men såvel patienter, pårørende og psykiatere kører med på vognen og de hurtige løsninger.

Af Laila Dokkedal og Klavs Serup Rasmussen
Foto: Laila Dokkedal

Hendes kolleger kalder hende puritaner. Hun mener, at godt psykiatrisk arbejde tager tid og kræver tålmodighed. Karin Garde beder som regel patienterne føre dagbog, inden hun igangsætter behandling, for at få den syges egen oplevelse af sygdommen. Det tæller med i billedet af patientens tilstand sammen med de kliniske observationer, for medicin skal ordineres med største forsigtighed og omtanke.

Bag forsigtigheden gemmer sig en erkendelse af psykiatriens begrænsninger. Der eksisterer ikke tilstrækkelig viden om, hvad medicinen gør og det bliver helt galt, når en patient får flere præparater samtidig.

- Vi ved reelt ikke, hvordan kombinationen af de enkelte lægemidler virker sammen, og det har jeg det bestemt ikke godt med, siger Karin Garde.

Karin Gardes ledetråd i arbejdet som psykiater er at følge lægeløftet, at hjælpe mest mulig og gøre mindst mulig skade. Hun forbeholder sig ret til være kritisk i forhold til den særstatus medicinsk behandling har fået. Det psykologiske og sociale paradigme, som samtale og sociale færdigheder bør efter hendes opfattelse sidestilles med det biologiske.

Biologisk er fint

- Det er den automatiske rangorden og tænkning, jeg har noget imod. At det biologiske – som ikke engang er særlig godt dokumenteret – har den her tiltræk-

ningskraft både på læg og lærd. Der knytter sig en illusion om noget fantastisk, måske fordi det er så enkelt, hvor de psykologiske og sociale teorier er meget komplekse. Men når medicinsk behandling prioriteres skyldes det også en gensidig desperation på begge sider med krav om at nogle skal gøre noget NU. Patienter, pårørende, offentlighed, ja, psykiateren kan også blive ramt af denne desperation. Grundigheden har ringe vilkår, mener Karin Garde, der er overlæge på Sct. Hans Hospital, afd. L, der er en afdeling for langtidsrehabilitering.

Vi møder hende solbrændt. Hun har et blidt og tålmodigt blik, der interesseret lytter på vores mange spørgsmål. Flere gange bliver vi afbrudt af telefonen, for Karin Garde er en kvinde, der er bud efter. Hun ligner en god lærer du engang har haft, én der gjorde et uudsletteligt indtryk, én der fik betydning for dit valg af livsbane resten af dit liv. Og sådan er det også for tidligere patienter, der gerne vil kunne glæde Karin med, at livet nu er kommet tilbage på rette spor igen.

Hvem har ansvaret?

- Hvor udbredt tror du fejlbehandling er i psykiatrien?

- Fejlbehandling kan ske i al lægelig behandling, fordi det er menneskeværk og man behandler under nogle vilkår som gør, at det ikke bliver grundigt nok. Fejlbehandling i den betydning, at man vælger en helt forkert medicinsk behand-

ling som finder sted, både med journalfejl, elektronisk behandling, men også kombinationen af stoffer kan medføre noget som er uheldigt. Desuden kan selvmedicinering og et eventuelt misbrug spille ind. Vi har generelt meget lidt viden om forskellige stoffers interaktion. Vi er i et område, hvor den konkrete viden ikke er særlig stor. Det er noget vi i disse år prøver at få større viden om, fortæller Karin Garde. Her og nu er Sisse Trautner i gang med et forskningsprojekt om polyfarmaci, dvs. hvad der sker, når flere forskellige lægemidler gives dagligt (se artiklen s.), som en af vore yngre læger Sisse Trautner er i gang med netop nu.

Karin Garde fortæller om en huskeliste, der føres elektronisk på Sct. Hans Hospital, og som alle behandlende læger har adgang til. Den bliver brugt til at dokumentere indikationer, bivirkninger, effekt og interaktion med andre lægemidler og kost. Der bliver også gjort noter omkring den information patienten har fået og måden patienten er blevet orienteret på. Det er en metode til at kvalitetssikre vores arbejde.

- Vi har kendskab til Mikkel, der har fået Zyprexa siden 1998 og siden diabetes, er behandleren rustet til at stå i sådan en sag, og kunne sige, at da jeg gav Zyprexa var det velundersøgt og på et godt grundlag?

- Nu stiller du det spørgsmål, som har præget hele den psykiatriske behandlings historie, man gør det man synes er bedst på det tidspunkt og med den viden man

har, siger Karin Garde.

Det er et lægeligt vilkår, i hele det kæmpe udvalg af lægemidler. Patientforsikringen er ikke ude på at ramme lægen. Man skal kunne argumentere for, hvorfor gør jeg det her. Det er først senere, at man har fundet ud af, at der er en sammenhæng med diabetes uafhængigt af vægtstigningen. Den viden skal bruges til at være skeptisk, når man ordinerer medicin. Lægen skal stille sig selv spørgsmålet: hvordan gør jeg mindst skade? Når man har kendt et stof i nogle år kommer der nogle nye træk ved det.

De nye antidepressiva blev markedsført som en revolution, men udsagnene om dem passer ikke. Bivirkninger kunne virkelig være meget slemme ved de nye antidepressiva. Det var f.eks. vanskeligt at holde op med medicinen. Jeg har altid talt for, at man tænker sig rigtig godt om før man iværksætter en behandling. Det er også et problem, når medicin bliver anvendt til tilstande som slet ikke er dokumenteret. Antidepressiva bliver også brugt til personlighedsforstyrrelser og misbrug. En fjerdedel til tilstande som angst og depression, men kun 30% af patienter med diagnosen depression har gavn af antidepressiva. Nogle kommer ind i en depressiv tilstand på grund af en livskrise, og vender helt af sig selv tilbage til en normal tænkning igen helt uden medicin, siger Karin Garde.

Ikke synske

Hun har den opfattelse, at man ikke kan forlange af medicinal industrien, at de skal være synske. De laver en forskning, vi ikke kan være foruden. Selvfølgelig skal man følge nøje med i erfaringerne med et stof, for de folk der tager det er jo en slags forsøgspersoner. Det kan man ikke komme uden om.

- Hvad med patientdagbøger, er det noget du arbejder med i større omfang?



Karin Garde holder fast i mindste-middel-princippet

- Patientdagbøger er en fremragende måde at belyse, hvordan folk har det med et stof, fx ved depressioner. Jes Gerlach har lavet nogle gode undersøgelser af de subjektive oplevelser af en bivirkning og omgivelsernes iagttagelse af samme bivirkning, fx det at sidde og vippe med foden. Det skal være sikkert at bruge stoffet i en langvarig behandling og ikke have bivirkninger, man ikke har tænkt tilstrækkeligt over. Det kan medføre at patienten vælger at stoppe behandlingen, men kunne måske have været klaret med en dosisnedsættelse, siger Karin Garde. Og fortsætter.

- Bivirkninger kan udvikle sig over tid, det kan godt være at patienten føler et behov for behandling, føler sig dæmpet, men over tid kan bivirkningerne være skadelige. Det er så forhandling og afvejning, for det logiske at gøre når der kommer en bivirkning er at forsøge sig med en dosisnedsættelse eller bivirkningsme-

dicin, siger Karin Garde og slår opgivende ud med armene, for den har jo også bivirkninger.

Mindste-middel-princippet

Psykiatrien har et bio-psyko-socialt paradigme. Man skal se på dem alle tre, men her mener Karin Garde at det biologiske har en fortrinstillig som ikke er fordelagtig. Det er enkelt at forstå, mens det psykologiske og sociale er komplekst og langsomt. Hun mener, at det skulle være grundighed, der præger psykiatrien men det er vilkårene for psykiatrisk arbejde ikke til. Der er ikke tilstrækkelig tid til at bruge mindste-middel-princippet på modtageafdelinger med korte indlæggelser. Det er jo langsomme midler, og problemet er når indlæggelsen er kort kan man tænke en højere dosis, fordi der er ikke er tid til at se, om den lave dosis virker over en længere periode.



Det er en slags forhandlingssituation, idet der er patienter som er meget medicinkrævende og utålmodige, hvor arbejdet er at vende patienter, der selvmedicinerer sig, trække den anden vej og få dem til stoppe.

- Men der er desperation på begge sider, nogen må gøre noget der hjælper og det skal gå stærkt, fx i farlige eller ubærlige situationer, siger Karin Garde.

- Har du nogen fornemmelse af tallene og omfanget af fejlmedicinering i psykiatrien?

- Det skal så defineres. Det kan være at en læge er ligeglad med patienten og giver noget han ikke har tænkt over, det kalder jeg en fejlmedicinering, hvor der ikke er lavet et ordentligt skøn, og det er trods alt ikke almindeligt. Det, der fører mange problemer med sig for patienterne, er deres behov for, at det skal gå hurtigt og det skal hjælpe, utålmodige pårørende, og så gør vi noget som man ikke kan kalde en fejl, men et skøn hvor vi giver en meget mere af det her, så patienten kan få ro i sit hoved. Det vil jeg ikke kalde en fejl, men så er kunsten at gå ned igen, så snart det meget desperate er overstået. Det kan være en forfærdelig angst eller stemmer, man vil gøre alt man kan. Det er den akutte situation, hvor den langsigtede løsning er, at finde en balance mellem at have symptomer og holde medicinens bivirkninger ud. Vi arbejder også med metoder man kan berolige en patient på, som er ikke-medicinske metoder til at lære at leve med sin psykiske sygdom. Kognitiv terapi er en af måderne. Men de fleste patienter får det bedre med tiden. De bliver forenklet sagt bedre til at være syge og træffe hensigtsmæssige valg i forhold til den sygdom de har, siger Karin Garde.

Sygdommens ubønhørlighed

- Er det helt umuligt at finde ud af, om man har fået den optimale behandling, fordi det er subjektivt.

- Fordi det er så komplekst.

- Der kan også være patienter, der får det dårligere af behandlingen, der kan svare fra psykiatrien være, at det er sygdommen, der udvikler sig. Hvornår kan man sige, at her er der sket en fejlbehandling?

- Der har vi det problem, at der er skift

”Man skal være skeptisk, mangel på skepsis kan gå ud over nogen. Derfor har nogle af min kolleger givet mig prædikatet puritaner.

i et sygdomsforløb. Indenfor depressionsområdet er der det metodeproblem, at depressioner går over. Og tilsvarende med skift i et skizofrent forløb, hvor patienten ofte får det bedre og måske bliver bedre til at håndtere sin sygdom, og så er det ofte svære sygdomssymptomer i de unge år og så en bedring, både medicinsk, socialt og psykisk. Men det giver også kompleksitet. Man kan ikke sige, at det er fordi patienten er blevet mere syg i mellemtiden. Det er en formodning. Det kan også være en ulempe ved medicin.

Karin Garde mener, at det kan være meget svært at stille den rigtige diagnose og efterfølgende give den rigtige behandling. Folk er netop vidt forskellige, og vi er tit i tvivl, men i spørgsmålet om fejl og hvorfor virker medicinen ikke, der bliver man nødt til at forholde sig til sygdommens ubønhørlighed. Vi bliver nogle gange nødt til at sige, at vi ikke kan stille noget op andet end at berolige, men selve den angst der opleves, kan man ikke altid gøre noget ved. Det er et dagligt dilemma, siger Karin Garde.

- Jeg mener, at det bliver nødt til at være sådan, at hæderlighed karakteriserer det, vi skal forholde os til. Hele det her spørgsmål skal handle om tillid mellem patienter, læger og medicinalfirmaer. Diskussionen har flyttet sig og flere ting bliver sagt højt i dag, end de gjorde tidligere, mener Karin Garde.

- Kan du huske, da Zyprexa kom, kan du huske, hvad man havde af papir på det?

- Det kan jeg ikke lige svare på. Den kritiske dialog kommer altid med nye præparater, hvorfor skulle dette være bedre. Men vi går ikke dybt ned i selve protokollerne. Det indrømmer jeg gerne.

- Når man har et medikament der virker,

kan der være en tendens til at give det til flere diagnoser, hvor bredt anvender du Zyprexa?

- Kun til psykose-terapi. Men det du nævner gælder i højeste grad for antidepressiver, at de bliver brugt over en bred kam, og det er et psykiatrihistorisk fænomen, at når man får en ny behandling, bliver man begejstret, fordi man har brug for at kunne hjælpe, siger Karin Garde.

- Man begynder at bruge lægemidlet til alt muligt? Der er nogle ry-stende forhistorier med det hvide

snit, der blev brugt til tilstande, hvor det slet ikke var dokumenteret. Og så antidepressiva. Der er meget psykologi i dette. Hvis man hører en masse godt om noget – og der er lavet dygtig presse på fx antidepressiva – så griber man ud efter det, for her er der noget der kan hjælpe mig, og det er ikke erfaringen. Det er måske 30% af depressive, der har gavn af antidepressiv behandling, fortæller Karin Garde.

- Betyder det at psykiatere bliver lige så fascineret af noget nyt som patienterne, og så glemmer at være kritiske?

- Man skal være skeptisk. Mangel på skepsis kan gå ud over patienterne. Derfor har nogle af min kolleger givet mig prædikatet puritaner.

- Psykiatere er ikke alene om at ordinere medicin. Det er også de praktiserende læger.

- Ja, 80% af depressionsmedicin udskrives af praktiserende læger, understreger Karin Garde.

Det bliver ikke vurderet om det er depressive tilstande, der har indogene eller exogene årsager

- Du sagde du gav Zyprexa til psykotiske patienter, men kommer hele tiden nye præparater, får du ikke lyst til at bruge dem?

- Jo, vi holder mange konferencer om det her, hvor vi gennemgår, hvad der har været forsøgt, og hvordan det har hjulpet og hvad der har været dårligt. Men Zyprexa og Leponex har været de stoffer som har haft den bedste effekt, hvis man måler det på, hvilke medicingrupper der medfører det største frafald. Der har Zyprexa og Leponex mindre frafald end de andre, men begge stoffer har nogle rigtig stygge bivirkninger.

Patienterne får den fordel, at de får et mere roligt liv, slutter Karin Garde.

Fejlskøn eller fejlbehandling?

Diskussionen om acceptable bivirkninger, bliver hyppigt afbrudt af uforklarlige dødsfald.

Den 1 september skrev Sind i et nyhedsbrev om undersøgelsen af dødsfald på de københavnske bosteder:

Embedslægeinstitutionen har nu endelig afsluttet undersøgelsen af 86 dødsfald på psykiatriske bosteder i København i perioden januar 2000 til 31. august 2005, og det konkluderes, at 8 burde have udløst et ligsyn og 1 burde have været obduceret.

Det er i sig selv rystende, at der er sket fejl i behandlingen af knap 10 % af dødsfaldene, men i virkeligheden er det lige så rystende at patienter og pårørende ikke er blevet taget alvorligt, når de – endog meget tydeligt – har gjort opmærksom på deres frygt for fejlmedicinering og overdødelighed på de københavnske bosteder. 3 af dødsfaldene er relateret til beboernes medicin, og embedslægerne henstiller til at "den psykiatriske konsulent og den praktiserende læge mindst én gang årligt bør foretage en rutinemæssig revurdering af beboernes medicin". Det er skræmmende, at det ikke allerede i dag er en selvfølge!

Landsforeningen SIND har flere gange gjort opmærksom på, at beboernes og de pårørendes frygt bør tages meget alvorligt – hvad enten frygten er begrundet eller ej. Det har nu vist sig, at frygten var velbegrundet. Det er forhold, som kan kritiseres. Embedslægeinstitutionen kan ikke udelukke at medicinen kan have medvirket til at nogle er døde.

Det er meget vanskeligt at forstå, at bostederne kan affinde sig med ikke at kende årsagen til uventede dødsfald blandt beboerne, og det er dybt skæmmende, at man ikke har taget SINDs, og de pårørendes bekymring mere seriøst.

FAKTA:



Lægeløftet

Det danske lægeløfte lyder således:

Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsækning har forpligtet mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser.

Kilde: Den Almindelige Danske Lægeforening



Du bider ikke den hånd der fodrer dig



Af Klavs Serup Rasmussen og Laila Dokkedal

Lægemedelindustrien har en meget stor indflydelse på hvordan vi opfatter sygdomme og måden de skal behandles på. 95% af den lægemiddelinformation vi får, kommer fra industrien selv. Resultatet af denne påvirkning er, at vi tror at behandling er lig med medicin.

Hvor udbredt denne opfattelse er, ses når fejlbehandling af psykiatriske patienter bliver diskuteret. Det er altid en diskussion om hvilket lægemiddel der er brugt og hvilke doser der er givet. Faktorer som hvor lang tid der var afsat til behandlingen eller om patienten fik hjælp til at blive bedre socialt fungerende er ikke en del af den akademiske debat.

De læger der fastlægger retningslinierne for forskning og behandling i sygehusvæsenet, er læger der selv har opnået deres kvalifikationer ved at forske. Da de fleste kliniske forskningsprojekter kun er mulige med sponsoring fra lægemiddelindustrien, er samarbejdet med lægemiddelindustrien afgørende for den enkelte læges karriereudvikling.

I år 2000 var industriens andel af biomedicinsk forskning 62% i USA og 65% i Storbritannien, og når det kom til forsøg med patienter, var langt de fleste forsøg finansieret af lægemiddelindustrien.

Lægerne er tæt finansielt forbundne med lægemiddelindustrien. Fra flere sider er der kritik af dette forhold.

"Faktum er, at de store og stadig større summer fra lægemiddelindustrien, udgør den primære trussel mod den kliniske forsknings integritet," udtalte Joel Lexchin i 2005.

Joel Lexchin er selv læge og har blandt andet forsket i ordineringen af medicin. Spørgsmålet om integritet handler om hvilke interesser lægernes adfærd tjener. Der er ikke mange offentlige forskningsmidler, og på grund af afhængigheden af medicinalindustrien, har forskningen flyttet sig til de områder, hvor det kan betale sig at forske.

I juli-nummeret af Outsideren udtalte den pensionerede psykiater Heidi Hansen sig om, hvordan dette påvirker psykiatriområdet.

"Det grundlæggende problem ved afhængighed af medicinalindustrien er, at det kun øger fokus på biologi og medicin. Det gør det endnu nemmere, at overse det arbejde der kan gøres med samtale, forståelse og tillid, og det synes jeg er et

I sygehusvæsenet og særligt i psykiatrien handler de fleste behandlinger om en eller flere typer medicin. Det skyldes at de læger, der udstikker vejen frem for lægevidenskaben, selv er dybt afhængige af lægemiddelindustrien. Lægemedelkonsulent Mats Lindberg har brudt tavsheden og beskriver hvor tæt involverede læger og lægemiddelindustri egentlig er.

tab," sagde Heidi Hansen

Lægemedelkonsulent og afdelingslæge ved Institut for Rationel Farmakoterapi, Mats Lindberg, beskriver samme problem. "Der bliver ikke forsket i effekterne af ikke-farmakologisk behandling, såsom fysisk aktivitet og psykoterapi, fordi der ikke er nogen der har interesse i at støtte det."

Mats Lindberg understreger at diskussionen er vigtig, fordi den forskning der bliver betalt af lægemiddelindustrien ikke nødvendigvis er den forskning som samfundet har mest brug for. Samfundet risikerer at stå uden alternativer til dyre medicinske behandlinger, og han foreslår derfor, at den uafhængige offentlige forskning tilføres flere midler.

Siden der i Europa sælges medicin for 1.000 milliarder kroner hvert år, kunne en minimal afgift på lægemidler frigive mange penge til forskning, foreslår Mats Lindberg.

Samfundets udgifter til medicin har været en af de hurtigst voksende udgifter siden 90'erne.

Det oprindelige mål

Formanden for de amerikanske psykiateres sammenslutning, Steven Sharfstein, udtalte i 2005, at selv om man i psykiatrien oprindeligt havde ønsket at tage udgangspunkt i en samlet biologisk, psykologisk og social model for behandling, er praksis blevet en "bio-bio-bio model."

Psykiater Karin Garde fra Sct. Hans Hospital, mener at denne praksis gennemsyrrer hele lægeverdenen.

- Der er den automatiske rangorden, at det biologiske er fint, siger Karin Garde om forholdene.

Hun understreger, at selvom de biologiske teorier dominerer den akademiske debat, er de ikke bedre underbygget end de psykologiske og sociale teorier.

- Der knytter sig en illusion om noget fantastisk til det biologiske, måske fordi det er så enkelt, hvor de psykologiske og sociale teorier er meget komplekse, siger Karin Garde.

At denne rangorden er opstået skyldes ikke kun forhold indenfor lægeverdenen. Hvor mange penge der afsættes til sygehusområdet er et politisk valg, og der skal prioriteres da der ikke er penge til alt. De forskellige behandlingsmetoder kon-

kurrerer altså indbyrdes. Men de læger der udarbejder retningslinierne for behandling, er typisk de samme som samarbejder med lægemiddelindustrien. I et studie havde 87% af forfatterne til europæiske og nordamerikanske kliniske vejledninger økonomiske forbindelser til lægemiddelselskaber.

Steven Sharfstein mener, at et langt stykke hen ad vejen, har udviklingen på lægemiddelområdet været til gavn for samfund og patienter. Man må blot aldrig glemme, at lægemiddelindustrien og behandlere ikke har de samme grundlæggende mål, og derfor heller ikke samme etik.

Lægemiddelindustrien er i bund og grund styret af at tjene penge, og det påvirker også den forskning, der finansieres af industrien.

Fyldt med fejl

Den forskning som lægemiddelindustrien betaler for, er ifølge Mats Lindberg tit uigennemskuelig og fyldt med fejl. Det er ikke i lægemiddelindustriens interesse, at der bliver udført forskning af ligefrem dårlig kvalitet, men sponsorerede forsøg er oftest et kompromis mellem videnskabelige og kommercielle hensyn.

Psykiater Karin Garde bekræfter at man er klar over, at der kan være metodeproblemer.

- Der er måder hvorpå man kan lave en undersøgelse, der er fordelagtig for et præparat. Derfor bliver det nødt til at være sådan, at hæderlighed karakteriserer det vi skal forholde os til, siger Karin Garde.

På trods af denne forventning om hæderlighed, opremser Mats Lindberg en række kneb, der anvendes til at gøre tilsyneladende objektive forsøg fordelagtige for sponsoren: At man ender med at påvise noget andet end det man som udgangspunkt ville undersøge, sammensætningen af forsøgsgrupper, anden dosering af medicin end anbefalet, og den grundlæggende beslutning om hvor mange personer, der skal deltage i forsøget. Dette giver sig udslag i, at industrisponsorerede studier oftere end andre studier, ender med konklusioner til fordel for det undersøgte lægemiddel. Selv i studier hvor man ikke finder nogen tydelig forskel på to præparaters effekt er industrisponsorerede forsøg fem gange så ofte positive overfor sponsorens lægemiddel.

Der er meget på spil, da et stort klinisk lodtrækningsforsøg kan koste flere hundrede millioner kroner at gennemføre.

Nogle forsøg afbrydes, hvis de tyder på ikke at være fordelagtige for sponsoren. Derfor bliver visse fejltagelser og blindspor aldrig offentliggjort, og det forsinker den globale vidensudvikling. Andre firmaer skriver foreløbige konklusioner, der ikke stemmer overens med de egentlige data fra forsøgene. Det er

meget udbredt at de foreløbige konklusioner fra et forsøg bliver offentliggjort hurtigt, men der kan gå år til den fulde offentliggørelse. Det handler med andre ord om at få produktet på gaden.

Den ønskede hæderlighed er tyndslidt visse steder, og der er ikke tradition for, at lægerne går forsøgsprotokollerne igennem. Påstandene om et lægemiddel, kan med andre ord stå uimodsagte, indtil en virkning eller bivirkning begynder at melde sig, hos de patienter der ordineres medicinen.

Interessekonflikt

"Omkring det psykiatriske speciales tilknytning til medicinalindustrien er der ikke kommet større åbenhed. Det er stadig noget der kun diskuteres internt blandt lægerne. Det er et større problem for nogle mere end andre," konstaterede Heidi Hansen i julinummeret af Outsideren.

Det er lægen og ikke patienten, som den voldsomste markedsføring fra industrien retter sig mod, da det er lægen der udskriver medicin og vælger behandling. Og selv om informationsmaterialet kan fremstå sagligt, er grænserne for markedsføring uklare i strømmen af seminarer på eksotiske rejsemål, middage og fodboldbilletter.

"Vi burde have klogskab nok til, at kalde disse gaver for hvad de er: returkommission og bestikkelse," udtalte Steven Sharfstein i 2005.

Hvor modtagelige lægeverdenen er for denne markedsføring, viser sig når et lægemiddel mister sit patent og dermed falder 60-90% i pris. Selvom midlet er det samme og billigere mister det typisk markedsandele.

"Industrien sætter således dagsordenen ikke kun for de kliniske forsøg, men også for formidlingen og den praktiske fortolkning," skriver Mats Lindberg i Tidsskriftet Politik.

Der er i Danmark andre regler for relationerne mellem læger og industri, end der er i USA. Men konsekvenserne for patienterne er globale. At de i mange tilfælde overmedicineres, risikerer ikke offentliggjorte bivirkninger og ikke gives alternative behandlingsmuligheder til medicinen.

Kilder:

Mats Lindberg "Lægemiddelindustriens indflydelse på klinisk forskning", Tidsskriftet Politik Nummer 4, årgang 8, 2005

Steven Sharfstein "Big Pharma and the American Psychiatry: The Good, the Bad and the Ugly"

Psychiatric News, august 19, 2005, vol. 40, nummer 16





DE SPRÆNGTE SIND

Hemmelige forsøg med LSD



CIA's jagt på et sandhedsserum i USA i 1950'erne førte til en af de største medicinske skandaler i den moderne danske psykiatri. Laila Dokkedal har genlæst den Cavlingbelønnede historie.

Hentet frem fra glemmebogen af Laila Dokkedal

I vores arbejde med dette temanummer om fejlbehandling har vi været omkring et antikvariat og fundet Alex Frank Larsen bog "De sprængte sind" om hemmelige forsøg med LSD.

"Sprængte sind" er en afsløring af danske lægers uansvarlige lsd-forsøg på Frederiksberg Hospital i tresserne, vævet sammen med en beretning om amerikanernes endnu værre CIA-sponsorerede eksperimenter.

Borgen beskriver en sort epoke i dansk psykiatris historie. Her på OUTsideren er vi særledes bekymrede over den rådvildhed og manglende viden om, hvordan lægemidler virker sammen. Vi har mødt hos flere ledende psykiatere og ønsker ikke, at denne historie skal forblive i glemmebogen.

Bogen handler om den forfærdelige historie, hvor man udsatte over 500 danskere for langvarige behandlinger med LSD.

I kælderen under afdeling D1 på Frederiksberg Hospital gav overlæge Einar Geert-Jørgensen og hans medhjælper 10 dobbelte doser LSD til intetanende ofre, hvorefter de blev efterladt alene uden vejledning eller sideløbende terapeutisk støtte. Patienterne blev indkaldt fire, fem stykker ad gangen til det de troede var behandling og siden ladt alene i hvert sit kælderrum, mens LSD rusen stod på.

Historien fra 60erne har uhyggelige elementer af konspiration i sig, men det er desværre ikke ren teori. CIA havde virkelig travlt under den kolde krig. I Danmark hyrede de prominente psykiatere til at lave deres usle arbejde i forsøget på at udvikle et stof, som kunne bruges til at kontrollere folks bevidsthed.

For det amerikanske efterretningsvæsen CIA var LSD et våben i et forsøg på finde frem til et sandhedsserum, der kunne få politiske modstandere til at tale over sig.

I Danmark brugte overlæge Einar Geert-Jørgensen LSD fuldstændig ukritisk til hvad som helst. Diagnose og indikation. Alt blev behandlet med LSD: stammere, folk med stivkrampe, kvinder med fødselsdepressioner, seksuelle afvigere, skizofrene, neurotikere, indbildt forfulgte, kz-ofre, mennesker i sorg eller familiær krise og folk med mere ubestemmelige etiketter på deres problemer.

CIA betalte via hemmelige fonde tusinde af psykiatere og adfærdsforskere over hele verden for at afprøve LSD på intetanende ofre i fængsler og hospitaler. Nogle læger vidste besked om CIA. Andre læger overskred af egen drift de etiske

grænser for deres virke.

Dette foregik absolut på forsøgsstadiet, da man ikke kendte stoffets effekt til bunds, og således manglede videnskabelige retningslinier, der understøttede dets brug. Kontrollen med de danske forsøg var den mest lemfældige i verden.

Følgerne var katastrofale for patienterne, og medførte i mange tilfælde selvmord eller invaliditet. Sagen blev bragt til offentlighedens kendskab, ikke af repræsentanter for lægestanden, men af denne bogs forfatter journalist fra dagbladet Information, Alex Frank Larsen.

En anden der kæmpede for at få sagen frem, er en af ofrene, den jyske gårdejer Gunnar Sandvei. Han led af OCD, en tvangsneurotisk lidelse, men endte med at få en stofudløst psykose. Han måtte resten af sit liv leve med følgerne. Kampen med det danske retssystem kostede ham til sidst den fædrene gård, men han fik gennemtrumfet erstatninger til ofrene. Dog kæmpede han ene mand

Af Alex Frank Larsen.
Informations Forlag, 1985.
Udgivet på Informations Forlag
kan kun fås antikvarisk



og måtte lide den tort at få påklistret diagnosen 'kværlantforrykt'. Et menneske, der i håb om helbredelse søgte samme lægers hjælp og siden fik sindet sprængt af medicinsk dynamit.

Opgøret med nazi-lægerne under Nürnbergprocesserne indsnævrede de etiske rammer for brug af mennesker i medicinsk forskning. En meget vigtig ting er frivilligt samtykke og at patienten kan stoppe, hvis og når han ønsker det. Dette fik Gunnar Sandvei ikke lov til. Han blev tvunget til det sjette og skæbnesvangre LSD trip, der læderede hans hjerne uopretteligt.

Alex Frank Larsen konkluderer i sin bog, at over 500 danske patienter måtte lægge krop til lægernes indsamling af erfaringer. Det skete uden frivilligt samtykke, selv om det i dansk lov er lægens pligt at bevise, at der er givet information og samtykke. Sker det ikke, er der ikke forskel på den praksis, som en

civiliseret verden vendte sig imod under medicinerprocessen i Nürnberg. "Forsøgspersonernes frivillige samtykke er en absolut nødvendig betingelse", siger den første linje i Nürnberg-erklæringens ti punkter.

Dette er et eksempel på, hvordan de ansvarlige myndigheder kan vælge at se den anden vej. Retslægerrådet svarede nej, da Sundhedsstyrelsen spurgte, om der var lagt utilbørligt pres på Gunnar Sandvei. Dernæst vendte Østre Landsret tingene på hovedet, og overlod det til Gunnar Sandvei at bevise, at han ikke var tilstrækkeligt orienteret om LSD, og at han ikke ønskede den sidste og skæbnesvangre session.

Bogen beskriver et sørgeligt kapitel i den danske psykiatrihistorie. Lad os håbe, at historien ikke gentager sig.



Polyfarmaci



Af Laila Dokkedal

Et nyt forskningsprojekt skal forsøge at klarlægge hvordan indtagelse af flere forskellige typer medicin samtidig påvirker patienten. Projektet er en konsekvens af den sidste tids uforklarelige dødsfald på flere bo-centre, hvor polyfarmaci har været den mistænkte dødsårsag.

Den sidste tids mange uforklarlige dødsfald blandt skizofrene patienter på Københavnske bocentre har sat fokus på hvad der sker, når patienter får flere forskellige lægemidler dagligt. Forskerne kalder det polyfarmaci og på Sct. Hans Hospital er der i øjeblikket et forskningsprojekt i gang for at indsamle større viden på området.

Undersøgelsen er en videnskabelig undersøgelse, der skal belyse brugen af antipsykotisk medicin og anden medicin til psykiatriske lidelser hos skizofrene patienter. Den skal også belyse hvilke bivirkninger, den medicinske behandling egentlig har for de patienter, der er indlagt på Sct. Hans Hospital. Desuden vil den give et indblik i patienternes tilfredshed med den ordinerede medicin, og hvordan patienterne selv opfatter deres livskvalitet. Målet er i fremtiden at kunne optimere den antipsykotiske behandling for skizofrene patienter, således at disse patienter bliver mere tilfredse med deres medicinske behandling og får reduceret deres bivirkninger og derigennem øget deres livskvalitet.

Projektet er sat i værk af overlæge på Sct. Hans Hospital og formand for Psykiatrifonden Jes Gerlach og ledes på daglig basis af læge Sisse Trautner.

Det er meget usikkert, hvor godt forskellige lægemidler egent-



lig virker, når de gives sammen. Ingen ved det, og hvad værre er, så er det svært at undersøge, fordi det kræver, at rigtigt mange testpersoner, har fået den samme kombination af lægemidler.

Nogle af de spørgsmål som projektet stiller er: Skader det mere end det gavner, når patienter behandles med flere typer af antipsykotisk medicin? Hvor ofte bruges polyfarmaci? Undersøges der for kendte komplikationer til den antipsykotiske medicin? Hvilke konsekvenser har det for patienterne, med hensyn til alvorlige bivirkninger og livskvalitet?

Polyfarmaci kan defineres på flere måder; hyppigst anvendes begrebet om brugen af mere end én type antipsykotisk medicin, uanset dosis. Desuden tales om polyfarmaci, når den antipsykotiske behandling suppleres med andre psykotrope stoffer, som f.eks. benzodiazepiner, antidepressiva eller stemningsstabiliserende medicin. Begge former for polyfarmaci kræver skærpet opmærksomhed på interaktionsmuligheder, men det er især den første form, der kan være problematisk. Nogen former for polyfarmaci kan være hensigtsmæssig, mens andre kan være uhensigtsmæssig eller måske direkte skadelige eller dødelige.

Rent praktisk kommer en del af undersøgelsen til at foregå som journalgennemgang, hvor den enkelte patients medicinoplysninger noteres. Desuden indhentes oplysninger om patientens somatiske tilstand, herunder forskellige blodprøvesvar (f.eks. kolesteroltal og blodsukker), højde og vægt samt patientens blodtryk. Den anden del af undersøgelsen foregår som en form for interview, hvor Sisse Trautner kommer ud på afdelingen og taler med hver enkelt patient. Patienten skal svare på spørgsmål om livskvalitet og om bivirkninger, og såfremt patienten siger ja til at deltage, bliver der også taget et livmål på patienten. Mens Sisse Trautner er på afdelingerne vil patientens seneste EKG blive gennemgået.

Det er naturligvis frivilligt for patienterne at deltage. Men det er nødvendigt med skriftligt samtykke i henhold til Videnskabs Ethiske Komités regler.

Der er ingen fysiske eller psykiske ulemper forbundet med deltagelsen. Derimod har projektet perspektiver om at kunne nedbringe brugen af uhensigtsmæssigt polyfarmaci og dermed nedbringe bivirkninger og alvorlige somatiske følgetilstande.

På nuværende tidspunkt er projektet kun i sin opstart, og alle indsamlede data er endnu ikke bearbejdede.

Der indgår 200 testpersoner i pro-

jektet, så det er ikke et særligt stort statistisk materiale, der ligger til grund, men det skal give lægerne på Sct. Hans Hospital et fingerpeg om, hvordan det står til her og nu.

I Sverige er et lignende projekt i gang, hvor forskerne undersøger fyre forskellige kombinationer af polyfarmaci. Der findes utallige kombinationsmuligheder indenfor brugen af antipsykotisk medicin og det er derfor utrolig svært at undersøge, hvilke kombinationer der er effektive og hvilke der ikke er. Det kræver meget store patientpopulationer, siger Sisse Trautner.

En anden metode

- Men vi anvender også en anden metode her på Sct. Hans Hospital, der kan give mulighed at behandle den enkelte patient mere målrettet. Det er en gentest, kaldet CYP-test, den fortæller om hvor hurtigt leverenzymen omsætter medicinen, hvor lægerne undersøger, hvor hurtigt eller langsomt du omsætter medicinen gennem leveren. Det giver lægerne indblik i, om det er rimeligt at give højere dosis end foreskrevet af Sundhedsstyrelsen. Testen koster ca. 1200 kr. og skal kun tages én gang i livet. Vi kan så notere resultatet ved udskrivelsen fra hospitalet, så patienten har det med sig til senere brug. Den kan være til hjælp med en mere korrekt dosering af medicinen og færre bivirkninger for patienten.



Til elektrochok hos overlægen – gøgeredeeffekten...



Af Dorthe Raffenberg

Elektrochok er en sygdom, der mere end nogen anden, er præget af fordomme. Det mærker overlæge, Mikkel Hauge næsten dagligt. Ifølge ham er ECT-behandling en meget skånsom behandling. Problemet er, at den lider kraftigt af det man kan kalde Gøgerede-effekten.

Solen skinner over Skt. Hans. Det er sensommer og scenen er som taget ud af en Morten Korch film med gadekær og gamle bøgetræer. Vi sidder overfor overlæge Mikkel Hauge i hans kontor. På skrivebordet ligger der bøger om kognitiv terapi. I reolen står flere værker om psykologi. Og man får hurtigt et indtryk af en velovervejnet og humanistisk indstillet psykiater.

- Det er selvfølgelig ikke sådan, at vi bare giver ECT til hvem som helst. Der er masser af mindre depressioner, som skal løses hos en psykolog. Der vil man selvfølgelig aldrig drømme om, at give ECT behandlinger. Det er vigtigt at slå fast, at det blot er 1 % af folk med depressioner bliver behandlet med ECT, slår Mikkel Hauge fast.

Til dagligt arbejder han på et af langtidsafsnittene på Skt. Hans. På Mikkel Hauges afdeling anvender de ikke elektrochok i særlig høj grad, da de ikke behandler akutte patienter. Men Mikkel har været med til at give mange ECT behandlinger i sin karriere. Han understreger, at ECT overvejende tilbydes svært depressive patienter, der enten ikke har tilstrækkelig gavn af medicin, eller hvor der er brug for en hurtig virkning, men at de fleste depressioner kan behandles med psykoterapi eller medicin, og lettere depressioner behandles ikke med ECT.

- Jeg forstår godt, at man kan betragte behandlingen som skræmmende og uforståelig, hvis man ikke kender til de dybere sammenhænge. Men når man får viden og især erfaring med ECT, så begynder man at betragte den som en effektiv og ufarlig behandling til især svære depressioner. ECT er oftest betydelig mere hurtigvirkende end medicin og mere effektiv, forklarer Mikkel Hauge

En ECT behandling starter man med at patienten lægges i narkose. Forinden har man sikret sig at patienten ikke har hjerteproblemer eller andre sygdomme, der kan medføre en følsomhed overfor ECT behandlingen. Når patienten er bedøvet, får vedkommende et muskelafslappende middel, for at undgå voldsomme muskeltkræmper som vil kunne forårsage skader som brud på knogler og lignende. Under hele forløbet får patienten ilt for at sikre at hjernen har alt den ilt den skal bruge under behandlingen. Patienten får en gummiklods i munden for at beskytte mod bid i tungen og at dårlige tænder skal knække. Få minutter efter behandlin-

gen vågner patienten og begynder at trække vejret selv.

- Patienten har ved behandlingen kun svage eller ingen muskelbevægelser på grund af det muskelafslappende præparat, som gives før behandlingen iværksættes. Forestillingen om ECT behandlingen er formodentligt meget mere voldsom end det man oplever, når man står ved siden af, siger Mikkel Hauge.

Skyggesiderne

Mikkel Hauge er helt på det rene med, at ECT behandling har nogle skyggesider.

- På trods af omfattende forskning ved vi endnu ikke helt hvordan ECT virker, men vi ved meget om hvad der sker ved ECT-behandlingen. Blandt andet, at der sker ændringer i hjernens signalstoffer serotonin. Det er nogle af de samme ting, der sker ved behandling med medicin mod depression. Det tager bare væsentlig længere tid for at opnå effekten og man skal huske på, at en svær depression kan være yderst pinefuld og det bliver man nød til at tage med i sine overvejelser, siger Mikkel Hauge.

Man bruger ECT behandling til folk med svære selvmordstanker, dem der holder op med at spise og drikke og ved akut delirium oftest udløst ved en psykose. ECT bliver også brugt ved svære manier, og sjældent ved skizofreni. Desuden er der også nogle patienter, der ikke reagerer på medicinen eller ikke kan nås

ved samtale og har en risiko for at dø, og her er ECT naturligvis et nødvendigt onde, siger Mikkel Hauge.

Han mener, at man vil svigte en stor gruppe patienter, hvis man afskaffer ECT.

- Nogle patienter, der oplever flere svære depressioner, kommer igen og beder om ECT behandling, fordi de har oplevet det som en effektiv og god behandling, siger Mikkel Hauge.

Han mener, at man vil svigte en stor gruppe patienter, hvis man afskaffer ECT.

- Man ville svigte en stor gruppe af de meget syge hvis man ikke havde muligheden for at tilbyde ECT-behandling. En del patienter der oplever flere svære depressioner beder selv om ect fordi de de har oplevet det som en god og effektiv behandling, og de fleste der er blevet behandlet med ect er villige til at få behandlingen igen hvis det bliver nødvendigt.

Elektrochok under tvang

En af de ting som har været kritiseret, blandt andet i en længere artikelserie i Jyllands-Posten for seks år siden, er elektrochokbehandling under tvang, der blev givet med meget forskellig frekvens fra kommune til kommune.

- Det er heldigvis sjældent, vi giver ECT behandling under tvang. Det er kun i de allersværeste tilfælde - kun i tilfælde, hvor patienten ikke selv er i stand til at træffe valget på grund af sygdommen, og oftest fordi der er fare for patienten, siger Mikkel Hauge.

Han konstaterer, at der i den lægefaglige litteratur på trods af meget forskning på området aldrig er konstateret de svære og langvarige bivirkninger som man ofte hører om. Korttidshukommelsen er påvirket i en periode bagefter, men ifølge forskningen forsvinder det indenfor en måned.

64 tusindekroners spørgsmålet: Hvis du fik en depression ville du så med hånden på hjertet selv vælge ECT behandling?

- Jeg har set så mange lide med depressioner, så jeg ved hvor ondt det gør, så ja, hvis jeg fik en svær depression og havde brug for det, ville jeg tage imod et tilbud om ect-behandling, slutter Mikkel Hauge.



Elektrochok

- Bedre end sit rygte

Læserindlæg: Af Preben Meilvang, brugerlærer og medarbejder i psykiatrien med brugererfaring



Alene ordet "elektrochok" - ja det vækker fordomme, forargelse, bestyrtelse, afsky og vrede. Tankerne ledes hen på tortur, og de gruopvækkende scener i filmen "Gøgereden" med Jack Nicholson.

Men her er lidt information om elektrochok, kaldet ECT.

ECT har været i brug ved behandling af svær psykiatrisk sygdom, især depression, siden 1938. ECT er al anden behandling overlegen, når det gælder om at opnå hurtig og sikker effekt hos depressive patienter i suicidalfare, med spise- og drikkevægring, og med psykotiske forestillinger.

Patienten gives et kortvarigt sovemiddel, der fremkalder dyb søvn. Dernæst et muskelafslappende middel, og under behandlingen får patienten kunstigt åndedræt med ilt.

Der gives et 2 sekunders varende strømstød (20-100 Joules). Dette er en meget svag strømstyrke, ca. 400 gange mindre, end den der anvendes, når der gives elektrochok ved hjerteflimren. Ved behandlingen fremkaldes kun et svagt krampeanfald, som måles ved EEG (måling af hjernens elektriske aktivitet).

ECT er en særdeles effektiv og skånsom behandling af svære depressioner, som i mange tilfælde ellers ville koste patienten livet på grund af selvmordstilskyndelser. Den vigtigste bivirkning er forstyrrelser af indprentningsevnen, som imidlertid restitueres fuldstændigt, når man anvender moderne ECT-apparat.

På trods af ovennævnte forhold er der fortsat negative holdninger til ECT-behandling. Ikke kun i fagkredse, men i særdeleshed i dagspressen, ikke mindst influeret af en fordomsfuld amerikansk underholdningsindustri. Man har derfor fundet det betydningsfuldt at undersøge holdningen hos de patienter, som har modtaget behandlingen. På verdensplan er der kun udført få undersøgelser af patientens vurdering af ECT givet med moderne udstyr. 83% var tilfredse med behandlingseffekten, og en generel tilfredshed udtryktes af mere end 90% af de adspurgte. Ca. 75% ville foretrække ECT ved en ny depressiv periode.

ECT's bivirkninger må opvejes mod de betydelige behandlingsmæssige fordele. Svær depression kan være livstruende, og som det fremgår af en metaanalyse fra 2003, er ECT den mest effektive behandling. Ved ikke at iværksætte ECT ved alvorlig depression, vil patienten i bedste fald blive udsat for langvarig og unødvendig lidelse.

Elektrochok er jo ikke mod forkølelser, men alvorlig psykisk sygdom, hvor det er en effektiv og skånsom behandling. Jeg har selv fået 9 ECT-behandlinger i forbindelse med meget svær depression i 1984. Fire uger efter behandlingen var jeg rask og efter otte uger kunne jeg genoptage mit krævende shipping-job i fuldt omfang. Det er 22 år siden, og jeg har aldrig siden haft gener eller mén efter ECT behandlingen.

Det er mit ønske, at fordommene mod elektrochok må mildnes og forhåbentlig helt forsvinde.

Kilder: Bogen Depression, Psykiatrifondens Forlag 1997, ugeskrift for læger, 2003, vol. 165 nr. 40

Woody Allen syndromet – værre end man skulle tro



Af Svend Balle

At lægge navn til et særligt syndrom er ikke mange forundt. Det plejer som regel at være skikkelser fra den græske mytologi. Men for filminstruktøren Woody Allen er det tilsyneladende lykkedes. I hvert fald kunne man læse følgende for nogle år tilbage: "Psykoterapi bliver latterliggjort som en "New York behandling" af "Woody Allen" syndromet". Citatet stammer fra den amerikanske neurolog Eliot Valensteins bog: "Hjernen som syndebuk". Det var en bog, som ellers handlede om den biologiske psykiatri. Og hvad har det at gøre med et psykologisk syndrom?

Et særligt Woody Allen syndrom er svært at beskrive, eftersom få har forsøgt at forklare, hvad det egentlig går ud på. Woody Allens personer lider tilsyneladende af en sygdom, som ikke har noget som helst på sig, og de får tilbudt en behandling, der heller ikke er noget værd, men måske for en filminstruktør ret underholdende.

Woody Allens komik stikker imidlertid dybere. Hans personer er ikke kun letløbende neurotikere men også personer plaget af angst og tvangsmæssig adfærd. Samtidigt med at de tit har et stærkt ønske om at kunne kontrollere verden. Men selv om de slås med det ene og det andet problem er det tit spørgsmålet, om de ikke ved at tale om problemerne, gør dem værre, end de er. At gå til psykolog

Woody Allens film giver et bud på, hvordan hans personer kommer af med deres psykiske problemer. Og han har tilsyneladende lagt navn til et særligt syndrom, som kan behandles i New York.

bliver til noget, man bare skal gøre som menneske, uanset hvordan man så har det.

Freuds hysteriker i ny forklædning

Hans personer lider under alle omstændigheder ikke af noget helt ukompliceret, som en eller anden smart storbylæge bare med et snuptag kan løse. Der er så vidt vides kun en film, Alice (1990), hvor hovedpersonen hurtigt får det bedre. I resten af filmene er de lidende personer nogle, som kun kærlighed eller et godt familieliv kan hjælpe til at få det bedre.

"Alice", som næppe er noget mesterværk, handler om en gift, rig, midaldrende kvinde med dybe neuroser, en rigtig Freudsk kvinde. Filmen var faktisk en af de første, hvor Woody Allen ikke selv optrådte som filmens hovedperson. Han havde forsøgt sig i sine tidligere film, men det var ikke lykkedes så godt. Titelpersonen Alice går i filmen til en kinesisk læge, der minder mest om en apoteker, som har et urtepræparat, hun bare skal tage, og så vil hun få det godt. Hun tager det, og pludseligt begynder affæren med en elsker at gå bedre. Det giver hende øget livskraft og gør i øvrigt, at hendes stivnede ægteskab ikke går helt i stå.

Titelpersonen i en tidligere film "Han-

nah og hendes søstre" (1986) er i den modsatte situation, at hendes mand er utro med en anden, faktisk hendes egen søster. I stedet for at behandle sine neuroser hos en psykolog, finder man bare en anden, synes filmen at sige. Eller man går til familien, som nok skal gå ind og støtte. Og så gør det ikke noget, at man ikke ligger alle kort frem for den. Resultatet er, at så får man virkelig brug for en psykolog. Og det er ikke den eneste i Allens film.

Sander Lee fortæller i sin biografi om Woody Allen, at filmen ved sin fremkomst fik en noget blandet modtagelse. I "Washington Post" blev den højlydt rost, mens "The New Yorker" sablede filmen ned. Årsagen var simpelthen ifølge Lee, at filmen var god til at underholde, men at den lovede mere, end den kunne holde.

Woody Allen spiller selv i filmen en meget udadvendt TV-producer, Mickey Sacks. Han modstilles af den meget indadvendte kunstmaler Frederick, som spilles af Max von Sydow. De er begge to grundigt trætte af den måde, verden er skruet sammen på, men der er også mere galt under det hele. Mickey Sachs går fysisk ned på grund af stress, men det er ikke kun på grund af travlhed, der er også eksistentielle problemer bag det hele, en depression. Frederick gennemlever også en depression og vælger at

isolere sig endnu mere, og det bliver endnu værre den dag, hans kone forlader ham. Mens Mickey Sachs ser ud til at komme sig, er det svært at se, hvad der sker for Frederick efterfølgende. Han ser ud til at male nogle gode billeder, men er det nok?

Balancen imellem humor og alvor

Det er i det hele taget tit svært at se, hvad man skal tage alvorligt hos Woody Allen. Det gælder vel mere end nogen anden i den film, som indledte den række af film, som for alvor tog psykoanalysen med ind, "Mig og Annie" (1977). Woody Allen sagde om den i et interview til italiensk fjernsyn, at han altid havde ønsket at lave en film, som ikke kun var et brud med den almindelige mainstream fra Hollywood, men som også tog hans egen inspiration med fra især Ingmar Bergmans film, samtidigt med at den beholdt sine fødder på det amerikanske kontinent. Det gjorde den, modsat efterfølgeren, som blev en fiasko, "Rene linjer" (1978).

Meningerne om "Mig og Annie" er delte. Replikkerne er tætpakkede med filosofiske kommentarer i dialogerne og monologerne. Det er svært at se hvilke ord, der kunne undværes. Men det er formodentlig også det tætpakkede, som frastøder mange. De oplever det, som hvis hovedpersonen Alvy Singer, spillet af Allen selv, ikke tænkte så meget på døden, kunne han droppe timerne hos den analytiker, han har gået hos i 15 år. Desuden ser det ud til, at denne kække kvindelige sangerinde fra Wisconsin, Annie Hall, spillet af Diane Keaton, virkelig



har noget, som burde kunne få denne kværulantiske jøde til at slappe lidt af.

Der er midt i alvoren, man kan grine, græde af, derefter opfatte det dybt filosofisk eller tage det for, hvad den er, disse mere oplagte humoristiske scener. Fx med nogle hummere, de skal ordne, og som ikke vil det samme, som dem, der skal skrælle dem. Der er også en scene, hvor der er en lille edderkop, Annie er bange for, og som hun derfor ringer til

Alvy om. Han skynder sig hurtigt af sted, selv om det endeligt er lykkedes for ham at finde en pige, som i højere grad end Annie kan give ham det, han vil have.

Kommunikation mulig med det umulige

Set i forhold til de foregående, var linjen klart tilbage i filmversionen af Allens skuespil "Play it again Sam", som på

dansk blev til "Mig og Bogart". I filmen dukker Humphrey Bogart indimellem op og fortæller hovedpersonen, hvordan han skal handle i de situationer med kvinder, hvor hovedpersonen er dybt i tvivl. I samme film spiller Woody Allen ligesom i "Mig og Annie" en fyr, der hele tiden kæfter op. Og den kvinde, han følges med, finder sig åbenbart i bare at lægge ører til den snak.

I sidstnævnte får han nu noget af et modspil, ikke kun fra Annie men også fra sin ven og tennismakker Rob, spillet af Tony Roberts, der bl.a. i lighed med Annie Hall mener, at man bare skal tage til Californien, og så er lykken gjort. Alvy kan ikke bare flytte dertil, selv om det beskrives som et paradys ikke kun af de to men også af de billeder, man ser derfra. Det får Annie til at sige: "Alvy, du er ude af stand til at nyde livet, ved du det? Jeg mener, du er som byen New York. Du er klart den person. Du er som den ø i forhold til dig selv". Og Alvy svarer: "Jeg kan ikke nyde noget som helst, medmindre andre er der. Hvis en fyr sulter et sted, bliver min aften formørket".

I samme film er der heller ikke nogen Bogart til at redde hovedpersonen. Men der er, i lighed med den foregående, scener hvor der sker noget, som ikke kan foregå i virkeligheden. Hovedpersonerne Alvy og Annie, kan i "Mig og Annie" kommunikere med den, de var tidligere og se, hvordan deres begge hold forældre og ekskærester var engang. Det er desuden muligt, i hvert fald for Alvy, at se den side af Annie, som han ikke kan kommunikere med og dermed ikke kontrollere. Det sker som et spøgelse, Annies åndelige side, der viser sig i sengen, mens Alvy ligger fortvivlet og forsøger at få

hende til at forene det seksuelle med det åndelige.

Annie Hall kommer heller ikke helt let igennem affæren. Hendes splittelse er i virkeligheden et udtryk for frigørelse. Hun må gå i analyse ligesom Alvy, så her er igen arbejde for Allens analytikere. Hun fortæller, at hun er bange for at blive helt domineret af ham, og derfor har hun valgt at splitte sig selv op på den måde. Resultatet er desværre, at hun må gå fra ham.

Hvad er der i vejen?

Alvys problemer mener Sander Lee skal søges i store filosoffer som bl.a. Søren Kierkegaard og Martin Heidegger, begge eksistentialister. Woody Allen erkender da også, at flere filosoffer har betydet noget for ham. Ser man på hans øvrige film, kunne en film som Zelig (1983) måske åbne en dør til Alvys problemer. Zelig, som også spilles af Allen, er en person, som minder om Gatsby i Scott Fitzgeralds roman "Den store Gatsby", der også flere gange er blevet filmatiseret.

Zelig er en mystisk rigmand, som inviterer til store selskaber i 1920'erne, og som mistænkes for at stå i forbindelse med mafiaen, og som siden hen, i 30'erne skulle være blevet nazist. Der er i filmen en fortæller, ligesom hos Fitzgerald, som nu i modsætning til ham, ikke optræder i filmen. Det giver en distance til hovedpersonen, som gør, at man som biografgænger lettere kan afgøre, hvad der er på færde. Der er noget kamæleonagtigt over Zelig.

I modsætning til andre af Allens personer, som er præget af angst, og derfor

isolerer sig eller bare kværulerer, kan Zelig bruge angsten til noget udadvendt. Det eneste problem er bare, at han så mister forbindelsen tilbage til den, han var oprindelig, sit autentiske selv, hvis man ifølge Sander Lee skal forstå ham, som Heidegger ville gøre det. Så Zelig bliver hele tiden nødt til at tilpasse sig dem, han er sammen med. I 20'erne er mafiaen ikke til at vælte, men da Al Capone blev fældet i 1932, hvilket ledte til flere anholdelser og fængslinger, måtte han finde nogle nye.

Går vi tilbage til Alvy, har hans angst ført til et ønske om at kontrollere alt og alle, og i den grad det, han er tættest på, for først da får han det bedre. Parforhold bliver for ham et nødvendigt onde ved det at leve, for så har han en at herske over eller få noget fra, kunne man sige. Dermed forsvinder det gensidige fra kærlighedsforholdet. Den modsatte part får ikke nødvendigvis så meget fra ham, som han får af dem.

En af de sidste replikker i Woody Allens film er derfor den meget underfundige, om en fyr, der går op til en psykiater og siger:

"Doktor, øh, min bror er blevet skør, han tror, han er en kylling." Og doktoren siger: "Nå, men hvorfor får de ham så ikke indlagt?" Fyren svarer så: "Det ville jeg også gerne, men jeg har brug for æggene." Og Alvy kommenterer historien sådan: "Nå, jeg tror, det nok er meget, sådan jeg føler det med forhold, du ved, de er fuldstændigt irrationelle - og skøre - og absurde, og... men, øh, jeg tror jeg får dem til at gå fordi, øh, de fleste af os har brug for æggene."

Mennesket med en sygdom

Se på mennesket med en sygdom
Ej på sygdommen så på mennesket

Hør på ordene der forties
Og glemme det der siges

Lyt til gråden som smiles
Og stilheden der skrives

Knuge livet der gør ondt
Fortielse er ej sund

Vi er ligeværdige personer
Med vore diverse patroner

Skæbnen har fyldt mig på min måde
Resultatet blev ej hvad jeg troede

Sårbarheden blomstrer året rundt
Karrusellen dannes – et hvis stund

Ord bliver til tåre, og resourserne få
"Træd varsom!" sagde myrerne – til de høje de så

Respekten må forgyldes med en afventende ro!
Troen skal blomstre før alle kan glo'!

Se på mennesket med en sygdom
Ej på sygdommen der er kørt

Se på sygdommen som en gave
Ej som noget
der er
skørt



ORIENTERING



Af Svend Balle

Man skal ikke være tosset for at være her – men det hjælper

I gode selskaber får man undertiden udslynget den. Det skaber en god stemning af accept. Og heldigvis er det vist de færreste, som i de sammenhænge tænker på alle de tossede, som bliver udstødt af vores samfund. Så de fx ikke kan gå til gode selskaber og heller ikke foretage sig en lang række andre ting. Denne gang er det den røde tråd i alle de artikler, jeg vil bringe frem her.

Dem, der er lidt til en side

Den Newzealandske psykiater John Read har vi her i *OUTsideren* berørt tidligere. Han har bl.a. været forfatter til en undersøgelse om, hvordan tidlig vold eller seksuelt misbrug kan føre til psykiske sygdomme. Nu har han lige skrevet en bog om nærmest det modsatte. Den skrev han om i *Politiken* (7.8.). Her skriver han, hvor let det er at få en psykiatrisk diagnose i dag, så man hurtigt kommer udenfor det gode selskab. Han skriver fx,



at vrede og forvirring i Vesten bliver betragtet som en slags psykisk lidelse. I psykiatrisk jargon bliver det hele til 'forstyrrelser'. Dyb sorg bliver til 'depressiv forstyrrelse'. Er man meget genert er man 'evasivt forstyrret'. Er man lidt mere voldelig end gennemsnittet, så er man 'eksplosivt periodisk forstyrret'. Og for at tage den fra folkeskolen af: Er man dårlig til matematik, er man 'matematisk forstyrret'. Hvis nogen tror, at pædagogers beskrivelser af børns 'legesituationer', 'spisesituationer' og mange flere hører fortiden til, så må de tro om. I dag bliver der

udarbejdet adfærdslistre, hvor man betragter det enkelte barn eller voksens enkelte adfærd. Det betragter Read selv som videnskabeligt nonsens. Man gør i virkeligheden dem, man betragter, syge, og giver ikke det barn, man betragter nogen hjælp – men gør bare det, at man stempler det. Hvorefter man kan gå videre til det næste barn.

Som bekendt forfølger de diagnoser et menneske, livet igennem, og jeg synes, at Read har ret i at begynde i børnehaven. Han har også ret i at gå videre og lange ud efter medicinalindustrien, for hvem anden end den, får glæde af at folk får stemplet alle mulige diagnoser på sig, så de kan købe dette nye produkt, som netop kan afhjælpe dette bestemte problem.

Det fører som bekendt ikke kun til, at det gode selskab ender med at blive en række dopede cykelryttere. Men at den pågældende bliver sløvet så meget af de forskellige produkter, så han/hun slet ikke kan deltage i det gode selskab.

Hvad med behandlingsgarantien, Lars?

Når vi nu alle sammen er blevet så syge, hvad så med noget behandling? Vores indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) talte engang om behandlingsgaranti. Den kom ikke til at omfatte psykiatrien. Men sæt nu hvis..., tænkte nogle politikere på i agurketiden, og de luftede ideen overfor Berlingske Tidende (15.8.). Ministeren gav ovenikøbet forslaget fuld opbakning. To måneder hvis man var skizofren eller havde anoreksi. Det var da noget. Kan det offentlige ikke skaffe behandling, må de private til. Ja, der sidder nok mange psykiatere på spring rundt omkring. Men det er lige netop det, der ikke lige netop gør, og derfor taler man også nu om 2008. Det forlyder ikke, om nogen skal til udlandet, hvis situationen er, som meget tyder på i dag, at der ikke er nok psykiatere?

Preben Brandt, formand for Rådet for særligt udsatte og selv psykiater er derfor

også skeptisk overfor forslaget. Han mener, det kan have social slagside. For dem, der har råd og tager til udlandet med pengene fra staten, skal nok komme afsted. Men hvad med alle de andre? Ja...

I Vejle Amts Folkeblad kunne man (30.8.) godt nok læse om, at udenlandske psykiatere bliver ansat. Men kan det hjælpe på den omfattende mangel af psykiatere?

Hvor grelt det står til i øjeblikket, kunne man læse i Information (3.8.), hvor to psykiatriske sygeplejersker skrev den typiske historie om en psykotisk patient med stor angst, tvangsindlagt for tredje gang, angst for overvågning, kan ikke sove om natten. Efter nogle dages indlæggelse får han det bedre – men så skal han hjem. Realiteten er, at han aldrig bliver behandlet for det, han lider af. Hvor efter han så skal igennem den samme mølle, når der er gået et stykke tid.

Hun/han er vist foreløbigt udelukket for det gode selskab.

Så er der alle de mange kryb

Hvis man ikke kan komme til udlandet og blive behandlet, var det måske en ide at tage ud på landet. Men på landet kan der faktisk være noget, man hurtigere kan blive bange for end i byerne. BT omtalte (28.8.) en kvinde, som igennem mange år gik rundt med en sygelig angst for frøer. Jeg ved ikke, om kvinder har flere problemer end mænd med krybdyr og insekter. Men det lyder nu ud fra artiklen, som om det var særligt svært for denne kvinde, der ikke turde gå udenfor en dør. Og da hun boede på et husmandsted på Vestsjælland var muligheden for at støde på en frø ret stor, især om aftenen, hvor frøer har det med at komme op fra deres vandhuller. Alligevel fortæller hun nu også, at hun engang fik et panikanfald midt i Paris, hvor frøerne også indgik. Men hun var også bange for at se et billede af en frø.

Hun har gået til flere psykologer, men en hypnotisør har nu hjulpet hende af med angsten. Ja, undertiden kan de al-

ternative noget, som de statsanerkendte ikke er så gode til.



Når sommeren er over os

Der findes også nogle, som går ned, når sommeren melder sig, og alle deres nærmeste tager på sommerferie, også den psykolog, de har det godt med. Når det gode selskab tager på ferie er problemerne der stadigvæk, og hvad skal man så gøre? Der er tilsyneladende to muligheder udover bare at sidde i lidelsernes vold. Den ene er at komme igennem til mange af de telefonlinjer, hvor der sidder psykologer og andre parat til at svare på folks problemer. Den anden mulighed er bare at fylde sig med piller. Depression og angst kan løses med at tage SSRI-præparaterne.

Lad os tage det sidste først, så havde TV2 Nyhederne og kort efter Fyens Stiftstidende (4.9.) noget om dem. "Lykkepiller" kaldte nogle dem engang, i dag kaldes de depressionspiller af flere medier. Problemet er bare, at de for det første ikke førte til mere lykke, og nu viser det sig, at de er vanedannende. Fyens Stiftstidende fortæller, at en Dr. Ann Blake Tracy fra USA mener faktisk, at de kan sammenlignes med LSD. En anden Candace Pert fra USA var faktisk med til at udvikle pillerne i sin tid, men var allerede dengang betænkelig ved dem. Hun siger, at de kan forårsage hjerteanfald.

I en tid, hvor fx Berlingske Tidende

(21.7.) kan fortælle om øget stofmisbrug er det tankevækkende, at så mange tager piller for noget, de i nogle tilfælde slet ikke bliver helbredt for. Men problemet er også, hvad man skal gøre, når nøden er der? Ingen vil tale med mig, og jeg har det elendigt, og jeg tror selv på at det hjælper?

Krisetelefoner er så den anden udvej. SIND og Psykiatrifonden har tilbud, og de fortæller begge til Kristeligt Dagblad (26.7.), at de har 10-20 procent henvendelser i ferietiden. En af de mange, Linién, under Socialministeriet, siger direkte, at de har svært ved at følge med, når sommeren kommer.

Artiklen peger også på, at mange får slet ikke ringet selv om de lider. Så de får det bare værre om sommeren, der ellers for mange andre er forbundet med glæde og fuld fart fremad.



Når børn er pårørende

Af Lars Rahbek

Det er titlen på en publikation fra Socialt Udviklingscenter (SUS). Den handler om de problemer børn oplever når familien pludselig væltes omkuld og børn bliver pårørende. "Mor er psykisk syg" er en titel på en anden nyudgivelse der forsøger at komme med bud på, hvordan man så rent faktisk taler om den svære problemstilling.

Når det handler om børn af forældre med sindslidelser synes mantraet at være – Tal med dem! Og det virker jo egentligt at være en meget fornuftig strategi. For som en underviser på et førstehjælpskursus sagde engang:

"Hvis du står med en person, hvis hjerte er stoppet med at slå, så gør noget. Lad være med at være bange for at knække et ribben. Gør noget. Vedkommende ER død. Det kan ikke blive værre, så gør noget."

Uden sammenligninger i øvrigt kunne det samme gøre sig gældende her - gør noget! Det er uden tvivl en elendig situation, men det værste man kan gøre er at lade være med at handle. Det er at fortie og det kan børn ikke finde ud af. Så derfor synes opfordringen helt på sin plads – Tal med dem!

MenTal

I "Når børn er pårørende" handler kapitlet om børn til sindslidende om gruppen MenTal, der har taget opfordringen til sig - "Men Tal dog til dem!" lyder deres formulering. Det er en gruppe af pædagoger, der rejser rundt i landet og fortæller om hvad man skal og ikke skal gøre når børn bliver pårørende. Arbejdet er (måske?) mere ærværdigt end navnet! Fokus ligger på at få familien til at fungere på trods af krisesituationen og det er et godt og progressivt udgangspunkt. Der er nok af sortsynede behandlere, der automatisk råber anbringelse, tvangsfjernelse, familiepleje m.m.



Fra tale til handling

Og hvordan gør man det så i praksis – det der med at tale med hinanden, for det er lettere sagt end gjort. Et godt udgangspunkt er børne-/ungdomsbogen "Mor er psykisk syg". Bogen er skrevet af Anna Rosenbeck og Inger Thorman og meget fint(!) illustreret af Ursula Seeberg.

Historien kort:

Kernefamilien mor, far, storebro og lillesøster, bliver hårdt prøvet, da mor får angribes af angst og bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling. Heldigvis står mormor og morfar i kulissen, klar med en hjælpende hånd.

Metaforikken er noget eksplicit måske med fare for at dolke, dødningehoveder, sugekrafter og andre eventyrlige og voldsomme ting ender med at overskygge det egentlige tema. Jeg havde egentligt tænkt mig, at læse den med min fire år gamle datter. Men det er jeg glad for at jeg ikke gjorde. Med hendes udviklede evne til at skabe billeder, tror jeg at "Mor er psykisk syg" ville have været genstand for mareridt.

Det er en svær – om end meget ærværdig - opgave forfatterne har stillet sig, eller måske er blevet stillet af forlaget. Resultatet er dog et noget stiliseret univers, vor tingene virker mere firkantede end de formodentligt er i praksis – og vi ved jo godt at når mor er psykisk syg, så bliver alting noget rod.

Fortæller jeg'et er en sjov blanding af noget (troværdigt) barnligt og noget reflekteret og dermed voksent, som virker utroværdigt i en 10-årig piges univers.

Heldigvis lander "Mor er psykisk syg" meget fint. Forfatterne er ikke faldet for fristelsen for at lave en klassisk happy ending, og hånden på hjertet så findes den nok overhovedet ikke i denne sammenhæng. For realistisk undgår vi nok ikke at barndommen mister noget af dens uskyld, når mor og far af en eller anden grund ikke er nærværende i en periode. Så ridserne i lakken undgår man nok ikke, men måske bliver de ikke så dybe hvis man tager opfordringen alvorligt – Så tal dog med dem! og "Mor er psykisk syg" er et rigtig godt og flot udgangspunkt for at starte en svær dialog.

"Mor er psykisk syg" af Anna Rosenbeck, Inger Thomann og Ursula Seeberg Hans Reitzels Forlag, 2006

Pris: 168 kr

"Når børn er pårørende" af Bjarne Møller og Else Stenbak 2006

Gratis

www.sus.dk

Gastronomisk revy

Af Ellen Nielsen.

Promenadehuset er et værested for psykisk syge. Det er beliggende i Horsens, Allegade 16 b.

Stedet er normeret til 100 brugere, der af kommer ca. 25-30 dagligt.

Hver torsdag er der åbent fra 14 –22 og der arrangeres fællesspisning. Melder man sig på, melder man sig automatisk til en opgave, det kan være at skrælle kartofler, vaske op eller en hel tredje ting. Ordningen fungerer fint, og det hele forløber uden gnidninger. Jeg har i den forbindelse som anmelder af maden meldt mig på til spisning, dog skal jeg ikke være behjælpelig, men udelukkende koncentrere mig om anmeldelsen.

Stedet køber både almindelige og nogle økologiske madvarer ind. Det drejer sig om mælkeprodukter, mel, sukker, løg, gulerødder. Det er ikke muligt at købe økologisk kød i området.

Promenadehuset er momsregistreret, der føres særskilt regnskab over torsdagsspisningen, det skal løbe rundt. Prisen for en middag er 20 kr.

Ventetiden mens maden bliver tilberedt er ifølge Heinrich, som er fast deltager i spisningen, lang og krævende, duften gør sulten.

Dagens menu lyder på wokstrimler i oystersauce, løse ris og flutes.

Heinrich er i køkkenet, han har vasket hænder og forklædet er rent. Bordet, han står ved, er lidt for lavt. Der er skinnende rent i køkkenet, gulvene er blankpolerede. Skraldespanden er tømt for nylig. Der er opvaskemaskine og rene viskestykker.

Men tilbage til maden. Der er diskussion om, hvor længe kødet skal stege. Det viser sig, at det oksekød, der er leveret, er til stroganof og det skal stege i 45 min. Det forsinker selvfølgelig processen, men alle bevarer roen. Der er tilmeldt 16 personer til spisningen.

Der er udsugning i køkkenet og rygeforbud i både køkken og cafe, hvor man spiser.

Endelig 50 min. forsinket er maden færdig, og jeg er meget spændt på, hvordan det smager og om kødet er mørt. Det viser sig, at det er værd at vente på, det er virkelig farverigt og vel-smagende, og der er nok til alle.

Deltagerne fortæller, at man altid får god sund mad med grønsager eller salat og kun en gang i mellem dessert.

Jeg bemærker, at man ikke holder bordskik, folk forlader bordet efterhånden som de er færdige, det har man en fast aftale om.

På væggen får jeg øje på nogle smileys, der er stort smil på alle undtagen én, som har et mindre smil.

Det er bestemt ikke sidste gang, jeg spiser i Promenadehuset.

Jeg tildeler hermed stedet 5 æbleskrog.



Promenadehuset Allegade 16 b Horsens



Der kan gives max 5 æbler

Støtte- og kontaktCentret



Et tilbud til støttecentre i København
- gratis og anonymt

Døgnrådgivning

Åbent for telefonisk kontakt døgnet rundt alle årets dage.
Personlig henvendelse kan foretages direkte fra gaden mellem 8 - 22 på hverdage og mellem 17 - 22 på søn- og helligdage eller efter aftale.

Vi tilbyder blandt andet menneskelig og juridisk rådgivning samt mail-rådgivning på netraadgivning@stc.dk

Café 24

Åbent alle årets dage, hverdage mellem 14 - 22, søn- og helligdage mellem 10 - 22. Se dagens menu på www.stc.dk

Såfaldt samarbejdsparterne (oljerpne) giver støtte til at få hverdagen til at fungere.

Linnésgade 24, 2
1361 København K
Telefon: 33 14 98 41
Mail: stc@stc.dk
Web: www.stc.dk

