

## Konsten att läsa vad det står om behandling vid schizofreni

Margot Wallström tycks inte veta vad hon skriver, vilket jag ondgjort mig över i två debattinlägg i Läkartidningen. Dessa har nu ifrågasatts av representanter för Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH (Läkartidningen 8/98). Det pågår också en debatt på SPNs (Swedish Psychiatry Network) Internetsida där jag karakteriseras som aggressiv extremitologist av en representant för RSMH. Man tror att när jag säger att farmaka är den enskilt viktigaste behandlingsmodaliteten vid schizofreni avvisar jag därmed alla andra behandlingsmodaliteter. Och när jag säger att genetiken är den viktigaste enskilda förklaringsfaktorn för schizofrenisjukdom så avvisar jag därmed alla andra faktorer som ointressanta.

Mina påståenden om genetik och läkemedel är okontroversiella i den meningen att få forskare inom området skulle avvisa dem. Men man får ändå inte säga så.

Vad tycker jag egentligen? Jag sökte MFR-anslag 1984 för ett projekt rörande »family management» vid schizofreni. Det var för tidigt – jag fick inget.

Jag flyttade till Norge och fick en intresserad doktorand, numera doktor, som är norsk pionjär inom family management och »social skills training».

Vid min återkomst till Sverige ordnade jag den första kursen i »social

skills training» som genomförts i landet med ingen mindre än Kim Mueser som lärare. Minimalt intresse.

Jag ordnade pengar till den första versionen av »Ett självständigt liv», både i Sverige och i Norge.

Jag är medförfattare till den första undersökning i Norden som redovisar effekter av någon av »social skills»-modulerna, nämligen »Vardagssamtal». Jag är mycket mer kliniker och socialpsykiater än biologisk psykiater i min forskning och i min kliniska verksamhet.

Vad beträffar farmaka: I RSMHs publikationer (liksom i Socialnytt m fl tidskrifter) var »ospecifik neddrogning av psykiatriska patienter» och »kemisk lobotomi» nyckeltemata under 1970- och 1980-talen. De alternativ man önskade sig var »drogfria» psykodynamiska och miljöterapeutiska metoder som visat sig verkningslösa eller skadliga. En tung sjukvårdspolitik i Stockholm i början på 1980-talet ville skicka psykiatriska patienter till hälsohem för att bota dem! Sådant var klimatet under de värsta åren.

### En kompromiss

Optimal dos av rätt sorts neuroleptikum i det enskilda fallet avgörs inte av PET-studier eller omröstningar i patientföreningarna. Det är en klinisk fråga,

och den är svår. Medicineringen är en kompromiss. Man önskar sig full symtomlindring utan biverkningar och profylaktisk effekt mot återinsjuknande. Det får man inte. Ofta kan man inte få en meningsfull dialog med en psykotisk patient om vilket man ska satsa på: symtomkontroll, biverkningsfrihet eller skydd mot återfall. Den enda sjukdom, schizofreni, där neuroleptika är indicerat (det har jag hävdat sedan 1970-talet och något liknande sägs nu i SBU-rapporten) har som nästan obligat symptom »brist på sjukdomsinsikt». Det är det stora problemet i medicineringen, eftersom det drabbar samspelet mellan läkare och patient, och därmed försvårar »fininställningen» av läkemedelsdosen.

Normaldosen för patienter med behov av symtomkontroll i Sverige ligger runt 250 mg klorpromazinekvivalenter (motsvarar 5 mg Haldol, 25 mg Trilafon eller 4 mg Risperdal) och det är inte för högt.

Läkemedel är ännu så länge nödvändiga vid schizofrenibehandling. Det vore bra om RSMH skulle kunna hjälpa psykiatrin och därmed sina egna medlemmar med att erkänna detta fullt ut. Det har många patientföreningar gjort utomlands, så det går.

*Sten Levander*  
professor,  
Malmö

## Vårdens kvalitet och/eller säkerhet

Socialstyrelsens generaldirektör Claes Örtendahls replik på Bengt Järhults debattinlägg, båda i Läkartidningen 6/98 präglas av sarkasm och hån, men det ser inte ut som Örtendahl vill läsa texten ordentligt. Kostnad–nyttaanalys med väldefinierade mål, utvärdering efter införande av åtgärder och med klar ansvarsplacering tillsammans med evidensbaserad medicin är gyllene standarder för kvalitetssjukvård. Det är det Bengt Järhult försöker berätta och det är inget fel med det.

Nu blir jag klassificerad enligt replikens kriterier, som »en del av hans (Järhults) sympatisörer», och strax faller Örtendahl i gropan han blev varnad att gå i. Han räknar upp en lista av aktivite-

ter som ett bevis på kvalitetsinsatser. Han anger att enligt hans uppfattning är signeringskravet sannolikt positivt (för patientsäkerheten). Men hur är det med analysen? Och hur är det med bevisen? Sådan genomgripande inblandning i läkarnas arbete bör ha en seriös grund!

### Kan ägna mer tid åt patienter

Det är ett seriöst argument Järhult kommer med när han säger att han i stället för att signera journaler kan ägna sin tid åt patienterna (resultatet av en kostnad–nytta-analys beror på priset man sätter på tillgängligheten).

Primärvårdschefen i vårt län anger (Kristianstadsbladet, onsdag 28 januari, 1998) att flera vårdcentraler inte kan er-

bjuda besökstid inom åtta dagar från beställningsdatum. Kanske kunde han söka dispens från signeringskravet och på detta sätt honorera åttadagarskravet. Men oh nej, chefen är så noggrann med signering (chefen – personlig kommunikation).

Byråkrater, teknologer och politiker älskar reformer, projekt, behandlingsstrategier och vårdprogram; de lever av dem. Utan dem riskerar man att upptäcka att det går ändå. Husläkarreformen, som Läkarförbundets centralstyrelse gick helhjärtat in för, är ett klassiskt exempel. Miljoner och kanske miljarder kronor blev bortspolade tillsammans med protokoll till ingen nytta.

Ja, man kan diskutera hur mycket