

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 hävdad 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

man ska delta i diskussionen med/mot beslutsfattande. Nu har Socialstyrelsen uttalat sig så att, på grund av neddragningar som är politiskt beslutade, Hässleholm inte längre kan fungera som ett akutsjukhus. Med tanke på patienternas säkerhet saknar jag ett uttalande om hur mycket detta beslut ökar patienternas

risker när transport av infarktpatienter på väg till trombolysbehandling förlängs.

Angående frågan »Hur farlig är sjukvården?» är det svårt att vara originell. Den internationella medicinlitteraturen är fylld med varningar om risker i den moderna sjukvården. Bara för att citera

Richard Smith, utgivare av British Medical Journal (Lancet, 3 januari, 1998): »The major threat to health in the world today is modern medicine.»

Youval Mlynek
distriktsläkare,
Vårdcentralen,
Lönsboda

Replik:

Skall vi gissa oss till effekterna av sjukvården?

Det är en god vana att analysera vad en debatt handlar om när man gör inlägg i den. Ett viktigt skäl till att jag reagerar så utomordentligt negativt mot Bengt Järhults inlägg på Läkaresällskapets riksstämman och i denna tidning är att han hade i uppgift att diskutera vårdens farlighet – kvalitet och säkerhet – men förföll till ett gnäll över administrativa regler för vårdens bedrivande.

Skälet till stormanloppet, anser Bengt Järhult och andra med honom, är att procedurer som införts för att garantera korrekt information om patientens tillstånd, regler som införts för att skapa möjligheter att följa upp utfallet av vården, regler som skapats för att stödja kraftfulla rutiner som säkerställer kvaliteten i vården, gör vården farlig. Självfallet är detta en helt absurd tanke. Och hur skall man kunna visa att reglerna som föreskriver dokumentation av vårdens innehåll och vårdens utfall ger god vård om man inte har några uppgifter om vårdens innehåll och vårdens utfall? Vill Bengt Järhult och hans sympatisörer att effekterna skall fastställas genom gissningslekar?

Utvecklingens grundstenar

Man kunde se detta som en bagatell och bortse från den logiska kullerbytten. Men inläggen från Bengt Järhult och andra kan också ses som ett systematiskt försök att hindra den utveckling som inleddes i tidigt 1990-tal, som inte minst drevs av Läkaresällskapet och Socialstyrelsen i mycket gott samarbete, och där framlidne Göran Bauer var

en ytterst viktig motor för utvecklingen. Denna utvecklings grundstenar var de följande:

1. Sjukvård är farlig. Antalet människor som skadas i sjukvården är stort. Antalet människor som får kvalitativt otillräckliga vårdinsatser är stort. Det vore grovt oetiskt att inte lägga stor vikt vid att påverka detta förhållande. Antalet människor som skadas i vårt land kan förutsättas vara åtskilliga tusental – trots en genomsnittligt god kvalitativ nivå.

2. Att dokumentera procedurer och utfall är ett grundelement i allt arbete att säkerställa en kontinuerlig förbättring av utfallen av vårdinsatserna.

3. De farliga inslagen behöver inringas genom en systematisk dokumentation av misstagen och riskerna. Utbildning, metodval, arbetsrutiner, underhåll, läkemedelsval, materialval, patientinformation etc måste kontinuerligt utvecklas och omprövas för att möjliggöra att den etiska grundsatsen – att inte skada – respekteras.

4. Arbetet med kvalitets- och säkerhetsfrågorna måste präglas av allas deltagande i arbetet.

Framgångarna med utvecklingen av kvalitetsarbetet i denna systematiska form har varit stora i delar av den svenska sjukvården. I andra delar befinner sig det systematiska arbetet i sin inledning.

Socialstyrelsen räknar med att under de närmaste åren kunna redovisa effekterna av yrkeskärernas, huvudmännens och tillsynsmyndigheternas arbete med dessa frågor. En hypotes börjar kunna

formas som kräver fortsatt noggrann analys: kvaliteten förbättras i mycket rask takt – men ojämnt över landet och mellan discipliner. Samtidigt närmar vi oss – eller överskrider – risknivåer när det gäller tillgängligheten till denna allt bättre vård.

Kan finnas en obalans

Det kan finnas ett samband mellan att kvaliteten stiger samtidigt som tillgängligheten blir alltmer pressad. Om ett sådant samband går att visa – ännu mycket osäkert – innebär det ett mycket allvarligt varningstecken. Vårdens möjligheter befinner sig då i grundläggande obalans med vårdens struktur och resurser. Många har länge varnat för att detta kunde vara på väg.

På en del områden har Vårdsverige svårt att ha någon mening om huruvida vården är bra och om vården räcker till. Skälet är att dokumentationen av procedurerna och utfallen för patienten är otillräcklig.

Diskussioner om inriktningen, metoderna och utfallen av detta arbete är utomordentligt välkomna. Jag gick till läkarstämman med stor nyfikenhet på hur ämnet skulle hanteras. Jag lämnade läkarstämman ytterst nedslagen efter att ha hört hur detta mycket viktiga och allvarliga ämne omvandlades till kverulantisiska och populistiska påhopp från Bengt Järhult.

Claes Örtendahl
generaldirektör,
Socialstyrelsen