

Schizofreni – igen!

Psykiatrireformen drabbad av "kunskapsvirus"?

Schizofreni har ansetts vara den för patient och anhöriga plågsammaste och den för samhället dyraste psykiska sjukdomen. Bägge påståendena innehåller en rimligt stor sannolikhet. Från att tidigare tillhört de förskjutna skara har de schizofrena de senaste tre decennierna visats stor uppmärksamhet. Det gäller såväl forskning som massmedialt intresse. De två har dock haft svårt att mötas.

I dagens Sverige finner vi två tunga debattområden, mentalsjukhusets vara eller inte vara och Psykiatrireformen från 1995, lyckad eller misslyckad. Om det förra kan sägas att debatten borde vara avslutad. Det finns ju inte längre så många mentalsjukhus. Patienter och anhöriga vill heller inte ha tillbaks dem. Ändå tuggas ärendet om och om igen i massmedialt associerade kretsar.

Psykiatrireformen står vi däremot just nu uppe i. Där rådde partipolitisk enighet och den genomfördes med kraft trots professionella varningar. Det här inlägget har till syfte att diskutera vad vi skall göra nu för att undvika att katastrofen än mer markeras.

Vad det gäller

Här avses de personer som får ett kroniskt och maligt förlopp. Det var för dem mentalsjukhusen en gång byggdes, därför att någon relevant behandling då inte stod till buds. Psykiatrireformen skulle utreda och åtgärda den öppenvårdssatsning, som skulle vara alternativet till omhändertagandet på sjukhus. Socialstyrelsen fick inte mandatet att styra den nya utvecklingen. Varför?

Författare

SVEN JONAS DENCKER

professor h c, f d chefsöverläkare, klinisk neuropsykiatri, institutionen för klinisk neurovetenskap, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.
e-post: 031-163230@telia.com



Figur 1. Den övre bilden visar ett nedlagt mentalsjukhus. Bilden nedan visar ett bostadsalternativ för schizofrena patienter från samma sjukhus.

I sina förutsättningar innehöll Psykiatrireformen grova missar. Det talades om »färdigbehandlade» patienter, en ekonomisk term har det sagts, i faser då sjukdomen är symtomfattig men ändå ur olika aspekter innehåller dynamiska mekanismer. Se här bara på de farliga återfall som kan präglade sjukdomen också i sena förlopp.

Rent administrativa grova missar gjordes också. Patienterna skulle i mesta möjliga mån föras över från sjuk- till socialvård. Skatteväxlingen från sjukvård till »kommun» var inte förenad med någon öronmärkning av pengar! Trots allt »förberedelsearbete» hade kommunerna inte heller den kunskap som behövdes för att ta hand om dessa svårt sjuka patienter. I flera år efter reformens ikraftträdande – i 50 procent sades det – hade kommunen inte ens identifierat målgruppen.

Trots alla professionella varningar rullar Psykiatrireformen vidare. Idéer om strukturförändringar har också funnits tidigare, men det går faktiskt inte att bota psykisk sjukdom med politiska dekret. Alla som deltagit i denna debatt anser att situationen är kritisk. Vissa anser att reformen skall få ha sin tid. Andra, som jag, anser att vi måste göra något nu.

Vad göra?

Redan har Psykiatrireformen skördat offer i form av ensamhet, utslagenhet, kriminalitet och suicid. I ett tidigare inlägg i Läkartidningen försökte jag tala om att den mångfacetterade handikappbilden vid schizofreni kräver en

”Varför inte lämna prestige, ge upp det utopiska perspektivet och skapa ett värdigt liv för dessa patienter? Vi förväntar oss att den expertgrupp som nu arbetar med ärendet får ett optimalt politiskt stöd.”

kartläggning av enskilda handikapp och behandling av dem [1]. Exemplet tog jag från egen verksamhet och de byggde på forskningsdata. Allt vad jag där nämnde kan verifieras i andra medicinska kulturer.

Behandlingen ur även global aspekt kräver subspecialiserad psykiatrisk erfarenhet. För att nå optimala rehabiliteringsmål behövs därför en samlad medicinsk kompetens.

Som Heilig [2] påpekade i sitt inlägg är forskningen inom schizofreniområdet inne i en snabb tillväxt. För att denna forskning skall komma patienterna

till godo är det nödvändigt att även här ha en centralt placerad, övergripande medicinsk kompetens.

Sjukvårdens ansvarsområde

I första hand bör schizofreni accepteras som den sjukdom den är. Därmed skall den återföras till sjukvårdens ansvarsområde. Det skall då sägas att Sverige på några platser ligger långt framme vad beträffar vårdprogram för schizofreni. Vidare att svensk forskning på området har tillvunnit sig internationell uppmärksamhet.

I andra hand, just därför att det gäller de svårast sjuka, måste vårdplatser för schizofreni explicit tillskapas. Dessa enheter, det har sagts tidigare, bör naturligtvis placeras sjukvårdsmässigt centralt för att få tillgång till all lämplig expertis. Det skall även gälla öppenvården. I mitt tidigare inlägg hade sjukhusplatserna räknats fram till 35 per 100 000 invånare i ett svenskt storstadsområde. Den siffran var från 1981, förmodligen är den lägre i dag. Motsvarande siffror för sjukhem var 25.

Naturligtvis har inte politikerna tagit beslut i dessa ärenden utan att höra ex-

pertis. Som Psykiatrireformen utvecklats kan med fog förmodas att hörandet under ärendets gång har bifogats någon form av »kunskapsvirus» eller desinformation. I England för några år sedan ledde motsvarande reformprogram till en häftig kritik också från läkare utanför det psykiatriska skräet.

Alla involverade i denna schizofrenidebatt är överens om att situationen inte är bra. Varför inte lämna prestige, ge upp det utopiska perspektivet och skapa ett värdigt liv för dessa patienter? Vi förväntar oss att den expertgrupp som nu arbetar med ärendet får ett optimalt politiskt stöd.

De psykiatriska kollegerna vill jag varna för en situation, som associerar till svekdebatten om steriliseringar av gravida unga kvinnor i kris. Politikerna stod där för det administrativa svärduget. Vissa läkare effektuerade.

Referenser

1. Dencker SJ. Schizofreni – en behandlingsmodell. Läkartidningen 2000; 97: 1296-9.
2. Heilig M. Återskapa den medicinska kulturen inom psykiatrin. Läkartidningen 1999; 96: 4427-33.

Allmänläkarna och depressionsbehandling – ett personligt åtagande

Depressionstillstånd kan på goda grunder betecknas som ett folkhälsoproblem. De flesta personer med depressionssymtom söker inte alls läkare, och av dem som söker tar de flesta kontakt med primärvården.

Ett av bekymren med depression är att tillståndet i stor utsträckning inte upptäcks av allmänläkarna eller av läkare inom somatiska specialiteter. Detta har nyligen belysts i Läkartidningen [1]. Den svenska situationen torde accentueras av rådande läkarbrist inom primärvården med ett på många håll betydande inslag av korttidsvikarier.

Problemet är uppmärksammat internationellt och det är inte okänt för all-

mänläkarna själva. Praktiska riktlinjer för diagnostik och behandling finns lätt-tillgängliga. Förskrivningen av antidepressiva medel har ökat kraftigt under 1990-talet. Ändå förbises depression hos många patienter.

Varför följs inte riktlinjerna?

Varför kan inte allmänläkare följa riktlinjer för depression? frågade Tony Kendrick nyligen i en ledare i BMJ [2]. Han hänvisade bland annat till the Hampshire Depression Project, vars resultat publicerats i Lancet [3].

Projektet utgjordes av en randomiserad, kontrollerad klinisk prövning med ett representativt urval av 60 primärvårdsmottagningar och 21 409 screenade patienter i ett engelskt hälsodistrikt. Det som prövades var en utbildning för läkare om depression bestående av gruppseminarier med bland annat videodemonstrationer, rollspel och smågruppsdiskussioner. Själva utbildningsinsatsen utvärderades och fick högt erkännande av deltagarna. 80 pro-

”Är tidboken full och tiden knapp ligger det nära till hands att han/hon inte tar på sig uppgiften om inte tillståndet uppfattas som allvarligt.”

cent av dem trodde att de skulle ändra sin handläggning av patienter med depression. Prövningens utfallsmått var igenkännande av depression definierad med Hospital anxiety and depression scale (HAD), samt klinisk förbättring 6 veckor respektive 6 månader efter HAD-skattningen. Resultatet blev att ingen statistiskt säker skillnad kunde noteras vare sig beträffande igenkännande eller förbättring av deprimerade patienter.

Slutsatsen av denna stora och välgjorda studie blir att ett ambitiöst utbildningsprogram för allmänläkare inte

Författare

STIG ANDERSSON
distriktsläkare, Säftele.