

britannien visar kostnader på drygt 1 miljon kronor för ett undviket kliniskt utfall [2]. Därtill har The Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (Kanadas motsvarighet till SBU) nyligen bedömt att klopidogrel har en ogynnsam kostnadseffektivitetsprofil och man förordar därför ASA som förstahandsmedel [3]. SBU har i ett av sina Alertdokument gjort en likartad bedömning (Faktaruta).

Klopidogrel i tredje hand

Så ser de bedömningar och kalkyler ut som finns redovisade i den vetenskapliga litteraturen. I prissförhandlingar har företaget använt en egen ekonomisk kalkyl, utförd av en av Sveriges ledande hälsoekonomer och tillgänglig som ett internt dokument vid företaget. Denna rapport har inte utsatts för vetenskaplig granskning och den kommer förmodligen aldrig att publiceras i någon vetenskaplig tidskrift.

Beräkningarna bygger en modellanalys som i sin tur baseras på en rad antaganden snarare än på reella observationer. Utifrån den interna rapporten är det omöjligt att genomskåda om de antaganden som gjorts beträffande t ex effekterna av klopidogrel över mycket lång tid är rimliga eller inte. Anledningen är dels att de grundläggande antagandena inte redovisas, dels att empiriskt underlag helt enkelt saknas.

Tills vidare är en rimlig strategi för oss forskrivare att hos patienter som haft hjärtinfarkt, TIA eller hjärninfarkt betrakta klopidogrel som ett tredjehandspreparat efter ASA och kombinationen ASA-dipyridamol. Klopidogrelens givna plats i terapin är när biverkningar uppträder vid användande av de andra trombocythämmande preparaten.

Referenser

1. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996; 348: 1329-39.
2. Overell JR, Walker A, Weir CJ, Lees CR. The cost effectiveness of clopidogrel and the combination of aspirin and dipyridamole in stroke prevention (abstract). *Cerebrovasc Dis* 1999; 9, suppl 1:66.
3. The Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. Clopidogrel: An alternative of acetylsalicylic acid and ticlopidin in antiplatelet therapy? Issue 6, Issues in Emerging Health Technologies 1999.
<http://www.ccohta.ca/research/ews/ews6-e.pdf>
4. SBU Alert. Trombocythämmande läkemedel – klopidogrel (Plavix). Stockholm: SBU, 2000.
<http://alert.sbu.se/METODER.ASP>

Psykatridebatten:

Schizofreni – en behandlingsmodell

Marcus Heilig diskuterade i ett inlägg återskapandet av »den medicinska kulturen inom psykiatri» [1]. Det följdes av mot-hugg [2-4]. Psykiatriska föreningen försökte medla och tala om smärtgränser [5]. Detta inlägg är ett försök att tackla aktuell psykiatridebatt med hjälp av forskningsdata.

Den generella kritiken gentemot psykiatri om dåligt definierade diagnoser och bristfälliga terapeutiska uppföljningsinstrument skall först vederläggas. Psykiatri har i själva verket med ICD-10 och DSM-IV både valida och reliabla diagnossystem. Uppföljningsinstrumenten tillfredsställer högt ställda krav [6].

De psykiatriska begreppen rörs gärna ihop. Därför skall markeras att denna analys rör schizofreni och inte andra diagnoser. På det gamla mentalsjukhuset dominerade schizofreni med en be-läggning på ca 75 procent.

Dagens problem i öppenvården

En studie från Stockholm visade stor vårdplatsbeläggning av schizofrena patienter också på icke-psykiatriska platser [7]. Det innebär dyrbar och samtidigt oprofessionell behandling. Sui-cidincidens [8], kriminalitet [9], och hemlöshet [10] har i kritiska studier visat höga siffror. Omsorgs-bördan för anhöriga har rapporterats belastande [11]. Utlovt intressanta alternativ till mentalsjukhus, till exempel gruppboende, kunde endast realiseras i 4 procent [12].

Genomförandet av psykiatireformen är hitintills partiell. Det har hävdats att politikerna endast lät genomföra

”Om, som det sagts i debatten, det tar decennier att genomföra en reform, måste naturligtvis något göras genast för att fylla gapet mellan idé och verklighet. Detta »något» skall självfallet återsökas bland vetenskap och beprövad erfarenhet, inte inom ideologierna.”

den första fasen, nämligen nedläggning av sjukhusplatser, men sviktade vad avser den andra, nämligen överföring av resurser till öppenvården [13]. Vi kan inte blunda för det som var och en av oss ser runt om i samhället.

En modell

På Klinik II, dåvarande Lillhagens sjukhus, omgavs de schizofrena patienterna av noggrann registrering, rehabilitering och uppföljning med öppenvård som slutgiltig målsättning. Som grund låg vetenskapligt förankrade fördelar med en individuellt utformad och kontrollerad psykofarmakabehandling [14].

Tillägg av samtalsterapi [15, 16], fysisk träning [17], arbetsterapi [18] och kroppskännedomsträning [18] ökade funktionsförmågan och livskvaliteten [19]. Så småningom kompletterades programmen med familjeterapi [20]. Det skapades således en terapeutisk effektivitetstrappa, där ett flertal behand-

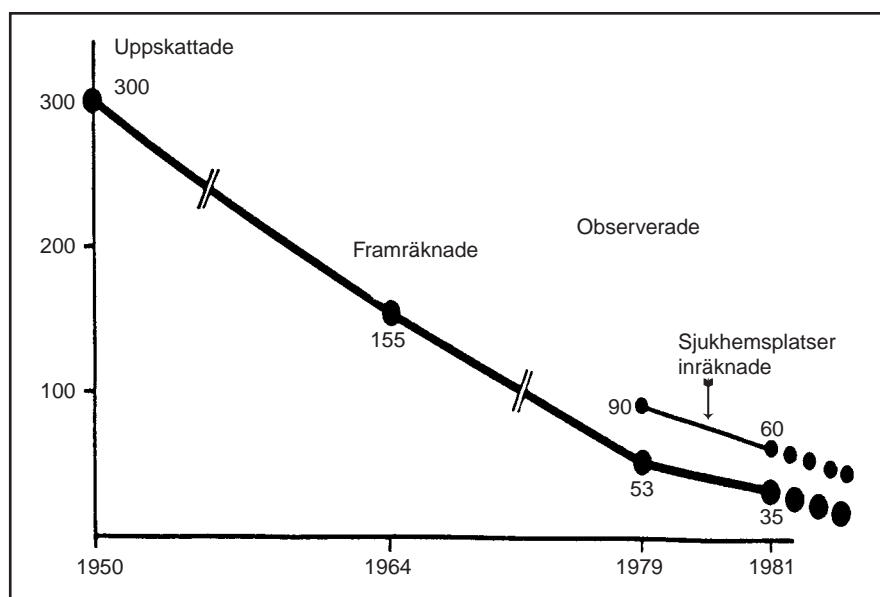
Författare

SVEN JONAS DENCKER

professor h c, f d cheföverläkare, klinisk neuropsykiatri, institutionen för klinisk neurovetenskap, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

ANNONS

ANNONS



Figur 1. Uppskattat och framräknat antal sjukhussängar för schizofrena patienter år 1950 och 1965 samt det observerade antalet från 1970-talet per 100 000 invånare i Göteborg. Den tunna övre linjen representerar sängar, där också sjukhemsplatser inräknats. Punkterna anger den förmodade minskningen över åren. Med sektoriserings genomförande 1982 kunde inte längre representativa tal erhållas.

lingsmoment fordrades för en optimal rehabilitering.

Två behandlingsmål stod i centrum. För det första en optimal livskvalitet, för det andra undvikande av psykotiskt återfall. Om vi ser på beläggningssiffrorna från denna klinik som uttryck för livskvalitet kan sägas att talet för sjukhussäng nådde under 40 per 100 000 i befolkningen. Med vårdhemsplatser inräknade var siffran 60 [21]. Då siffrorna hela tiden var i sjunkande och då äldre patienter, som önskade stanna på Lillhagen, var inräknade kan på goda grunder förmodas att siffran nådde 50 så småningom.

Femtio var den siffra som den engelske rehabiliteringsspecialisten Wing angav som idealisk [22]. Dessa vårdplatser behövs för utredning av första gångsinsjuknade patienter, svårbehandlade och sådana som inte klarar öppen-vård.

Här har alltså beskrivits en modell med terapeutiskt hänsynstagande till den multifaktoriella symtomatologin, framräknande av sjukhusplatsbehovet och en utskrivning, som präglades av patientens aktuella status. Andra kliniker arbetade på likartat sätt. Modellen måste ses som ett gott och professionellt alternativ till den »containerrehabilite-

ring», det vill säga utlyftandet av en större eller mindre portion av patienter på sjukhuset till en perifer tillvaro, som många gånger förespråkades.

Öppenvården måste också utformas för att passa patientens individuella behov. Eget boende kan innebära en fälla även för patienten utan overta psykotiska symtom. Den schizofrena personlighetsstörningen finns kvar och kräver sin professionella uppmärksamhet [19]. Ett effektivt program för öppenvårdsbehandling av de farliga psykosåterfallen [23] kunde tillskapas.

Trots de till synes optimala rehabiliteringsresultaten [24] förelåg redan då svårigheter att skapa ett tillfredsställande innehåll för fritiden. Program för detta fanns men patientens knappa pensionspengar räckte ofta inte till för dessa aktiviteter. Värre var avsaknaden av anpassade resurser för arbete. En skyddad arbetsorganisation enligt Fountain House-modellen [25] byggdes upp men destruerades småningom. Skyddade verkstäder skapades men lades ner när AMS tog över.

Slutsatser

1. Ett effektivt behandlingsprogram för schizofreni, präglat av omsorg och hänsyn till den multifaktoriella symtomatologin, har presenterats. För ambitiöst med hänsyn till lägsta, ekonomiskt betingade alternativ kan tyckas. Vilka är då alternativen, och uppfyller de etiska krav?

2. Psykiatrireformen skapade begreppet »färdigbehandlad». Detta kan gälla andra diagnoser men icke schizofreni, som är en kronisk sjukdom i dy-

namisk mening i åtminstone 50 procent. Den kräver även efter lyckad rehabilitering en fortsatt professionell uppföljning, där aktiva behandlingsinsatser har sin givna plats.

3. Med detta följer att schizofrena patienter i sen behandlingsfas inte heller ansvarsmässigt bör hänvisas till »kommunen», även om denna skall ge sina bidrag, utan behållas inom sjukvårdens organisation.

4. Om, som det sagts i debatten, det tar decennier att genomföra en reform [3], måste naturligtvis något göras genast för att fylla gapet mellan idé och verklighet. Detta »något» skall självfallet återsökas bland vetenskap och beprövad erfarenhet, inte inom ideologierna.

Referenser

1. Heilig M. Återskapa den medicinska kulturen inom psykiatri. *Läkartidningen* 1999; 96: 4427-33.
2. Costa F, Brinck U. »Historien får inte upprepa sig». *Läkartidningen* 1999; 96: 5182-3.
3. Grunewald K. »Otrevlige politiska övertoner». *Läkartidningen* 1999; 96: 1583-4.
4. Costa F, Brinck U. Psykiatrins goda »asylar» som samhällets städgumma. *Läkartidningen* 2000; 97: 54.
5. Nybäck H, Träskman-Bendz L. Nog med surt regn över psykiatri. *Läkartidningen* 2000; 97: 52-4.
24. Dencker SJ. Hospital-based community support services for recovering chronic schizophrenics: The experience at Lillhagen hospital, Gothenburg, Sweden. World Rehabilitation Fund and the Rehabilitation Services Ad, US Dept of Health, Education and Welfare, 1980.

En fullständig litteraturlista tillhandahålls av författaren.