

depåbehandling med neuroleptika ger i de vanliga doseringarna? Återfall behöver inte vara särskilt dramatiska om psykiatri är lätt tillgänglig i öppenvård, med en god och välkomnande slutenvård, och om man raskt skriver vårdintyg då det går över styr. Den åtgärden begriper patienten nästan alltid i efterförloppet. Vissa patienter med begränsad sjukdomsinsikt måste få återfalla en rad gånger innan de själva kan acceptera att de behöver en lag underhållsdos.

Den kanske livslånga tvångsbehandlingen – ofta med alltför hög dos – innebär däremot en plåga för många patienter, med ytterligare skada för självkänslan och förlust av förtroendet för vården. Troligen medför också långvarig neuroleptikabehandling skador i hjärnfunktionen med ett beroende av fortsatt medicinering. Vi vet att majoriteten av de schizofrena patienternas naturalförlopp går mot läkning och minskat medicinberoende över åren om de får leva i meningsbärande sammanhang. Den förbättringen skyls över med för mycket eller för långvarig neuroleptikabehandling, och det resulterar så småningom i de iatrogen skapade kroniker som de gamla läroböckerna beskriver.

Den andra etiska problematiken har vi redan berört. Att den utvidgade tvångsbehandlingen skulle vara till för patienterna är ett grovt hyckleri. Alla som har någon kunskap om dessa frågor vet att tvångsbehandlingen skulle kunna nedbringas till ett minimum med riktade ekonomiska resurser och intensifierade utbildningsinsatser. Detta beskrev en expertgrupp för ett par år sedan på Socialstyrelsens uppdrag. Socialstyrelsen ville av oklara skäl inte ställa sig bakom dessa mycket erfarenhetsgrundade »riktlinjer för psykosvården«. Förmodligen var man rädd för att landstingen inte ville lösa finansieringsfrågan. Då är det billigare med depåsprutor i öppenvård och intjänade slutenvårdsplatser.

Förkasta därför förslaget om tvång i öppenvården och omskapa i stället den psykiatriska psykosvården i grunden med mobila psykosteam, små och personliga vårdavdelningar och ett nytt förtroende för hur patienternas självläkande resurser kan stödjas om de får tid, trygghet och lyssnas till – i tillägg till den medicinska behandlingen. Det kommer också att vitalisera personalen, som får ett mycket meningsfullare arbete.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Om godkända ansökningar läggs ut på nätet behövs inget nytt studieregister

Enligt beslut av »The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)« måste alla kliniska studier som påbörjades efter juli 2005 vara registrerade i en öppen databas för att få publiceras i vetenskapliga tidskrifter [1]. De måste dessutom ha blivit registrerade innan de startades!

Detta leder till två problem. För det första är det oklart i vilken databas studier lämpligen ska registreras. För det andra kan kravet på ytterligare blanketter avskräcka de kliniska »småforskarna« från att förverkliga sina idéer om en eller annan liten studie. Detta är allvarligt.

Den vardagliga »småforskningen« löser enkla men irriterande kliniska problem: Blöder snittförling A mer än snittförling B? Är det bäst att gipsa akillesenerupturer så eller så? Behöver ulnarrakollateralligament i tummen rensas efter lossnitning, eller räcker det att bara peta in dem under extensoraponeurosen? Listan kan göras lång. Exempelen kommer från ortopedin, men kunde säkert hämtas från de flesta specialiteter.

Denna typ av studier, »småforskning«, görs i alltför liten utsträckning. Det är synd, för de skulle inte bara lösa en del praktiska kliniska problem, utan även bidra till ökat intresse och tanke-mässig spänst i vår av organisationsdiskussioner för mörkade vardag. Små, enkla studier ska förstås underställas samma krav på vetenskaplig stringens som stora, men de borde underlättas, inte försvåras av formalia anpassade för industrisponsrade läkemedelsstudier.

Svårigheten med vår vanliga vetenskapliga metod, att hitta på en hypotes och sedan försöka falsifiera den, är att alla hypoteser i princip är lika mycket värda innan de testas. Hur ska man välja ut vilka hypoteser som är värda att pröva? Tyvärr påverkas valet ofta av kommersiella intressen. Här har de kliniskt erfarna och basvetenskapligt kunniga läkarna stora möjligheter att göra nytta. Deras forskning har ofta karaktären av altruistisk småforskning, men hotas av vad som upplevs som en betungande byråkrati.

Behovet av granskning i etisk nämnd upplevs av många som besvärligt men överkomligt. De flesta är medvetna om att det bidragit till att rensa ut studier

utan rimlig möjlighet till tolkningsbara resultat, och ser granskningen som en hjälp i studieupplägget (alla etiska nämnder borde ha en statistiker).

Att sedan tvingas fylla i ytterligare blanketter med samma uppgifter till en studiedatabas skulle kanske inte ta så väldigt lång tid, men riskerar att skapa en känsla av meningslös exercis som många stegrar sig inför. Jag har bevittnat hur kollegor har storknat inför ganska enkla formulär, troligen för att det känns förnedrande att tvingas göra onödigt arbete. Dessutom är många osäkra på sin engelska.

Eftersom det är oklart vilken databas man lämpligen registrerar sin studie i, pågår nu diskussioner om att skapa ett helt nytt studieregister i Sverige eller EU. Man kan lätt föreställa sig vad det skulle kosta i tid och pengar! Dessutom behövs registret omedelbart.

Mitt förslag till lösning på dessa problem är att Centrala etikprövningsnämnden skulle lägga ut alla ansökningar på sin webbplats efter att de bifallits. Det blir ingen ytterligare byråkrati, som kan avskräcka småforskarna. Det är ett logiskt ställe att leta på, om man vill veta vilka studier som pågår. Kostnaderna blir små, och registret kan införas snabbt. En kort sammanfattning på engelska borde räcka för den internationella publiken, som ju sedan kan mejla sökanden för ytterligare upplysningar vid intresse eller behov. Skulle en industrisponsor vilja registrera studien i en amerikansk databas, möter detta inget hinder.

Per Aspenberg
professor i ortopedi,
Länköpings universitet
per.aspenberg@inr.liu.se

REFERENS

1. Nilsson K. Registrera kliniska studier. Bara ett fåtal svenska akademiska studier i internationella register. Läkartidningen 2006;103:1667-8.