

Psykiatrisk epidemiologi som kvalitetsutveckling

En utmaning för forsknings- och utvecklingsarbete i landsting och kommuner

Claes-Göran Westrin

Kritiska moment i vårdens kvalitetsarbete är om rätt frågor ställs och om frågorna tacklas på rätt sätt. För att bemästra dessa problem krävs en kombination av kvalitetsarbete och forskning. Här finns behov att bredda och fördjupa teori- och metodutvecklingen, alltså klassiska uppgifter för forskning. Förbättrade insikter om hur vården fungerar förutsätter ett lokalt och regionalt FoU-arbete. Grundvalen bör vara analyser av hur vårdbehovet för hela befolkningen tillgodoses - en hälso- och sjukvårdsforskning i ett epidemiologiskt perspektiv. Följande artikel är ett försök att skissera förutsättningarna på det psykiatriska området.

Artikeln är en bearbetning av en föredrag vid invigningen av forskningslokaler vid Regionsjukhuset i Örebro

Claes-Göran Westrin är professor emeritus vid socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet.

Kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling är begrepp som nu står i fokus på olika nivåer i hälso- och sjukvården. På kort tid har kvalitetsindikatorer och system etablerats för kvalitetsmätning för olika verksamheter och sjukdomar. Det är angelägna strävanden, som sannolikt redan bidragit till förbättrad effektivitet. Men det är samtidigt aktiviteter som är behäftade med som kan medföra bakslag om eller när man börjar granska kostnads - effektiviteten för kvalitetsarbetet som sådant. De kritiska momenten gäller framför allt om det är rätt frågor som ställs i kvalitetsarbetet och om frågorna tacklas på rätt sätt - eller uttryckt med vetenskapliga termer, frågor om kvalitetsarbetets reliabilitet och validitet.

Ett problem är en bristande samordning mellan existerande kvalitetssystemen och den samtidigt utvecklade kunskapen om bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om tillgängliga medicinska metoders effektivitet ('evidence-based medicine'). Ett annat problem

är brister i uppföljningen av om kvalitetssystemen i praktiken leder till en förbättrad kvalitet. Ett tredje problem är en ännu svag hälso- och sjukvårdsforskning och därmed ännu outvecklad teoribildning och metodik för att studera vårdens kvalitet i förhållande till vårdbehov, vårdutnyttjande och vårdresurser.

Det finns alltså ett stort behov av en bättre samordning mellan kvalitetsarbetet, utvecklingen av kunskapsbaserad medicin och hälso- och sjukvårdsforskningen (inkluderande hälsoekonomisk forskning). Redan detta behov borde ge goda förutsättningar en bättre tingens ordning. En ytterligare stimulans kan förväntas genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen som tydliggör sjukvårdshuvudmannens ansvar för klinisk forskning och folkhälsoforskning.

En sådan kombination av kvalitetsarbete och forskning är inte minst angeläget inom psykiatrin. Här finns betydande kontroverser om vad som kan vara rätt principer för bästa vård och behandling. Det är ett område där vårdansvaret är starkt splittrat på olika vårdgivare. Det är också ett område som varit utsatt för stora organisatoriska förändringar, mer baserad på ideologiska förhoppningar än på systematisk kunskap.

Grundvalen för detta kvalitetsarbete måste vara hur vårdbehovet för hela befolkningen tillgodoses och alltså gälla en hälso- och sjukvårdsforskning i ett epidemiologiskt perspektiv. Den fråga som då aktualiseras är i vilken utsträckning epidemiologisk - och särskilt sk klinisk epidemiologisk forskning och hälso- och sjukvårdsforskning - inom psykiatrin erbjuder en för ändamålet tillfredsställande vetenskaplig metodik.

Följande artikel är ett försök att skissera vilka förutsättningar som kan föreligga i detta avseende genom

Ett problem är en svag hälso- och sjukvårdsforskning och därmed ännu outvecklad teoribildning och metodik för att studera vårdens kvalitet i förhållande till vårdbehov, vårdutnyttjande och vårdresurser

en kort översikt över några av den psykiatriska epidemiologins landsvinningar och några avslutande överblickanden om aktuella utmaningar särskilt för lokalt och regional FoU-arbete.

Låt mig emellertid först med några ord påminna om den aktuella definitionen på epidemiologi, som innefattande studiet av fördelningen och bestämningsfaktorerna till hälsorelaterade tillstånd eller företeelser i en specificerad befolkning eller befolkningsgrupp. De hälsorelaterade tillstånden och företeelserna kan gälla hälsoläge, sjukdomsyttningar och sjukdomsrisker men också olika typer av åtgärder eller åtgärdssystem, t ex hälso- och sjukvårdens struktur och aktiviteter. Den specificerade befolkningen kan tex utgöras av en yrkesgrupp eller boende i ett visst område men också av en väldefinierad grupp av patienter.

En viktig traditionell indelning har vidare varit åtskillnaden mellan en deskriptiv, en analytisk respektive en experimentell inriktning; den sistnämnda experimentella eller interventiva inriktningen har innefattat tillämpningen av epidemiologisk teori och metod för att bemästra hälsoproblem

Deskriptiv epidemiologi

Den deskriptiva eller beskrivande epidemiologin ger kunskaper om förekomsten och prognosen beträffande psykisk ohälsa och psykisk sjukdom och dess fördelning på ålder och kön. Detta är en forskning som utvecklats de senaste 50-60 åren fram till den nuvarande sk tredje generationen av psykiatrisk epidemiologi, som integrerat samhälls- och beteendevetenskaplig mätmetodik och klinisk praktisk kunskap i studier av representativa urval av befolkningen. Grundläggande för framstegen har varit utvecklingen i USA av en 'Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder', det sk DSM-systemet, nu i en fjärde version DSM IV, i stort sett förenligt med WHO:s sjukdomsklassifikation. ICD-systemet. DSM-systemet torde vad gäller epidemiologin i stort sett ha accepterats av de olika skolorna inom psykiatin. Det erbjuder tämligen distinkta kriterier beträffande symtom och sjukdomsförlopp och standardiserade undersökningsinstrument som ger god reproducerbarhet:

Redan en tidigare generation av undersökningar har avkastat bestående resultat, särskilt vissa skandinaviska projekt som kombinerat kliniskt-psykiatriska undersökningsmetoder med registerstudier. Kriteriet för psykisk sjukdom eller störning har i dessa studier varit ett subjektivt lidande eller en funktionsstörning som enligt

Den tredje generationen av psykiatrisk epidemiologi har integrerat samhälls- och beteendevetenskaplig mätmetodik och klinisk praktisk kunskap i studier av representativa urval av befolkningen

sedvanlig psykiatrisk bedömning inneburit ett vårdbehov. Ett ofta citerat resultat från dessa tidigare studier är den svenska sk Lundbystudien från 1972 enligt vilken 11% av männen och 16% av kvinnorna hade sådan ohälsa, bedömt enligt vad som skulle kunna kallas för dagsformen. En senare finsk studie som tillämpat den nu aktuella den tredje generationens metodik ger likartade resultat: förekomst av psykisk sjukdom den senaste månaden hos 7-15 % av männen och 12-20% av kvinnorna med variationen, beroende på hur snävt man tillämpats sjukdomskriterierna (tabell 1).

Tabell 1. Förekomst (prevalens) av psykisk sjukdom/störning i befolkningen ('vuxen befolkning').

	Män (%)	Kvinnor (%)
Lundbystudien 1972*	11	16
UKKI-studien, Finland 1990**		
- snäv sjukdomsdefinition	7	12
- 'vårdbehov'	15	20
- bredare definition	23	31

* 'Punktprevalens', enbart 'psykisk sjukdom'.

** Prevalens under 1 mån.

Ser man till risken att någon gång i livet bli psykiskt sjuk blir siffrorna naturligtvis högre. Här brukar särskilt Lundbystudiens 25-års uppföljning återopas, enligt vilken drygt 40% av männen och drygt 70% av kvinnorna någon gång före 60 årsålder haft minst en period av kliniskt relevant psykisk sjukdom, 'enbart alkoholism' och personlighetsstörningar frånräknade. Könskillnaden minskar betydligt om man tar med alkoholproblem i ekvationen. Helgasson har i sin undersökning från Island följt utvecklingen för dem som upplevt 87-årsdagen och då blir siffrorna 88% för män och 84% för kvinnor, alltså knappast några könsskillnader (tabell 2).

Som helhet överensstämmer bilden väl med en bedömning av en av den psykiatriska epidemiologins pionjärer, Alexander Leighton, nämligen att av dem som levt ett normalt långt liv inte mer än ca 15% undgår att drabbas av åtminstone en period av rejäl psykisk sjukdom. För hälften av dessa menar Leighton att det gällt

Tabell 2. Risken att få minst en period av psykisk sjukdom/störning under livet.

	Män (%)	Kvinnor (%)
Lundbystudien (före 60 års ålder)	43	73
Helgasons studie från Island (före 87 års ålder)	88	84

en blandning av osedvanlig psykisk motståndskraft och stor tur - för den andra hälften har i stället omgivningen fått ta det psykiska lidandet.

Specifika sjukdomstillstånd

I många studier från den tredje generationens studier har man värderat risken att få några av de specifika sjukdomstillstånd som hör psykiatri till.

För *schizofreni* blir med DSM-diagnostikens snäva kriterier uppgifterna ganska samstämmiga: en livstidsrisk på 1%, oberoende av kön och geografi. Det skulle innebära att i storleksordningen 90 000 svenskar lider av schizofreni eller följderna därav. För *depressiv sjukdom* är den skattade risken enligt den amerikanska sk National Co-Morbidity-studien att ca 17% av befolkningen någon gång i livet drabbas av 'major depression' (enligt DSM-systemet återigen ganska snäva kriterier), männen till 13 och kvinnorna till 21%. I Lundbystudien med bredare men fortfarande kliniskt relevanta kriterier blir siffrorna högre, nämligen 27% för männen och 45% för kvinnorna, och då räknat enbart på tiden fram till 70 års ålder.

Ser slutligen till en annan grupp av våra sjukdomar, som drabbar vårt psyke, *demenssjukdomarna*, är de just nu bästa skattningarna att vårdkrävande, svår eller medelsvår demens drabbar ungefär 3 % upp till 74 års ålder, en siffra som sedan dubblas vart femte år så att vid 89 års ålder var femte individ insjuknat.

En ytterligare aspekt där den deskriptiva epidemiologin tillfört oss viktig kunskap gäller *prognosen* för olika psykiska sjukdomar. Detta kan exemplifieras med vår nuvarande kunskap beträffande två av de centrala sjukdomsgrupperna. För schizofreni gäller att också

siffror beträffande prognosen (liksom beträffande behandlingseffekterna) varierat med olika kriterier för diagnosen med ett spann som ifråga om tillfrisknande legat mellan 7% och 35%. Tillämpas DSM-diagnostikens skarpare kriterier finner man att flertalet patienter kommer att kännetecknas av kvarvarande symptom. Detta står dock inte i motsättning till att förloppets svårighetsgrad är starkt påverkbart av sociala, psykologiska och medicinska åtgärder, något jag strax skall återkomma till.

När det gäller depressiva och manodepressiva tillstånd, sk affektiva syndrom, kan man som regel räkna med att det handlar om något övergående, låtvara ibland med en varaktighet på många månader om man inte satt in behandling. Risker för återfall är dock betydande som bl a framgått av en klassisk studie av schweizaren Angst. Bland 159 patienter med depression som följts upp under 19 år begränsades sjukdomsförloppet till en enda episod för endast 15 %. Mer än hälften hade två till fem episoder och 10% 11 eller fler episoder. Långtidsstudier har också visat att sjukdomen i en del fall kan bli kronisk, siffrorna varierar mellan 10 och 30%.

Den bilden är mörkare än vad man som psykiater föreställde sig på 60- och 70-talet. Vad man då fokuserade på var den goda korttidseffekten i de flesta fall av medicinering eller elbehandling. Vad som saknades vid den tiden var en epidemiologisk forskning som belyste långtidsförloppet.

Analytisk och experimentell epidemiologi

Den *analytiska epidemiologin* gäller studiet av olika typer av samband, t ex samband mellan å ena sidan psykisk ohälsa och sjukdom och å andra sidan t ex olika tänkbara orsaksfaktorer eller behandlingsprogram som kan påverka sjukdomsförloppet. Även på detta område finns nu en betydande kunskapsmassa och också åtminstone på ett allmänt plan en samstämmighet om vad olika faktorer kan betyda.

Beträffande psykiatrins klassiska domäner, de sk endogena psykoserna, fr a schizofreni samt maniska och depressiva tillstånd, torde sålunda i dag ingen på allvar ifrågasätta att ärftliga faktorer spelar en viktig roll. Samtidigt har epidemiologiska studier givit övertygande belägg för betydelsen av vissa miljöfaktorer för t ex uppkomsten av schizofreni, särskilt tidiga skador som obstetriska komplikationer och sannolikt också virusinfektioner redan i fosterlivet - men också ogynnsamma psykologiska förhållanden under tidig uppväxt.

Av dem som levtt ett normalt långt liv undgår inte mer än ca 15% att drabbas av åtminstone en period av rejäl psykisk sjukdom

Även för den *experimentella epidemiologin*, alltså det område där forskningen innefattar aktiva åtgärder av preventiv, behandlande eller rehabiliterande karaktär, finns en växande kunskapsbas som dock av naturliga skäl främst varit inriktad på patienter i den psykiatriska specialistvården. 'The golden standard' har varit sk randomized controlled trials dvs att man inom en viss patientgrupp slumpvis fördelat patienter till en viss behandling och sedan jämfört utfallet med de patienter som inte fått samma behandling. Återigen visar resultaten på betydelsen av att kombinera biologiska, psykologiska och sociala synsätt.

Depressionsbehandling

Det kan exemplifieras med resultaten av en uppmärksammat ettårsuppföljning av patienter med depression, som slumpvis fördelats på behandling med placebo, alltså sockerpiller, respektive på IPT vilket står för psykodynamisk psykoterapi, respektive sådana psykoterapi plus placebo respektive en antidepressiv medicin, imipramin, respektive kombinationen av denna medicin och psykoterapi. Resultaten visar att ca 20% var återställda, alltså symptomfria, av de som bara fått placebo, en siffra som fördubblas med psykoterapi men som blir ännu bättre om man sätter in medicinering - och allra bäst om man kombinerar medicin och psykoterapi där andelen tillfrisknade i denna studie är nära 80%.

Det finns åtminstone tre skäl att betona dessa goda behandlingsresultat:

1. Det första är att det gäller en effektiv terapi av ett av de mest plågsamma sjukdomstillstånd som man kan råka utföra. Depressionen drabbar ju själva kärnan i vårt upplevande, livsgnist, grundstämningen samtidigt som den ofta är kombinerad med svår ångest.
2. Det andra skälet är att det - som redan framgått - gäller behandling av en mycket vanlig sjukdom, en av våra stora folksjukdomar
3. Ett tredje skäl att resultaten så tydligt exemplifierar den moderna psykiatrins nyttighet och värde - något som kontrasterar mot den prestige som brukar tilldelas

Resultaten exemplifierar den moderna psykiatrins nyttighet och värde och kontrasterar mot den prestige som brukar tilldelas psykiatrer jämfört med t ex neurokirurger och thoraxkirurger trots att deras behandlingsresultat knappast kan sägas vara bättre

t ex neurokirurger och thoraxkirurger trots att deras behandlingsresultat knappast kan sägas vara bättre .

Behandling av schizofreni

Den psykiatriska behandlingens betydelse - och särskilt vikten av att kombinera olika typer av terapi - framkommer också vid studier av schizofrena sjukdomstillstånd. I en för forskningsområdet representativ studie jämfördes patienter som fått placebo ('sockerpiller') med patienter som fått antipsykotisk medicinering, i båda fallen med eller utan särskilda sociala åtgärdsprogram. Den i särklass största andelen återfall fanns i placebogrupperna. Avgörande var om man medicinerat eller inte - och allra bäst gick det för de patienter där medicineringen kombinerats med sociala åtgärder där återfallsrisken bara var hälften så stor , knappt 40 % mot 80 % för de som fått placebomedicin (även om dessa kombinerats med 'sociala åtgärder')

Att också på lång sikt en kombination av konventionell medicinsk behandling med enkla men konsekventa insatser för social rehabilitering kan ge goda resultat också vid psykisk långtidssjukdom indikeras av den uppmärksamade Vermont-studien. Det gäller en undersökning av en grupp patienter som vid studiens början varit sjuka i genomsnitt 16 år och vistats på sjukhus i sex år - och som man sedan försökte slussa ut i samhället med en kombination av sociala träningsprogram och medicinsk behandling. Denna patientgrupp blev efter 20- 25 år föremål för en efterundersökning där man nådde den stora majoriteten av dem som ännu levde. 82% hade inte varit på sjukhus det senaste året och 70% tyckte att de levde ett hyggligt till fullgott liv med lindriga eller inga symptom.

Hälsoekonomisk forskning

Den kanske mest avancerade tillämpningen av experimentell epidemiologi gäller hälsoekonomiska utvärderingar av behandlingsprogram, där en klassisk modell tagits fram i Madison, Wisconsin av ekonomen Burton Weisbrod, psykiatern Len Stein och psykologen Mary-Ann Test. Tiden tillåter bara en skissartad redovisning av denna studie. Uppläggningsen var att patienter som kvalificerat för akut intagning på en psykiatrisk klinik slumpvis fördelades på en grupp som fick en hygglig konventionell klinisk vård och en grupp som fick behandling och stöd ute i samhället. Enda avsteget från randomiseringen var att man undantog ett fåtal patienter som p g a uttalad risk för eget eller andras liv ansågs obetingat i behov av vård. Vårdtyngden

för de studerade grupperna kan nog ändå sägas överensstämma ganska väl med sådana patienter som i Sverige under senaste decennierna i regel fått akut sjukhusvård. Den behandling som kom experimentgruppen till del ute i samhället baserades på teoretiskt och praktiskt genomtänkta program både vad gäller diagnostik och medicinsk behandling, psykologiskt stöd och stöd och råd till familj och annat nätverk.

Studien har sedan replikerats i New South Wales i Australien och undersökningarna visar med ett undantag en likartad bild. I båda fallen var sålunda de patient- och anhörig-relaterade resultaten lika bra eller bättre för experimentgruppen t ex för patienterna mindre besvärande symptom och bättre tillfredsställelse med livet. I den australieniska studien var också de direkta behandlingskostnaderna för experimentgruppen lägre medan de i Wisconsin-studien var klart högre samtidigt som också det amerikanska programmet var samhällsekonomiskt gynnsamt genom lägre kostnader för logi och kriminalvård och ökade intäkter av arbete för patienterna.

Vårdkvalitetens epidemiologi

Med det hittills sagda har jag försökt att med breda penseldrag måla en bild av den psykiatriska epidemiologins läge av i dag.

Resultaten skulle kunna sammanfattas som att epidemiologisk forskning bl a kunnat avliva några vanliga myter:

- myten att det är något underligt att få en psykisk sjukdom, något som bara drabbar andra än oss själva och våra närmaste,
- myten att den medicinskt inriktade psykiatrin inte skulle vara till någon nytta men också
- myten att psykoterapi vara är flum och inte har någon påvisbar effekt.

Vilka är då de fortsatta utmaningarna för psykiatrisk epidemiologi?

Den grundläggande forskningen inom deskriptiv, analytisk och experimentell psykiatrisk epidemiologi torde ha sina forskningsmässigt mest intressanta utmaningar i en kombination av teorier och metoder från biologi och högteknologi - t ex molekylärgenetik och brain imaging - med psykologisk teori och epidemiologisk metodologi. Den forskningen kräver en bas i forskningsmiljöer av den typ som de stora traditionella universiteten erbjuder även om fältarbete kan och ofta bör bedrivas på olika platser i landet, ibland som multicenterstudier.

Men detta är samtidigt en forskning med begränsad räckvidd. Så kräver t ex 'klinisk grundforskning' med randomiserade studier speciella förutsättningar med selekterade patientmaterial och särskilt motiverad personal. Och redan själva universitetsmiljön är ofta så speciell att det resultaten vad gäller vårdens villkor belastas med uppenbara generaliseringssvårigheter. Den behöver därför kompletteras med studier av hur vården fungerar i praktiken och av vilka faktorer som kan påverka vårdresultaten. Det är en typ av studier som Avedis Donabedian sammanfattat med termen 'Epidemiology of Quality, vårdkvalitetens epidemiologi.

Några frågeställningar som därvid aktualiseras och som innebär utmaningar inte minst för ett lokalt och regionalt FoU-arbete gäller nuläget och möjligheterna att inom olika vårdområden:

- förbättra den diagnostiska medvetenheten
- förbättra medicinska, psykologiska och sociala behandlingsprogram
- förbättra organisationen och program för samverkan mellan olika vårdgivare
- utveckla program för kommunikation mellan patienter och personal
- utveckla program för familjearbete
- utveckla hälsoekonomiska metoder
- utveckla system för professionell och medicinsk - etisk utvärdering.

Jag skall exemplifiera sådana utmaningar med två frågekomplex som jag på olika sätt kommit i direkt kontakt med:

Diagnostik och behandling av depressioner

Den första frågan gäller att utveckla den diagnostiska kunskapen vid depressioner och att samtidigt utvärdera olika behandlingsinsatser. Nuläget i detta fall brukar jämföras med ett isberg. Man kan som nämnts räkna med att 15 - 20 % av en vuxna befolkningen, dvs ca 170 av 1000 individer varje år har en sjukdomsperiod av detta slag, det är alltså nästan lika vanligt som förkylningar men sannerligen betydligt plågsammare. Av dessa har 150 individer ingen kontakt med vården för sina besvär. Och av de 8-9 som har kontakt med läkare kan man anta att diagnosen missas för minst hälften - något som nyligen belagts också i en studie av svenska och andra nordiska allmänläkare.

Nu kan det invändas att detta är ett teoretiskt resonemang och att psykiatriska diagnoser förvisso har många felkällor. Att det ändå har ett praktiskt värde indikeras

av en uppmärksam studie från Gotlands län av Rutz och medarbetare. De genomförde ett omfattande utbildningsprogram där alla berörda distriktsläkare fick lära sig dagens principer för diagnostik och behandling av depressioner. Det mest uppmärksammade resultatet var en påtaglig minskning i självmordsfrekvensen. En sådan före-efter-studie har självfallet ett begränsat bevisvärde. Men för ett kontrollmaterial visar motsvarande statistik för andra landsting och alls inte samma nedgång i självmordsfrekvensen. Bevisbördan åvilar därmed snarast den som hävdar att det gotländska utbildningsprogrammet saknat värde.

Isbergsbilden och gotlandstudien aktualiserar flera frågeställningar :

1. Den första gäller i vad utsträckning de depressioner som inte upptäckes av allmänläkare, (med dagens uppskattning ca hälften av dem som söker för sina symptom) har depressioner som svarar lika bra på behandling som de som undersökts i randomiserade studier inom psykiatri. Det är fråga som måste studeras med en bred verklighetsanknytning och alltså behöver genomföras ute i 'den vanliga vården'
2. Den andra frågan gäller i vad mån en motsvarande sänkning av självmordsfrekvens och andra effekter av depressioner kan åstadkommas utanför Gotland t ex i andra landstingsområden.
3. En tredje fråga gäller vad som var en tydlig begränsning i Gotlandsundersökningen nämligen att indikatorerna på god depressionsbehandling efter en tid blev mindre gynnsamma och intog svenskt normalläge.

De två senare frågeställningarna är på nytt utmaningar för studier ute i landet.

'Vårdgrannars' bedömning av psykiatris kvaliteten

Mitt andra problemkomplex gäller förhållanden som vi uppmärksammat i studier i andra svenska landsting, främst i C och U län. Inom ramen för ett stort pågående projekt har vi låtit de sk vårdgrannarna kvalitetsvärdera den psykiatriska vården. Vi har frågat och fått svar från praktiskt taget alla distriktsläkare och distriktsköterskor, socialassistenter och hemvårdsledare i de två länen. Resultatet (tabell 3) är inte särskilt uppmuntrande med ganska lika resultat i båda länen där 2/3 säger att psykiatri inte tar ansvar för sitt upptagningsområde, 3/4 att psykiskt sjuka far illa pga bristande insatser från psykiatri och hälften att psykiatri är svår att samarbeta med. Det kan tilläggas att svaren är nästan identiska från studier 1985/86 resp 1990/91. Vid

det senare tillfället fördjupade vi våra frågor så att vi bad primärvården ge motsvarande omdöme om kirurgiska, invärtesmedicinska och barnsjukvården i resp län och då visade sig de vanliga tillfredsställelsenivåerna på upp mot 90 %. Den enda verksamhet som fick nästan lika dåliga betyg som psykiatri var socialtjänsten. När vi sedan vände på kuttingen gav psykiatri socialtjänstens personal ungefär samma låga vitsord.

Tabell 3. Värdering av den psykiatriska vården: en studie av två svenska landsting.

	Vårdgrannarnas uppfattning		
	C län n=281 (%)	U län n=288 (%)	Summa n=569 (%)
Psykiatri tar inte sitt ansvar för upptagningsområdet	60	68	65
Psykiskt sjuka far illa på grund av bristande insatser från psykiatri	73	80	77
Psykiatri svår att samarbeta med	44	55	50

Detta är bekymmersamt i ett läge då alla är överens om att en god utveckling av vården av människor med psykiska problem kräver en nära och god samverkan mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst. Och här anmäler sig frågor vad dessa negativa reaktioner står för: I vad mån gäller det orealistiska förväntningar på olika samarbetspartner? I vad mån projicerar man egna misslyckanden? Respektive i vad mån finns ett väl motiverat missnöje med vad som borde en rimlig professionell standard? Vidare: vad betyder dessa negativa attityder för patientvården? Och på vad sätt kan man i så fall förbättra läget genom olika interventioner? Och hur skall man studera det?

Kvalitet i kvalitetsarbetet

För båda de problemkomplex jag här relaterat finns alltså behov att bredda och fördjupa teori- och metodutvecklingen, alltså klassiska uppgifter för forskning för forskning med stort F. Samtidigt kräver god sådan forskning studier i olika miljöer och inte bara i univer-

Den enda verksamhet som fick nästan lika dåliga betyg som psykiatri var socialtjänsten

Att utveckla inte bara kvalitetsarbetet utan även de teorier och metoder som behövs för att det skall bli kvalitet i detta kvalitetsarbete

sitets- eller storstadsmiljöer. Resultatens generaliserbarhet över tid och rum kommer alltid vara begränsad. En utveckling av våra insikter i hur psykiatrisk vård fungerar och möjligheter att använda relevanta metoder i kvalitetsarbetet förutsätter därför ett lokalt och regionalt FoU - arbete.

Var är då möjligheterna att kunna förverkliga ett sådant program ?

Inför en sådan fråga yttrade en gång WHO:s tidigare psykiatrichef Norman Sartorius att det krävs tre förutsättningar för forskning och utveckling: bra problemställningar, kompetent folk samt pengar och andra materiella resurser.

För det aktuella området saknas förvisso inte goda problemställningar. Det finns också i princip människor med potential för att ta itu med frågorna. Återstår frågan om resurserna, en fråga som i dag är mer obekvämt än nånsin.

Till detta kan man dock foga några reflexioner som i dagens läge säkert för några kan te sig en smula hädiska.

För ett tjugotal år sedan gjorde vi i Skaraborg på be-

gäran av barn- och ungdomspsykiatrin en undersökning av hur de använde sin arbetstid. Resultatet som så småningom publicerades bl a i Läkartidningen visade att direkta kontakter med patienter upptog 25% av tiden och indirekta patientarbete, t ex journalskrivning, behandlingskonferenser etc, ytterligare ca 25%. Övriga 50% gick till annat. Vi skakade den gången på huvudet och sa: typiskt för barnpsykiatrin. Men för 5-10 år sedan gjorde psykiatriutredningen en liknande studie på vuxenpsykiatrin - och med i stort sett identiska resultat. Några motsvarande studier från somatisk vård och primärvård känner jag inte till - mer än att sjuksköterskor på amerikanska somatiska avdelningar enligt en studie använde 24 % av sin arbetstid för kontakt med patienterna och 27% för dokumentation.

Vi vet alla att läget i dagens svenska sjukvård är betydligt mer pressat än förr och jag hör förvisso inte till dem som tror att vi har för mycket resurser i vården. Men en annan fråga är om vi i alla avseenden rätt prioriterar användningen av vår arbetstid. Om det kanske ändå är väl använda resurser att utnyttja mer av den icke direkt patientrelaterade tiden till att i det regionala, lokala och kliniska arbetet - också i primärvård och socialtjänst - utveckla inte bara kvalitetsarbetet utan även de teorier och metoder som behövs för att det skall bli kvalitet i detta kvalitetsarbete.

FORSKNINGSANSLAG SYSTEMBOLAGETS FOND FÖR ALKOHOLFORSKNING ANSÖKNINGSÅR 1997

Systembolagets fond för alkoholforskning (SFA) ger anslag till forskningsprojekt av betydelse för studier av alkoholskadorna, företrädesvis projekt som rör förebyggande insatser. Fonden strävar efter att sprida anslagen till biomedicinska, beteende- och samhällsvetenskapliga projekt. Möjlighet finns även att söka stipendier för forskning utomlands alternativt söka medel för att inbjuda gästforskare till svenska forskargrupper. Även initieringsanslag kan komma i fråga. För årets utdelning disponerar fonden ca 2 miljoner kronor. Medel ges ej till doktorander. Ansökningstiden utgår tisdagen den 16 september 1997.

Ansökningsblanketter och anvisningar erhålles genom Systembolagets fond för alkoholforskning, Folkhälsoinstitutet, 103 52 STOCKHOLM, fax 08-5661 35 95, tel 08-5661 35 83.

Fullständiga ansökningshandlingar skall inlämnas i ett original och 12 kopior, samtliga sorterade (ansökan mottages ej per fax).

Information kan fås på telefon 08-5561 35 10 eller 08-5661 35 83.