

Tidigt omhändertagande måste bli mer vanligt

Var och en av oss bär på cirka 30 000 olika gener. Av dessa är det troligen 15 områden i genuppställningen som kan bidra till en reumatisk sjukdom. Idag är bara ett område känt.

TEXT BARBRO WEATHERILL

För att utveckla reumatoid artrit (RA) krävs någon eller några av dessa 15 områden i genuppställningen, men också omgivningsfaktorer och det komplicerar situationen.

– Som professor Wixell sa i sitt inledningsanförande: ”Den som löser den här gåtan, den kommer jag tveklöst att göra allt för, för att den personen ska få Nobelpriset”. Tänk om det vore jag, säger professor Ferdinand Breedveld från Leiden, Holland och konstaterar att dit är ännu en lång väg att gå.

Diagnostiseringen av RA sker utifrån de kriterier för klassificering som byggts upp genom internationella test. Information från olika delar av världen om typiska och mindre typiska sjukdomsyttringar har samlats in, sammanställts med hjälp av en dator som sedan plockat ut ett antal kriterier. Men man kan inte bara förlita sig på dessa, för olika symtom kan dyka upp vid olika tidpunkter och därför är samarbetet mellan patienten och doktorn mycket väsentligt. I den första fasen av sjukdomen är kanske inte alla kriterier uppfyllda och de kanske inte heller uppträder i den vanliga turordningen. Då är den behandlande läkarens erfarenhet viktig.

Försök med tidigt omhändertagande

I början av 90-talet gick några läkare samman och startade en ”tidig RA-klinik” med syfte att ge stöd och råd till den behandlande läkaren, ofta en husläkare. Man begärde in fakta om tidiga RA-fall från olika sjukvårdsinrättningar samtidigt och tog sig an dessa fall omedelbart utan några väntelistor. Patienten följdes sedan upp var sjätte månad tills sjukdomen utvecklats. All information

bearbetades med hjälp av datorer och man byggde upp en förteckning över det specifika för sjukdomen, samt vad som skulle kunna ge en fingervisning om patienternas framtid.

Ska den reumatoida artriten leda till ett destruktivt tillstånd eller stanna vid inflammation, smärta, svullnad och minskad rörelseförmåga. Fakta om detta är ännu inte publicerade, men det finns ett omfattande kunskapsutbyte mellan läkarna om huruvida en patient har kronisk destruktiv eller icke-destruktiv RA. Detta är viktigt eftersom dagens verkningfulla behandlingsalternativ gör att det finns möjligheter att påverka hur sjukdomen kommer att utveckla sig.

– Innan den behandlande läkaren fattar ett beslut måste patienten informeras om vilka risker själva sjukdomsutveckling kan antas medföra och vilka riskerna med medicineringen är. Därefter gäller det för patienten och doktorn tillsammans att väga riskerna innan beslut om behandling tas.

Reumatologen spelar en avgörande roll

All ny kunskap om tidig behandling måste

3 procent av generna skiljer en människa från en regnmask. Små skillnader som gör en människa till människa och en regnmask till regnmask.

spridas bland reumatologerna, som i sin tur måste se till att husläkare och andra vårdgivare får vetskap. Det är oerhört viktigt att den här sortens samarbete mellan olika instanser finns, för idag finns effektiv behandling, och den bör sättas in i tid för att resultatet ska bli gott.

Inom reumatologin måste man se till att det utarbetas ett system för snabb utvärdering av RA-sjukdomens utveckling. Idag finns förutsättningarna i de flesta länder med väl organiserad sjukvård. På grund av finansiella orsaker är USA förstas ett undantag. Där kan det ta mellan ett och två år innan behandlingsstart. I Europa däremot är tiden från symtom till insättande av behandling i normala fall ungefär sex månader, vilket bör kortas till två. Förutsättningen är att reumatologens betydelse blir känd.

Tidigare har medvetenheten både hos patient och doktor om biverkningar av medicinering inneburit att man börjat behandla med försiktighet. Nu är förhållandena motsatta, eftersom effektiva mediciner och kunskapen om kombinationsbehandling blivit större. Kännedomen om vad en tuffare behandling



Professor Ferdinand Breedveld, Leiden i Holland och docent Johan Bratt, Huddinge Universitetssjukhus är överens om att vetenskapen fokuserar på tio procent av vården resten är omhändertagande och kompletterande behandling.

betyder på sikt gör att kraftigare och mer aggressiv behandling sätts in ganska omgående, även om en del av patienterna i princip skulle klara sig med mildare behandling. För att man skall kunna sätta in rätt behandling i tid måste man utbilda mer vad gäller biverkningarna av själva sjukdomen och inte bara stirra sig blind på biverkningarna av medicinen.

Dags för kvalitetssäkring

Begreppet kvalitetssäkring har ännu inte fått fotfäste inom vården.

– Om jag till exempel presenterar olika fallbeskrivningar och olika behandlingar för en grupp läkare, och ber dem välja bästa metod, så kommer även duktiga läkare att välja lite av varje, säger Ferinand Breedveld. Och detta är oacceptabelt ur kvalitetssynpunkt. Läkarnas eget sätt att vilja behandla måste regleras. Jämför med livsmedelsindustrin och de strikta regler som finns där.

– På grund av den ibland konservativa inställningen inom vården, där vårdgivarna ofta vill behandla som man är van vid, måste kravet troligtvis komma från patienterna, tillägger docent Johan Bratt från Huddinge Universitetssjukhus.


Inom klinisk forskning ligger Europa långt framme, något som däremot inte gäller den grundläggande vetenskapen. Där har USA fått ett stort försprång, främst beroende på hur pengarna fördelas. Tio procent av alla forskningsinstitutioner får cirka 80 procent av regeringsanslagen. Inom Europa är fördelningen mer utspridd. I USA är också samarbetet mellan forskningen och biotechindustrin betydligt bättre, man har sett ett samband mellan investeringar och resultat, något som vi missat i Europa.

Ny syn på vården

Lite utanför den konventionella behandlingen bedriver professor Breedveld också vårdforskning.

– Vi tenderar att fokusera väldigt mycket på nya vetenskapliga saker, säger han, men detta täcker bara in ungefär 10 procent av vården. Resten är faktiskt rent omhändertagande och kompletterande behandling.

Samarbetet mellan sjukgymnaster, sjuksköterskor och andra är mycket viktigt. Man måste integrera fler parametrar i vården, och alla måste träna. Därför har han inkluderat gruppträning, inklusive bad, i sin behandling. Det gäller att bygga upp vad han kallar "evidence based care", det vill säga ett omhändertagande av patienten som inte bara bygger på vetenskapliga fakta, utan även på kompletterande behandling som bevisligen givit goda resultat. ■



”Evidence based care”, det vill säga ett omhändertagande av patienten som inte bara bygger på vetenskapliga fakta.