

# KAN VÅL DOKUMENTERADE OVANOR FÖRSVARAS?

Avvänjningen från inlärd "sanningar" påligsam

**Dåligt dokumenterade vanor – och väl dokumenterade ovanor – är inte något specifikt för allmänmedicinen. Inte sällan är de från sjukhusen. Vetenskaplighet innebär inte att vara slav under vårdprogram eller att bokstavstroget följa råd från konsensuskonferenser, Socialstyrelsen eller Läkemedelsverket. Det kräver att läkaren visar integritet och tänker självständigt.**

**Under vinjetten »Omprövningen» inleds i detta nummer en artikelserie i syfte dels att ifrågasätta sådant som anses bygga på erfarenhet, dels att försöka ge klara besked om det vetenskapliga underlaget för vanliga rutiner.**

Den moderna läkarutbildningen skall, bli genom problembaserad inläring, fostra till ett livslångt lärande och till en vetenskaplig kritisk attityd. Men lyckas det? Det förhållandet att en mängd fakta måste läras in på kort tid – och också testas i tentamina – gör att mycket av det inlärd fastnar som »sanningar».

Avvänjningen från detta sanningens ljus kan ta olika lång tid och separationsångesten kan bli svår. Det känns bättre att leva i illusionen att man grundar sina medicinska beslut på vad som är rätt – och blunda för att detta rätt hinner växla flera gånger under karriären. Flertalet läkare blir emellertid så småningom medvetna om paradigmets relativism. Det dyker upp allt fler exempel på att »vetenskapens och den beprövade erfarenhetens» rätt blir fel, och tvärtom.

När jag gick kursen i internmedicin i

## Författare

BENGT JÄRHULT  
distriktsläkare, Kyrkhult/Olofström; medlem av Läkartidningens allmänläkarpanel.

Lund – det är ändå inte så länge sedan – var det t ex ett konstfel att vid hjärtinfarkt tillföra nitroglycerin. Idag skall en modern primärvårdsdoktor på vetenskaplig grund ordinera acetylsalicylsyra och sublinguallt nitroglycerin; detta innan patienten med sannolik hjärtinfarkt och hjärtsvikt sänds i ambulans till sjukhuset. Och där pytsar mina kolleger dynamiten rakt in i blodbanan medelst dropp!

## Överheten, fogdarna och undersåtarna

Inte minst kostnadsaspekten har varit motivet för samhällets engagemang för »evidence based medicine» under senare år. Den ovetenskapliga Belsebub skall i god svensk tradition utdrivas av ett statligt ämbetsverk, SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik). Tanken är ärvd från Gustav Vasas tid: formulerar överheten, den vetenskapliga eliten, vad som är sanningen inom ett visst område så kommer den via fogdarna (läkemedelskommittéerna, överläkarna osv) att spridas till undersåtarna (distriktsläkarna och praktiker), vilka förväntas se till att vetenskapen omsätts bland patienterna.

SBU har i flera fall gjort det självklara men svåra som inte Läkemedelsverket, landstingen och specialistgrupperingarna mäktat med: placerat in en undersökning eller terapitradition i ett helhetsperspektiv, där risker och kostnader vägs mot nyttan. Motivet för SBUs existens är att läkarkåren inte tillämpar sin devis om »vetenskap och beprövad erfarenhet». Läkare kastar sig glatt över nya odokumenterade undersöknings- och behandlingsmodeller. Gamla rutiner och etablerade läkemedel kan ha en omfattande användning i sjukvården utifrån enbart okontrollerade studier eller fallbeskrivningar.

På sikt kanske SBU som institution eller dess idéary leder till att medicinen förhands- och inte eftergranskas, men ännu har man inte nämnvärt minskat det irrationella i det medicinska systemet. För en allmänmedicinare är SBUs banbrytande arbete med hypertoni mest närliggande. Modellen från Gustav Vasa fungerar inte! Trots det entydiga budskapet att endast tiazider och beta-



SERIE

## Omprövningen

blockerare har en dokumenterad primärpreventiv effekt vid essentiell hypertoni vinner de dyra och hårt marknadsförda nyare alternativen, som kalciumantagonister och ACE-hämmare, terräng på de dokumenterade medlens bekostnad.

Innehållet i begreppet »vetenskap och beprövad erfarenhet» måste varje dag var läkare erövra och återerövra. Genomgripande förändringar behövs i det medicinska samhället om ovetenskap och irrationella metoder skall kunna utmönstras och endast vetenskapligt dokumenterade metoder tillämpas. I första hand kräver detta en förändring i läkarnas fortbildning, som måste baseras på systematik, utbildning kopplad till kvalitetssäkring samt en reglering och balansering av de kommersiella krafterna. Först då fortbildningen blir samhälleligt finansierad och läkarnas egna organisationer tar ett större ansvar får också SBUs utredningar effekt längst ut i vården.

## Utbildnings- och kvalitetssystem under lupp

Men även läkarnas egna metoder för att lära och mogna behöver utsättas för samma ifrågasättande som medicinens innehåll. Vi måste kritiskt granska om t ex kvalitetscirklar verkligen har medfört att kvaliteten i vården förbättrats. Eller har de mest blivit ett forum för diskussioner i okontroversiella ämnen, där kliniken eller vårdcentralen fungerar bra? De svåra frågorna har inte kommit upp på agendan!

Finns det några studier som visar att allmänmedicinens FQ-grupper (fortbildning och kvalitetssäkring), som växt upp som svampar ur jorden, är så mycket bättre än föreläsningar av or-

ganspecialister, som med sitt avgränsade kunskapsområde från sjukhusperspektivet tror sig veta hur problemen i primärvården skall handläggas? Det vore bra om någon, t ex SFAM (Svensk förening för allmänmedicin), tog reda på om vi som första linjens läkare genom FQ-grupper verkligen ändrar vårt beteende, omprövar ingrodda mönster och förnyar handläggningen av primärvårdsproblemen.

Datoriseringen av vården och dess journalsystem har motiverats bl a av effektivitetsvinster till följd av bättre uppföljning och kvalitetskontroll. Förhoppningarna har ofta visat sig överdrivna, präglade av datafirmornas och landsättningstjänstemännens önsketänkta påståenden. Journalmaterialet är ofta i bedrövligt skick utan enhetlig kodning, utan vare sig adekvata sökord eller systematik. Och de rapportgeneratorer som används – om de alls fungerar – genererar sällan kunskap; statistik – om än i mängder – är bara ett ofullständigt led i kvalitetssäkringen.

### Eget slutligt ansvar

Strukturförändringar i utbildningen räcker emellertid inte. I sista hand är det läkaren själv som måste göra upp med universitetsårens nästan religiösa föreställning om begreppet »vetenskap och beprövad erfarenhet» och förändra sin dagliga gärning. Vilka drivkrafter, inte bara pekunjära, krävs för detta? I Stockholm har man nu tagit bort den särskilda fortbildningsbonus som infördes för några år sedan. Vad kommer i stället? Kommer det att bli en skyldighet att fortbilda sig? Professionen, genom t ex SFAM, måste rycka åt sig initiativet i denna diskussion!

Vetenskaplighet innebär inte att vara slav under vårdprogram eller att bokstavstroget följa råd från Socialstyrelsen eller Läkemedelsverket. Men det kräver att läkaren följer den medicinska utvecklingen, visar integritet och tänker självständigt. Det finns nämligen ett betydande svart fält i den vardagliga praxisen, ett fält som varken SBU eller det akademiska systemet utifrån litteraturstudier eller metaanalyser kan fånga in för rationell analys.

Vad spelar det för roll om kliniska prövningar visat signifikanta effekter om selektionen och exklusionskriterierna – som varit förutsättningen för att uppnå signifikans – inte upprätthålls när ett medel får spridning i bassjukvården?

En norsk studie stämmer till eftertanke [1]. Blodtrycksbehandling är kanske inte alls lika effektiv i befolkningen som i kontrollerade försök. Bland medelålders män var effekterna av blodtrycksbehandling i den norska studien mycket små och normala målblodtryck uppnåddes sällan. Morbiditet och mor-

talitet tycktes vara ökad med behandlingen i stora patientgrupper.

Och vilken betydelse får SBUs förslag om tidig gastroskopi för att styra terapivalet och få en kostnadseffektiv behandling, när både allmänläkare och sjukhusspecialist skriver ut omeprazol även om gastroskopin inte visat något tecken på ulcussjukdom eller svår esofagit?

Och vad tjänar konsensuskonferensers förslag om kontroller på medicinsk grund till när läkare – till följd av de nya ekonomiska styrsystemen – tamponeerar sina mottagningar med intäktsgenerande återbesök utan egentligt medicinskt värde?

Det är alltså ofrånkomligt att medicinens innehåll och vetenskaplighet också påverkas både av organisation och av om sjukvårdsutbudet är behovs- eller efterfrågestyrt. Vad betyder kundbegreppet – på gott och ont – för den vetenskapliga handläggningen?

### Läkekonsten behöver sin frizon

Vetenskap, teknikvärdering och logiskt tänkande gagnar patienten, men allt i vården passar inte för dubbelblindundersökningar. Läkargärningens hipokratiska bud »att alltid trösta» hör till den viktiga delen av sjukvårdens kärna som måste få vara i en frizon, skyddad just från alltför mycket rationalitet.

Medicinen som läkekonst behöver sin upprättelse, läkarnas engagemang behövs. Att acceptera modern medicin både som vetenskap och som läkekonst innebär inget »flum». Det ger inte fribrev från kravet på rationalitet. Läkekonstens frizon kan definieras.

Denna artikel utgår ifrån mina förutsättningar som medelålders allmänläkare med studieåren i övergången mellan 1960- och 70-tal. Det finns en risk att jag förmedlar en felaktig bild genom att min uppfattning om vetenskap färgas av den organisatoriska turbulens som primärvården brottats och brottas med. För mig finns fortfarande en kraftig spänning från utbildningsåren: dels allmänt, då sjukhusspecialisterna hade en förutfattad negativ syn på distriktsvården, saknade kunskap om dess verklighet. Jag fick aldrig lära mig hur jag som läkare skulle manövrera med medicinskt ofullständig kunskap i primärvårdens landskap, jag fick inte ens en kartsbild; dels specifikt, då sjukhusspecialisterna så ofta förmedlade sin bild av vetenskaplighet på basis av kikarsiktets perspektiv i stället för vetenskaplighet också utifrån allmänmedicinens vidvinkelobjektiv.

### Ny artikelserie

Dåligt dokumenterade vanor – och väl dokumenterade ovanor – är knap-

past något specifikt för allmänmedicinen, även om idén till serien »Omprövningen», som inleds i detta nummer, föddes i Läkartidningens allmänläkarpanel. Inte sällan är de från sjukhusen, och även därifrån hoppas redaktionen få tips om rutiner och metoder att ta upp till granskning.

### Litteratur

1. Thürmer H, Lund-Larsen PG, Tverdal A. Er blodtrycksbehandling like effektivt i befolkningen som i kontrollerade försök? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2835-9.

*Se även medicinsk kommentar i detta nummer.*