

Lars Werkö, ett fenomen i svensk sjukvård

VETENSKAPEN MÅSTE NÅ PATIENTEN I VÅRDEN

Nu, vid 78 års ålder, lämnar professor Lars Werkö sjukvårdsarenan – nästan. »Någon gång måste man ju dra sig tillbaka!» säger denne veteran som började inom sjukvården för 61 år sedan som vikarierande laboratoriesköterska. Många gånger sedan dess har han stuckit ut hakan i sjukvårdsdebatten, från ett otal positioner. »Evidence based medicine» är en hjärtefråga – men inte heller här är han okritisk.

»Halvsulning» med jämna mellanrum motar risken att läkemedelsföretagens intressen dominerar läkares fortbildning. Läkare måste ges möjlighet att följa med i den medicinska utvecklingen och skaffa sig bred kunskap, betonar Lars Werkö.

Han har varit klinikchef och dekanus i Göteborg, ordförande i Läkarförbundet och forskningschef på Astra. Förutom *de tunga* posterna har Lars Werkö, internmedicinare och kardiolog, suttit med i delegationen för medicin och farmaci i universitetskanslersämbetet, i nämnden för läkares vidareutbildning, i Socialstyrelsen, i donationsfonder etc.

Han kan den svenska sjukvården utan och innan...

Under den senaste tioårsperioden har Lars Werkö varit ordförande och medicinskt sakkunnig i Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Vid årsskiftet lämnar han över ordförandeklubban till Kjell Asplund; Mona Britton och Hans Persson har anställts som sakkunniga.

– Jag överlämnar med förtroende framtiden till dem. Men jag stannar ett

INTERVJU

BIRGIT WILHELMSON

tag för att slutföra en del projekt och bidra med litet råd och dåd.

Brygga över klyftorna

»Evidence based medicine» – sekundärforskning då vetenskaplig litteratur ställs samman och kommenteras strukturerat och vetenskapligt – är grundvalen för SBU:s arbete. Vården ska baseras på kunskap, inte på antaganden eller slump, det är målet. Och detta har varit Lars Werkös ledstjärna, långt innan kunskapsmedicinen myntades som ett modebegrepp av idag.

Kunskapsmedicinen blir allt viktigare

re i dagens sjukvård – för att brygga över klyftan mellan forskning och klinik och för att överbrygga den allt mer djupgående subspecialiseringen. Den är en hjälp för den kliniskt verksamme läkaren att ta till sig forskningsresultat och få bred överblick.

Endast guld gott nog

Men Lars Werkö är litet fundersam över utvecklingen inom detta fält. Problemet är att forskningen är splittrad på två rörelser.

Den mest välkända och etablerade rörelsen, Cochrane-nätverket med bas i Oxford under ledning av Iain Chalmers, är purister. Cochrane-anhängare anser att endast randomiserade kliniska studier är tillräckligt vetenskapligt objektiva för att ingå i de databaser som nätverket bygger upp: om förlossning och perinatal vård, slaganfall, muskel- och skelett-sjukdomar, mentalsjukdomar m m.

»Varför ska vi plocka upp all möjlig strunt, när vi kan ägna oss åt guldet», som en Cochrane-entusiast uttryckt det. Guld är de randomiserade studierna.

SBU har ekonomiskt och intellektuellt stött Cochrane-verksamheten i Oxford sedan den etablerades för fem år sedan. SBU har också backat upp det nordiska Cochrane-centrumet vid Rigshospitalet i Köpenhamn under ledning av Peter Gøtzsche.

– Men samtidigt vill jag varna för den puristiska verksamheten. Den har som uppdrag att sammanställa *alla* randomiserade kontrollerade studier. Det är i sig ett enormt arbete. Men det är också en begränsning: endast 10–20 procent av alla kliniska studier är randomiserade.

Litteraturen i rangordning

Den andra rörelsen tar med *all* vetenskaplig litteratur och graderar den. Den rörelsen är äldre och utgår från Kanada, där hälsovårdsministern på 1970-talet tog initiativ till att medicinska åtgärder utvärderades. Man föreslog då en gradering av underlaget i litteraturen, »quality of evidence». Överst på listan stod randomiserade prövningar, därefter övriga studiemetoder i rangordning.

Den rörelsen har utvecklats och växer sig allt starkare.

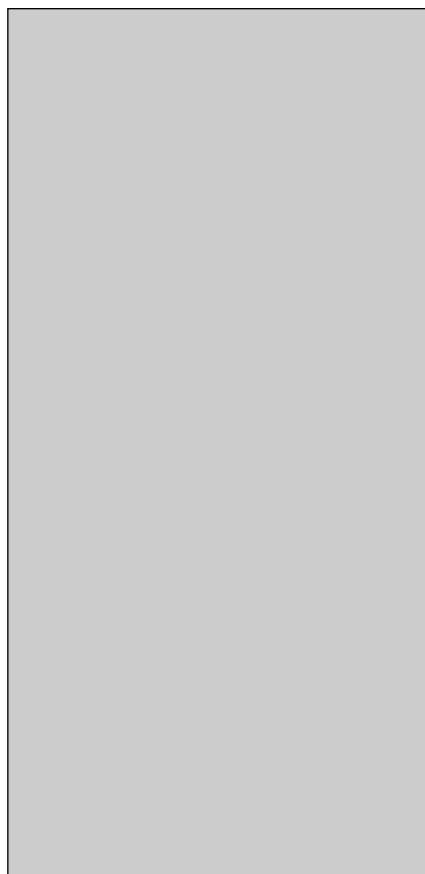
– Det vi kallar kunskapsmedicin borde vara mer likt detta, anser Lars Werkö.

– Denna rörelse har också etablerat en avdelning i Oxford, under ledning av David Sackett. Den samarbetar med Cochrane-centrumet där och försöker väva ihop de båda rörelserna.

SBU – »guld och strunt»

SBU strävar efter helhet.

– Vi kan inte kasta ut allt som inte är randomiserade prövningar, då blir det



SBU har stött Cochrane-centrumet i Oxford, såväl ekonomiskt som intellektuellt. Men samtidigt vill jag nu varna för den puristiska verksamheten, säger Lars Werkö.

inte mycket kvar. Vi försöker i våra arbetsgrupper i allt större omfattning ta fram så stor del av litteraturen som möjligt och värdera den efter en graderad skala, för att informera om hur säkert underlaget är för våra rekommendationer.

SBU-rapporten »Strålbehandling vid cancer» som kom 1996 är ett exempel på det.

– Inom det området finns inte många randomiserade prövningar, men mycket annan väsentlig information.

Halvsulning vartannat år

Cochrane-nätverket har trots allt inneburit ett lyft för sekundärforskningen som tidigare varit lågprioriterad.

– Idag finns en medvetenhet om att vi måste vara lika systematiska när vi ställer ihop litteratur som när vi tar fram primärdata. Dvs det gäller att beskriva vilka databaser vi letar i, vad vi tar fram, hur vi granskar litteraturen, hur vi ställer ihop informationen osv.

– Jag tror att kunskapsmedicin har en stor framtid; informationstekniken är naturligtvis en stor hjälp. Men det är viktigt att forskningen görs så att den verkligen hjälper läkare i primärvård och slutenvård att enkelt kunna följa med i den medicinska utvecklingen.

Egentligen borde varje läkare få ett par månaders studieledighet vartannat eller vart tredje år för att »halvsulas», anser Lars Werkö.

– Det tar tio år att bli specialist, sedan väntar 30 år i yrkesverksamt liv. Under de 30 åren händer det inte tre gånger så mycket, utan minst tio gånger så mycket som under de tio utbildningsåren.

90 procent av arbetet kvar

Läkare måste ha möjlighet att kontinuerligt följa med i den medicinska utvecklingen och få bred kunskap. Risker finns annars att läkemedelsföretagens intressen får dominera.

– Det är inte konstigt att det hundratal läkemedelskonsultenter som verkar i landet har större inflytande på enskilda läkare än vad t ex vi från SBU kan ha. Vi har inte samma möjligheter till personlig kontakt. Det är ett problem för oss: när en rapport är färdig är 10 procent av arbetet gjort, resterande 90 procent går åt till att få ut informationen.

Det som har verkligt genomslag är just personlig kontakt: dels i direkta möten, dels vid föreningsseminarier, på Läkarstämman etc. Det räcker inte att skicka ut handlingar och förvänta sig att läkarna ska ta dem till sig, poängterar Lars Werkö.

Men att SBU inte når läkarkåren är en myt.

– I Statistiska centralbyråns årliga enkäter bland läkare visar det sig att de i ökande omfattning känner till SBU och läser våra rapporter. Men det tar lång tid att acceptera och anamma budskap om kvalitet och om att följa vissa kriterier osv.

Kulturer krockar

SBU är ett ungt organ – inom ett ungt arbetsfält. SBU skapades för tio år sedan som det första i sitt slag utanför USA, förebilden var Office of Technology Assessment. Senare har ett 20-tal liknande organisationer bildats i olika länder världen över.

– Är det då inte en massa dubbelarbete? Visst är det samma problem med nya metoder i t ex Spanien som i Sverige. Vi har bildat ett nätverk, Inahta, för utbyte och samarbete.

Men det är inte så enkelt som det låter, poängterar Lars Werkö.

– Problemen i internationellt samarbete handlar inte bara om byråkrati och åsikter, utan också om kultur. Även om läkare i Spanien och Sverige har samma basala medicinska kunskap, tänker vi inte på samma sätt.

Sjukvården är en del av varje samhälles kultur. Det finns ingen enhetlig europeisk sjukvårdskultur t ex , poängterar Lars Werkö som är ordförande i ett

EU-projekt som just diskuterar samarbete i sjukvården i Europa.

Spanjoren läser på sitt sätt...

– SBU skrev t ex en rapport om ben-täthetsmätning. Sådana rapporter har gjorts också i sex andra länder. Kunde det inte räckt med en rapport som alla hade accepterat? Nej, jag tror inte att svenska läkare accepterar riktlinjer från t ex en fransk grupp.

– Men vi ville inom Inahta göra en gemensam kortversion med en internationell rekommendation. Vi tillsatte en grupp som skulle skriva ihop detta. Det har tagit ett och ett halvt år att komma överens bara om hur de ska uttrycka det på engelska. Spanjoren läser engelska på sitt sätt, svensken på ett annat. Det gemensamma uttalandet är ännu inte klart.

– I SBU:s projektgrupper arbetar våra bästa specialister som går igenom litteraturen och diskuterar. När de ser fakta som sammanställts från litteraturen, kan de ändra uppfattning, det är glädjande. Men det sker inte på en eftermiddag, det är en mognadsprocess.

De riktlinjer som så småningom mognar fram måste vara förankrade lokalt i den egna sjukvårdskulturen om de ska anammas. Förändringar i sjukvården sker olika snabbt i olika kulturer, berättar Lars Werkö som t ex förvånats över att hjärtinfarktpatienter vårdas på sjukhus tre till fyra veckor i Tyskland. I Sverige är vårdtiden idag i regel mindre än en vecka.

Sjukvårdsarens aktörer

Hur är det då med samarbetet inom landet? Sjukvårdsarenan beträds av flera aktörer – SBU, Socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet, Folkhälsoinstitutet, forskningsråd? För en utomstående kan rollfördelningen te sig litet oklar?

Lars Werkö anser att rollfördelningen är klar. SBU t ex skapades eftersom ingen annan organisation kunde ta sig an just det verksamhetsområdet.

– Men verksamheterna går i varandra. Det är inte fråga om gränsdragning, utan om samarbete. Det finns en ambivalens – å ena sidan vill alla samarbeta, å andra sidan vill ingen gärna helt släppa sitt revir. Egentligen är det självklart med samarbete, i vår styrelse t ex har vi ju representanter från alla de här organisationerna.

– Om det inte har blivit så mycket samarbete beror det på att var och en är upptagen inom sitt område. Det finns inte mycket tid över till gemensamma diskussioner. Men jag tror att det växer fram. I synnerhet i det här klimatet när det är ont om pengar och vi måste se till att få vad Margaret Thatcher kallade »value for money».

Lars Werkö kontrar med att ta upp

”Blodig biff eller mosad banan, vilket är bäst för en magsårspatient? Dietdiskussionen var hetsig på 1940-talet. Den som då hade sagt att magsår orsakas av en bakterie hade blivit utskrattad och nästan förlorat legitimationen!”

frågan om vilken roll den moderna mediaindustrin spelar på sjukvårdsarenan.

– Medierna, såväl press som radio/TV, har en stark inverkan på människor. De är långtifrån balanserade i sina uttalanden. Samtidigt förstår jag deras situation, de får inte uppmärksamhet om de inte har rubriker som folk reagerar på.

Journalisthögskolan och de medicinska fakulteterna borde samarbeta mer, anser Lars Werkö.

– Medierna kan spela en mycket positiv roll, men de kan också vara farliga. Det är en fråga om ansvar, etik.

»Biffen och bananen»

Lars Werkö kan den svenska sjukvården utan och innan. Han har ett långt tidsförlopp att se tillbaka på – mycket har förändrats, somligt är sig likt.

Lars Werkö har sett tuberkulosens härjningar under 1930-talet under sin tid som vikarierande laboratoriesköterska på Karlskrona lasarett. Han har som nyfärdig underläkare på 1940-talet sett medelålders män dö i lunginflammation. Dödligheten i pneumoni var då, före antibiotika, 40 procent.

Han har sett synen på magsår utvecklas: från tre à fyra veckors kurbehandling med diet till dagens antibiotika. Han kommer ihåg den hetsiga »biffen och bananen»-diskussionen (blodig biff eller mosad banan, vilket är bäst för en magsårspatient?).

Sedan ansågs stress vara den allena-rådande grunden för magsår. Så fokuserades diskussionen kring saltsyraproduktion.

– Och så visade det sig att det är en bakterie. Hade någon på 1950- eller 1960-talet sagt att det är en bakterie som orsakar magsår hade folk skrattat och vederbörande hade nästan förlorat legitimationen.

Nyfiken, och kritisk

Så – Lars Werkös råd till en ung läkare av idag är därför: Var nyfiken och följ med! Å ena sidan får man inte tro allt man hör, men å andra sidan ska man inte kasta ut något bara för att det låter för otroligt.

– Vi har mycket framför oss. Etable-

rade behandlingsregimer kan förändras radikalt om forskare hittar helt nya förklaringsgrunder, säger Lars Werkö som anser att bilen och TVn är det farligaste vi träffat på – fysisk aktivitet (rejåla promenader räcker) och ett socialt rikt liv är det mest hälsobefrämjande.

Deja vu!

Lars Werkö tycker det är märkligt att politiker, då som nu, visar så klen genuint intresse och förståelse för sjukvården, en sektor som ändå tar en stor del av bruttonationalprodukten.

– Det finns inte heller många sjukvårdspolitiker som kan sjukvård. Det visar ju på det bristande engagemanget från politikerhåll – oavsett partifärg. Men det är också märkligt få läkare som är intresserade av sjukvårdspolitik. Läkarkåren har släppt kommandot, men börjar nu ta tillbaka det.

Och så – en del i vården är sig märkligt likt, deja vu! Då Lars Werkö nyligen städade fann han ett brev från 1975, undertecknat av honom själv och samtliga övriga klinikchefer vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Brevet var adresserat till Socialstyrelsen med kopia till sjukvårdsstyrelsen: klinikcheferna meddelade att de inte kunde ta ansvar för vården under de rådande förhållanden då sjukvårdsstyrelsen drog ner på resurserna...

Birgit Wilhelmson