

Vad betyder nu vetenskap och beprövad erfarenhet?

*Vetenskap* är kunskap grundad på omfattande studier och försök, ofta upprepade, för att nå statistisk säkerhet. Sådan kunskap kan bygga på tex grundforskning, kliniska prövningar eller epidemiologiska studier.

*Erfarenhet* står i motsats till vetenskapen, det brukar gå bra om man gör på det eller det sättet. Erfarenhet är nog taget bara tro, till dess den prövats och bevisats vetenskapligt på ena eller andra sättet.

*Beprövad* betyder att erfarenheten har prövats praktiskt många gånger med enahanda resultat. Skall det göras vetenskapligt är det vanligen fråga om dubbelblindstudier, som görs prospektivt och kostar pengar. En blind leder en blind och försöker se framåt och så får man se var man hamnar om man vill vara elak! Men det är vad det betyder.

Bindeordet *och* innebär att både vetenskap och erfarenhet skall tillämpas, inte antingen eller. Det innebär i sammanhanget att vetenskapen har en skyldighet att ta hänsyn till och utvärdera erfarenheten och vice versa.

### Erfarenhet inte sanning

Den som är observant på verkstadsgolvet och ser tidigare okända samband och drar slutsatser, hans teser måste prövas, gärna flera gånger, innan de blir sanning. Indicier räcker inte, det krävs bevis. Det har i alla tider varit svårt att vinna förståelse för nya idéer och tidigare okända samband. Förklaringsmodeller är nog bra, men bara det som är vetenskapligt bevisat är sanning. Och eftersom erfarenhet inte är vetande i ordets egentliga bemärkelse, är den inte heller sanning.

### Sund skepsis nödvändig

Alltså ser man med skepsis på den som av erfarenhet från sin yrkesmässiga vardag ser samband och anar orsaken till vissa patienters ohälsa. Om han på basen av sin erfarenhet lyckas hjälpa dessa patienter är det naturligtvis bra, men detta är inte skäl till att ändra på den principiella inställningen. Sund skepsis är nödvändig. Det vore sunt om vetenskapens företrädare prövar dessa hypoteser förutsättningslöst när de framförs och inte bara ställer krav på idégivaren att prestera bevis. Det är innebörden i det lilla ordet *och*.

På »verkstadsgolvet» har



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

»Vetenskap och beprövad erfarenhet har alltid varit ett rättesnöre för läkekonstens utövare.»

man sällan resurser för vetenskaplig prövning. Därför nedvärderas ofta sådana idéer. Beslutsfattare har svårt att tänka om och kanske kostar en nyorientering så mycket att man anser sig ha rätt att misstänkliggöra dem som insett att amalgam innebär risker för vissa individer, liksom att elöverkänslighet är en realitet för andra, för att ta ett par exempel? I stället betraktas många av dessa patienter som sjuka i huvudet. Och de kanske blir det om de inte tas på allvar och visas tillbörlig respekt.

Tyvärr bygger till och med dagens sjukvård till inte mer än ca 10 procent på sanningar. Här gäller Gauss' normalfördelning, sanning – halvsanning – antagande – nödlögn – lögn. Alltså, 90 procent av sjukvården bygger på allt från halvsanningar till nödlögner och något lite på ren (omedveten, förhoppningsvis) lögn. Eller på tro och vantrö, om man så vill. Och så lär det väl förbli. För det är väl bara i religionen som tro och sanning är synonyma begrepp. Och sanning kostar pengar.

Bengt Fredricsson  
docent, Bromma

## Mer tid för patienter!

Det är bra att Läkarförbundet nu äntligen pläderar för att många läkare bör prioritera patientarbetet mer än idag (se ledaren i Läkartidningen 1-2/97). Läkarförbundet kan

här rycka åt sig initiativet: kräv i nästa avtalsrörelse att ju mer en läkare sysslar med direkt patientarbete, desto högre lön skall utgå. Tyvärr råder idag mycket ofta det rakt motsatta förhållandet, vilket sänder ut egendomliga signaler till läkarkåren.

### Alla försvärande administrativa åtgärder

Detta aktualiserar ett närliggande problem: de ökande svårigheterna att hinna med patientarbetet på grund av alla försvärande administrativa åtgärder som successivt drabbar oss. De nya sjukintygen tar längre tid att fylla i. Den nya receptblanketten för lugnande läkemedel är också krångligare än den gamla. Det förekommer också att vissa kliniker begär att man under en tid skall registrera hur antibiotika förskrivs för urinvägsinfektioner. Andra kliniker vill ha rapporter om hur sockersjukespatienter tas om hand. Det begärs också periodvis rapporter om arbetstid, behov av vissa remisser m m.

### Rejäl belastning för vården

De som fattar beslut om ovanstående pappersåtgärder framhåller ofta att det är oerhört viktigt att just deras område prioriteras. Varje sådant delbeslut kan förefalla litet för en utomstående. Sammantagna innebär dessa administrativa åtgärder en rejäl belastning för vården. Läkemedelsverket har redan hotat med att återigen införa nya mer omfattande receptblanketter, vilka ytterligare kommer att försvåra patientarbetet. Givetvis konstrueras det fram argument som motiverar detta. Men skyll inte på att politikerna bestämt att så måste ske, även här har man ett

mycket stort ansvar att se till att inte vården försvåras. Under ett ärendes beredning deltar dessutom olika experter som borde veta hur vården fungerar. Men gör de verkligen det?

Parallellt med ovanstående introduceras hela tiden nya behandlingsmetoder (tex mot hjärtsvikt eller benskörhet), vilka innebär mer utredning/kontroll samt fler läkemedel utan att någon väsentlig utmönstring sker av andra åtgärder. Den totala arbetsmängden per patient ökar därmed ytterligare. Bland mina egna hjärtkärlpatienter har dessutom antalet diagnoser per patient ökat med mer än 50 procent på fem år. Bara detta innebär en väsentligt ökad arbetsvolym. Samtidigt följer politikerna noga besöksstatistiken och använder den som argument i besparingssammanhang.

Det är nu dags att hejda strömmen av belastande vårdadministrativa åtgärder som på ovanstående sätt försvårar den dagliga vården. En god start vore att Läkemedelsverket skrinlägger planerna på att krångla till receptblanketterna ytterligare. Vi läkare är nog för fogliga, kanske skall det till en revolution för att rensa i systemet?

Anders Överby  
distriktsläkare, Koppom

## Tillrättaläggande om hjärtinfarkt-dödligheten

Adam Taube undrar i Läkartidningen 5/97 om det jag skriver som replik till Peter Knutsson (Läkartidningen 49/96 om hjärtinfarktdödligheten) är riktigt: »Ingen vårdepisod över 14 dagar har tagits med i materialet.»

Nej, det är inte riktigt. Beklagat felskrivningen. Det var det här jag menade:

Alla dödsfall som har tagits med i materialet har skett inom en tidsperiod av 14 dagar efter det att patienten kommit in till sjukhuset från någon typ av eget boende. Ingen patient har observerats mer än 14 dagar efter det att de inkommit till sjukhuset. Vårdtillfällen där patienten skrivits in från annat sjukhus eller klinik finns inte med i materialet.

Nina Rehnqvist  
överdirektör,  
Socialstyrelsen