

Hur man säger det är viktigare

På Läkemedelskongressen 1998 arrangerad av Apotekarsocieteten (Stockholm oktober 1998) fanns en särskild sektion för läkemedelsinformation. Man hade bett mig att där diskutera läkemedelsinformationen till patienterna.

Den första frågan vi skulle ställa oss var: Vilka är de största hindren idag för patienten att få tillräcklig information? För mig är det klart största hindret att den tillgängliga informationen i stora stycken är så osäker, även för läkarna, att klinisk forskning är så svår.

På 1830-talet gjordes de första framgångsrika försöken att använda statistik för att bedöma medicinsk behandling. Resultaten blev förödande för den tidens läkekonst. Man visade att patienterna blev sämre och inte bättre av åderlätning. En allmän terapitrotthet bredde ut sig. Den kom att hävas med de framsteg man gjorde i klinisk fysiologi i laboratoriet mot slutet av 1800-talet, och av att man sedan med framgång kunde förstå och också behandla en del sjukdomar. För låg ämnesomsättning på grund av underfunktion av sköldkörteln var det första exemplet. Alla patienter blev bra då de behandlades med extrakt från sköldkörtel. Parallellt med framgångarna fick den trosvissa okontrollerade kliniska iakttagelsen en renässans, som först de senaste årtiondena delvis kunnat brytas med de ökade kraven på klinisk dokumentation.

Läkare är naturligtvis ännu idag beroende av okontrollerad klinisk erfarenhet i sin dagliga gärning. Det finns flera anledningar till att den kliniska bedömningen av terapieffekt är så opålitlig. Vi kan ha en ofullständig kunskap om sjukdomens spontana förlopp eller vi glömmer i vår terapeutiska iver bort att fråga oss vad detta förlopp är. En annan anledning till felslut är placeboeffekten hos patienten, hans inre läkare. En tredje är läkarens bias, hans tendens att bedöma sin egen insats alltför positivt. Slumpens skördar spelar oss också spratt. Dessa anledningar till att den kliniska observationen är opålitlig finns kvar med samma styrka nu som förr.

Ofta tror sig läkarna ha grund för en rationell terapi, men så finns där flera okända faktorer som krånglar till det hela. Vi måste finna oss i att ett teoretiskt underlag baserat på resultat i laboratoriet inte räcker för att ett medel skall kunna användas på människan för ett

visst ändamål. Man måste i kliniska prövningar visa att medlet har effekt. Det finns exempel på hur vi genom att dra slutsatser av ofullständigt kunskapsunderlag fått fram den ena verkningslösa behandlingsmetoden efter den andra.

Men visst, de medicinska framgångarna under 1900-talet har varit enorma – även om många av trumfkorten bäst kan beskrivas som lyckträffar. Det är inte så, som många tycks tro, att icke-effektiva behandlingar endast byts mot nya effektiva, utan det kommer hela tiden in nya icke-effektiva behandlingar tillsammans med de effektiva. Socialstyrelsens läkemedelsavdelning kan inte förhindra detta. Läkarna finner på egen hand nya indikationer för registrerade läkemedel. Läkemedelsbolagen kan inte beskyllas för allt som sker när det gäller läkemedel.

Min meddebattör på kongressen, representant för Allergiförbundet, hävdade att patienten hade rätt till fullständig information. Då hon hörde att jag betraktade den tillgängliga informationen som så osäker, tyckte hon att patienten också skulle få veta detta. Vill patienten det? Jag är osäker. Två bilder får illustrera frågan.

Först husläkaren som går patienten helt till mötes i valet av behandling – läkaren som vill vara populär och ha många på sin lista, han eller hon som skriver ut nya och efterfrågade läkemedel på vida indikationer, och som beställer de undersökningar som patienten hört talas om även om de inte är riskfria och kostar mycket, och vars resultat till råga på allt inte kommer att påverka behandlingen av patienten.

Eller vill patienten komma till en kritisk läkare, en som Diogenes skulle finna om han kom till Sverige med sin lykta och sökte en uppriktig läkare? En läkare som inte skriver ut så mycket antibiotika och som vägrar att ge lyckopiller till små barn innan man riktigt vet vad man gör, en läkare som inte beställer undersökningar han finner onödiga och inte värda kostnaderna och besvären.

Jag är personligen övertygad om att många, kanske de allra flesta, stöts bort av en läkare som håller benhårt på naturvetenskap i sitt arbete. Men lika fullt kräver man just detta. Jag är osäker på hur jag själv vill ha det som patient. Man är ju så annorlunda som sjuk än som frisk. Jag vill nog möta en läkare



Vad vill patienten? Få en läkare som vill vara populär och ha många på sin lista? En som skriver ut nya och efterfrågade läkemedel på vida indikationer, och beställer de undersökningar som patienten hört talas om, även om de inte är riskfria ...

som är engagerad och som gör vad han kan för att hjälpa och trösta just mig.

Frågan om hur patienterna vill ha det har gjort mig villrådig många gånger. Jag börjar ana att vad patienten säger om sådant gäller vad han tycker skall gälla andra patienter. För honom själv skall gälla något annat. Jag har flera exempel på sådant: »Andra har psykiska orsaker bakom sina symtom. Inte jag – jag vill ha en riktig diagnos baserad på naturvetenskap.»

Vad betyder patientens egen bildningsgrad? Är det lättare för läkaren att tillämpa vetenskap och beprövad erfarenhet på välutbildade, som kan tänkas bilda sig en egen uppfattning i mångfasetterade frågor? Knappast, snarare tvärt om enligt genomförda undersökningar.

än *vad* man säger



FOTO: ANKI HAGLUND/SUNDSVALLS TIDNING

KRÖNIKÖR

KARL ERIK FICHTELIUS
professor, Härnösand.

”Jag är personligen övertygad om att många, kanske de allra flesta, stöts bort av en läkare som håller benhårt på naturvetenskap i sitt arbete. Men lika fullt kräver man just detta.”

... och kostar mycket, och vars resultat till råga på allt inte kommer att påverka behandlingen av patienten. Eller vill patienten komma till en kritisk läkare, en som Diogenes skulle finna om han kom till Sverige med sin lykta och sökte en uppriktig läkare? En läkare som inte skriver ut så mycket antibiotika och som vägrar att ge lyckopiller till små barn innan man riktigt vet vad man gör, en läkare som inte beställer undersökningar han finner onödiga och inte värda kostnaderna och besvären.

Människan älskar att bli bedragen, sade Goethe. Men skall vi läkare ställa upp på det då det rör behandling som är dyr, neurotiserar patienten och kan vara farlig? Måste vi inte söka andra vägar för att uppnå placeboeffekt eller pedagogisk effekt avseende livsstil? Det är inte lätt att vara vare sig patient eller läkare. Som distriktsläkare tröstade jag mig med att mitt vetenskapliga förhållningssätt kunde ha en viss placeboeffekt – ibland.

De senaste årtiondenas kognitionsforskning ökar läkarens osäkerhet. Vårt medvetande mätt i bandbredd (=antalet informationsbitar möjliga att överföra per sekund) är ynkligt litet i förhållande till vad som finns i vårt omedvetna jag. *Vad* vi säger har mycket liten betydelse i jämförelse med *hur* vi säger det. Det är

närmast ett under att patient och läkare ibland förstår varandra riktigt bra.

Den sista frågan vi skulle diskutera under läkemedelskongressen var: Vad kan man göra för att ge patienten bättre information? Mitt svar är:

1. Hjälpa till att sprida den information SBU tar fram. Text att man i SBU klagat över att man i läkemedelsreklam talar om relativa tal i stället för absoluta, och sällan nämner NNT, number needed to treat.

2. Göra som Bengt Järhult föreslår (i Läkartidningen 30–31/98): Kräva obligatorisk information om Läke-medelsverkets värdering i annonser och vid annan produktinformation från läkemedelsbolagen. Vi läkare får inte ha förbråttom att anamma nyheter.

3. Förverkliga mitt gamla förslag om ett återkommande kapitel i Läke-medelsboken om icke eller dåligt dokumenterad läkemedelsbehandling. Själv skulle jag som läkare med iver kasta mig över ett sådant kapitel varje gång det kom.

Det är i första hand läkarna som behöver informeras för att i sin tur kunna ge patienten bra information. SBU är det bästa som hänt sjukvården i Sverige den senaste tiden.

IT ser jag som en fara. Informationen där kan inte kontrolleras lika effektivt som i Fass. Och vart tar *kommunikationen mellan läkaren och patienten* vägen?

Att ge farmaceuter större informationsutrymme inför patienterna (som diskuterades mycket under kongressen) är jag positiv till, men ser en risk i att läkemedelsbehandling kan få ett alltför stort utrymme i förhållande till andra terapiformer. •