

passling. Jag har inte uttalat mig om LOs syn på sjukvårdsfrågor eller hyllat avtalssekreterare Karlsson, Arnljots hatobjekt. Jag kan trösta Arnljots med att i »lokala opinioner» inräknas Medborgarskolan. Jag har i Blekinge slagit mina påsar ihop med Karlshamns förtagarförening i försvaret av det lilla lasarettets kirurgjour, som sjukvårdscentralister i detta »röda» län velat inskränka.

Väsentliga skillnader

Arnljots lidelse illustreras av hur han läser min text. Han ondgör sig över att jag kritiserat den privatiserade sjukvården och läkemedelsindustrin. Jag skrev apropå bristande kritisk inställning, när det kan rubba den egna karriärgången: »Det gäller traditionell medicin men i allt högre grad den privatiserade sjukvården ...» Jag har inte, som Arnljots påstår, skarpskjutit mot alla vetenskapsmän. Inte heller kallat journalisterna för »maktens handgångna män och kvinnor» – men sagt att de »alldeles för ofta blir det». En väsentlig skillnad.

Arnljots underbygger inte sitt för Läkartidningens nobla spalter osedvanligt plumpa personangrepp. Arnljots inbillar sig att jag är försvarare av den politiska makten personifierad av socialministern. Särskilt har planerna att förbjuda aktievinster på sjukhus, finansierade av skattebetalare, upprört Arnljots. Jag kritiserar från en annan utgångspunkt socialministern.

Arnljots borde ta Engqvist i famnen. Denne öppnar nu brett upp för en bologisering och privatisering. Det gäller att genomskåda ideologiska kulisser. Nixon, kommunistätaren, öppnade relationerna till Kina! Bakom en i sig viktig debatt om börsspekulationens inverkan på sjukvårdens innehåll, där nu ledarskribenter, Läkarförbundet och andra tuppfäktas, undandrar Engqvist folkflertalet kunskap om privatiseringens långsiktiga följder – så mycket mer omfattande och svår än det svartvita dramat om den onde kapitalistens existens.

Valfrihet, tillgänglighet

Jag identifierar kanske samma problem i vården som Arnljots, men ser andra lösningar. Min »valfrihet» är inte den starke medborgarens i ett konkurrerande vinstsystem. Engelska GP utnytt-

jar nu sin så kallade rätt att göra sig av med olönsamma patienter med socialmedicinska och mentala problem. Min »tillgänglighet» gäller prioriterade medicinska behov. En privat allmänläkare i Stockholm berättade för mig att telefonrådgivning, det medicinskt adekvata vid luftvägsviroser, ersätts med korta besök för att öka firmans intäkter. Min oro över »kostnader för samhället, för oss alla» gäller hur marknadstänkandet påverkar de medicinska besluten. Enligt norska läkarföreningen har var tionde avdelningsläkare pressats att redovisa mer komplicerade diagnoser än patienten har – för att ge sjukhuset högre ersättning!

Konsekvenserna av Arnljots och

Engqvists strävan kan bli ytterligare ett kast i svensk sjukvårdspolitik. Har vi inte haft nog av ogenomtänkta reformer under det senaste decenniet? Tjusiga organisatoriska Alexanderhugg som skapar en mängd nya problem! Hur vore det om förespråkarna för s k alternativa driftsformer problematiserade? Det är, apropå privata sjukhus, skenheligt att Läkarförbundets ordförande Bernhard Grewin enligt en rubrik i DN 5 november offentligt säger: »Vi låter oss inte påverkas av vinstintressen». En mängd undersökningar och erfarenhet i världen visar att just så är fallet!

Bengt Järhult
distriktsläkare,
Olofström

Evidens kontra erfarenhet

Jag beklagar att jag beskyllde Höchst Marion Roussel för att ha sponsrat det supplement där begreppet erfarenhetsbaserad sjukvård lanserades. Det berodde tydligen på att det var någon annan som gjorde det.

Diskussionen som både Lars Rydén och Anders Nilsson för föranleder mig emellertid till att återigen försöka definiera vad EBM, (Evidence Based Medicine, evidensbaserad medicin) är, och inte är. Den beskrivning som Rydén ger av hur han kommit fram till sitt begrepp erfarenhetsbaserad medicin visar på de missförstånd som lätt uppstår när EBM användes.

Evidensbaserad medicin innebär att man *redovisar* den databas man använt för att granska kunskapsläget, och från den utnyttjar den bästa möjliga kunskapen som finns redovisad. Detta kan i många fall vara expertuttalanden, eller mångårig klinisk erfarenhet – eftersom man det i det enskilda fallet funnit att det inte finns något bättre. Det väsentliga är nämligen att *man vet att det inte finns något bättre*, vilket innebär att man kritiskt granskat databaserna.

Tar ett till flera år

Om den grupp som Rydén tillhörde verkligen kritiskt granskade alla relevanta databaser är deras sammanfattning evidensbaserad, och inte erfaren-

hetsbaserad. Det brukar sällan vara möjligt att få fram all relevant litteratur så att en grupp i »vetenskapliga sammanhang väl bevandrade personer» på en vecka kan sammanfatta resultatet. På SBU, och för den delen i dess engelska motsvarighet, NHS Health Technology Assessment Programme, brukar det ta allt ifrån ett år till flera år för att ta fram litteratur, granska den och formulera ett sådant dokument.

Detta hindrar inte att resultatet av en diskussion i ett vetenskapligt forum kan vara nyanserad och väl värd att sprida. Dock inte med en beteckning som kan inkräkta på vad som långsamt håller på att accepteras, *Evidence Based Medicine*.

Den debatt Rydén inbjuder till, huruvida samhället tar sitt ansvar, får vi väl återkomma till i annat sammanhang. Vi torde vara helt överens om att det är beklagligt att ovidkommande åsikter så ofta ger utslag i den missriktade besparingsiver som för närvarande drabbar sjukvården, och att ingen tycks inse att den för alla mest kostnadseffektive doktorn är den som vet vad han talar om, och som får tillfälle att hela tiden hålla sig à jour med (den snabba) utvecklingen inom medicinen.

Lars Werkö
professor,
Stockholm