

Tag er i akt för ”folkefiender” som kryper för den politiska makten

När distriktsläkaren i Kyrkhult, Bengt Järhult, i Läkartidningen 35/99 med stort gillande låter sin krönika kretsa kring den store norske dramatiker Ibsens »folkefiende» och efterlyser dennes åsikter hos dagens läkarkår gäller det att se upp och inte i blind fasci-

Det finns idag ett flertal hälsoekonomiska studier som visar att behandling med Risperdal ger större ekonomisk vinst än behandling med konventionella neuroleptika. Både en svensk undersökning och den kanadensiska motsvarigheten till SBU har visat att behandling med Risperdal ger stora besparingar för vården [5]. Om de ca 21 000 patienter som idag inte behandlas med Risperdal skulle sättas över på denna behandling skulle den direkta läkemedelskostnaden visserligen öka, men den totala sjukvårdskostnaden (inklusive läkemedelskostnader) skulle kunna minska med cirka en miljard kronor per år.

Johan Järte

medicinsk direktör, Janssen-Cilag AB

Referenser

1. Carman J, Peuskens J, Vangeneugden A. Risperidone in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10: 207-13.
2. Green MF, Marshall BD, Wirshing WC, Ames D, Marder SR, McGurk S et al. Does risperidone improve verbal working memory in treatment-resistant schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1997; 154: 6.
3. Kee KS, Kern RS, Marshall BD, Green MF. Risperidone versus haloperidol for perception of emotion in treatment-resistant schizophrenia: preliminary findings. *Schizophr Res* 1998; 31: 159-65.
4. Moriarty PJ, Lieber D, Serper MR, Harvey PD. Improvements in information processing performance with novel antipsychotic treatment. Presented at the 37th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, December 14-18, 1998, Las Croabas, Puerto Rico.
5. Glennie JL. Pharmacoeconomic evaluation of risperidone and clozapine in chronic and treatment-resistant schizophrenia. The Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). Technology overview: pharmaceuticals. 1997 (July): issue 7.0.

Utförligare referenslista finns att få hos Janssen-Cilag AB.

nation inför krönikeförfattarens obestridliga stilistiska talanger, humoristiska anslag och varierande tonfall ta orden till hjärtat.

På flera ställen sticker nämligen bockfoten fram, om uttrycket tillåts. Ty medan Järhult svingar sitt svärd mot ofullkomliga kolleger, som talar med dubbel tunga, kallar journalisterna för maktens »handgångna män eller kvinnor» i samma veva som han också ger vetenskapsmännen en liknande släng av samma slev, krymper han i nästa andetag till just den kritiserade anpassningen – den som anammar och kryper inför just den politiska makten och sjukvårdssystemet som sådant.

Läkarkolleger och forskare skulle nämligen aldrig drömma om att ifrågasätta »den privatiserade sjukvården – med brist på offentlig insyn och meddelarskydd – och förstås ... läkemedelsindustrins världsomspännande oligarki».

Och kollegerna bör, fastslår han på djupaste allvar, »i mycket större utsträckning söka sig nya allianser för sanningen; miljörörelse, LO-fack, lokala opinioner.»

LO-facket som sanningssägare i sjukvårdsfrågor! Jojo, man kan se avtalssekreteraren Hans Karlsson, som numera ofta för LOs talan i TV- och radiodebatter, mysa belåtet över detta stöd för fortsatt offentlig sjukvård till (minst) 98 procent, för förbud att sälja sjukhus till privata intressen, för åldersgränser gällande privatläkare, osv, osv – och därmed också för fortsatta operationsköer, oacceptabla väntetider, ekonomiska problem och alla andra bekymmer, som sedan länge är en blott alltför känd verklighet för patienterna.

Replik:

Oroad över hur marknadstänkandet påverkar de medicinska besluten

Ibsens drama och min kommentar är inte någon diskussion om offentlig eller privat sjukvård. Frustande av ideologisk harm yr Arnljots stenar – och med följer sjukvårdspolitikens besinning.

Vilken gadd satte sig Arnljots på? En

Tillgänglighet, valfrihet

Den uppmärksamme läsaren av krönikan noterar att författaren med alla sina vackra ord om behovet av sanningssägare och läkare med civilkurage aldrig använder ord som »valfrihet» och »tillgänglighet», »flexibilitet» i sjukvårdsutbudet, aldrig låter Ibsens litterära huvudperson stå för det obändiga motståndet mot dagens politiska makt-havare i sjukvården, främst alltså personifierad av socialministern, vars senaste men säkerligen icke sista, hugskott är att inskränka landstingens rätt att bestämna över sina egna sjukhus. Visst tillåter Järhult att man »bråkar» – bara det är inom förutbestämda gränser; av systemet så att säga accepterade invändningar. Ungefär som om doktor Järhult i sin läkarrock skulle angripa bara symtomen och inte sjukdomen!

Ack ja, vad är vackra ord värda; när det visar sig att Järhult inte menar något med dem?

Ett stycke underbar teater, en verklighet som dock stannar inom fru Thalias domäner och inte omsätts i dagens sjukvårdssamhälle; ett samhälle som formligen ropar efter just det som ger dem som Järhult, undertecknad och våra kolleger är satta att tjäna, nämligen patienterna, valfrihet och tillgänglighet. Och lägre kostnader för samhället, för oss alla!

Slutsats således: läs Henrik Ibsen och beundra doktor Stockman, men ta er i akt för de »folkefiender», som av ideologiska eller andra motiv kröker ryggen för den politiska makten.

Snaebjörn Arnljots

specialist i invärtes medicin,
klinisk fysiologi,
Norrköping

kort en – LO! Det jag skrev i krönikan gällde lokalt engagemang i samhällsfrågor. I läkares sanningsslidelse kan då ortens opinionsgrupper ibland finnas som allierade. Arnljots anklagar mig nu för att vara en maktens krypande an-

ANNONS

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 företagarförening 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 journalister 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 bolagisering 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