

attributet psykologisk, få det att låta som om det handlar om något annat än psykologi.

Det har för oss varit en gåta hur man utan grundläggande psykologiska kunskaper kan »arbeta» med och lära ut psykologiska metoder. Vi ser just nu motsvarande »uppsving» i behandlingserbjudanden, kurser och föreläsningar inom hälso- och sjukvård och privat näringsliv när det gäller »utbrändhet».

Kasta inte ut barnet med badvattnet!

Kanske är det den förvirrande, disparata användningen av begreppet »debriefing» liksom alla dessa »hantverks»-kurser och eleverna som gått dem som är en del av orsaken till att psykologisk debriefing hamnat i vanrykte och nu riskerar att helt dömas ut.

Detta är beklagligt eftersom psykologisk genomgång ansvarsfullt använd kan vara en bra stödåtgärd för det ändamål den är avsedd. Tragiskt vore om den i fallet drog med sig allt psykosocialt kris- och behandlingsarbete. Detta skulle få mycket allvarliga konsekvenser i form av psykisk ohälsa hos såväl personal som direkt drabbade människor efter extremt påfrestande händelser.

Referenser

1. Svenska Dagbladet 30 mars 2000.
2. Dagens Medicin nr 13, 2000.
3. Wessely S, Rose, S, Bisson J. A systematic review of brief psychological interventions (»debriefing») for trauma-related symptoms and the prevention of post-traumatic stress disorder. In: The Cochrane Library, Oxford, Issue 1, 2000.
4. Raphael B, Meldrum L, McFarlane AC. Does debriefing after psychological trauma work? *BMJ* 1995, 310: 1479-80.
5. Avery A, Orner R. First report of psychological debriefing abandoned – the end of an era? *Traumatic Stress Points* 1998, nummer: 3-4.
6. Mitchell JT, Everely GS. Critical incident stress management: A new era in crisis intervention. *Traumatic Stress Points* 1998, fall: 6-11.
7. Raphael B, Wilson J, eds. *Psychological debriefing*. Cambridge University Press (in press).
8. Schulman A, Håkanson E. »Debriefing» – psykologisk genomgång. *Läkartidningen* 1997; 94: 2757.
9. Rose S, Bisson, J. Brief early intervention following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress* 1998, 11: 697-710.
10. Weisaeth L, Mehlum L, red. *Människor, trauman och kriser*. Stockholm: Natur och Kultur, 1997.
11. Herman JL. *Trauma and recovery*. From domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 1992.
12. Dyregrov A, Mitchell JT. Psykologisk debriefing. *Tidskrift för Norsk Psykologforening* 1988; 25: 217-24.

ASA eller klopidogrel?

Kjell Asplund förenklar och förvanskar fakta

Kjell Asplunds inlägg »Klopidogrel – dyr trombocythämmare med liten marginalnytta i Läkartidningen [1] handlar om de kliniska implikationerna av Caprie-studien publicerad i Lancet 1996 [2]. Hans slutsats är att »Klopidogrels givna plats i terapin är när biverkningar uppträder vid användande av de andra trombocythämmande preparaten». Vilken kontrollerad studie har visat detta?

Om man som läkare ska leva upp till sjukvårdslagens ambition om patientinflytande i beslutsprocessen bör vederbörande postinfarkt-, poststroke- eller claudicantpatient informeras om att det för patienter med dessa sjukdomar finns två terapeutiska alternativ för att förhindra en försämring på grund av en komplicerande blodpropp.

Det ena preparatet har i en kontrollerad studie visat sig vara mer verksamt än det andra. Vore Kjell Asplund patientens läkare så borde han i enlighet med sin konklusion råda patienten att låta sig behandlas med det sämre alternativet. Vad patienten skulle välja ger sig självt. Jag inbillar mig att om denna patient heter Kjell Asplund så skulle också han välja det bättre alternativet.

Hur problemet definieras styr

Valet av trombocythämmare styrs av hur man definierar problemet. Kjell Asplunds terapeutiska rekommendation talar för att han prioriterar ekonomiska aspekter framför medicinska. Påståendet att den absoluta riskreduktionen i Caprie-studien i praktiken innebär att man måste behandla 100 patienter i två år med Klopidogrel istället för med ASA för att rädda en från att dö eller drabbas av hjärtinfarkt eller slaganfall, är visserligen korrekt. Men nu handlar

Författare

LARS JANZON

professor i epidemiologi, Universitetssjukhuset MAS, Malmö, medlem i styrgruppen för Caprie-studien.

Lars.Janzon@smi.mas.lu.se

”En mer angelägen och konstruktiv analys består i att ta reda på vad som kan sägas utgöra riskfaktorer för dessa terapeutiskt misslyckade fall. Klinisk epidemiologi heter disciplinen. Kanske något för SBU?”

det ju inte om 100 patienter. Åderförkalkning är vår tids epidemi. I USA och EU drabbas uppskattningsvis 2 miljoner människor per år av hjärtinfarkt och 1 miljon av slaganfall [3, 4]. Andelen med prevalent kärlsjukdom i benen är mångdubbelt större [5]. Med Kjell Asplunds siffror applicerade på dessa patientgrupper handlar det om att rädda 10 000-tals fler med Klopidogrel än med ASA.

Syftet med rekryteringen av patienter med olika manifestationer av åderförkalkning var i Caprie inte att kunna jämföra den terapeutiska effekten hos patienter med hjärtinfarkt, slaganfall respektive PAD. Detta framgår av protokollet. Istället handlade det om att få ett så brett urval som möjligt från populationen med symptomgivande åderförkalkning. Av samma skäl valde man att rekrytera patienter från både Australien, Nordamerika och Europa.

Patienter med hjärtinfarkt

Den terapeutiska fördelen gäller inte för patienter med hjärtinfarkt, hävdar Kjell Asplund. Den heterogenitetsanalys som presenteras i Lancet kan, som framgår av diskussionsavsnittet, inte tas till intäkt för att preparatet är verksamt vid PAD men inte för patienter med hjärtinfarkt.

De patienter som i analysen ingår i »hjärtinfarktgruppen» är inte representativa för alla i hela studiekohorten med tidigare hjärtinfarkt. I både »stroke»- och »PAD-grupperna» finns det patienter med tidigare hjärtinfarkt. Behandlar man samtliga dessa patienter som en grupp, som då kan sägas vara representativ för hela postinfarktpopulationen i studiekohorten, har klopidogrel, som

framgår av Lancet-artikeln, en terapeutisk fördel som ligger mycket nära den som gäller för studien som helhet.

Kostnaderna

Det kostar för mycket, menar Kjell Asplund. Själv tycker jag inte det är doktors uppgift att utifrån ekonomiska överväganden ta ställning till om man ska använda det ena eller det andra preparatet innan ansvariga sjukvårdspolitiker har bestämt sig för om vi ska försöka förbättra prognosen för den här typen av patienter.

Om det finns ett politiskt beslut på att inte rädsla fler än vi kan göra med ASA så är det ju OK. Men om ansvariga politiker inte har deklarerat sin ambition menar jag att den ansvarige läkaren i första hand måste vara patientens företrädare.

Ta reda på riskfaktorerna

Kjell Asplund ifrågasätter inte studiens kvalitet och heller inte att klopidogrel de facto var överlägset ASA. Problemet är hur vi styr verksam behandling till rätt patienter. När Kjell Asplund hävdar att klopidogrel ska ges till pati-

enter som får biverkningar av ASA så är detta inte en evidensbaserad rekommendation. De i klopidogrelgruppen som dog och de som fick hjärtinfarkt eller slaganfall hade rimligen ingen nytta av sin behandling.

En mer angelägen och konstruktiv analys består i att ta reda på vad som kan sägas utgöra riskfaktorer för dessa terapeutiskt misslyckade fall. Klinisk epidemiologi heter disciplinen. Kanske något för SBU?

Referenser

1. Asplund K. Klopidogrel – dyr trombocythämmare med liten marginalnytta. *Läkartidningen* 2000; 97: 1294-6.
2. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996; 348: 1329-39.
3. Bonita A. Epidemiology of stroke. *Lancet* 1992; 339: 342-4.
4. Coronary Heart Disease Epidemiology. From etiology to public health. Marmot M, Elliott P, eds. Oxford: Oxford University Press, 1994.
5. Fowkes FGR. Epidemiology of peripheral arterial disease. In: Tooke JE, Lowe GDO, eds. A textbook of vascular medicine. London: Arnold, 1996.

Replik:

Vi läkare måste ta ansvar – så att inte andra tar över

Lars Janzon föreslår – liksom tidigare hans Malmö- och Caprie-kollega Folke Lindgärde [1] – att vi som läkare ska bortse från kostnaderna när vi forskriver dyra läkemedel med liten marginalnytta som klopidogrel. Han gör det lätt för sig.

Jag har en annan uppfattning. Som läkare har vi att tänka inte bara på den patient vi har framför oss utan också på nästa – räcker resurserna för att behandla också honom/henne? Det går mycket väl att som doktor ta med patienten i de övervägandena, precis som Lars Janzon

föreslår. Också för den enskilda patienten handlar det om marginalkostnad och marginalnytta.

Risk att vi får förmyndare

Än mer trängande är det att ta med dessa aspekter när vi utformar lokala vårdprogram och terapirekommendationer. Om vi som läkare följer Lars Janzon och frånhänder oss allt ansvar för läkemedelskostnaderna, så kan vi vara fullständigt säkra på att andra beslutsfattare, med svag förankring i den kliniska vardagen och med rudimentärt kunnande, kommer att ta över.

Den malmöitiskt lättsinniga inställningen till läkemedelskostnader är farlig för både läkare och patienter. Vi riskerar att sättas under förmyndare.

Referens

1. Lindgärde F. Klopidogrel – en kliniskt värdefull trombocythämmare. *Läkartidningen* 2000; 97: 2368-71.

Evidensbaserat använda PET i cancerdiagnostik?

I Wollmers och medarbetares artikel om PET-diagnostik vid cancer (*Läkartidningen* 16/00, sidorna 1946-8) är det konceptuellt inte svårt att hänga med i författarnas entusiasm för denna teknik; en biologisk funktionell avvikelse i tumörvävnad exploateras för förbättrad diagnostik. Det är också lätt att förstå att PET-tekniken är ett kraftfullt forskningsverktyg för att studera omsättningen av i stort sett alla tänkbara substanser.

PET i rutinmässigt bruk?

Artikeln uppfattas emellertid i första hand som en argumentering för att PET rutinmässigt bör användas i cancerdiagnostik, och här blir det svårare att hänga med. Vilka krav borde man ställa för att en ny diagnostisk metod ska inlemmas i rutinsjukvård?

Följande kan verka rimligt: metoden ska, om den inte har t ex uppenbara tekniska eller ekonomiska fördelar, ha bättre diagnostiska prestanda, uttryckt i termer av sensitivitet och specificitet, än referensmetoderna.

Vidare bör den adderade informationen leda till ändrad handläggning, vilken ska vara till nytta för patienten. Slutligen bör en ny metod inte innebära oproportionerliga risker för patienten eller ta orimligt stora resurser i anspråk. Dokumentationen bör komma från kontrollerade kliniska studier av god kvalitet.

Jämförelse intressant

Om PET-diagnostik vid cancer uppfyller sådana krav får man av artikeln mycket begränsad information. Det framhålls att det »för många patientgrupper finns riklig dokumentation som styrker det diagnostiska utbytet av PET-undersökningar ...». Det hade varit lämpligt att relativt detaljerat få genomgången hur PET prestandamässigt står sig jämfört med t ex dator- och magnetresonanstomografi, och vid vilka tumörtyper och lokalisationer som överlägsenhet finns bevisad i jämförande studier.

Vidare anges att t ex försäkringsbolag ersätter allt fler PET-undersökningar, att antalet undersökningar ökar snabbt, att införandet av tekniken »... givetvis föregåtts av noggranna

Författare

KJELL ASPLUND

professor i medicin, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

Kjell.Asplund@medicin.umu.se