

Akademiskt trångsynt om »den bästa läkaren«

■ I Läkartidningen 22/2002 beskriver professor Olle Nilsson två motsatta bilder som omvärlden har av den akademiska kulturen – en negativ med »konservatism, hierarkier, förändringsovilja, karriärism och negativ konkurrens« och en positiv med »den öppna debatten, viljan och förmågan till insiktsfulla diskussioner baserade på kunskap, av förmågan att bygga vetenskapliga teorier som för debatten och kulturen framåt«.

Slutkläm: »Den bästa läkaren är den kliniker som forskar i just den sjukdom som patienten lider av – en utmärkt blandning av vetenskap och beprövad erfarenhet. En sådan knytning är alldeles oundgänglig för en bra sjukvård i framtiden.«

Teoretisk truism

Ytligt betraktat är detta en teoretisk truism – som dock alltför ofta faller platt inför en mångfacetterad verklighet. För inte så länge sedan beskrev två MS-drabbade kolleger i Läkartidningen hur de farit illa i vårdapparaten. En av dem hade råkat ut för en läkare, som passar

perfekt in på Nilssons slutkläm ovan.

Tyvärr var vederbörande samtidigt så omogen som människa och läkare, att kollegan-patienten upplevde femton år av »diagnostisk katt och råtta-lek« med sin läkare – vilket ligger mycket långt ifrån vad jag uppfattar som »den bästa läkaren«.

Vidare – vad garanterar, att patienten inte drabbas av en forskande läkare, som bäst stämmer in på Nilssons negativa version? En forskande kliniker, som värderar sin uppfattning/sitt projekt/sin karriär högre än patientens välfärd och därmed inte ger bästa tänkbara vård. Aktuell just nu är ju den heta diskussionen om huruvida NSAID-preparat är (o)lämpliga till en del ortopedpatienter. Båda sidor kan inte rimligen ha rätt här.

En tredje reflektion, som illustreras utmärkt av just de opererande specialiteterna, är att mycket skickliga operatörer rimligen borde koncentrera sig på att operera, eftersom de därmed åstadkommer mycket gott för flera patienter. Andra kolleger inom specialiteten kan vara bäst i forskarrollen – och göra nytta

där. En sådan rollfördelning behöver inte innebära vattentäta skott mellan kliniker och forskare, och resulterande korsbefruktning gagnar alla.

Diskvalificerar en majoritet

Nilssons slutkläm diskvalificerar majoriteten av de läkare i Sverige, som är verksamma utanför universitetsklinikerna, från att kunna bli »den bästa läkaren«. Mera verklighetsnära vore att lyfta fram vikten av att hålla sig á jour med utvecklingen inom området, via tidskrifter, kongresser etc, och att – högst sannolikt efter någon form av konsensusdokument inom den egna specialiteten – tillämpa de rön, som vetenskapen kommer fram till. En sådan attityd utmärks av respekt för kolleger runt om i landet och är samtidigt välgörande fri från akademisk hybris.

Bror Gårdelöf

överläkare,
anestesi- och intensivvårdskliniken,
Universitetssjukhuset i Linköping
Bror.Gardelof@lio.se

Replik:

Ingen motsättning mellan vetenskap och kliniskt kunnande

■ I mitt inlägg ville jag betona vikten av att man inte ser en motsättning mellan klinisk kunskap och vetenskaplighet. Det är min absoluta övertygelse att dessa två går hand i hand. Tyvärr verkar det som om Bror Gårdelöf inte delar denna syn. Kanske beror denna skillnad i synsätt på olika definition av begreppen »vetenskaplighet« och »forskning«.

Jag anser inte att vetenskap och forskning är något som är förbehållet en liten grupp akademiker utan något som varje läkare måste tillämpa. Begreppen innefattar förutom direkta vetenskapliga studier även evidensbaserad behandling och systematisk uppföljning av patienter.

Mycken värdefull forskning bedrivs i primärvård och på länssjukhus – ingen behöver vara diskvalificerad som god läkare genom kravet på vetenskaplighet – däremot utgör det en förutsättning för att patienten skall få en god vård.

Exempelen stöder detta

De exempel Bror Gårdelöf ger visar också detta: Diskussionen om den effekt som NSAIDs har på benbildning kan bara lösas genom vetenskapliga studier.

(Det finns starka experimentella evidens för att osteoblastaktiviteten påverkas negativt av dessa preparat – men den kliniska betydelsen är ännu inte säkerställd). För att kunna ge våra patienter en god smärtlindring behövs således ytterligare vetenskapliga studier.

Det andra exemplet som Bror Gårdelöf nämner är »mycket skickliga operatörer« som borde få koncentrera sig på att operera. Naturligtvis utgör riklig kirurgisk träning en förutsättning för att vara en god operatör – men minst lika viktigt är att systematiskt följa sina patienter (resultat).

Patientens upplevelse av behandlingen är den viktigaste förutsättningen för ett gott resultat – och utan kunskap om hur patienten upplever behandlingen kan vi inte ge den bästa vården – hur skickliga operatörer vi än är. Vetenskap och beprövad erfarenhet går hand i hand och är en förutsättning för god sjukvård.

Olle Nilsson

professor
ortopedkliniken, Akademiska sjukhuset,
Uppsala
olle.nilsson@ortoped.uas.lul.se