

## Patienterna drabbas när läkarnas kunskap om läkemedel försämras

I efterförloppet av Systembolagets mutskandaler har även läkarnas samarbete med läkemedelsindustrin debatterats. Diskussioner och ifrågasättande är kanske alltid nyttigt, men konsekvenserna därefter blir inte nyttiga framför allt inte för patienterna. Dessa kommer att drabbas när kunskapsnivån om läkemedel successivt sjunker hos läkarkåren.

### Försvårar utbyte av erfarenheter

De nya riktlinjerna gör det krångligt för läkarna och läkemedelsbolagen att utbyta ömsesidiga erfarenheter om läkemedlens önskade och oönskade effekter. Medan företrädare för industrin redovisar forskningsresultat ger läkaren tillbaka tankar, erfarenheter och funderingar.

Läkarna missar därmed de senaste forskningsresultaten om läkemedlen – den information som ligger »on line« hos läkemedelsbolaget. Det som står i Fass är inte det allra senaste. Det är inte heller bra för industrin att de inte få ta till sig den vanliga doktors kunskaper och erfarenheter.

### Den vardagliga kontakten har upphört

Landstingen har utfärdat förhållningsorder på hur kontakten mellan läkaren och industrin får ske. Den vardagliga enkla kontakten mellan doktor och industri, som tidigare gett ömsesidigt utbyte av informationer, har i stort sett stoppats. Varje gång läkaren skall ha någon som

helst kontakt med läkemedelsföretaget skall läkaren ansöka om denna kontakt hos sin sjukhusledning. För de små enheterna med lite längre avstånd till sin ledning blir det så krångligt att det känns bekvämare att avstå från läkemedelsinformationen.

### Ersätts inte med annan information

Landstingen har inte avsatt medel för att kunna ersätta den tidigare läkemedelsinformationen och kunskapsförmedlingen med annan form av information och utbildning. Det finns heller ingen konsekvensanalys av beslutet att försvåra utbytet mellan läkemedelstillverkare och de läkare som ansvarar för patienternas nytta/onytta av de ordinerade läkemedlen.

### Patienterna drabbas

På sikt leder de nya riktlinjerna till sämre kunskaper om läkemedel hos de svenska läkarna och till sämre kunskaper hos läkemedelsindustrin om hur deras läkemedel fungerar i praktiken. De som mest drabbas av de nya riktlinjerna blir patienterna, som kommer att träffa läkare med sämre kunskap om mediciner.

**Marie-Louise Ekholm**

överläkare,  
landstingsledamot (m), F-län  
marie-louise.ekholm@lj.se

## Om vikten av att inte betygsätta studenterna under case-diskussionen

Med anledning av Jonas Nordquists kommentar [1] till min artikel om case-metodik [2] vill jag göra ett tillrättaläggande. Det gäller examinationen. I artikeln framhöll jag det viktiga i att inte lägga in någon form av betygsättning eller värdering under själva case-diskussionen.

Ett sådant inslag skulle hämma diskussionen och göra studenterna mindre benägna att blotta sina luckor eller missförstånd. Ett av syftena med case-diskussionen är just att studenterna ska känna sig fria att testa sina tankar. En viktig uppgift för läraren blir att fänga upp och klara ut eventuella missförstånd [3].

Att använda case som form för kurs-examination är en helt annan sak. Här har jag, tvärt emot vad Nordquist påstår, inte något att invända. Om man använder case under kursens gång blir det

självklart att använda case också som examinationsform. Det är precis så vi gör [3]. Studenterna känner igen sig och examinationen blir mindre frustrerande.

Som Nordquist konstaterade behandlades inte examinationen i min artikel [2], vilket dock inte betyder att jag anser den vara mindre viktig.

**Arne Tärnvik**

professor, överläkare, infektionskliniken,  
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå  
arne.tarnvik@infdis.umu.se

### Referenser

1. Nordquist J. Case-undervisning kan bli en brygga. *Läkartidningen* 2004;101:3303-4.
2. Tärnvik A. Case-metodik – undervisningsform som engagerar. *Läkartidningen* 2004;101:3314-9.
3. Tärnvik A. Advantages of using the multiple case method at the clinical stage of medical education. *Medical Teacher* 2002;24:396-401.

## Samtalets betydelse och vikten av att »se människan«

Carl Gustav Groth tar i *Läkartidningen* 43/2004 (sidorna 3360-1) upp frågan om kollegorna har tid för patienten och noterar att tiden som ägnas åt direkt patientkontakt har minskat. Skälen till detta är många. Men frågan är om förklaringen enbart är brist på tid?

Jag vill göra gällande att orsaken till den minskade patientkontakten kan vara bristande insikt i värdet av den och dess läkande effekt. Närvaron i kontakten är ovärderlig. Jag anser att detta, som skulle kunna kallas läkekonst, kan läras ut i undervisningen och att det är kostnads-effektivt. Jag vill illustrera med en egen upplevelse av att vara patient.

### Drabbades av en svår stroke

På dag 2 av en svår stroke för tre år sedan märkte jag att jag tappade synen. Genom mitt huvud for tankarna på min mor, som med åren blev nästan blind, förutom nästan helt döv. Hon lärde sig visserligen att klara av ett dagligt liv, och hon kunde gå ut och handla genom att hon lärde sig närområdet utantill. Men vad var då på gång med mig? Världen runt mig blev otydlig på ett sätt som senare visade sig vara ett funktionellt tunnelseende. Upplevelsen var chockartad, och jag visste inte hur det skulle sluta.

### Nattsköterskan såg min situation

Nattsjuksköterskan Karin såg min belägenhet: »Kom så sätter vi oss här i korridoren.« Under fem minuter berättade jag vad jag upplevde. Jag mötte en människa som tog sig tid att lyssna. Ångesten försvann, och jag kunde lägga mig och somna. Jag fick perspektiv på min situation och min synförmåga. Jag kunde också se möjligheterna, och där fick min mor bli ett föredöme. Dessutom har jag mött så många patienter som klarat av kanske svårare situationer än denna, och de har alltid varit mina föredömen.

### Lätt behandla symtom med medicin

Det är alltid lätt att behandla ett symtom med en medicin. Det är den lättaste vägen. Jag har sex olika mediciner. Men hjälper de? Ja, till en del, men föga när man är mitt i en livskris. Då hjälper kanske inte en enda medicin. Syster Karin hade förmågan att se »människan«, inta bara patienten eller symtomet.

Hur många inom vården har den förmågan eller vågar se och lyssna? Vågar ta emot ännu ett förtroende? Har man gjort upp med sin egen död? Vågar man

**ANNONS**

**ANNONS**

ta sig tid när samtidigt andra patienter väntar?

## Samtalet hade större effekt än medicin

Dagens stress på arbetsplatsen är ett hinder, men frågan är om inte det egentliga hindret är en oförmåga att just »se människan«. Det fem minuter långa samtalet med syster Karin hade för mig en större effekt än en medicin, och det var dessutom kostnadseffektivt!

Detta kan man lära ut, och det är en skyldighet för äldre kollegor att delge sina yngre kollegor sina erfarenheter i undervisningen eller i det dagliga arbetet. Det ligger ett stort ansvar på oss som undervisar om detta; föredömet är viktigt.

## Förmedla beröm till patienterna

Jag har också förmedlat beröm och uppmuntran till många patienter, som sedan klarat upp till synes omöjliga situationer. Beröm ger en påtaglig effekt och har en fantastisk betydelse. Det gäller inte minst när man bäst behöver det och när det kommer från oväntat håll. Tänk om våra arbetsgivare kunde förstå att vi behöver tid och att det är kostnadseffektivt att använda den på detta sätt?

**Per-Olof Elfstrand**

*fd barnhälsovårdsöverläkare, Skövde  
poelfstrand@bostream.nu*

## Tack!

II Jag arbetar som allmänläkare i Småland och vill tacka för »Inlägg utifrån«.

Jag tycker att Elise Claeson skriver många fina »inlägg« och uppskattade särskilt hennes senaste, »En nationell lögnaktig historia« (Läkartidningen 43/2004, sidan 3400). Närmare sanningen än så kan man knappast komma! Jag beundrar hennes mod och styrka att belysa samhällsproblematiken.

**Christian Reinisch**

*allmänläkare,  
Distriktsläkarmottagningen,  
Blomstermåla  
ChristianR@ltkalmars.se*

## ADHD-debatten – bakvända världen!

II Det är inte utan en viss förundran som jag läser Lennart Lindqvists inlägg om barn med ADHD och om ADHDs uttrycks sätt kan tänkas påverkas av miljöfaktorer eller inte (Läkartidningen 43/2004, sidan 3371). Tvärtemot vad man kanske skulle förvänta sig efter de senaste årens debatt får nu Björn Kadesjö höra från en psykolog att han inte är tillräckligt biologisk och genetisk i sin uppfattning kring orsaker och uttryck av ADHD (om jag kort sammanfattar budskapet i artikeln.)

### Än så länge en beteendediagnos

Alla vi som arbetar med ADHD-barn vet att ADHD för närvarande är en beteendediagnos och ännu inte en diagnos med tydlig etiologi. För oss är det självklart att ADHD-beteende kan påverkas av miljön, åt ena eller andra hållet.

För oss är det dessutom självklart att föräldrars beteende påverkar barnens beteende samt att lärares beteende (inklusive klasstorlek) också påverkar barnens beteende. Varför är detta så hotfullt eller kontroversiellt?

Jag känner inte Lennart Lindqvist, jag vet inte hur han lever eller tänker, men jag upplever att en del formuleringar i artikeln utstrålar rädsla. Är Lindqvist möjligtvis rädd för att vi ånyo ska ham-

na i diket där vi var när autism hos barn sades bero på mödrars kyla – men varför skulle vi hamna där när det gäller ADHD-diagnostik år 2004?

Artikeln budskap kan väl inte tolkas på ett annat sätt än som en överdriven oro hos författaren, särskilt som Björn Kadesjö just nu åker runt och föreläser om ADHD på ett synnerligen professionellt, vidsynt samt ödmjukt sätt. Jag tycker att det av Lindqvist i LT 43/2004 återgivna citatet ur Kadesjös bokkapitel just visar på denna vidsynthet.

Avslutningsvis vill jag till Björn Kadesjö et al säga:

Även om videt kniper runt anklarna, fastnar i ryggpåsen samt snärtar i ansiktet så sträva på ... Snart breder dvärgbjörksheden ut sig med sina vidder och fria sikt där man med lätthet kan blicka tillbaka ner mot den slingriga dalgång man nyss kom ifrån, den dalgång där andra fortfarande endast ser sina egna stövelavtryck. Kämpa på i motvinden, vi behöver er kunskap!

**Niklas Borell**

*överläkare, specialist  
i barn- och ungdomspsykiatri,  
neuropsykiatriskt centrum,  
Mälarsjukhuset, Eskilstuna  
Niklas.borell@mse.dll.se*

## Slutreplik:

## Min erfarenhet att ADHDs svårighetsgrad baseras på neuropsykiatrisk komorbiditet

II Oavsett om Niklas Borell vill tolka min artikel som bakvända världen eller ej, anser jag mig ha rätt att framföra mina erfarenheter av att i drygt tjugofem år ha ägnat mig åt barn, ungdomar och vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder.

Till dessa erfarenheter hör att svårighetsgraden av ADHDs symtom, dess bestående över tid och förening med andra tillstånd inte primärt baseras på psykologiska faktorer utan på biologiska – framför allt komorbiditet med andra neuropsykiatriska diagnoser, svag begåvning/utvecklingsstörning och psykos.

Att barn med ADHD också påverkas av miljön är för mig självklart och varken hotfullt eller kontroversiellt. Min fråga är bara – vilka barn påverkas inte av miljön?

Huruvida min oro för en vindvridning i synen på etiologi när det gäller de neuropsykiatriska funktionshindren är befogad eller inte kan endast framtiden utvisa. Klart är emellertid att på flera lä-

rarhögskolor i Sverige i dag är det enda perspektiv som ges på denna problematik ett rent sociologiskt och Eva Kärfve den enda föreläsare som inbjuds att föreläsa i ämnet. För övrigt framhöll jag att jag och Björn Kadesjö förmodligen har samma syn på etiologin bakom ADHD.

Därför anser jag fortfarande att det citerade utdraget var olyckligt formulerat och lätt kan misstolkas – framför allt om man vill det. Även jag önskar Björn Kadesjö lycka till i den motvind som fortfarande finns – inte bara på lärarhögskolor utan även på många ställen inom psykiatri och socialtjänst.

Till sist beklagar jag att DAMP-begreppet inte längre används. Det ringade nämligen in en allvarligare form av neuropsykiatrisk problematik som inte täcks av DSM IV-diagnosen ADHD.

**Lennart Lindqvist**

*leg psykolog, Kalmar  
lennart.lindqvist@kalmar.se*