

Ett gott råd är att inte ge goda råd!

Först tack till Anna Spencer som med sin välupplagda debattartikel i Läkartidningen 48/200 (sidorna 3846-7) illustrerar problemen med att ge goda råd. Vi var medvetna om att det skulle kunna finnas en risk för missförstånd och betonade därför att det inte var frågan om att inkräkta på läkares yttrandefrihet i största allmänhet.

Syftet med vårt inlägg var sålunda inte att hindra läkare med civilkurage att protestera mot uppenbara orättvisor eller kränkningar. Syftet var att mana till eftertanke innan man yttrar sig på ett förenklande sätt om komplicerade hypotetiska orsaker t ex angående de så kallade apatiska barnens tillstånd.

Anna Spencer frågar om man måste ha evidensbaserad kunskap för att kunna visa medmänsklighet. Alla vet att man kan skada en annan människa genom att slå vederbörande hårt i huvudet med en hammare – här behövs inga randomiserade försök. Problemet uppstår då potentiella orsakssamband är mindre uppenbara som t ex i fallet med de apatiska flyktingbarnen.

Om man hittar en medvetlös patient på gatan, har man som läkare skyldighet att hjälpa patienten oberoende av orsaken till medvetlösheten – detta är en på etiska principer (och inte på evidens/fakta) baserad skyldighet. Vi vet i denna situation inte om personen har drabbats av stroke, befinner sig i diabeteskoma

eller om det är den person som råkar stå i närheten som skadat patienten.

Metaforiskt sett var vår poäng att varna för att i detta läge utan närmare undersökning anklaga den närstående personen för mordförsök och dessutom göra det i egenskap av medicinsk expert.

Niels Lynöe

ordförande i Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik
niels.lynoe@bioethics.ki.se

Thomas Flodin

ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd
thomas.flodin@medhs.ki.se

Sjukskrivningarnas längd kan påverkas om företagsläkarna får ansvaret

Som mångårig företagsläkare och förtroendeläkare för försäkringskassa och arbetsförmedling har jag haft problemen med sjukskrivning, förtidspensionering (sjukersättning och aktivitetsstöd) och arbetsskador nära in på livet.

Jag sammanfattade 1987 mina egna och andras erfarenheter i monografen »Den arbetande människan« (Liber förlag), och jag anser att problemen i dag i stort sett är desamma som för 20 år sedan, bortsett från att de har ökat ytterligare och att det nu är ett stort behov av kraftfulla åtgärder.

Enmansutredaren Jan Rydh kom med förslag där det mesta var gammal skåpmat, och den förre arbetslivsministern Hans Karlsson var i början mycket kate-

gorisk och ansåg att allt var självklart, men blev efter hand mera ödmjuk och fämäld.

Anna Hedborg har nyligen i DN redovisat grundtankarna i Socialförsäkringsutredningen, bland annat att företagshälsovården bör ansvara för sjukskrivningarna, det vill säga att företagsläkaren skall ta över Försäkringskassans uppdrag att pröva och bevilja sjukpenning.

Företagsläkaren har möjlighet att göra en avvägning mellan patientens sjukdom och arbetskraven, men ändå är det i allmänhet patientens önskemål som bestämmer om sjukskrivning sker. Företagsläkarens ansvar för sjukskrivningen är därför i hög grad fiktivt men

kan ha avgörande betydelse för sjukskrivningens längd, för en tidigare återgång i arbetet och för rehabiliteringsprocessen genom att förkorta och förenkla beslutsvägarna. Det är därför från rehabiliteringssynpunkt ett radikalt och mycket bra förslag. Samtidigt ställer det företagsläkarna i en ömtålig situation som kommer att kräva en viss utbildning i rehabiliterings- och försäkringsmedicin.

Benämningen »företagsläkare« är för övrigt i dag en tom kliché och bör, om förslaget kommer till stånd, lämpligen nu ändras till »personalläkare«.

Harold Sihm

med dr, Färila

Apropå befolkningsnära vardagssjukvård!

I både dagspress och medicinska skrifter har det de sista åren vimlat av såväl tragiska som komiska anekdotiska skildringar från akutmottagningsländet i svensk sjukvård. Denna företeelse tillsammans med den helt oacceptabla kösituation, som vidlåder omhändertagandet inom flera discipliner, är en ful fläck på vår i övriga avseenden utmärkta sjukvård.

Kollegan Johannes Järhult (JJ) har

synpunkter inom det här området [1, 2]. Man läser dem med stort intresse. Här talar en klok man, som har bägge fötterna i svensk vardagssjukvård. Han går i polemik med dels Stig Bengmark (SB), som löser problemen med ytterligare centralisering till storsjukhus, dels Sven Dahlgren, som hänvisar till beräknade ekonomiska vinster av nedlagda jourlinjer på länsdelssjukhus.

Vad SB beträffar kan väl sägas att han

föll på eget grepp när han fick tillbringa ett stort antal timmar på en svensk akutavdelning för att få sin banala sårskada åtgärdad. Vännen Stig skulle ha kommit hem betydligt snabbare i ett effektivt decentraliserat system.

Enligt JJ talar mycket för att kostnaderna för vissa jourlinjer på länsdelsnivå är väl använda pengar relaterade till ett effektivt lokalt omhändertagande av våra pa-

tienter. Jönköpings läns erfarenheter pekar i den riktningen. Det här är ju en fråga som ständigt debatteras och kommer att debatteras. Framtidens lösningar på problemet är ingalunda givna. Mycket hänger på hur den sk närsjukvården med sina närsjukhus utformas i området mellan det specialiserade akutsjukhuset och minsta primärvårdsstation. Här måste man spela med varierande lösningar utifrån geografiskt läge och befolkningssituation. Akutåtgärder kan skraddarsys på ett effektivt sätt med utgångspunkt från lokala förutsättningar. Det viktiga är ju att berörda patienter känner sig väl omhändertagna.

Vi har pekat på faktorer av vikt i detta sammanhang, dels i Läkartidningen [3], dels i Dagens Medicin [4]. Hedervärt men en smula förvånande är det att merendels kirurger framför synpunkter i denna fråga, när huvudproblemet snarast ligger inom det medicinska fältet. Som JJ så riktigt påpekar, drabbar ju den dåliga servicen i första hand akutsökande utan livshotande sjukdomar. De flesta av dessa patienter hör invärtesmedicinen och allmänmedicinen till. Var tog de rösterna vägen?

Gamla multisjuka patienter, som dels får åka långa sträckor för att nå akutvård dels, utan hög prioriteringsgrad, blir ligande på en bår i akutkorridoren timme ut och timme in innan någon läkare har tid att undersöka dom, är en styggelse i svensk sjukvård. Det finns stort behov av att snarast ta itu med detta problem.

Acke Hallén
f d chefsläkare,
Sjukhuset i Säffle

Erik Hansson
f d överläkare, medicinkliniken,
Sjukhuset i Säffle

REFERENSER

1. Järhult J. Inget axioma om allt blir bättre bara för att det centraliseras. Läkartidningen. 2006;103:3303.
2. Järhult J. Den akuta vardagssjukvården bör finnas så nära befolkningen som möjligt. Läkartidningen. 2006;103:3786.
3. Hallén A, Hansson E. Internmedicin i framtidens sjukvård - lämna inte de äldre i sticket! Läkartidningen. 2003;100:2790-3.
4. Hallén A, Hansson E, Wiklund P. Vårdplatser ett krav för komplett närsjukvård 24 timmar om dygnet. Dagens Medicin. 2006;(35):25.

Allmänmedicin vinner terräng i Australien

I en redaktionell kommentar från Australian Journal of Rural Health [1] noteras en stark ökning av antalet nya medicin- och sjuksköterskestudenter i landet och en därpå följande infrastrukturförändring. Den australiska regeringen proklamerade tidigare i år att antalet medicin- och sjuksköterskestuderandeplatser ska ökas med 400 respektive 1 000 per år, med början år 2007 [2].

År 2000 var det årliga intaget av studenter till medicinstudier 1 200, och för 2008 är prognosen satt till 3 000 per år. Nya medicinska fakulteter kommer dessutom att inrättas enligt tidigare regeringens beslut.

Många av de nyinrättade medicinska fakulteterna har explicita regionala program och glesbygdsprogram, t ex James Cook University, Australian National University, University of Wollongong, Deakin University och University of Notre Dame.

Det initierade sk Rural Clinical Schools-programmet har till syfte att 25 procent av de australiska läkarstudenterna ska genomgå minst ett års klinisk färdighetsträning i mindre samhällen och glesbygd [2]. Genom olika träningsprogram ska läkarstuderande och läkare i utbildning på olika nivåer kunna få god utbildning vid de regionala utbildningsklinikerna.

Samarbetsprojekt har inletts, vilka bl a resulterat i medel för utbyggnad av glesbygdsvårdcentraler, så att studerande kan beredas utrymme för konsulta-

tioner och studier. Medel avsätts även för inrättande av bibliotek och Internet-uppkoppling vid dessa vårdcentraler. Särskilda lönevillkor gäller för de glesbygdsdoktorer som påtar sig handledar- och utbildningsuppdrag.

Redaktörernas kommentar är att det nu är hög tid att gå från synen på klinisk undervisning vid glesbygdens vårdcentraler som en »extra option« till att betrakta dessa vårdenheter som kärnkomponenter i den kliniska utbildningen för australiska läkare.

Det höjs också röster för att öka samarbetet mellan Rural Clinical Schools och universitetsfakulteter när det gäller glesbygdsmedicin, i syfte att koordinera utbildningsinsatser och befrämja investeringar i glesbygdspraktiker.

Lars Abrahamsson
ST-läkare, Luleå
lars.abrahamsson@nll.se

REFERENSER

1. Walters L, Worley P. Training in rural practice: Time for integration? Aust J Rural Health. 2006;14:171-2.
2. Prime Minister of Australia. More doctors and nurses for the health system. [Cited 25 May 2006]. http://www.pm.gov.au/news/media_releases/media_release1872.html
3. Commonwealth Department of Health and Aging. Rural clinical schools. [Cited 25 May 2005]. <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-workforce-new-rurclinical.htm>

SBU-rapport felciterad i Pfizer-annons

Med hjälp av systematiska litteraturoversikter arbetar SBUs projektgrupper för att visa vilka utredningar och behandlingar som har vetenskapligt stöd och vilka som inte har det. SBU förväntas sprida kunskapen från projekten till sjukvårdens verksamheter och till allmänheten i avsikt att få kunskapen satt i tillämpning. För att få största möjliga genomslag krävs, förutom SBUs egna insatser, medverkan från andra aktörer på sjukvårdens område. Läkemedelsbolagen är en sådan viktig aktör, och SBUs kunskapsöversikter har vanligen mottagits och vidarebefordrats på ett seriöst sätt.

Det är därför anmärkningsvärt att Pfizer i en annonsbilaga i Dagens Nyheter den 20 november [1] lägger in påståendet som åberopar SBU i texten, men som i själva verket inte överensstämmer med rapporten.

SBU konstaterar i rapporten om demenssjukdomar [2] följande:

- Studier ger *inte* stöd för hypotesen att demensläkemedel senarelägger behov av särskilt boende.
- Det *saknas studier* som visar att demensläkemedel gynnsamt påverkar livskvaliteten hos demenssjuka personer.

Pfizer hävdar däremot att SBU-rapporten skulle påvisa sådant stöd. SBU fin-

ner detta ytterst beklagligt eftersom det vilseleder mottagarna. Att annonsens budskap på dessa viktiga punkter går stick i stäv med SBUs rapport är ett trist uttryck för bristande respekt för de SBU-resultat som annonsören säger sig bygga på. Annonserna har av annan part anmälts till Läkemedelsindustrins informationsgranskningsman (IGM). Pfizer har efter annonsens införande försäkrat SBU att den inte ska upprepas.

Replik:

Vi står bakom annonsens budskap

Vi vill börja med att beklaga den felaktiga formuleringen som vi använde i vår hänvisning till SBUs rapport i annonsen »Rätt behandling under rätt tid« som införts i en annonsbilaga i Dagens Nyheter. Så snart detta uppdagades kontaktade vi SBU och intygade att formuleringen inte kommer att användas framöver.

Vi vill dock med emfas tydliggöra att det endast rör sig om ett misstag och inte om en medveten felcitering i syfte att vilseleda läsarna.

När det gäller annonsens budskap så är det dock något som Pfizer till fullo står bakom. Idag finns det studier som visar på att behandling kan möjliggöra att patienten kan bo hemma längre och inte behöver flytta till sjukhem [1, 2]. Dessa studier är dock inte placebokontrollerade, vilket är naturligt, men dock en brist. Av etiska skäl är en sådan studie i princip omöjlig att genomföra då flera års behandling med placebo skulle vara nödvändig – när indikation för behandling redan är godkänd.

Vi anser att det är vetenskapligt visat att det finns en korrelation mellan bi-behållna kognitiva funktioner och sparade resurser för samhället, för att inte nämna livskvalitet för den enskilde patienten och dennes anhöriga [3-6]. Därav vikten av att rätt patient får rätt behandling under rätt tid.

Vi på Pfizer är stolta över att få vara delaktiga i att sprida information och kunskap kring en sjukdom som historiskt sett har varit belagd med både stigma och skam. Givetvis ska alla citeringar som vi använder vara korrekta, och vi strävar alltid, liksom SBU, efter ett öppet och etiskt samarbete mellan sjukvårdens alla aktörer. Trots att vi har gjort ett fel i just den här annonsen kan det dock aldrig vara fel att öka kunsk-

pen om sjukdomsområdet – hos patienter, anhöriga och deras närstående.

Anders Norlund
projektledare
norlund@sbu.se

Ragnar Levi
informationschef

Måns Rosén
direktör; samtliga vid Statens beredning
för medicinsk utvärdering, SBU

Clas Lindbergson
terapiområdeschef Neuroscience/Pain

Sven Langworth
docent, medicinsk rådgivare; båda Pfizer AB

REFERENSER

1. Geldmacher DS, Provenzano G, McRae T, Mastey V, Ieni JR. Donepezil is associated with delayed nursing home placement in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(7):937-44.
2. Lopez OL, Becker JT, Saxton J, Sweet RA, Klunk W, DeKosky ST. Alteration of a clinically meaningful outcome in the natural history of Alzheimer's disease by cholinesterase inhibition. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(1):83-7.
3. Winblad B, Engedal K, Soininen H, Verhey F, Waldemar G, Wimo A, et al; Donepezil Nordic Study Group. A 1-year, randomized, placebo-controlled study of donepezil in patients with mild to moderate AD. *Neurology.* 2001;57(3):489-95.
4. Wimo A, Winblad B, Engedal K, Soininen H, Verhey F, Waldemar G, et al; Donepezil Nordic Study Group. An economic evaluation of donepezil in mild to moderate Alzheimer's disease: results of a 1-year, double-blind, randomized trial. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2003;15(1):44-54.
5. Wlodarczyk JH, Bro-

REFERENSER

1. Pfizer. Rätt behandling under rätt tid [annons i bilaga] Dagens Nyheter. 2006, 20 november..
2. Demenssjukdomar. En systematisk litteratursökt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 172.
- daty H, Hawthorne G. The relationship between quality of life, Mini-Mental State Examination, and the Instrumental Activities of Daily Living in patients with Alzheimer's disease. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004;39(1):25-33.
6. Takeda A, Loveman E, Clegg A, Kirby J, Picot J, Payne E, Green C. A systematic review of the clinical effectiveness of donepezil, rivastigmine and galantamine on cognition, quality of life and adverse events in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006;21(1):17-28.

ANNONS