På flykt från universitetets förgiftade modersmjölk

Hur undviker vi att bli informationens

__Vidstående artikel__ är en bearbetning av ett föredrag hållet till minne av barnläkaren Olle Hansson, som på 1970-talet spelade en viktig roll i uppnystandet av SMON-katastrofen. Anförandet hölls vid en debatt om »Läkare, pengar och etik» arrangerad av Medicine studerandes förbund (MSF) i Göteborg i maj 1997.

Temat:

Skapar dagens universitetsutbildning en mer kritisk, självständig och mot etablerade medicinska sanningar oppositionell studentgeneration än som var fallet på 1960- och 1970-talen?

Bengt Järhults egen kommentar:

»Mitt inlägg är en personlig deklaration till Olle Hanssons minne. Så att de som är unga läkare och blivande läkare kan bedöma om de gör samma misstag som min generation. Kanske dagens studenter inte känner igen sig i min beskrivning av tillvaron. Då kan de skatta sig lyckliga. Då har utvecklingen redan sprungit ifrån mig och jag är en bydoktor, en misantrop i mitt Kyrkhult.»

Jag började läsa medicin 1969. Jag har nu 25 års perspektiv på mig själv som läkare. I mitt sätt att agera mot patienter och i olika medicinska sammanhang är idag tyvärr mycket oförändrat. Jag skyller det ofta på felaktig programmering under studietiden.

Men förhoppningsvis finns det ännu tid kvar innan läkarrollen tagit karaktär av en själslig stenstod. För jag tycker fortfarande det är intressant att fundera på vad som skapat mig som läkare, och jag finner nöje i att berövas illusioner.

För min del trodde jag under grundutbildningen i stort sett på vad lärarna sade och vad som stod i böckerna. Detta var medicinen med stort M. När jag blir lika duktig som universitetsläkarna med sina uppfällda vita kragar – det var nästan bara män på den tiden – ska jag också praktisera medicinen vetenskapligt, tänkte jag.

Allmänmedicinen med sitt vidvinkelobjektiv visste jag då inte något om. Jag kunde därför inte genomskåda sjukhusspecialisternas synfält utifrån kikarsiktet. Inte ens när de drev gäck med klåparna på vårdcentralerna, de s k doktorerna i busken.

Jag fick under mina första sex år aldrig någon träning i litteraturvärdering, än mindre i kritiskt läsande.

Jag fick ingen modell för hur jag skulle följa den medicinska utvecklingen utan att påverkas av särintressen.

Tvärtom snappade jag tidigt upp en attityd bland läkarna. De utnyttjade gärna läkemedelsindustrins förmåner och insåg uppenbart inte att förmånerna hade ett pris som stod i konflikt med vetenskapsidealet.

Under universitetsåren fick jag heller inte någon bild av att den s k vetenskapen har en snabb omsättning – dvs att det som är högsta sanning idag är förbannad lögn i morgon. Jag skolades absolut inte till en attityd av ödmjukhet inför mitt kommande värv: mötet mellan den högutbildade, vetenskapliga läkaren och den på många plan avklädda och rädda patienten med sjukdomar och besvär som vetenskapen inte har en aning om.

Mitt liv har blivit en utdragen avvänjning från den förgiftade modersmjölk universitetet proppade i mig. En modersmjölk fylld av så många subspecialisters tillfredsställelse med att veta bäst och mest om sin detalj. Ett tryggt modersbröst putande av medicinska sanningar.

För min del blev SMON (subakut myelooptisk neuropati) – skandalen för över 20 år sedan – ett uppvaknande. Jag insåg då att det medicinska samhället med hela sin hierarki inte är ett dugg bättre än århundradens enkla bydoktorer.

Oxikinoliner, mest namnkunnigt som Enterovioform, hade använts i 30 år. Det var odokumenterat till sin effekt på ospecifik diarré, inklusive turistdiarré, men användes omfattande. Läkarna som rekommenderade det var lika troende på vad de gjorde som åderlåtarna var igår och homeopaterna är idag.

Professorer och myndigheter försvarade – när biverkningskatastrofen för lekmannen väl var uppenbar – sin okunskap med näbbar och klor, gärna under den vetenskapliga täckmantelns förgyllning. Eftersom läkarskråret, förutom paradexemplet talidomid, Neurosedyn, helst inte vill prata om sina misstag, är det inte säkert att alla studenter idag ens hört om SMON.

Det var enskilda modiga läkare med Olle Hansson i spetsen, politiska initiativ i bl a Japan, och befolkningens protester som förändrade verkligheten och fick till stånd ett försäljningsstopp för oxikinoliner. Det var alltså inte den kritiska och vetenskapliga diskussionen i det medicinska samhället, inte den »interna renhållningen», som utmönstrade denna obsoleta terapiform.

Industrin med sitt s k produktansvar, sitt halv- till helmonopol vad gäller information, och sin omtalade etik förhalade, förhalade och förhalade. Ciba-Geigy tvingades först genom en landsomfattande läkarbojkott till reträtt. De bolag som kunde fortsatte länge – och fortsätter? – att sälja de potentiellt ytterst farliga oxikinolinerna i uländerna.

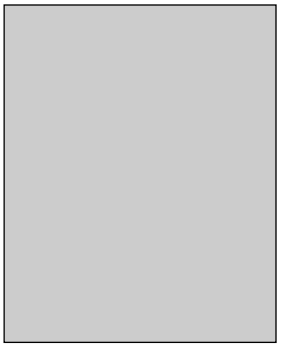
Varför hade inte jag, som just kom från akademins och vetenskapens högborg, hört om detta? I undervisning och studier granskat denna bedrägliga terapiform och med sant vetenskapligt sinne genomskådat falsariet?

Det här är inga ungdomliga, omogna frågor utan gäller lika väl idag: om, och hur, vi läkare i grund- och fortbildningen tillämpar ett vetenskapligt förhållningssätt. Hur vi läser litteratur kritiskt, hur vi förhåller oss till läkemedelsbolagens propaganda. Särskilt för mig som distriktsläkare – hur jag tillämpar ett allmänmedicinskt perspektiv på medicinen, som i så hög grad styrs av akademiska revir och egenintressen.

Om situationen i grunden hade varit annorlunda idag än vid SMON-katastrofen på 1970-talet – då hade inte läkarna, särskilt allmänläkarna, varit så oreflekterat sugna på att få skriva ut det livsfarliga och nu indragna depressionsmedlet Zelmid och det det nu indragna antibiotikumet Temac, för att ta två mer nutida exempel.

Det handlar om preparat som läkemedelsindustrin helt okritiskt marknadsförde, ofta med samtidig lekamlig bespisning, och som läkarna svalde som utmärkta och väl dokumenterade medel.

avfallskvarn?



KRÖNIKÖR

BENGT JÄRHULT
distriktsläkare vid Hälsokällan i Kyrkhult; primärvården i Olofström.

”Här ligger jag i badet och tror att ett vetenskapligt förhållningssätt och en ambitiös läsning ska utveckla medicinen och förbättra sjukvården. Pyttsan! ”

Om situationen hade varit radikalt annorlunda idag än på SMONs 1970-tal, då hade inte läkarna skrivit ut svindyra ACE-hämmare och kalciumantagonister vid hypertoni. Få läkare, inklusive allmänläkare, genomskådade Läkemedelsverkets förstahandsrekommendationer om hypertonibehandling. Dessa kom kring 1990, och verket förordade ett flertal dåligt dokumenterade medel till bred användning.

Det var inte heller allmänläkarna med sitt omhuldade allmänmedicinska perspektiv – verkligen applicerbart på essentiell hypertoni – som i första hand såg till till att lägga korten på bordet. Det var SBU. Många läkare tycks, av försäljningen att döma, ännu inte ha förstått SBUs budskap – att beta-blockerare och vattendrivande är de medel som möjligen kan sägas vara dokumenterade på sin indikation.

Varför tar vi som läkare blixtsnabbt till oss det oprövade och kanske farliga men inte det vetenskapligt väl prövade och trygga? Denna fråga är central för hur utbildningen av läkare och färdiga läkare ska utformas.

Med all rätt ska läkemedelsindustrins omfattande desinformation kritiseras. Den har t ex inte lyft ett finger för att rätta till den felanvändning av blodtrycksmedel, som deras marknadsföring åstadkommit, och som kostat samhället miljarder. Tvärtom, de fortsätter som om inget hänt, och infiltrerar primärvården genom konsulentbesök och bjudmiddagar för oprövade medel, t ex angiotensin 2-hämmare av typ Cozaar.

Med all rätt ska också samhällets oförmåga att skapa ett adekvat och slagkraftigt fortbildningssystem brännmärkas.

Men i sista hand är det också mig själv det hänger på. Att jag inte är tillräckligt kritisk. Att jag är slapp i läsandet. Att jag inte ens efter 25 år har skaffat mig ett strukturerat lässätt för att rätt kryssa i den flod av s k information och vetenskapliga artiklar som sköljer över mig. Så här kan det gå till för mig som tror mig läsa så vetenskapligt.

Det är dags för lördagsbadet med Schuberts ofullbordade i bakgrunden. I välbehag öppnas veckans Läkartidning – i denna lättjans plats bakifrån – och kontrolleras om någon allmänmedicinare disputerat eller om någon jämnårig kollega avlidit. Så var inte fallet.

Tre artiklar, en om demens från Linköping, skriven av en distriktsläkare, en om yrkesastma och en recension av en god bedömare, rivs ut och stoppas i Distriktsläkarföreningens olästa tidning. Detta för att läsas »sedan». I praktiken nog aldrig.

Mycket nöjd med mig själv över att redan ha läst veckans Läkartidning övergår jag till Lancet. Ser man på! Ibland trött på Lancet med alla dess genmanipulerande artiklar som jag inte begriper något av, hittar jag i detta nummer genast en viktig studie om en vanlig sjukdom i primärvården.

Det är en kontrollerad behandlingsstudie om bihåleinflammation. Jag läser faktiskt hela artikeln, inklusive metodavsnittet. Snyggt jobbat, mina kolleger i Holland! Primärvårdsstudien visar något som de svenska universitetsklinikerna aldrig brytt sig om att ta reda på, nämligen om penicillin hjälper mer än placebo vid klinisk sinuit. Det var ju snopet att så inte var fallet, särskilt för dem som blivit docenter på antibiotikas påverkan på bakterierna i snoret från sinus.

Här har jag i 20 år skrivit ut penicillin till kanske 1 000 patienter i onödan och bidragit till bakteriers resistensutveckling och samhällets bankrutt. Visserligen har jag nästan bara använt det billigare V-penicillinet och inte dyra bredspektrumantibiotika, vilka öronläkarna brukar överanvända. Men i alla fall.

Tala om bedräglig »beprövad erfarenhet»! För nog har jag tyckt att mina sinuitpatienter blivit bra på penicillin. »Vetenskap och oprövad erfarenhet» i stället för »beprövad» – det är ett bättre uttryck som talar om vad vi läkare sysslar med!

Sedan nosar jag, där jag ligger i badet, på en medicinsk kommentar i Lancet. Jag lämnar den, då jag förstår att en universitetssubspecialist – utifrån en liten incidensökning för hans favoritsjukdom – förordar omfattande kontroller av just sina telningar på praktikers mottagningar, däribland min.

När ska dessa medicinska »översteprester» lära sig att väga sjukvårdsinsatser på basen av statistiska riskökningar mot den sociala verkligheten? Den som i Europa innebär en permanentning av tvåtredjedelssamhället, där stora grupper inte längre har råd att söka elementär sjukvård, än mindre omfattas av enkla förebyggande insatser.

Nu har jag riktigt spårat ur min ambition, att läsa s k vetenskapliga artiklar kritiskt, och jag låter andra dunkla krafter inom mig styra. Resten av tiden, in alles en timme, ägnar jag åt Lancets »News»: Jag läser med beundran hur engelska läkare går i härnad mot social misär: »UK health professional call for action on poverty».

När ska man få se något liknande i Sverige? Att en officiell läkargrupp tar ordet fattigdom i sin mun, eller att läkarkårens fackliga ledning i sitt opinionsarbete och i samhällsdebatten besjälas av kamp mot klassrelaterad ohälsa och social nedrustning?

Här ligger jag i badet och tror att ett vetenskapligt förhållningssätt och en ambitiös läsning ska utveckla medicinen och förbättra sjukvården. Pyttsan! Vad lätt det är att bli inbilsk i sin egen professionella värld och inte se att samhälle och politik i grunden satt

gränserna, bestämt handlingsutrymmet för det vi tror är en akademisk frihet.

Min sejour i badet rymmer både goda och dåliga sidor i mina studier. Jag har faktiskt kartlagt min fortbildning i detalj under en vecka. Slutsatserna framgår av vidstående faktaruta.

Jag ska inte trötta med en redogörelse för den flod av tidskrifter, som – utan att vara beställda – bara på en vecka kommer i min brevlåda, alla inbjudningar till s k informationsmöten, ofta nära eller överskridande mutlagstiftningens gräns, och mängderna av brevreklam, som ofta oläst går direkt till pappersinsamlingen.

Jag vill bara antyda den kamp jag och många, många läkare för i avsikt att hänga med i den medicinska utvecklingen, och att kunna förena detta med ett familjeliv – att i alla fall ibland vara med sonen och meka med mopeden. Det gäller ju inte heller bara det medicinska.

Ska vi som läkare inte bara vara duktiga och teoretiska fackidioter utan faktiskt också goda doktorer, hela människor, som kan hjälpa våra patienter – ja då måste vi skapa utrymme, skapa en frizon: för skönlitteratur, för samtalscirklar om etik, för allmänmedicinska FQ-grupper, kanske för musik och poesi.

Många läkare i min generation går under därför att de inte klarar av det på universitetet grundlagda omnipotenskravet. Det är en fin sida hos många läkare att försöka vara kunniga, men den exploateras grovt av läkemedelsindustrin.

Den vädjar ständigt till det nya, till den ofta betydelselösa kunskapen, till läkarens dåliga samvete att inte ha läst och hört. Vidare till läkarens osäkerhet om kunskapsläget, till läkarens flockmentalitet, att inte känna till att klinik si och så nu använder preparat X och Y och senaste behandlingsmodell P.

Den ambition hos den unga läkaren, som skulle kunna leda till verklig kunskap, som betyder något för patienterna, omvandlar i själva verket ofta läkaren till – ursäkta – en informationens avfallskvarn! Det publiceras 6 000 artiklar – om dagen!

Många läkare ser inte längre skogen för alla träden. All ny medicinsk information via datorer och Internet kommer sannolikt, kanske med vissa undantag av typ Cochranes databas, att bara göra oss ännu dummare.

Jag tar ytterligare ett exempel från min registrerade vecka, en söndag. I morgonens tystnad i huset tar jag mig an en medicinsk kommentar i ett halvgammalt Läkartidningsnummer, »Behandling av parkinsonism». Självbedrägligt tänker jag: Jag läser denna översikt, så slipper jag läsa den nyss anlända tjocka, och med sin tråkiga layout utmattande Läkemedelsverkets Workshop i samma ämne.

Jag inser dock snart att den kunnige neurologprofessorn i Läkartidningen inte vet mycket om hur jag ser parkinsonpatienterna i primärvården.

Påföljande medicinska kommentar »HIV och kemokinreceptorerna» anser jag ligga utanför mitt område. Men den gnagande känslan av att vara på väg ut ur den medicinska gemenskapen, att inte begripa något om den nya immunologin och genteknikutvecklingen, gör att jag läser ingressen.

Jag lägger ordet accessorisk receptor till CD 4 på minnet. Begreppet ska kanske ännu en tid låta mig leva i illusionen att vara kvar i läkarskråets trygga kunskapsinneslutning – denna glasblåsa i vårt kaotiska årtusendes sista skälvande minut. Så gick en halvtimme av denna soliga söndagsmorgon!

Jag längtar intensivt efter en förmåga till läseffektivisering och en praktisk modell för vetenskaplig bedömning av artiklar. Tänk om jag kunde disciplinera mig till detta, och inte samla på mig artiklar tills de dammiga i en stor hög slängs ut i min förbittring över att de är olästa och inaktuella efter 3 år.

Nu får det vara slut på grottekvarnen för min del. Nu ska jag tillämpa det som jag utgår ifrån att den nya generationen medicinare lärt sig på universitet. Eller?

Det första är att inte sätta sig i beroendeställning av andra intressen, som styr urvalet i kunskapsmassan och påverkar slutsatserna. Dvs uppträda med integritet och inte för olika förmåner acceptera ett ovetenskapligt informationsflöde.

Det innebär i praktiken att säga nej till fyra femtedelar av industrins s k information. Det går bra att skriva till Svensk Läkemedelsstatistik och spärra utskicken, så kommer inte längre floden av reklam.

Det innebär också att konsekvent tacka nej till läkemedelsindustrins mest manipulativa kanaler.

Använd den frigjorda tiden och den klara hjärnan som inte proppats full med snedvriden information till att läsa det som är väsentligt och som snabbt bör ha ett genomslag i den praktiska vardagen – SBU-rapporter, kliniskt kontrollerade undersökningar som verkligen spelar roll för patienternas livslängd och livskvalitet, detta till skillnad från sjukdomsorienterade artiklar om blodtryckspåverkan och kolesterolnivåer.

Läs minst vart annat år hela Läkemedelsboken! Låt kvalitativa studier om bemötande, kulturella frågor och annan utbildning om patient–läkarerelationen få ett större utrymme! Låt humaniora få en viktig plats i livet – också för arbetets skull!

I USA värderar befolkningen sina läkare efter kunskap och – just det – moral. I Sverige var för 25–35 år sedan politikerna ansedda. Det var fint att vara en förtroendevald. Idag vet alla hur det är – att politikerföraktet är en böld som hotar själva demokratin.

Det kommer att gå med läkarna som med politikerna. De kommer att förlora sitt anseende och sin trovärdighet under åren som kommer.

Om inte läkarna själva, och särskilt den nya generationens doktorer, på ett helt annat sätt än vi medelålders och äldre, slår vakt om sin integritet, sin ledstjärna vetenskap i utbildning och fortbildning och håller rågången till de kommersiella krafterna fullständigt klar. •

Slutsatser från en veckas registrering av all muntlig och skriftlig fortbildning:

- *En kartläggning medvetandegör problemen och är i sig av värde för ett bättre läsande!*
- *Jag saknar en struktur för urvalet. Trots allmänmedicinsk ambition fastnar jag alltför ofta i plikt och »egna krav» att läsa något, ofta traditionella specialistartiklar av översiktskaraktär.*
- *Jag läser mindre originalarbeten än jag trodde. Det mesta är referat och översikter där jag inte har någon kontroll över förutsättningarna (vad gäller urval, patientsammansättning, tolkning etc).*
- *Sanningen är att jag inte orkar eller kan kritiskt granska den absoluta merparten av informationen.*
- *Artikelflödet styrs i hög grad av industrins intressen och trender bland subspecialister (ofta sammanfallande intressen)*
- *Mitt läsval styrs ofta av vad jag kan – det vill jag bekräfta. Inte vad jag inte kan.*
- *Min läsning styrs nästan aldrig av mina behov. Jag har varken analyserat dem eller planerat för att tillgodose dem!*
- *Jag söker sällan aktivt kunskap.*