

stora effektivitetsförluster främst genom oförmågan att skapa en effektiv ledningsorganisation. Ännu idag – flera år efter att de gemensamma styrelseorganen för sjukvården i dessa regioner skapats – har det extra skiktet av administration – regionstyrelse, dess beredningar, beställarstyrelse och distriktsnämnder – inte funnit sina roller.

Detta har bl a bidragit till bristande beställarstyrning, utdragna budgetprocesser och försenade budgetbeslut. Detta har i sin tur skapat oklara förutsättningar för chefer och personal långt ned i organisationerna.

Att Kalmar län har klarat sig bättre genom regionförsöken beror just på att man där varit kloka nog att hålla sjukvården utanför. Detta borde – tvärtemot vad Isaksson skriver – ses som ett stöd för Läkarförbundets inställning i denna fråga.

Demokratin i sjukvården

Isaksson hävdar också att det demokratiska inflytandet över vården kommer att förbättras, och att detta har varit huvudsyftet med regionaliseringen. Huruvida regionnivån eller länsnivån är den mest demokratiska har Läkarförbundet aldrig försökt värdera. Jag har dock svårt att tro att regionnivån – som innebär att politikerna befinner sig längre bort från medborgarna – skulle vara en mer demokratisk nivå än landstingsnivån.

Flytta finansieringsansvaret till staten

En betydligt effektivare åtgärd för att öka det lokala medborgarinflytande vore att, som Läkarförbundet tidigare föreslagit, flytta över det grundläggande finansieringsansvaret för sjukvården till staten.

Eftersom sjukvården skall erbjudas med likvärdig minimikvalitet över hela landet bör uppdraget åtföljas av finansiering från den statliga skatten. Lands-
tingsskatten skulle då kunna sänkas radikalt och bara fylla funktionen att finansiera lokala angelägenheter och eventuellt frivilligt vald extra kvalitet inom vården.

Priset för att behålla ett lokalt sjukhus

Antag att ett visst landsting av något skäl inte vill lägga ned ett dåligt utnyttjat sjukhus. I det läget skulle det vara upp till de lokala politikerna att diskutera finansieringen med medborgarna.

Föredrar medborgarna att landstingsskatten höjs eller att annan verksamhet dras ned? Idag kan en sådan diskussion knappast föras eftersom Robin Hood-systemet helt har brutit kopplingen mellan vad invånarna betalar in i lands-
tingsskatt och det egna landstingens inkomster. •

Varför är inte fler läkare blodgivare?

II Som kirurg har jag emellanåt haft anledning att fundera över blodåtgång – och -tillgång. Ibland har jag också som blodgivare fått larm från blodbankerna om brist på blod. När jag då tagit upp frågan med kolleger visar det sig att nästan(?) ingen är blodgivare. Inte ens bland kärllkirurger(!) verkar det vanligt. Vad beror det på?

En enkel historia

För åtminstone sjukhusläkare är annars blodgivning en skäligen enkel historia. Man är ju redan »på plats«, någon tidsbeställning är inte nödvändig, hela proceduren är över på 10–15 minuter och är i stort sett smärtfri. På köpet får man också färdigbredda smörgåsar, juice, kaffe och bulle – bra speciellt om man inte hunnit med ordentlig lunch.

Blodgivning ersätts traditionellt med 30 kr – oförändrat sedan många år! Som alternativ ersättning finns dock numera

diverse T-shirts och annat, oftast med diskret »reklam« för blodgivning. Som trägen blodgivare har jag på detta sätt nu en god del av min klädgarderob från blodbankerna.

Tummen ned, dock, för alla nya tjugiga prylar som kostar mer än ersättningen, och som man alltså får köpa. Då förloras lite av poängen.

Kan någon ge svar?

Men frågan kvarstår. Varför är inte alla friska läkare blodgivare? Någon brist på information om behoven kan väl knappast föreligga? Är det »allmän slapphet«? Ointresse (för sin nästa)? Eller är man helt enkelt ovan att dela med sig – om man inte får ordentlig ersättning för det?

Kan någon ge mig ett svar på detta?

Gunnar Olofsson
läkare, Göteborg

Fibromyalgi – i verkligheten eller i sinnevärlden?

II Fjorton månader efter det att Nationella folkhälsokommittén gav ut min skrift »Nya Diagnoser« – som trots stor upplaga tog slut efter ett halvår – blir den recenserad i Läkartidningen (5/01, sidan 482) av distriktsläkaren Olle Hellström.

3/4 av utrymmet ägnas åt annat än boken

1999 lade Hellström fram en avhandling i Umeå med undertiteln »Om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik«. Den varudeklarationen torde vara nödvändig om man ska kunna förstå varför ca 3/4 av recensionen inte ägnas åt skriften, utan åt Hellströms delvis dunkelt formulerade funderingar kring möten med patienter; deras upplevelser, förhoppningar och viljeyttringar.

Hellström, som är anhängare av fenomenologin, accepterar visserligen att det finns erkända sjukdomar, men menar att medicinsk diagnostik utöver dessa idag accepterade tillstånd stänger in oss i »förtingligandets tankefängelse«. Han hoppas på en framtid där vi inte längre – med en diagnos – »tystar eller tar kontroll över det utsagda«.

Biologiska förklaringar

Hellström tycks med ogillande ha tagit del av mina försök i skriften att finna biologiska förklaringar till de mycket vanliga symtomen värk, trötthet, mental uttrötthet m fl, och anser mig stå för

en »biomedicinsk fundamentalism«. (Denna populistiskt gångbara etikett förstärker Läkartidningen genom att lyfta upp den till en mellanrubrik).

Osakligt avfärdande av gliacellens roll

När Hellström avslutningsvis skriver att »gliacellens betydelse i humandiagnostiken förmodligen är mindre än vad Olin tänker sig« tillskriver han min person en betydelse långt utöver min generalistroll (som dock är grundad på en lång och omfattande klinisk erfarenhet av dessa patienter).

Även om relevansen av hypoteser avseende astrocyternas eventuella roll vid långvariga trötthets- och värtillstånd behöver belysas ur såväl biologiska som kliniska aspekter är hans avfärdande av gliacellen lättsinnigt och osakligt – se t ex Läkartidningens egen omfattande serie sommaren 2000 med artiklar från Göteborgsforskarna Hansson, Rönnbäck m fl, eller den sedan ett femtontal år exponentiellt växande vetenskapliga litteraturen på området; senast exempelvis i Science (26 januari 2001).

Förklaringsmodell för fibromyalgi

I Hellströms avhandling ingår två mindre uppsatser som gäller läkares respektive tio (sic) patienters syn på fibromyalgi. Som förklaringsmodell lutar han sig tungt på en översikt som den danske lä-

Annon

Annon

karen Hilden 1996 fick publicerad i Nordisk Medicin.

Hilden underkände alla biomedicinska förklaringar till denna sjukdom och avslutade med frågan vad motivet är till att patienter får denna diagnos.

Nu är Hilden vetenskapligt sett en synnerligen udda fågel i detta sammanhang – han har själv inte presenterat några forskningsdata på området, och det finns inte redovisat i vilken utsträckning han över huvud möter sådana patienter.

Biofob inställning

Hildens och Hellströms inställning är i själva verket utpräglad biofob i och med att de väljer att fenomenologiskt ensidigt söka tyda – eller tolka in – de budskap som de anser ligga bakom patienters symtom i form av värk, trötthet m fl.

Nu har var och en av oss naturligtvis rätt att formulera de tankar vi gillar, men om man gör anspråk på att uppnå trovärdighet krävs att tankarna/teorierna ska

kunna provas med erkänd vetenskaplig metodik. Några sådana ansatser gör Hellström dessvärre inte – ingenstans ger han någon anvisning om hur hans funderingar ska kunna vetenskapligt bevisas, eller förkastas.

Fientlighet mot samtida forskning

Istället väntar han på en »mognad och omprövning av den biomedicinska kunskapsbasen«. Men med det senare uttrycker han en häpnadsväckande fientlighet mot den samtida medicinska forskarvärldens accelererande försök att finna förklaringar till – och därmed naturligtvis också fungerande botemedel för – såväl kända som hittills svårgripbara sjukdomstillstånd.

Om han själv som företrädare för de fenomenologiska tankarna förmår hjälpa patienter genom det han kallar »frigorande samtal« upplyser Hellström inte om. En informell rundringning bland Vansbronejdens fibromyalgipatienter ger emellertid det snopna beskedet att få

av dem söker sig till ortens vårdcentral; de vänder sig istället till mottagningar belägna 5–11 mil bort. Måne detta är avsikten med Hellströms frigörande samtal; att från vårdcentralen skilja bort de långtidssjuka som har symtom som man inte förstår sig på eller vill kännas vid?

Inte få tillgång till medicinsk kunskap?

Den statiska syn på ohälsa som Hellström företräder har obehagliga kunskapsfientliga och till och med elitistiska drag. Den bär dessvärre likheter med den rigida strutsattityd till förändringar i samtiden som är domedagssekternas kännetecken.

Skall, med Hellströms ordval, patientens »framtida val och viljeyttringar« inte kunna få vägledas av den snabbt växande kunskap som den medicinska forskningen erbjuder?

Robert Olin

professor emeritus, Stockholm

Tveksam annons om epilepsiläkemedel

II Som neurolog med specialinriktning mot epilepsibehandling blickar man förvånat på Pfizers helsidesannons om epilepsiläkemedlet Neurontin i Läkartidningen 8/01.

En enda indikation

Neurontin har som enda godkänd indikation: »Tilläggsbehandling vid alla typer av partiell epilepsi som inte kan kontrolleras tillfredsställande med gängse behandling.« Det innebär att de patienter som kan bli aktuella för detta läkemedel är en relativt liten grupp med svårbehandlad epilepsi, och där man med förstahandsmedel (främst karbamazepin och valproat) inte kunnat få anfallsfrihet.

Kräver specialistkunskaper

Att sätta in tilläggsbehandling för dessa patienter kräver specialistkunskaper inom epilepsiområdet. Det är exempelvis helt olämpligt att ge Neurontin till patienter med primärgeneraliserad epilepsi eftersom preparatet här kan förvärra anfallssituationen.

Det finns ett brett samförstånd i Sverige om att denna typ av vård ska skötas av neurologer och barnneurologer med specialkunnande kring epilepsi. Högt räknat finns det 200 läkare i Sverige med sådant kunnande.

Sätter nu Pfizer in en helsidesannons i Läkartidningen för att nå 200 läkare som man vet är väl informerade om Neurontin? Jag betvivlar starkt detta. I stället ser jag att Pfizer riktar in sig på en be-

tydligt större grupp läkare som förutsätts skriva ut Neurontin på icke-registrerade indikationer.

Riktad till »bredare« förskrivare?

Det är ingen hemlighet att Neurontin används vid olika smärttillstånd, och det finns också läkare främst utanför neurologiområdet som använder Neurontin som förstahandsmedel vid en del epilepsiformer. Annonsen är klart riktad till dessa förskrivare av Neurontin, även om Fass-indikationen finns med i ganska finstilt text längst ned på sidan.

Budskapet i annonsen är att Neurontin är lätt att titrera upp till »effektiv dos«. Detta är en felaktig information. Visserligen innebär behandling med Neurontin inte samma risk för allergiska biverkningar som vid behandling med en del andra epilepsiläkemedel, men en långsam upptitrering till lägsta effektiva dos är ändå att föredra i de flesta fall, då detta minskar risken för biverkningar för patienten.

Inte fullt så enkelt att administrera

Dosen uppges till 1 800–2 400 mg/dag, men för att få effekt hos patienter med svår epilepsi får man ofta gå högre än så. I dessa fall är det viktigt med en mycket långsam dosökning med tät kontakt med patienten för att kontrollera att biverkningarna inte är oacceptabla. Sammantaget är Neurontin inte så enkelt att administrera som annonsen ger intryck av.

Det pågår forskning inriktad på att belägga Neurontins effekt vid andra till-

stånd än det preparatet nu är registrerat för. Naturligtvis är detta positivt och på sikt kan läkemedlet troligen få ett utvidgat användningsområde.

Trovärdigheten för framtiden

Med sitt sätt att marknadsföra Neurontin i nuläget riskerar dock Pfizer sin trovärdighet inför en framtida bredare lansering av preparatet.

Birgitta Söderfeldt

professor, överläkare, institutionen för nervsystem och rörelseorgan/avdelningen för neurologi, Hälsouniversitet, Linköping