

Kontroll är frihet – en dystopi i regeringens regi

Christer Petersson har läst en framtidsvision från Socialdepartementet om hälso- och äldreården år 2050. Han är inte överdrivet imponerad, snarare skrämmd av den »instrumentella synen på människa, sjukdom och vård«.

På regeringens webbplats kan man läsa en aktuell rapport av Socialdepartementets analytiker Anders Ekholm. Rapporten handlar om framtidens vård och har den spännande titeln »Empati och high-tech«. Eftersom Socialdepartementet på knappa 60 sidor lyckas bräcka alla utopier/dystopier från det gångna och innevarande årtusendet kan den vara värd en kommentar.

Ekholm har gript tag i några av dagens megatrender för att ge läsaren en bild av hälso- och äldreården i Sverige år 2050. Hightech dominerar. År 2050 sitter medborgaren uppkopplad i sin lägenhet och ordinerar prov på sig själv. Dessa prov analyseras på plats, och svaren går rakt in i en databas, där välutvecklade expertsystem väger samman resultat och ger utlåtande i form av diagnos, prognos, beslutsstöd och goda råd. De allra flesta sjukdomar eller misstankar om sjukdom kan hanteras på detta sätt. Om frågor eller osäkerhet skulle uppstå kan medborgaren tillkalla sin personliga mentor, som är den nya tidens supergeneralist. Mentorn är utvald genom en minutiös matchning med den aktuella medborgaren utifrån personlighet, sjukdom och kommunikationsstil. Mentorn har ersatt i stort sett hela primärvården med läkare, kuratorer, psykologer, sjuksköterskor. Vårdcentraler är ett minne blott! Dessutom har mentorn rollen som arbetsförmedlare, socialarbetare, etc. Vilken utbildning som krävs för att bli personlig mentor får vi inte veta, men yrkesgruppen bör kunna hantera expertsystem av olika slag, vara tränade i att hantera mänsklig oro och kunna dosera empati i lagom mängd.

Varje mentor bör klara av kontakten med cirka 50 medborgare. Om den per-

sonliga matchningen fungerar ska den enskilde under ett helt liv inte behöva ha mer än tre mentorer. Vid »mismatch« har man möjlighet att byta mentor. Eftersom alla medborgare har rätt till egen mentor skulle det i dagsläget behövas ca 200 000 mentorer i landet. Men att ha egen mentor är inte bara en rättighet, utan också en skyldighet. De som väljer att avstå straffas med högre avgifter till offentliga tjänster och får 30 procent lägre ersättning i transferringssystemen. Om man är psykiskt sjuk eller kriminell kan man inte välja bort sin mentor!

Vid behov ska mentorn kunna förmedla kontakt med närsjukhusens akutmottagningar och superspecialister av olika slag, vars verksamhet också är underställd expertsystemen. Den som vågar handla på tvärs mot expertsystemen måste ha mycket goda argument för sin handling!

För att systemet som helhet ska fungera måste alla uppgifter om den enskilde finnas ständigt tillgängliga. Detta kan ställa till en del problem med integritet och sekretess i gammaldags mening, men år 2050 har begreppet personlig integritet fått en ny innebörd: »I det komplexa system som hälsa och funktionsförmåga utgör i väven av samhälle, sjukvårdsproducenter och vanor, är det endast en liten del av informationen som är strikt personlig«, skriver Ekholm. Och vidare tycker han att en dynamisk utveckling av vården är omöjlig om man inte har tämligen fri tillgång till personliga data. Forskningsetiskt godkännande av den typ som är nödvändig inom dagens hypotesprövande forskning kommer att bli onödig. I en värld av oändliga datamängder skapar sambanden sig själva, och ny kunskap kan genereras utan onödiga hypoteser (i dagens vetenskapliga sammanhang brukar detta kallas datafiske).

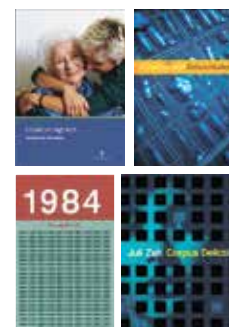
Om en individ eller grupp av individer väljer att ställa sig utanför hela nätverket av databanker och informationskällor hamnar de i ett hopplöst underläge, i



Foto: Andre Jenny/IBL

»Amish-folkets starkt begränsade liv med häst och vagn känns fritt i jämförelse med Socialdepartementets ansiktslösa utopi«, skriver artikelförfattaren.

ett utanförskap jämförbart med Amish-folkets i USA, och kan bara betraktas med löje! Situationen för de utanförståendes barn bör jämföras med barnmisshandel! Här närmar sig rapporten den sanna dystopins höjder, och den går vidare i samma anda när det förmodas att det, trots ett gediget elektroniskt nätverksbyggande, fortfarande år 2050 kommer att kvarstå stora grupper som inte tar till sig hälsotrenderna. En del problem med missbruk av droger och andra onyttigheter kommer också att finnas kvar. På allvar diskuteras därför att introducera det milda stämningshö-



Framtidsrapporten från Socialdepartementet får Christer Petersson att associera till dystopier som »Du sköna nya värld«, »1984« och »Corpus Delicti«.

jande läkemedlet Euforia, som är helt biverkningsfritt.

Och där är vi framme vid Aldous Huxleys »Du sköna nya värld«, i vilken somapillret var garanterat för systemlydnad och lycka. Samtidigt befinner vi oss mitt i Orwells »1984«, insnärjda i ett nyspråk, där kontroll är frihet och hälsa är en produkt bland andra på marknaden, i en värld där människorna (inte minst de friska) ska screena och scrolla och kolla allt mellan tå och hjässa för att upptäcka varje form av kroppslig och själslig obalans nästan innan den har uppstått: »De rika har egna cellscannern som analyse-



CHRISTER PETERSSON
med dr, FoU Kronoberg, Växjö
Christer.petersson@ltkronoberg.se

rar hur varje cell i kroppen mår och fungerar.« I en sådan värld har man inte tid för så mycket annat än att begrunda sin riskprofil med utgångspunkt i sitt DNA, sin personlighet, sina levnadsvanor m m. Jag är inte säker på att Socialdepartementet med detta har visat en väg fram till den lyckans utopi som avslutar rapporten. Snarare har man öppnat en genväg till hälsofascismen sådan den gestaltas i Julia Zehs aktuella roman »Corpus delicti«.

Det finns ett tyst antagande i rapporten: Empati och mänsklig lycka uppstår (nästan) av sig själva som en effekt av de tidsvinster som en ökad industrialisering av vården kan tänkas ge. Viss instrumentell träning kan behövas!

Jag tror att det är fel: Empati uppstår i mänskliga möten, och trots den förföriska omslagsbilden med en leende gammal kvinna omkramad av en empatisk vårdare finns inga verkliga möten gestaltade i texten. Där råder en instru-

mentell syn på människa, sjukdom och vård, gestaltad med ett instrumentellt språk.

Själv är jag böjd att tro att det kan vara bättre att leva sitt liv, än att drunkna i riskkalkyler. Amish-folkets starkt begränsade liv med häst och vagn känns fritt jämfört med Socialdepartementets ansiktslösa utopi.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

APROPÅ! Tre studier om trombektomi vid akut stroke

Mycket begränsad relevans för dagens verksamhet

Den 6–8 februari 2013 publicerade New England Journal of Medicine tre randomiserade studier av endovaskulär behandling vid stroke [1–3]. Ingen av studierna visade en fördel med sådan behandling jämfört med rutinbehandling. Det vore dock fel att dra slutsatser från dessa studier när det gäller trombektomi vid akut stroke i Sverige i dag.

I dag bedrivs trombektomi huvudsakligen vid Karolinska universitetssjukhuset, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Skånes universitetssjukhus. Cirka 250 trombektomier görs årligen, och till grund för beslut om trombektomi ligger, förutom kliniska indikationer, påvisandet av blodpropp i något av hjärnans större kärl med datortomografisk angiografi.

De mekaniska instrument som används i dag är främst sk stent retrievers, reformat metallnät som vecklas ut i blodproppen och fastnar i den, varefter proppen avlägsnas. Det finns flera likartade stent retrievers på marknaden. Två randomiserade studier som jämförde stent retrievers och MERCI, ett äldre korkskruvsliknande instrument, har visat signifikant fördel med stent retrievers [4, 5].

De nu aktuella studierna, IMS-3, SYNTHESIS och MR RESCUE, startade för många år sedan (2006, 2008 respektive 2004) och använde äldre instrument. IMS-3 planera-

des att omfatta 900 patienter, men fick avbrytas efter sex år och drygt 600 patienter.

I IMS-3 och SYNTHESIS randomiserades patienter utan att man visste om de hade blodpropp eller inte. I den endovaskulära armen sprutade man in kontrast i samband med ingreppet och fann då ibland en blodpropp som var åtkomlig för trombektomi, ibland inte. I det första fallet användes i regel MERCI eller ett annat äldre instrument, Penumbra. I det senare fallet gavs trombolysläkemedel i artären. Cirka hälften av patienterna i den endovaskulära armen i IMS-3, och över hälften av patienterna i SYNTHESIS, fick läkemedelsbehandling i artären, inte mekanisk trombektomi.

När det gäller SYNTHESIS finns flera problem som gör att slutsatserna kan bli missvisande. Den grupp patienter som randomiserades till kontroll, intravenös trombolys, fick denna omedelbart. Gruppen som randomiserades till endovaskulär behandling fick i genomsnitt vänta en timme på behandling, oftast trombolysmedel i artären. Något förenklat kan man alltså beskriva studien som en jämförelse mellan tidig och fördröjd trombolysbehandling. Det är väl känt att tiden till behandling är avgörande för resultatet. Att denna studie inte visar någon fördel med endovaskulär behandling är närmast förväntat och säger inte någonting om trombektomi med stent retrievers.

MR RESCUE avsåg att klarlägga om endovaskulär behandling gav bättre resultat än standardbehandling vid nedsatt blodflöde i hjärnan utan att en hjärninfarkt ännu inträffat, så kallad penumbra. Under åtta år, mellan 2004 och 2011, inkluderades endast 118 strokepatienter med påvisad blodpropp; 58 procent av dem hade penumbra. Totalt 34 patienter med penumbra samt 30 utan randomiserades till endovaskulär behandling med äldre instrument, och 34 patienter med penumbra och 20 utan randomiserades till standardbehandling. Det är värt att notera att andelen patienter där man lyckades återställa blodflödet var mycket låg i båda grupperna och att de endovaskulära behandlingarna inleddes sent, mer än sex timmar efter insjuknandet. Möjligen markerar penumbraförekomst i detta sena skede en grupp patienter som har god prognos oavsett behandling, vilket författarna för fram i diskussionen. Slutsatsen blev att endovaskulär behandling inte visats vara bättre än standardbehandling, penumbra eller ej.

Beteckningen »randomiserad« har en berättigat positiv värdeaddning, men är ingen garanti för god studiedesign. De tre studierna har mycket begränsad relevans för dagens trombektomiverksamhet. Författarna till de tre studierna framhåller att resultaten kan bli annorlunda med den nya generationen in-

strument, som visat sig överlägsna äldre [4, 5]. Nya studier som jämför tillägg av trombektomi med stent retrievers till rutinbehandling vid påvisad blodpropp i hjärnans stora kärl är nödvändiga och på väg.

Nils Wahlgren

professor, överläkare,
nils.wahlgren@karolinska.se

Tommy Andersson

överläkare, med dr

Staffan Holmin

professor, överläkare; samtliga
vid institutionen för klinisk
neurovetenskap, Karolinska
institutet och neuroradiologiska
kliniken, Karolinska
universitetssjukhuset, Solna

REFERENSER

1. Ciccone A, Valvassori L, Nichelatti M, et al; the SYNTHESIS Expansion Investigators. Endovascular treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. Epub 6 feb 2013.
2. Broderick JP, Palesch YY, Demchuk AM, et al; the Interventional Management of Stroke (IMS) III Investigators. Endovascular therapy after intravenous t-PA versus t-PA alone for stroke. *N Engl J Med*. Epub 7 feb 2013.
3. Kidwell CS, Jahan R, Gornbein J, et al; the MR RESCUE Investigators. A trial of imaging selection and endovascular treatment for ischemic stroke. *N Engl J Med*. Epub 8 feb 2013.
4. Saver JL, Jahan R, Levy EI, et al; SWIFT Trialists. Solitaire flow restoration device versus the Merci Retriever in patients with acute ischaemic stroke (SWIFT): a randomised, parallel-group, non-inferiority trial. *Lancet*. 2012;380:1241–9.
5. Nogueira RG, Lutsep HL, Gupta R, et al; TREVO 2 Trialists. Trevo versus Merci retrievers for thrombectomy revascularisation of large vessel occlusions in acute ischaemic stroke (TREVO 2): a randomised trial. *Lancet*. 2012;380:1231–40.