

bildad, erfaren och mindre rutinerad. Det sociala inslaget är berikande, trivselen under kvällen är god och ett versifierat tack till föreläsare och läkemedelsföretag uppskattas.

Birger Herner var rondledare åren 1957–1976 till sin pensionering. Lars Ysander fyller funktionen 1976–1996 dvs två år efter ordinarie pensionsavgång. Någon villig och lämplig efterträdare har ännu inte engagerats, men vi hoppas på god fortsättning.

Vi vet att det finns kolleger som anför samvetsskäl för beroendeställningen till kommersiella företag. Det är därför lugnande att läsa i Socialstyrelsens »Hälsa- och sjukvårdens årsbok» den uppskattning överdirektör Edhag uttalar: »De vidareutbildningar, som läkemedelsindustrin erbjuder är av hög klass, men för smala».

Måhända kan Varbergsmodellen, som enligt vår uppfattning ger en bred uppfattning av framstegen inom de olika specialiteterna, vara ett beaktansvärt komplement till en acceptabel kunskapsberikning för bibehållen legitimation.

Birger Herner
f överläkare,
Varberg

Lars Ysander
f överläkare,
Varberg

Värt undersöka alternativa behandlingsformer

Jag har med intresse läst Mark Personnes artikel om alternativmedicin »Tro och vetande inom medicinen», i Läkartidningen 1-2/96. Många människor söker sig till den alternativa behandlingsform där skolmedicinen inte har mer att erbjuda, många människor är olyckliga över sin belägenhet och söker »halmstrået». Som exempel på alternativläror nämns bl a chiropraktik, som säkert av medlemmar av Svensk förening för ortopedisk medicin ej anses för »alternativ» i klass med irisdiagnostik, kristallterapi, energimassage etc. Chiropraktik är i övrigt att översätta med ordet manipulationsbehandling.

Åtskilliga läkare använder sig av denna behandlingsform.

Våra föregångsmän inom manipulationsbehandling är Harald Brodin och Ulrich Moritz.

Kanske Personne ej kommer ihåg hetsjakten på läkare, som på 1970-talet intresserade sig för akupunktur och TNS-behandling. Man använde sig av uttryck som »bedrägeri, fusk och oetisk behandling», en behandling som 1983 erkändes av Socialstyrelsen vara i enlighet med »vetenskap och beprövad erfarenhet».

Zonterapi mot astma

Enligt dansk TV skall för övrigt universitetskliniken Rigshospitalet i Köpenhamn sätta i gång en undersökning av zonterapi mot astma – 40 astmasjuka patienter skall ingå, 20 får »riktig» zonterapi, och 20 »låtsas». Den ansvarige för projektet anser att man måste undersöka behandlingsformen, eftersom så många astmapatienter har fått zonterapi med gott resultat.

Eyvind Lindholm
f d överläkare, anesthesi,
Hörby

Minskar mortaliteten på lång sikt vid lipidreglering hos friska?

Primärpreventiv kolesterol-sänkning med statiner tycks minska totala dödligheten under de första fem behandlingsåren, vilket nu är så gott som visat ($P=0,051$) för pravastatin på friska medelålders män med serumkolesterol $>6,5$ mmol/l [1]. Det skulle alltså inte bara löna sig att behandla dyslipidemi hos kranskärlsjuka och andra med allvarlig aterosklerosjukdom utan även hos friska män.

Inför de svindlande perspektiv som öppnar sig vill Thomas Newman och Stephen Hulley att vi besinnar oss och beaktar att djurförsök antyder att statiner och fibrater kan vara karcinogena [2]. De noterar att samtliga preparat i dessa båda grupper har givit cancer hos gnagare i doser som kan vara relevanta för människa,

medan som jämförelse flertalet antihypertensiva läkemedel inte har haft motsvarande effekt. Deras framställning är tankeväckande även när det gäller turerna kring godkännandet av fibrater och statiner i USA trots varningar från expertis i Food and Drug Administration.

Newman och Hulley är likom jag övertygade om nyttan av farmakologisk kolesterol-sänkning vid manifest aterosklerosjukdom. Frågan är där emot om 5-åriga studier är tillräckliga för att ligga till grund för massförskrivning till friska personer. Det är nog inte många som förespråkar randomiserade studier som löper dubbelblindt över 20 år. Jag skulle därför välkomna en kommentar från Läkemedelsverket i frågan.

Staffan Lindeberg
distriktsläkare, med dr,
Vårdcentralen, Sjöbo,
institutionen för samhälls-
medicinska vetenskaper,
Lunds universitet

Litteratur

1. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, Macfarlane PW et als. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995; 333: 1301-7.
2. Newman TB, Hulley SB. Carcinogenicity of lipid-lowering drugs. *JAMA* 1996; 275: 55-60.

Replik:

Bör grunda sig på en värdering av data från kliniska studier

De lipidsänkande medel som diskuteras i artikeln av Newman och Hulley finns, utom lovastatin, på den svenska marknaden. I samband med registreringsansökan har verket utrett den tumorigena potentialen.

Läkemedelsverket anser att tumörfynd på gnagare med såväl fibrater som statiner inte påverkar ändamålsenlighetsbedömningen gjord utifrån en ren klinisk effekt och säkerhetsvärdering.

– I gängse undersökningar har vare sig fibrater eller statiner visats vara genotoxiska, dvs de interagerar inte direkt med DNA,

– substanserna kan betraktas som epigenetiska karcinogener vilket innebär att det finns en dos/exponeringströskel under vilken det inte bedöms föreligga någon risk för tumörutveckling,

– för statinerna ligger denna tröskeldos betryggande långt ifrån maximal terapeutisk dos; för levertumörer har säkerhetsfaktorer på 90 (pravastatin) och 170 (simvastatin) erhållits medan det för fluvastatininducerade tyreoidtumörer, vilka sannolikt härrör från leverpåverkan, fastslagits en faktor om 34 (säkerhetsfaktorerna är beräknade som kvoten mellan lägsta tumörframkallande dosnivå hos rått och maximal terapeutisk dos),

– för fibratgruppen är säkerhetsmarginalerna betydligt mindre. Här anses dock sambandet mellan den speciesspecifika peroxisomproliferationen och utvecklingen av levertumörer vara så styrkt att iakttagen tumörförekomst inte har någon relevans för bedömning av säkerheten hos människa.

Newmans och Hulleys påstående att flertalet antihypertensiva läkemedel inte uppvisat någon tumorigenicitet är inte rättvisande. Vissa antihypertensiva medel har inte kunnat ges i högre doser än någon eller några gånger klinisk dos och för andra medel har bevisligen tumörfynd registrerats, dock vanligtvis ej i lever. Även i dessa fall har betryggande säkerhetsmarginaler förelagat eller så har speciesspecificitet dokumenterats.

Läkemedelsverket menar därför att värdet av långtidsterapi med lipidsänkande medel i allt väsentligt bör grunda sig på en värdering av data från kliniska studier. Våra senaste rekommendationer om behandling av hyperlipidemi [1] ger också råd om behandling av patienter utan etablerad arteriosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, »primärprevention». I frånvaro av andra riskfaktorer är behandling med läkemedel i denna grupp i första hand aktuell vid uttalad hyperkolesterolemi (total kolesterol $\geq 8,0$ mmol/l) när intensifierad icke-medicinell behandling inte givit önskvärt resultat. Shepherd och medarbetares studie har inte värderats i detalj, men de allmänna rekommendationerna förefaller vara i samklang med studieresultatet.

Sant är att risken för cancer aldrig helt kan uteslutas vid långtidsterapi med lipidsänkare. I avsaknad av epidemiologiska studier av tillräcklig omfattning och längd måste en värdering av karcinogen potential huvudsakligen göras utifrån genotoxicitetsstudier på bakterier och mammalieceller och in vivo på djur samt utifrån s k cancerstudier på gnagare.

Per Sjöberg

toxikolog,

Bertil Jonsson

kliniker, Läkemedelsverket, Uppsala

Litteratur

- Information från Läkemedelsverket 1995; 6: 178-203.

Anmäl patienter till hemrespiratorregistret!

Vid årsskiftet 1995-1996 startade ett nationellt register över patienter med respirator i hemmet. Registret tillkom på initiativ av ventilatorgruppen inom Svensk lungmedicinsk förening (SLMF). Vi har sänt ut patientinformation och anmälningsblanketter till alla av oss kända kliniker som sköter patienter med respirator i hemmet. Vi har dock goda skäl att anta att enstaka patienter med respirator i hemmet sköts utanför dessa centra, t ex av kolleger inom anestesi, rehabilitering etc. Det är av kvalitets- och forskningskäl angeläget med en heltäckande registrering. Jag är därför tacksam för att få kontakt med de kolleger som sköter patienter med respirator i hemmet, men som inte fått information från oss.

För ventilatorgruppen inom SLMF

Bengt Midgren

sektionen för lungmedicin och allergologi, medicinska kliniken, Universitetssjukhuset, Lund

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »*man-
nen bakom syndromet*»/
»*mannen bakom meto-
den*» välkomnas, men tag
kontakt med redaktionen
innan du börjar skriva – ett
stort antal syndromartiklar
är redan beställda eller
under arbete!

Intresse- konflikter kring läkarutlåtande

I debatten om läkarutlåtanden till försäkringskassorna (FK) vill jag framföra några synpunkter.

Det finns många intressenter kring en begäran om ett läkarutlåtande (LUH): patienten, försäkringskassan, staten, skattebetalarna, handläggaren på FK, socialförsäkringsnämnden, de ansvariga för länets försäkringskassor, Riksförsäkringsverket, Socialdepartementet m fl.

För patienten är det uppenbara intresset att så bra som möjligt få avkastning på det belopp i form av skatt och avgifter till obligatoriska socialförsäkringar som patienten erlagt och därigenom säkra sin framtida utkomst vid ohälsa.

För försäkringskassans handläggare är LUH ett nödvändigt ont för att kunna bereda ett ärende till de beslutande i socialförsäkringsnämnden. Handläggaren önskar i första hand ett utlåtande snabbt. Det bör dessutom vara kraftfullt för att underlätta beredning av ärendet.

Motsvarande betraktelse-sätt kan appliceras på alla intressenter.

Till syvende och sidst handlar det om att ett visst antal tusen kronor skall eller inte skall överföras från en grupp individer (skattebetalare) till en mindre grupp individer (förmånstagare).

Var hamnar då läkaren i detta system?

Läkare har enligt allmänna läkarinstruktionen skyldighet att på patientens begäran utfärda utlåtande om hälsotillståndet. Det är dock oftast inte patienten som begär LUH i anslutning till ett besök: det har snarare legat i patientens intresse att få sitt »sjukintyg» förlängt, vanligen med högre ersättning än vid en eventuell pensionering.

Ersättning utgick

På 1970-talet kom det en jämn ström av begäran om LUH från försäkringskassorna. Dessa utlåtanden utfärdades när väntrummet var tömt, eller på helgen, utanför arbetstiden,

med en ersättning av mellan 60 och 160 kr per intyg, vilket på den tiden motsvarade den ungefärliga timlönen under tjänstgöring dagtid.

I och med Dagmaröverenskommelsen försvann dessa ersättningar och förhoppningsvis blev åtminstone Dagmar glad. Försäkringskassorna blev tydligen inte lyckliga.

Ett avgörande om förtidspension innebär för staten ett åtagande kring 100 000 kr/år i snitt, och gäller för många under flera år. Kostnaden för några tusen individer kommer snabbt upp i miljardbelopp.

Handläggning av sådana ärenden håller ett stort antal personer sysselsatta och ger dessa icke oansenliga inkomster. Det förväntas knappast att de skall handlägga dessa ärenden på obetald övertid.

Att som läkare med stor belastning utfärda dessa utlåtanden på obetald fritid ter sig då ganska orimligt. En skälig ersättning för ett bra utlåtande skulle förmodligen även samhällsekonomiskt vara en god affär.

Kvaliteten på intygen skulle förmodligen öka om de kunde utfärdas av en utvilad läkare, och inte som nu, efter 8-10 arbetstimmar.

Att försäkringskassorna har devalverat LUH från läkarens synpunkt förbättras inte av att man avskaffat rutinen att avisera intyg utfärdande läkare om hur ärendet avgjorts i socialförsäkringsnämnden!

Lätt val

Denna totala brist på uppskattning och feedback gör att valet mellan intygsskrivning och patientarbete är ganska enkelt.

Tommy Jäverfalk
distriktsläkare, Leksand

Amalgamsjuka bör ses i sitt sammanhang

Diskussionen i Läkartidningen nr 4/96 om amalgamenheten i Uppsala ger anledning att fästa uppmärksamheten på de medicinska särdrag som karakteriserar den sjukdomsgrupp till vilken amalgamsjukan kan hänföras. Amalgamsjukan, bildskärmssjukan, grön

dieseloljesjukan och MCS (multiple chemical sensitivity) är fyra åkommor, som samtliga kan inrangeras i den överordnade nosologiska enheten ESS (environmental somatization syndrome) [1]. Gemensamt för dem alla är en somatisk symptomflora utan påvisbara tecken på somatisk sjukdom samt att patienterna hänför sina sjukdomsbesvär till konkreta faktorer i den yttre miljön (kvicksilver, elektromagnetiska fält, grönfärgad dieselolja respektive »alla möjliga» kemiska ämnen).

Nya varianter dyker upp

Ärligen dyker nya ESS-varianter upp världen runt. De blixtrar oftast förbi och upplöses i intet, men ibland får de fäste och sprider sig som en löpeld i samhället. EES blir då en påfrestning inte bara för de drabbade utan även för samhället i stort när patienterna och kring dem fungerande påtryckargrupper försöker framvinga medicinskt meningslösa, oftast kostnadskrävande och inte sällan potentiellt farliga samhälls-åtgärder för att avlägsna påstått sjukdomsframkallande exponeringar.

Vi hoppas – och tycker oss även finna tecken på – att vetenskapsvärlden nu börjar inse att ESS är en enhetlig sjukdom, och att bakomliggande sjukdomsorsaker inte påverkas av påstått sjukdomsframkallande miljökomponenter. Prognosen försämras av iatrogena faktorer som många läkare tycks vara helt omedvetna om. Charlataner utnyttjar medvetet patienternas benägenhet att finna sjukdomsförklaringen i den yttre miljön. Beteendet är hänsynslöst och djupt oetiskt, eftersom patienterna på så sätt fixeras i sina sjukdomsroller samtidigt som rehabiliteringen försvåras eller omöjliggörs.

Carl-Johan Göthe,
med dr, docent,

Carl Molin

odont dr, professor,

Carl Gustaf Nilsson
överläkare, Stockholm

Litteratur

- Göthe CJ, Molin C, Nilsson CG. The environmental somatization syndrome. Psychosomatics 1995; 36: 1-11.

Läkartidningens författar-
anvisningar publicerades
senast i nr 1-2/94. De
kan även beställas från
sekretariatet.