

the seven countries study. *Lancet* 1981; 2: 58-61.

- Räsänen L, Mutanen M, Pekkanen J, Laitinen S, Koski K, Halonen S et al. Dietary intake of 70- to 89-year-old men in eastern and western Finland. *J Internal Med* 1992; 232: 305-12.
- Huijbregts PPCW, Feskens EJM, Kromhout D. Dietary patterns and cardiovascular risk factors in elderly men: The Zutphen elderly study. *Int J Epidemiol* 1995; 24: 313-20.
- Alberti-Fidanza A, Paolacci CA, Chiuchiu MP, Coli R, Fruttini D, Verducci G et al. Dietary studies on two rural Italian populations groups of the Seven Countries Study. 1. Food and nutrient intake at the thirty-first year follow-up in 1991. *Eur J Clin Nutr* 1994; 48: 85-91.
- World Health Statistics Annual. 1989. World Health Organization. Geneva, 1989: 50-1.

Replik:

Ingen fördel öka proteinet i kosten

I en kommentar till vår artikel om eventuella risker med hög proteinhalt i kosten [1] argumenterar Olle Holmqvist att epidemiologiska data talar emot att ett högt proteinintag skulle innebära någon hälso-mässig risk. Som epidemiologiska data används bl a proteininnehållet i kosten enligt FAOs per capita-statistik i några europeiska länder och mortalitetsdata från WHO. Eventuella samband eller avsaknad av samband med statistik av denna karaktär kan inte användas för att bevisa eller vederlägga orsakssamband mellan proteinintag och ohälsa. FAOs per capita-statistik är behäftad med osäkerhet, och en jämförelse mellan nationella per capita-data och FAOs data visar att det finns åtskilliga osystematiska skillnader, speciellt på närings-ämnesnivå [2, 3]. När det gäller Island visar data från kostundersökningar att proteininnehållet i kosten snarare minskat än ökat sedan slutet av 1930-talet [Steingrimsdottir, pers medd].

Islänningarna har dock fortfarande ett av de högsta proteinintagen i världen (17 e-procent 1990). Vi vet ännu för litet om vilken typ av hälsoproblem som ett högt proteinintag skulle kunna orsaka, men de behöver inte nödvändigtvis en-

bart vara förknippade med direkt risk för tidig död. Ett exempel på detta är osteoporos. Tillgängliga data tyder på att ett högt proteinintag sannolikt är mer kritiskt under spädbarns- och barnåren, vilket gör att kostdata för medelålders män inte är relevanta.

De data som vi funnit pekar trots allt på att det inte är någon fördel att öka intaget av protein hos befolkningen över de 15 e-procent som anges i de svenska näringsrekommendationerna.

Wulf Becker

med, dr
Statens livsmedelsverk,
Uppsala

Leif Hambraeus
professor
institutionen för närings-
lära, Uppsala universitet
Gösta Samuelson
professor institutionen
för klinisk fysiologi,
Uppsala universitet

Litteratur

- Becker W, Hambraeus L, Samuelson G. Hög proteinhalt i svensk mat. En hälsorisk? *Läkartidningen* 1996; 93: 37-40.
- Becker W. Jämförelse av FAOs, OECDs och jordbruksnämndens per capitastatistik för livsmedel i Sverige. *Jordbruksekonomiska meddelanden*. 1988; 50: 272-89.
- Sekula W, Becker W, Trichopoulou A, Zajkás G. Comparison of dietary data from different sources: some examples. In WHO: Food and Health data. Their use in nutrition policy-making. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No 34, WHO: 1991.

Samordna Läkemedels- och Patientförsäkringen!

Läkemedelsförsäkringen underutnyttjas, och Läkartidningen har i sin försäkringsmedicinska serie publicerat en förtjänstfull artikel om den av Einar Perman. Artikeln berör inte orsaken till att försäkringen underutnyttjas och hamnat i skymundan av den mer välkända Patientförsäkringen.

Till och med 1993 handlades båda försäkringarna av Konsortierna för patient- och

läkemedelsförsäkring och klagomålsärendena för båda granskades och bedömdes av samma grupp av handläggare och rådgivande läkare.

De nya EU-anpassade konkurrensreglerna tillåter emellertid inte denna typ av konsortier, varför Konsortiet för Patientförsäkring upphörde 1995, då Personskadereglering AB (PSR AB) bildades. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag lät då Patientförsäkringens bedömningar övergå till detta nybildade bolag. Handläggare och medicinska rådgivare från Konsortiet gick i stor utsträckning över till PSR. Läkemedelsförsäkringen, som ej är landstingsfinansierad, hade dock redan 1994 hamnat hos Trygg-Hansa.

Denna separation är enligt min mening olycklig – särskilt för den mindre Läkemedelsförsäkringen – eftersom de båda försäkringarna har så många beröringspunkter.

Ett huvudbekymmer reduceras

Enligt Patientförsäkringens regelverk är den sk behandlingsskadan ett centralt begrepp. När fråga uppkommer huruvida en behandlingsskada i Patientförsäkringens mening inträffat, rör det sig i en del av fallen om en läkemedelsorsakad behandlingsskada.

Med ordalydelsen »En närmast självklar förutsättning för ersättning (enligt Läkemedelsförsäkringen – mitt förtydligande) är dessutom att läkemedlet *ordinerats lege artis* (min kursivering)...» reducerar Einar Perman ett huvudbekymmer med läkemedelsbehandlingsskadorna.

Detta bekymmer utgör Patientförsäkringens skaderegleringsarbete inom läkemedelsområdet. De stundtals svårvärderade nyckelfrågorna då är följande: Har läkemedlet ordinerats på rätt indikation, i rätt dosering, under rimlig tidsperiod? Har kontraindikationer och eventuella interaktioner med andra läkemedel beaktats? Har behandlingsövervakningen varit acceptabel? Har kombinationen av läkemedel varit acceptabel för behandlingssyftet?

Först när dessa frågeställningar ej är aktuella, eller är tillgodosedda, kan Läkemedelsförsäkringens två huvudsakliga överväganden prövas.

Dessa gäller det eventuella sambandet mellan skadan och läkemedelsintaget samt värderingen av behandlingsorsakens svårighetsgrad jämfört med läkemedelsskadans. Den senare värderingen är ibland en mycket svår och kvalificerad uppgift för den medicinska rådgivaren.

Diffus gränsdragning

I praktiken kan gränsdragningen mellan de båda försäkringarna, i enskilda ärenden, vara diffus och dessa kan då hamna mellan två stolar. Prövning kan då i sämsta fall helt utebli eller i övriga fall bli suboptimalt gjort.

Därför är det en nackdel att de båda försäkringarna har skilts åt och hamnat hos två olika bolag, utan självklara förutsättningar för samsyn och meningsutbyte. När allt kommer omkring, borde det gagna både patienter och vårdgivare bäst om de båda försäkringarna åter kunde handläggas på samma enhet. Detta skulle medföra en påtaglig förenkling för alla inblandade. Skadeanmälan och handläggning kunde nog fortfarande ske separat. Men prövning enligt mest tillämplig försäkring skulle ha förutsättningar att ske utan onödigt fördröjning eller pappersexercis.

Slutresultatet skulle troligen bli ett minskat antal suboptimalt bedömda eller ej alls bedömda ärenden. Att de två försäkringarna finansieras på olika sätt borde ej få hindra att de åter kunde handläggas på en och samma enhet.

Daniel Schmidt

docent, överläkare, medicinska kliniken, S:t Görans sjukhus AB, tillika medicinsk rådgivare vid PSR AB

Replik:

Försäkringarna är ganska olika – det behövs mer information

I sin kommentar skriver Daniel Schmidt att Läkemedelsförsäkringen är underutnyttjad därför att den inte handläggs hos samma bolag som det Patientförsäkringen anlitar. Det tror inte jag.

Jag tror att Läkemedelsförsäkringen är underutnyttjad därför att få läkare initierar anmälningar – och därför att många inte känner till den alls. ▶

Det handlar alltså om dålig information, och därför skrev jag artikeln. Men det borde ha varit ett frågetecken efter rubriken, eftersom ingen vet om Läkemedelsförsäkringen verkligen är underutnyttjad. Antalet anmälningar har ökat sedan konsortierna för Patient- respektive Läkemedelsförsäkring tvingades upphöra vid årsskiftet 1993/1994 på grund av svensk konkurrenslagstiftning, och Läkemedelsförsäkringen omhändertogs av Trygg-Hansa.

Många olikheter

En mycket viktigare fråga är om den medicinska handläggningen blivit lidande på att Läkemedelsförsäkringen och Patientförsäkringen handläggs hos olika bolag. Det får andra yttra sig om, men jag har svårt att tro det.

Försäkringarna är faktiskt rätt olika. De täcker olika försäkringsrisker, har olika villkor, kräver olika slags bedömningar, och har olika huvudmän.

Läkemedelsförsäkringen kommer av naturliga skäl att förbli den mindre, och det finns alltid en risk att den mindre hamnar i skymundan. Sammanslagningar och stordrift är inte alltid bäst.

Vi rådgivande läkare kan räkna med att våra huvudmän noga följer hur anmälningarna bedöms och försäkringarna fungerar. Om en försäkring inte sköts bra kan huvudmannen numera lättare flytta den till annat bolag. Jag ser gärna att vi träffas oftare för diskussion av gemensamma problem där samsyn behövs. Men några skador kommer ändå inte att kunna ersättas enligt någondera försäkrings villkor, och de hamnar tyvärr utanför.

Einar Perman
med dr, docent,
rådgivande läkare,
Trygg-Hansa, Stockholm

Se upp för missbruk av analgetika!

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet för Stockholm-Gotland har uppmärksammat att bruk av Dolcontin börjat spridas bland missbrukare. Dolcontin är morfin i »sustained release»-beredning och klassas som narkotika förteckning II. Av Läkemedels-

**Max 400 ord
i korrespondensspalten!**

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspaltarna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

verket godkänd indikation för förskrivning är endast svår cancersmärta.

En enda läkare synes ha introducerat preparatet i missbrukarkretsar. Hans förskrivningsmönster som förutom Dolcontin även omfattade stora bensodiazepinförskrivningar till kända missbrukare noterades av flera Stockholmsapotek som kontaktade tillsynsenheten.

Efter utredning och HSAN-anmälan är denne läkares förskrivningsrätt av samtliga narkotikaklassade läkemedel nu indragen. Det har emellertid framkommit att hans patienter sökt andra läkare för fortsatt förskrivning.

Detsamma gäller även Dolcontin och jag vill nu uppmärksamma mina kolleger på att detta preparat ej får förskrivas på indikationen narkomani.

Samtidigt vill jag påminna om att kodein är en opioid som metaboliseras till just morfin. Tumregeln är att 120 mg kodein motsvarar 10 mg morfin injicerat. Detta är orsaken till att analgetika som Kodein, Treo Comp, Citodon och Pano-cod missbrukas. Även dextropropoxyfen är en opioid och ingår i flera angeltika som missbrukas. Detta preparats andningsdepressiva effekt förstärks kraftigt av alkohol. Kombinationen kan orsaka dödsfall.

Ytterligare preparat som missbrukas är Anervan som innehåller meprobamat och Somadril vars högvärde är just meprobamat.

Lars-Göran Eldhagen
föredragande läkare i psykiatri vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet för Stockholm-Gotland

Fördelar även med stora kongresser

Värdet av stora vetenskapliga kongresser kan diskuteras. Den alltmer ökande specialiseringen gör att många i stället föredrar att besöka mindre möten, mera inriktade på den egna specialiteten.

American College of Surgery (ACS) arrangerar varje år i oktober en Clinical Congress. Vi har alltsedan 1960-talet ofta besökt dessa möten, senast i New Orleans oktober 1995. När vi först reste till en ACS-kongress var det jämförelsevis få utlänningar närvarande och de utländska besökarna uppmärksammades därför ganska mycket. En ansedd medlem av ACS tog väl hand om var och en av besökarna och såg till att de fick största möjliga utbyte av kongressen. Det ökande resandet till utländska möten har emellertid gjort de utländska delegationerna större vilket medförde att sponsorsystemet så småningom upphörde.

Intressant för alla kirurger

Den ökande specialiseringen märks givetvis inom ACS liksom annorstädes. ACS företar emellertid en anmärkningsvärd strävan att hålla ihop hela kirurgkåren genom att vid de stora kongresserna bjuda en mycket väl avvägd blandning av stora symposier om ämnen av intresse för alla kirurger och mindre sessioner mera avsedda för de olika specialsektionerna. Under »vår» tid kan man här notera en ständigt alltmera ef-

fektivt fungerande kongressorganisation. För medverkan från auditoriet, frågor och diskussionsinlägg, finns ständigt effektivare tekniska hjälpmedel att tillgå. Man noterar en i formellt avseende betydligt högre nivå vid dessa diskussioner i USA än hemma hos oss.

Ett stort allmänt möte hade rubriken »One hundred years of vascular surgery». De-Bakey, snart 90 år, höll där ett klart och koncist föredrag om kärllirurgins utveckling och läge. Han ansåg att de unga kärllirurgerna, trots lättheten att med datateknik få information, inte hade lätt att bilda sig en uppfattning om kärllirurgins tidigare historia. »Läs mera böcker», var hans rekommendation till de unga.

I kongressen deltog ett 20-tal svenska kirurger från olika delar av landet och Bengt Zederfeldt installerades som hedersmedlem i ACS. Bland äldsta deltagare och hedersmedlemmar märktes Philip Sandblom (92 år) med maka. Han hade slutat med utförsäkning men fortsatte med »cross country skiing».

I pedagogiskt avseende är ACS' kongresser föredömliga. Man framhåller vikten av god teknisk kvalitet vid vanliga rutinoperationer, och föredrag och symposier förbättras säkerligen av att auditoriet skriftligen betygsätter sessionerna. Ett drygt tjugotal »post graduate»-kurser i vitt skilda ämnen delar ut meritpoäng åt deltagarna – högst rankas föredragshållare vid Surgical Forum. Den vetenskapliga utställningen (posters) är omfattande, den kommersiella är enorm.

Sammanfattningsvis finner vi att rätt utnyttjad kan även den mycket stora kongressen ha uppenbara fördelar. ACS-kongressen kan rekommenderas till alla kirurger som en utbildnings- och inspirationskälla.

Argo Kövamees
docent

Lennart Forsgren
docent;
båda Hälso- och sjukvårdens Östeuropakommitté, Socialstyrelsen

Alltid dubbelt radavstånd!
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondensspaltarna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.