

Cognex kan ej behandla Alzheimers sjukdom

Parke-Davis läkemedelsföretag har i en annons i Läkartidningen nr 8, 9 och 10/96 påstått att med Cognex har det blivit möjligt att behandla Alzheimers sjukdom medikamentellt.

Alzheimers sjukdom är en fortskridande degenerativ sjukdom som drabbar nervcellerna mest i tempoparietal- samt occipitalloberna. Cognex (takrin) är en kolinesterashämmare som gör att man hämmar nedbrytning av acetylcholin och på det sättet får en ökad aktivitet i kolinerga neuroner i hjärnan. Det finns inga studier som påvisar att takrin stoppar nedbrytningen av nervceller i tempoparietalloben hos dessa patienter. Dvs takrin är egentligen ett läkemedel för symtomatisk behandling av Alzheimers sjukdom men kan inte bota grundsjukdomen.

Jag tycker att Parke-Davis annons i Läkartidningen är vilseledande. Trots att jag har kontaktat läkemedelsföretaget och informerat dem har de ej ändrat sin annons.

Masoud Shafazand
AT-läkare
psykiatriska kliniken,
Kungälv's sjukhus

Replik:

Det enda godkända läkemedlet

Cognex är ett läkemedel som erbjuder patienter symtomatisk behandling vid Alzheimers sjukdom. Annonserna har aldrig varit avsedd att antyda att det skulle bota denna sjukdom. Men behandlingseffekten är styrkt bl a i studien av Knapp och medarbetare [1], där det är visat att 42 procent av patienterna med Cognex 160 mg/dygn fått en signifikant förbättring jämfört med placebo 18 procent, och graden av förbättring har också påverkats av god omvårdnad i båda grupperna. Den senaste analysen av 2-årsuppföljningen av den refererade studien visar att tiden till institutionalisering fördröjs med upp till 400 dagar [2].

KORRESPONDENS

Mot bakgrund av ovanstående har patienter med mild till medelsvår grad av Alzheimers sjukdom rätt att få prova tillgänglig terapi.

För att undvika missförstånd har vi omarbetat den kritiserade annonstexten och den har även accepterats av Masoud Shafazand.

Parke-Davis Scandinavia AB

Christina Lindahl
medicinsk chef

Anders Heierson
marknadsdirektör

Litteratur

1. Knapp MJ, Knopman DS, Solomon PR et al. A 30-week randomized controlled trial of high-dose tacrine in patients with Alzheimer's disease. JAMA 1994; 271: 985-91.
2. Gracon SI, Myers SL, Smith F, Talwalker S. Long-term tacrine treatment: Effect on nursing home placement and mortality (970-61). Journal of Neurology in press.

Så förhöll det sig med medicinska test i arbetslivet

Lars Jacobsson och Barbro Westerholm har i Läkartidningen 50/95 respektive 6/96 aktualiserat frågan om medicinska test i arbetslivet. Som dåvarande Saab-Scania under 1980-talet var föremål för stor uppmärksamhet till följd av haschtest vid nyanställning vid företaget har man hänvisat till vissa handläggningar i det fallet. En del påståenden är inte korrekta och vissa företeelser anmärkningsvärda varför följande kommentarer är motiverade.

Huvudregeln i svensk rätt är att arbetsgivaren har rätt att fritt anställa vem han vill. När en arbetsgivare utövar denna rätt är han i princip oförhindrad att för anställning kräva att den arbetssökande företer betyg eller intyg av olika slag. Det är klarlagt att en arbetsgivare därvid kan ställa kravet att en arbetssökande genom intyg visar att han inte brukar narkotika. Om detta har aldrig rätt diskussion beträffande Saab-Scania's test.

Frågan har i stället handlat

om företagshälsovården, enligt då gällande Arbetsmiljöverket, skulle få utföra testen. Efter omfattande procedurer uttalade SALF-LO-PTK-skiljenämnden för arbetsmiljöverket att arbetsgivaren inte begär något avtalsbrott om han använder företagshälsovården på sätt som Saab-Scania gjorde.

Det var således nämnda skiljenämnd som fällde utslaget och inte Arbetsdomstolen, som Westerholm skrivit.

Det kan tillfogas att Arbetsmiljöverket sedan dess har upphört att gälla.

Inget protokoll

Även ett uttalande som Socialstyrelsens rådgivande nämnd för etiska frågor gjort har aktualiserats. Den nämnden hade efter framställning från Peter Westerholm, då vid LO, uttalat att rutinmässig testning av haschetaboliter i samband med anställning som skedde vid Saab-Scania inte var acceptabel från etisk synpunkt. Nämnden hade grundat sitt uttalande enbart på LOs anmälan utan kommunikation med Saab-Scania, där man fick kännedom om uttalandet via massmedierna. Jag påtalade det anmärkningsvärda förfarandet för nämndens ordförande Viking Falk, vilken arrangerade ett möte med nämnden och mig den 14 december 1989. Efter min föredragning för nämnden uttalade ordföranden att man beklagade det tidigare uttalandet samt att man nu fått en helt annan syn på testen och dess plats i arbetslivet. Trots att ordförande gjorde detta uttalande fördes anmärkningsvärt nog inget protokoll från mötet. Värdet av nämndens uttalande blir därmed mycket oklart.

Nämnden betonade att dess uttalande enbart står för rådets räkning och inte Socialstyrelsens, såsom tidningsnotisens formulering lätt kan tolkas.

För förtydligande kan även framhållas att Svenska Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik vid samma tidpunkt inte fann något etiskt hinder för provtagningar på sätt som skedde.

Sammanfattningsvis:

Arbetsdomstolen har ej varit inkopplad på haschtest vid Saab-Scania.

Socialstyrelsen har ej yttrat sig.

Socialstyrelsens rådgivan-

de nämnd för etiska frågor har utan kontakt med den som klandrats gjort ett uttalande som den sedan ursäktat samt uppgivit att den ändrat inställning, dock utan protokollnotering.

Läkarsällskapets etiska delegation har inte haft något att erinra.

Gensvar

Under åren som diskussioner om detta test pågick fick jag gensvar från anställda, politiker, lärare, organisationer och kolleger på ett sätt som var överväldigande. Endast ett fåtal centralt placerade fackföreningsrepresentanter och några journalister var negativa. Det lärde mig att ifrågasätta massmediernas presentation av problem och mer lita på egen känsla och intuition.

Bengt Johansson
Medicinsk rådgivare,
DHS, SCANIA, Södertälje

Staten beslutar om flyktingpolitiken

»Vad händer när gömda flyktingar behöver akut vård?», undrar Lisbet Palmgren i Läkartidningen 10/96.

Invandrarverket ersätter landstingens kostnader för asylsjukvården. Därför tar sjukvården som regel kontakt med verket för att få betalt. Visar det sig att patienten är efterlyst för avvisning kan Invandrarverket kontakta polisen. En kontakt med verket kan därför indirekt leda till att polisen kommer patienten på spåren.

Sjukvården får naturligtvis inte bryta sekretessen och ta kontakt med polisen, men om polisen kontaktar sjukhuset har sjukvårdspersonalen enligt lag skyldighet att på förfrågan lämna ut uppgift om huruvida någon vistas på sjukhuset.

Om Lisbet Palmgrens patient hade stannat kvar på sjukhuset hade polisen kunnat höra av sig dit. Detta kunde ha resulterat i att patienten inte längre funnits kvar i Sverige. Det är Utlänningsnämnden som bedömer om de medicinska skälen är tillräckligt starka för att påverka avvisningsbeslutet. Patienten och hennes make har tydligen valt att gå under jorden i stället för att få detta provvat medan kvinnan var kvar på sjukhuset.

Det svåra problem som Lis-

ANNONS

bet Palmgren tar upp kan inte lösas av landstinget. Det är staten som beslutar om flyktingpolitiken, och det är den enskilda individen som beslutar att gå under jorden.

När det gäller gömda utlänningar som har behov av omedelbar vård är landstingets ansvar mycket tydligt. Det är klart att Hälso- och sjukvårdslagen i detta avseende gäller även dessa personer. Den som har behov av omedelbar hälso- och sjukvård skall alltid ges sådan vård! Betalningsfrågan får då lösas i efterhand.

På vilken grund medicinalrådet Per G Swartling på Socialstyrelsen utgår ifrån att landstingen ger gömda utlänningar »all nödvändig vård som för andra flyktingar utan att ersättningsfrågan är löst» får han själv besvara. Landstinget tar sitt ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen och enligt det regelsystem som finns inom flyktingpolitiken.

Sofia Weman

1:e sekreterare,
Stockholms läns landsting,
Hälso- och sjukvårdsnämndens stab

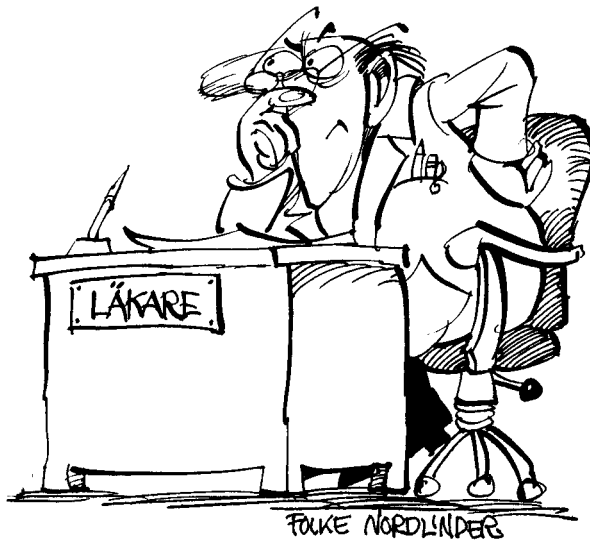
Vilken är förtroendeläkarens roll i samhället?

De så kallade förtroendeläkarna hos försäkringskassa och försäkringsbolag gör enbart bedömningar om arbetsskador, medicinsk invaliditet, förtidspensionering etc efter intyg och journaler från behandlande läkare, specialister m fl.

Det märkliga med förtroendeläkarna är att de inte har några lagar eller förordningar att arbeta efter. Frågan man måste ställa är om en läkare kan ställa en lika säker diagnos med stöd av några papper? Blir diagnosen säkrare om läkaren personligen gör en omfattande undersökning?

Förtroendeläkarna anser tydligen att förfaringsättet att ställa en diagnos med hjälp av några papper är helt i sin ordning.

Att detta kan bli totalt fel skall jag ge exempel på. En kvinna råkar ut för en bilolycka där hon blir påkörd bakifrån, hon får en så kallad whiplashskada. Tre läkare undersöker kvinnan och konstaterar att det inte råder något tvivel om att



»Frågan man måste ställa är om en läkare kan ställa en lika säker diagnos med stöd av några papper?»

skadan beror på bilolyckan. Dessa papper skickas till försäkringsbolagets förtroendeläkare som anser att skadan inte beror på bilolyckan utan något helt annat. Några månader går och kvinnan får mycket ont i sin nacke och tvingas uppsöka läkare akut. Hon får träffa en läkare som gör en grundlig undersökning. Han anser efter undersökningen att skadan beror på bilolyckan. Det märkliga är att förtroendeläkaren och läkaren är samma person. Varken patienten eller läkaren har känt igen den andres namn, upptäckten görs av en annan läkare som går igenom olika journaler.

Denna händelse och andra gör att man måste ställa frågan till Läkarförbundet om detta är acceptabelt. Nu måste en diskussion komma igång kring förtroendeläkarnas roll i samhället. Skall förtroendeläkarna även i fortsättningen stå utanför lagar och förordningar, eller skall de ha samma rättigheter och skyldigheter som en vanlig läkare?

Per-Anders Hultman
Munkfors

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

Kommentar:

Skall göra försäkringsmedicinsk bedömning

Förtroendeläkarna, eller numera försäkringsläkarna, arbetar i princip under samma regler som andra läkare. Vad som förmodligen åsyftas i insändaren är att endast intyg som utfärdas efter personlig undersökning kan bli föremål för prövning i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Intyg och utlåtanden »på handlingarna», oavsett vilken läkare som utfärdat dem, hamnar aldrig i HSAN. Beträffande sådana intyg kan patienten dock få en överprövning av intygets kvalitet genom att överklaga sakärendet, i regel ett socialförsäkringsärende eller en skadereglering hos ett försäkringsbolag.

Ofta skiljer sig försäkringsläkarnas utlåtanden från behandlande läkares genom att de också innehåller ett moment av försäkringsmedicinsk bedömning, dvs en bedömning av om ersättning skall utgå enligt villkoren och i så fall vad som skall ersättas. I t ex whiplash-fallen diskuteras ofta hur stor »merskada» trafikolyckan medfört utifrån tillståndet före olyckan. Detta uppfattas ibland som ett underkännande av behandlande läkares diagnos, vilket alltså inte behöver vara fallet.

Försäkringsläkarnas roll bör som regel inte innefatta undersökning av patienten utan bör inriktas på att tillse att det medicinska underlaget för bedömning är tillräckligt och att det vid behov kompletteras.

Jan Schöldström

chefjurist,

Sveriges läkarförbund

Rutinerna vid licensförskrivning bör ej förenklas

Björn Lundberg och medarbetare framför i Läkartidningen 7/96 synpunkter på rutinerna vid licensförskrivning och då särskilt av valproat. I artikeln diskuteras licensärenden som ligger förhållandevis långt tillbaka i tiden, 1970-1980, och mycket har förändrats sedan dess.

Vi stämmer helt i författarnas uppfattning att en huvuduppgift för Läkemedelsverket är att sörja för patientsäkerheten. Här är biverkningsrapporteringen ett viktigt instrument. Licensläkemedel är ur denna aspekt jämställda med godkända läkemedel, och biverkningsrapporter skall rapporteras enligt samma regler. Förslaget om en mer generell uppföljning av biverkningarna är intressant och ligger i linje med den förändring av verksamheten som pågår i och med att en datorisering av licenshanteringen genomförs. En detaljerad uppföljning av bl a biverkningar kommer då att bli möjlig på såväl grupp- som individnivå. Fram till nu har vi huvudsakligen endast haft möjlighet att göra riktade uppföljningar av läkemedel där exempelvis en risk har kunnat identifieras. Ett exempel på detta är uppföljningen av blodbiverkningar vid remoxiprid-behandling (Roxiam).

30 000 ansökningar årligen

Läkemedelsverket hanterar årligen närmare 30 000 licensansökningar inom hela det farmakoterapeutiska fältet. Antalet licensläkemedel i vårt register är ca 2 500. I nuläget görs en bedömning av licensläkemedlets farmaceutiska kvalitet samt att klinisk dokumentation som stöder användningen föreligger. Många licensansökningar gäller läkemedel som, i likhet med valproat, utvecklas i