

## Mirakelmedlet är här igen!

Aftonbladet har nyligen publicerat en artikel som beskriver ytterligare ett undermedel mot fetma. L 112 är en bi-produkt från skaldjur med ett kitinliknande ämne, som enligt uppgift elektrostatiskt binder fett. I artikeln citeras norska data, som talar om häpnadsväckande gynnsamma effekter. Dessutom nämner artikeln att goda effekter rapporterats från den överviktsenhet vid Karolinska sjukhuset som jag förestår.

Sakläget är dock följande. Jag kontaktades 1995 av företrädare för produkten, vilka diskuterade det teoretiska underlaget. Jag skissade på en prospektiv, randomiserad dubbelblind undersökning på överviktiga patienter. Man uppgav dock att man initialt gärna skulle börja med en liten öppen pilotundersökning för att närmare se effekterna på fett i feces av produkten. Undersökningen utfördes och påvisade inga som helst effekter. Denna rapport är inte skriven, än mindre godkänd av mig. Innehållet i rapporten återges delvis i Aftonbladet.

### Lurade

Hundratals patienter har de senaste dagarna i desperation sökt råd och stöd från oss i tron att min enhet påvisat några terapi-effekter med L112. Medierna har ringt ner oss, kollegerna och hälsokeströrelsen undrar med rätta vad vi sysslar med. Detta sedan det framkommit att förpackningen för några hundra kronor utöver L112-kapslar innehåller kostrekommendationer att bara äta 900 cal/dag, vilket självfallet ger viktnedgång! Upprörda överviktiga människor har med rätta känt sig lurade. Trots det uppenbara bondfängeriet tycks hälsokostbutikerna ha plundrats på L112, väntelistor finns utlagda och burkarna slits från hyllorna.

Min naivitet att medverka till en kritisk undersökning kan självfallet förlöjligas; det primära uppsåtet har dock varit att skaffa kunskaper till överviktiga patienters framtida gagn. Ansvar för bluffen faller tungt på kvällspressen, som okritiskt skaffat sig extra lösningsnummerköpare genom ännu ett sensationsreportage och på försäljarna av L112, som förfarit på ett gravt ohederligt sätt mot överviktiga människor, över-

viktsheten och medierna i uppenbart ekonomiskt syfte.

Som vanligt är det de överviktiga som lurats såväl ekonomiskt som psykiskt. Att produkten förklarades vara »prövad» hos oss uppgav många överviktiga som förtroendegivande. Ovanstående till kollegers kännedom och på förekommnen anledning. KO och jurister har kontaktats i ärendet.

*Stephan Rössner*  
professor, överläkare  
Karolinska sjukhuset,  
Stockholm

## Om konsten att få många P-värden

Vid en jämförelse av omhändertagande av patienter med slaganfall på stroke-enhet och i konventionell vård redovisar Lena Bokemark, Christian Blomstrand och Björn Fagerberg i Läkartidningen 8/96 bland annat en rad signifikanta skillnader. Genom att göra signifikantest på de enskilda svarsalternativen i stället för att göra ett test per fråga har författarna lyckats åstadkomma ett knippe extra (irrelevanta) P-värden som blir garanterat signifikanta.

Ett exempel ur Tabell III illustrerar vad jag menar (se nedan):

Andelen patienter som fått endast en EKG-undersökning är som synes signifikant lägre vid stroke-enheten än inom den konventionella vården. Det är då faktiskt inte ägnat att särskilt förvåna att andelen patienter som undersöktes med EKG flera gånger blir signifikant högre vid stroke-enheten.

Sätten är många när det gäller att övertyga läsarna om att två grupper är signifikant skilda åt ...

*Adam Taube*  
professor, Uppsala

	Stroke-enhet, procent (N = 121)	Konventionell vård, procent (N = 84)
<b>EKG-undersökning</b>		
Ingen	1	6
En	19 (P<0,001)	74
Flera	80 (P<0,001)	20

## KORRESPONDENS

Replik:

## Påverkar inte studiens resultat

Vi håller med om att den statistiska analysen i det anförda exempel borde ha utförts med ett test. Emellertid hade vi en annan tanke med vår analysmetod än att i första hand övertyga läsarna om att de bägge grupperna var signifikant skilda åt. I denna randomiserade studie har vi undersökt hur handläggningen av stroke genomförts på en stroke-enhet och på konventionella medicinska vårdavdelningar. Vi var då dels intresserade av om åtgärden i fråga hade vidtagits (tex en viss undersökning), dels om någon skillnad fanns i utfallet (dvs resultatet av undersökningen).

Av dessa skäl ville vi inte besvara varje fråga med endast en analys, som inte hade belyst denna distinktion.

Som exempel kan anföras undersökning av sensibiliseringsrubbing som genomfördes hos fler patienter på stroke-enheten, där det också gjordes fler patologiska fynd än på konventionella avdelningar. Däremot konstaterades inte signifikant fler fall med blåsljud över a carotis trots att fler patienter undersöktes på stroke-enheten. Vi använde denna analysmetod konsekvent, varav resultatet med ekg-registreringarna, vilket vi beklagar. Den framförda kritiken påverkar inte studiens resultat.

*Lena Bokemark*  
underläkare,  
divisionen för kärllmedicin

*Christian Blomstrand*  
docent, överläkare,  
divisionen för neurologi

*Björn Fagerberg*  
docent, överläkare,  
divisionen för kärllmedicin;  
samtliga vid Sahlgrenska  
sjukhuset,  
Göteborg

## Är patienterna betjänta av uppifrån styrda läkare?

På min fråga i Läkartidningen 12/96 om vad som prioriteras, läkaretiken eller lojaliteten mot överordnade, har jag fått två svar. Läkaresällskapet har av för mig okända skäl valt att inte svara och från landstingets politiker har såvitt jag vet inget svar inkommit.

Socialstyrelsens svar är sorgligt i så motto att man valt att stoppa huvudet i sanden och påstå, att ingen konflikt finns, eftersom landstinget i varje situation gör det bästa tänkbara i denna den bästa av världar.

Läkarförbundets svar är däremot rakt och tydligt. Läkares första plikt är mot patienten. Men han måste förstå att om denna etik kommer i konflikt med de överordnades planer kan dessa överordnade tvingas göra sig av med den icke lojala läkaren, särskilt om han är i chefsställning. Om läkaren kommer i samvetsnöd kan han även välja att avgå.

Detta är ett tydligt och logiskt resonemang. Resultatet av en sådan politik är emellertid att vi riskerar att kunniga, kreativa läkare med avvikande åsikter antingen säger upp sig eller blir uppsagda. Det är tyvärr också vad som för närvarande sker. Vilka som blir kvar är då lätt att räkna ut.

Risken är stor att landstingen kommer att styras av maktfullkomliga politiker och administratörer samt deras mjuka tjänare bland läkarna. Är det denna utveckling vi vill ha? Är det dessa läkare som patienterna är betjänta av?

*Lisbet Palmgren*  
professor, Lidingö

## Whiplash-prevalenser i referenser

Vi har med intresse läst Zetterbergs artikel om nack- och skuldervärk [1], men ställer oss frågande till hans tolkning av litteraturen när det gäller whiplash-skador. Med referens till en artikel av Bovim [2] gör Zetterberg följande påstående:

»Hos en grupp med uppgivet whiplash-trauma fanns ing-

en skillnad efter cirka sex månader vad gällde nackvärksymtomkomplexet jämfört med populationen i övrigt. De med nackvärk före olycksfallet hade fortfarande värk efteråt.»

Det finns ingen grupp med whiplash-trauma i Bovims artikel [2]. Studien är baserad på en enkätundersökning till 10 000 personer från den »vanliga» populationen. Resultaten från denna studie försöker sedan författarna jämföra med resultat från andra studier baserade på whiplash-patienter.

En sådan jämförelse är givetvis svår, då patienturvalet skiljer sig från studie till studie, och ett problem med Bovims studie är att författarna använder sig av ett »prevalensmått» (mer än sex månaders besvär under det senaste året), som knappast är jämförbart med det mått som används i de flesta whiplash-studier (andelen med kvarstående nackbesvär, sex månader eller mer efter olyckan). Prevalensen av nackbesvär hos whiplash-skadade varierar också stort mellan olika studier.

The Quebec task force har försökt att bringa ordning i den omfattande litteraturen på detta område. I deras »Best evidence synthesis» [3] citeras det fåtal studier på området som anses hålla godtagbar vetenskaplig standard. I två av dessa anges prevalensen av nackbesvär mer än sex månader efter olyckan till 29 respektive 66

procent, att jämföra med Bovims uppskattning av prevalensen i den »vanliga» befolkningen på 13,8 procent.

Påståendet »De med nackvärk före olycksfallet hade fortfarande värk efteråt» saknar också grund i Bovims studie [2]. Det är oroande när en så dålig artikel citeras i litteraturen och ännu mer oroande när den dessutom refereras på felaktiga grunder.

*Gunilla Bring*  
leg läkare, doktorand,  
institutionen för  
allmänmedicin, Umeå uni-  
versitet, Umeå

*Johan Bring*  
fil dr, statistiker,  
regionalt onkologiskt  
centrum, Akademiska sjuk-  
huset,  
Uppsala

**Litteratur**

1. Zetterberg C. Oklar patomekanism bakom nack-skuldervärk. Problem vid försäkringsmedicinsk bedömning. Läkartidningen 1996; 93: 793-6.
2. Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. Spine 1994; 19: 1307-9.
3. Quebec task force on WAD. Scientific monograph of the Quebec task force on whiplash-associated disorders: redefining whiplash and its management. Spine 1995; 20 (suppl 8S): 1-73.

**Kommentar:**

**Endast ett fåtal artiklar blir kvar**

Jag är medveten om svagheterna i Bovims artikel [1] och medger att jag kunde varit mera tydlig i att markera att Bovim gjorde en bedömning av whiplash-skador i sin populationsundersökning snarare än en direktstudie av dessa skador. På denna punkt instämmer jag i Gunilla och Johan Brings kritik.

I två studier, som av The Quebec task force ansågs hålla hög standard, angavs prevalensen av nackbesvär mer än sex månader efter whiplash-traumat till 29 respektive 66 procent [2].

I Sverige är subjektiva nack- och skulderbesvär myc-

ket vanliga [3]; nackbesvär har 51 procent av kvinnorna och 26 procent av männen; skulderbesvär har 55 procent av kvinnorna och 43 procent av männen. ULF-undersökningen anger en prevalens för nack-skulderbesvär på 42 procent hos kvinnor och 26 procent hos män.

Bovim gjorde ett försök att ange prognosen efter whiplash-trauma med hänsyn tagen till andra typer av nackont [1], dock inte helt invändningsfritt. Någon annan studie med liknande målsättning har jag inte funnit.

Om man vid litteraturgenomgångar ställer höga krav på de studerade artiklarna, så kommer flertalet att falla bort. Exempelvis gjorde jag en litteraturoversikt om fysisk aktivitet och benmineralinnehåll [4], där endast tre av 20 artiklar uppfyllde de högt ställda vetenskapliga kraven. Emellertid innehöll också övriga artiklar en hel del matnyttig information.

*Carl Zetterberg*  
docent  
yrkesortopediska enheten,  
ortopeddivisionen,  
Sahlgrenska sjukhuset,  
Göteborg

**Litteratur**

1. Bowim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. Spine 1994; 19: 1307-9.
2. Quebec task force on WAD. Scientific monograph of the Quebec task force on whiplash-associated disorders: redefining whiplash and its management. Spine 1995; 20 (Suppl 8S): 1-73.
3. Zetterberg C. Oklar patomekanism bakom nack-skuldervärk. Problem vid försäkringsmedicinsk bedömning. Läkartidningen 1996; 93: 793-6.
4. Zetterberg C, Nordin M, Skovron ML, Zuckerman JD. Skeletal effects of physical activity. Geriatrics 1990; 87: 17-24.

**Lasermannen om färgblindhet**

Tack till Per Mindus för att han betonar att några procent av befolkningen är färgblind. Jag tillhör de tio procent av den manliga befolkningen som är partiellt färgblind, och har erfarenhet de större eller mindre pro-

blem som detta medför i tolkningen av visade diabilder. Undvik röd-gröna, och även röd-blå, kollisioner! För en man av tio innebär det att den eftersträlvade kontrasteffekten uteblir!

För övrigt tror jag nog att jag skulle uppfatta om Per Mindus rodnade om inte hans normala ansiktsfärg går i grönt förstås!

*Lars Jakt*  
Consultant Anaesthetist  
Truro, Cornwall, UK

**HSAN-uttalande bör omprövas**

I Läkartidningen 12/96 relateras ett ansvarsärende (1090/95) som resulterade i en erinran. En förkortad fallbeskrivning lyder: En kvinna hade i september 1993 en »sänka» på 53 mm. Läkaren förbisaåg provsvaret vid detta besök, samt vid patientens återbesök i februari, augusti och september 1994. Utredning i december 1994 visade att patienten hade njurcancer med metastaser till lungorna. Patienten avled i mars 1995.

Nämnden ansåg att »en tidigare upptäckt av cancern hade kunnat förbättra prognosen».

**Hade inte levt längre**

Det finns i den medicinska litteraturen inte en enda publikation som visar att en senareläggning av diagnosen njurcancer ökar mortaliteten. Kvinnan hade med all sannolikhet avlidit i mars 1995, även om diagnosen ställts i december 1993, eller under 1994. Hon hade levt längre som cancerpatient, men inte som individ.

Om det för många typer av maligniteter saknas dokumentation om prognosförsämring på grund av diagnosfördröjning, så finns det desto mer information om motsatsen: ett 20-tal artiklar påpekar samfällt att »tidig» diagnostik (hur nu »tidig» kan definieras) av många typer av maligniteter icke sänker mortaliteten. En del av dessa referenser återfinns i artikeln »Värdet av tidigdiagnostik: delvis en myt?» (Läkartidningen 1-2/94).

Ansvarsnämnden bör ompröva sitt uttalande.

*Sten Friberg*  
docent, överläkare  
Radiumhemmet,  
Karolinska sjukhuset,  
Stockholm

**Om tidningen inte kommer**

Om Läkartidningen inte kommit som den skall på onsdag, fundera på om skälet till den uteblivna tidningen kan vara något av följande:

Är prenumerationen betald?

Är definitiv flyttning anmäld?

Postens tillfälliga eftersändning gäller sex månader, sedan går feladresserade tidningar i retur.

Men om dessa orsaker inte kan vara de rätta: Ring Läkartidningens marknadsavdelning, telefon 08-790 33 00.

Om prenumerationen inte betalats i tid och läsaren därför missar några nummer kan vi inte skicka dessa automatiskt, utan de får köpas som lösnummer om exemplar finns kvar.