

Risker med kalciumkanalhämmare gäller gammal beredning

Läkartidningen 15/96 innehåller en artikel med rubriken »Kalciumkanalhämmare riskabel medicin? skriven av Lars Werkö. Artikeln innehåller en del kontroversiella påståenden.

På Bayer är vi mycket förvånade över att Lars Werkö varken under rubriken »Myndigheterna ligger lågt» eller någon annanstans i artikeln informerar om att den amerikanska myndigheten FDA (Food Drug Administration) arrangerade ett »Advisory Committee»-möte som avhandlade just denna fråga den 25 januari i år. FDA påpekade då bl a att kortverkande nifedipin (kapslar) inte ska användas vid instabil angina pectoris. Detta innebar en skärpning av den amerikanska PDR-texten som motsvarar vår Fass-text. FDA hade inga ändringar vare sig när det gäller nifedipins övriga beredningsformer (s k Coat Core-tabletter och Adalat Oros), eller deras indikationer och doseringsanvisningar. FDA påpekade att det är viktigt att PDR-texten följs.

På en punkt är vi på Bayer helt eniga med Lars Werkö. För alla nyare hjärt-kärlläkemedel, t ex kalciumantagonister, behövs det stora kontrollerade prospektiva långtidsstudier som undersöker vinst respektive risk med behandling.

Två stora undersökningar

Sedan mer än ett och ett halvt år pågår i Bayers regi en stor klinisk prövning. Studien kallas Insight och omfattar ca 6 600 patienter som har hypertoni och samtidigt andra kardiovaskulära riskfaktorer. Patienterna behandlas med antingen Adalat Oros eller ett diuretikum/hydroklortiazid och amilorid). Studien är prospektiv, randomiserad, dubbelblind med parallella grupper, och resultaten beräknas vara klara 1999.

Bayer planerar att genomföra ytterligare en stor prospektiv dubbelblind interventionsstudie med Adalat Oros. Den nya studien kommer att inkludera ca 7 000 patienter med kronisk stabil angina pectoris.

Även i denna studie kommer man att ha morbiditet och mortalitet som end-points. Den har fått arbetsnamnet Action-studien.

Båda dessa stora undersökningar görs med Adalat Oros, den nyaste och mest långverkande beredningsformen av nifedipin. Nästan alla de studier Lars Werkö refererar till har använt nifedipinkapslar, som är en helt annan och mycket kortverkande beredningsform. Kapslarna medför kraftiga svängningar i serumkoncentrationen med höga toppar och större risk för biverkningar.

Den nyare tablett tas en gång om dagen och fungerar som en liten minipump för kontinuerlig infusion. Plasmakoncentrationen och effekten blir mycket jämna över hela dygnet, och därmed minimeras biverkningsrisken.

Ann Philip-Shansky

chef medicinska avdelningen i Göteborg

Paul Higham

chef affärsområde Farma, Bayer Sverige AB

»Enligt patienten» står det i de nya intygen

Hur skall en läkare kunna intyga vilka patientens vanliga arbetsuppgifter är och om han/hon kontaktat sin eller sina arbetsgivare? undrar Richard Löfvenborg i ett inlägg i Läkartidningen 10/96.

Det är självklart att de nya sjukförsäkringsintygen och utlåtandena skall innehålla de bedömningar som läkaren gör, men för att läkaren skall kunna göra dessa behövs vissa grunduppgifter som bedömningarna enligt reglerna för sjukpenning skall utgå ifrån. Vår utgångspunkt när blanketterna togs fram har varit att dessa uppgifter inhämtas från patienten och att läkaren inte har något ansvar för om de är felaktiga. Poängen är dock att försäkringskassan skall veta utifrån vilka uppgifter läkaren har gjort sin bedömning. Dessa uppgifter jämförs med de andra uppgifter som kassan har. Det förekommer ju att patienten läm-

nar olika upplysningar till läkaren och försäkringskassan.

I det reviderade läkarintyget, som skall finnas ute på försäkringskassorna i slutet av mars – mitten av april 1996, har Riksförsäkringsverket för tydlighetens skull tillfört »enligt patienten» på de frågor som patienten skall lämna upplysningar/information om. Motsvarande förändring görs också i det särskilda läkarutlåtandet vid nytryck.

När det gäller frågan »Vid hel arbetsoförmåga, motivera särskilt varför patienten inte kan arbeta eller stå till arbetsmarknadens förfogande i någon utsträckning», har den tillkommit för att ytterligare markera vikten av att patientens förmåga att arbeta trots sjukdomen uppmärksammas och så långt möjligt skall tas tillvara.

Alltför många sjukskrivningar är dessvärre på heltid, vilket erfarenhetsmässigt leder till passiviseringar. Av utrymmesskäl har denna fråga tagits bort i det reviderade läkarintyget, men det betyder inte att frågan är oviktig. Ett av verksamhetsmålen som Socialdepartementet satt upp för åtgärder inom ohälsområdet för försäkringskassorna är bl a att antalet partiella sjukskrivningar skall öka. Och det målet kan naturligtvis bara nås genom att läkarna och försäkringskassorna hjälps åt med patientens bästa för ögonen.

Anna-Stina Röcklinger

Bosse Hellström

Riksförsäkringsverket, Försäkringsavdelning II, Enheten för sjukförsäkring, Stockholm

Praktiska uppgifter om Angelmans syndrom

I artikeln om Angelmans syndrom (Läkartidningen 10/96) saknas några praktiska uppgifter som är av intresse för läsekreten. Angelmans syndrom är en av flera »små och mindre kända handikappgrupper» som ingår i en särskild projektsatsning gällande information och omhändertagande. Som ett resultat av detta riks-

omfattande arbete står det klart att endast en tredjedel av alla barn och ungdomar i landet med Angelmans syndrom är igenkända och har fått rätt diagnos.

Felaktig eller otydlig diagnos är en stor nackdel för de drabbade familjerna. Angelmans syndrom har flera speciella särdrag (t ex epilepsi, ex-pressiv språkstörning, sömnrubbning) som ställer särskilda krav på professionellt omhändertagande och samhällets stöd. Den nybildade föräldraföreningen har visat sig fylla en viktig funktion. För att öka informationen till föräldrar, personal och allmänhet kommer vi under våren att kunna färdigställa en videoproduktion i två delar för utlåning. Ett informationsregister med litteraturanvisningar om Angelmans syndrom finns också tillgängligt för intresserade hos projektkoordinatör Anna Söderholm.

För information om litteratur och videoutlåning om Angelmans syndrom: Projektkoordinatör Anna Söderholm, Barnklinikerna, Östra sjukhuset, 416 85 Göteborg, tel 031-37 57 67, fax 031-25 79 60.

För information om föräldraföreningen (ASF): Inga-Carin Kindstrand, Kyrktorp 6304, 434 96 Kungsbacka, tel 0300-217 64.

Mårten Kyllerman

docent, överläkare, barnkliniken, Östra sjukhuset, Göteborg

Större engagemang önskas i preventionsarbetet

Läser ledaren »Satsa mer på prevention!» i Läkartidningen 12/96 med stor förundran efter att tidigare ha glatt mig åt den positiva attityden till prevention bland läkare som Läkarförbundets enkät, refererad i Läkartidningen 8/96, avspeglar.

Det är nästan rörande vilken tilltro ledarskribenten har till läkarens kunskap och tolkningsförmåga av epidemiologiska data samtidigt som enkäten just påtalar läkarens brist på kunskap inom det preventiva arbetsområdet. Sista delen av ledaren, där skribenten föreslår att »preventiv medicin» får sta-

tus som ett eget kompetensområde och efterlyser egna forskningsresurser, avslöjar att skribenten inte har en aning om folkhälsovetenskaplig forskning eller lokalt förebyggande arbete som försiggår i landets kommuner. »Öronmärkta» medel för forskning och lokalt folkhälsoarbete behöver heller inte efterlysas utan finns både centralt och på sjukvårdsområdesnivå.

Bara i Stockholms läns landsting arbetar idag ca 50 hälsoplanerare med att få till stånd ett brett samarbete mellan kommunala organ, ideella föreningar och primärvården för ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Den yrkesgrupp som är svårast att få med på noterna i detta arbete är tyvärr läkarkåren, antagligen på grund av just de hinder som redovisas i undersökningen, nämligen brist på tid, erfarenhet och kompetens inom detta område. Att därifrån dra slutsatserna, som ledaren gör, att det »torde vara svårt för andra än läkare att fånga upp samband mellan miljö, livsstil och ohälsa» och att det är »väsentligt att det förebyggande arbetet organiseras och leds av läkare» är aningslöst.

Spelar en viktig roll

Läkaren har en oerhört viktig roll i det individinriktade förebyggande arbetet. Patienten lyssnar till läkaren när han/hon redogör för t ex rökningens effekt på hälsan. Ett önskemål vore flera läkare som salig doktor Westerlund i Enköping som skrev ut motion på recept. Det är också viktigt att läkaren stöttar det lokala folkhälsoarbetet och de preventiva aspekterna både bland sin per-

**Max 400 ord
i korrespondenspalten!**

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

Eftersom korrespondenspalterna 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.

sonal på vårdcentralen och i kontakter med allmänheten. Men för det befolkningsinriktade hälsoarbetet saknar många läkare både tid, kompetens och intresse. Här handlar det mer om pedagogisk strategi för beteendeförändringar än medicinsk teknik. Läkarförbundets enkät visar att de tillfrågade läkarna har en god bild av vilka åtgärder som är viktiga för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Men det är inte, som ledarskribenten förutsätter, självklart att läkare engagerar sig i förebyggande verksamhet. Läkare behöver utbildning inom detta område, men framför allt måste de värdera förebyggande och medicinska insatser likvärdigt. Det finns uppgifter om att endast 15 procent av det medicinska arbetet har mätbar positiv effekt. Vi som arbetar med förebyggande arbete upplever krav på så gott som hundra procentig effektivitet!

Ledarskribenten påstår att »mycket av det preventiva arbetet som i dag bedrivs i vårt samhälle baseras på felaktiga tolkningar av t ex toxikologisk och epidemiologisk information» – ett svepande omdöme som jag gärna skulle vilja ha verifierat. Vidare att »det krävs ett vetenskapligt angreppssätt och kunskap om sjukdomars etiologi för att åstadkomma ett framgångsrikt preventivt arbete».

Vi vet redan tillräckligt mycket om vad som orsakar våra stora folksjukdomar och om tobakens och alkoholens skadeverkningar för att arbeta förebyggande. Problemet nu, liksom för hundra år sedan, är varför Jeppe super respektive röker och hur vårt samhälle ska

kunna ge människor de praktiska möjligheterna att leva rikt och med god hälsa.

Marianne Enge Swartz
chef för folkhälsoenheten,
Nordvästra
sjukvårdsområdet
Stockholms läns landsting

Kommentar:

Djupgående kunskap behövs!

Den återopade ledaren (12/96) begränsar sig till att behandla läkarrollen i det sjukdomsförebyggande arbetet.

Om inte läkarna genom sitt patientarbete observerar och analyserar riskerna vid uppkomsten av sjukdom torde väldigt lite kunskap genereras om nya eller ändrade hälsorisker i vårt samhälle. Inom folkhälsoarbetet finns det mycket entusiasm, men inte alltid tillräckligt med kunskap. Ta t ex kostens betydelse för uppkomst av cancer. Osäkerheten är här stor om hur stor andel av cancerfallen som beror på kosten och också om vilka kostfaktorer som har störst betydelse. Utan vetenskapligt underlag blir folkhälsoinsatserna dubiösa.

Det är tråkigt att Marianne Enge Swartz har en negativ förväntan på läkarinsatser inom folkhälsoområdet. Det program som Läkarförbundets centralstyrelse nyligen har antagit syftar till att få läkare mer engagerade i den del av folkhälsoarbetet som är direkt sjukdomsförebyggande. Folkhälsoarbete är mer än att åstadkomma beteendeförändringar bland människor, det handlar

också om att skapa miljöer med låga risker, att skapa ett hälsoskydd hos individer genom exempelvis vaccinationer, att upptäcka förstadiet till sjukdom etc.

Handlar också om fortsatt forskning

Det handlar också om fortsatt forskning, där inte minst nya kunskaper inom beroendelärens område kan leda till nya förhållningssätt inom drogområdet. Epidemiologisk forskning är inte bara insamling och analys av data, utan också bedömning av om resultaten är biologiskt plausibla. Det senare förutsätter en djupgående kunskap i humanbiologi och patologi.

Det är viktigt att alla aktörers kunskaper inom folkhälsoområdets olika delar respekteras. En ifrågasättande attityd till läkarnas möjligheter och förutsättningar att aktivt delta i folkhälsoarbetet är inte till fromma för en förbättrad folkhälsa.

Red

Replik:

Hälsa återigen en klassfråga

Läkarens insatser på det individinriktade preventionsarbetet är viktiga och vi hälsoplanerare välkomnar ett större engagemang, som jag också skrev i min insändare. Vad jag vill framhålla är att patologiska och epidemiologiska kunskaper inte räcker för att leda och planera ett gruppinriktat folkhälsoarbete, där orsakerna till ohälsa till stor del är andra än medicinska. Hälsa har återigen blivit en klassfråga där arbete/sysselsättning, socialt nätverk och upplevelse av meningsfullt sammanhang fungerar som skyddsfaktorer. Det är bra att särskilt primärvårdens läkare engagerar sig mer i det sjukdomsförebyggande folkhälsoarbetet. Men för det hälsofrämjande arbetet behövs – förutom den politiska viljan – ett brett samarbete mellan samhällets alla sektorer och ett utnyttjande av kunskaper och erfarenheter som den medicinskt utbildade inte självklart har.

Folkhälsoarbetet måste utgå från den friska människan i det friska samhället och inriktas på att skapa jordmån för ett gott liv.

Marianne Enge Swartz



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

»Problemet nu, liksom för hundra år sedan, är varför Jeppe super.»