

Ger medikamentell kolesterol-senkning cancer?

Det har lenge varit ett problem attdodligheten inte paverkats nar man sankt blodets kolesterolhalt; en liten minskning av hjartmortaliteten balanseras av en liten okning av annan mortalitet. Statinerne har andrat situationen. Minskningen av bade den kardiella og den totala mortaliteten i 4S-studien har gett ny vind i kolesterolseglen og simvastatin kallas av producenten for »the missing link».

Simvastatin kan emellertid annat an attdenke kolesterolen; i djurforsok har det t ex visat sig kunne forebygga kardiovaskulare sjukdomar oberoende av blodets kolesterolhalt [1, 2]. Naon kanskje menar attdet inte speler naon roll hur statinerne verkar, huvudsaken ar attdodligheten gar ner. Ja, om den gor det aven pa langre sikt. Tyvarr ar naon av de kolesterol-sankende preparatens biologiske effekter mindre gynnsamme. I en oversiktsartikkel i JAMA har amerikanerne Thomas Newman og Stephen Hulley tatt pa deres toksikologi og funnit attdsamtlige statiner og fibrater ar karcinogene hos gnagere [3].

Betydligt hogre doser

Hur kommer det sig attdessa preparat har kunnt passera FDAs (Food and Drug Administration) naosoga? fragar forfattere. Svaret ar attdde doser som framkallat cancer hos forsoksdjur ar betydeligt hogre an de doser som anvants i kliniken. Forfattere anser emellertid attdet ar fel attdjmfora doser darfor attdupptag, omsattning og utsondring av laemedel skiljer avsevert mellom gnagere og maenniska. Man har darfor mer og mer overgaatt til attdjmfora blodhalter, og har viser toxicitetsstudierne attdkoncentrationen av fibrater og statiner i gnagernes blod trots betydeligt hogre doser ar djmforbar med den som ses vid klinisk anvandning.

Aven om det finns en betydelig osakerhet forknippad med extrapolering fra gnagere til maenniska sa finner Newman og Hulley det orovackande attdmiljontals maenniskor nu far langtidshandling med preparat som framkallar cancer hos forsoksdjur, spesielt som en

KORRESPONDENS

**Max 400 ord
i korrespondensspalten!**

Till »korrespondens» velkomnas korte inlegg (hogst 400 ord plus, om novdvandt, ett fatal referenser), i tva exemplar og med dobbelt radavstand.

Eftersom korrespondensspalterne ar ett maatt pa lasarnas interesse for tidningen vill vi aven forsetningsvis varna om den avdelning, som har hogt laesvdrde. Genom attdvarje insenderskribent fattar sig kort kan vi berede plats for fler og publicera snabbere.

Redaktionen forbeholder sig retten attdrubricere og forkorte inlegg. For attdpaoskynda publiceringen sendes normalt inget korrektur til forfattere.

okad forekomst av cancer redan visat sig efter behandling med fibrater. Sa ar inte fallet efter behandling med statinerne, men forfattere pa minner om attdessa inte anvants sarskilt lange og attdkarcinogenicitet efter medicina, precis som efter rokning, kan vise sig forst efter decennier. En kommentar fra Lkemedelsverket efterlyses.

Uffe Ravnskov
docent, Lund

Litteratur

1. Ravnskov U. Implications of 4S evidence on baseline lipid levels. *Lancet* 1995; 346: 181.
2. Massy ZA, Keane WF, Kasiske BL. Inhibition of the mevalonate pathway: benefits beyond cholesterol reduction? *Lancet* 1996; 347: 102-3.
3. Newman TB, Hulley SB. Carcinogenicity of lipid-lowering drugs. *JAMA* 1996; 275: 55-60.

Fibromyalgi og sentral sensitivisering

To ulike syn pa arsakene til fibromyalgi er nylig presentert i *Lkartidningen* [1, 2]. Robert Olin ser pa fibromyalgi som et neuroimmunoendokrinologisk syndrom, Ann Bengtsson og K G Henriksson som en muskuler smertetilstand som forsterkes gjennom en NMDA-reseptormediert sentral sensitivisering. Pa vintermottet i Norsk Selskap for Farmakologi og Toksikologi i januar 1996 viste vi preliminare resultater fra en

undersokelse som stotter hypotesen om NMDA-reseptormediert sensitivisering ved fibromyalgi (Gustafsson H, Mørland LM og Øye I: NMDA receptor mediated wind-up in patients with fibromyalgia).

Undersokelse

I denne undersokelsen sammenlignet vi effekten av NMDA-reseptorantagonisten ketamin (0,4 mg/kg) kombinert med midazolam (0,05 mg/kg) med effekten av midazolam alene (aktivt placebo) hos pasienter med fibromyalgi. Undersokelsen var blindet og effekt-malet var smerte angitt pa en visuell analog skala (VAS). Ketamin reduserte smerteintensiteten hos samtlige pasienter med fibromyalgi, men den analgetiske effekten var annerledes enn den velkjente effekten av ketamin ved akutt nosiceptiv smerte. Istedentfor en rask og kortvarig (10-20 min) analgesi, anga fibromyalgi-pasientene en reduksjon av smerteintensiteten som utviklet seg i lopet av 30-60 min og som deretter varte i mange timer og i noen tilfeller helt til neste dag.

Vi tolker den langvarige reduksjonen av smerteintensiteten hos fibromyalgi-pasienter som en ketamin-indusert reversering av NMDA-reseptormediert sentral sensitivisering. Som folge av dette opplever pasientene en reduksjon av smerteintensiteten som varer til en ny sensitivisering har bygget seg op »rekindling». Men arsakene til sentral sensitivisering hos denne pasientgruppen sier disse forsokene intet om.

Overraskende for oss var fravaret av placebo-effekt: til

tross for attdplacebo-preparatet (midazolam) virket sederende, gav dette lite eller intet utslag pa pasientenes subjektive registrering av smerte.

Ivar Øye

Lilly Margareth Mørland

Hanna Gustafsson

Farmakologisk Institutt,
Universitetet i Oslo

Referenser

1. Bengtsson A, Henriksson KG. Fibromyalgins orsaker bade perifer og central. *Lkartidningen* 1996; 93: 161-3.
2. Olin R. Fibromyalgi. Ett neuroimmunoendokrinologisk syndrom? *Lkartidningen* 1995; 92: 755-63.

Naturmedel for injeksjon forbjuds

Sedan mange ar har svenske lakere pa patientens begaran kunnt skrive recept pa naturmedel for injeksjon. Behandlingen star i strid med vetenskap og beprovd erfaring. Det har saledes aldrig varit fraga om ordination av medlen. Forfarandet kom til i samband med samhallsdebatten om THX. I den nye lakemedelslagstiftningen, som anpassats til EU, ges inget utrymme for detta receptforfarande. Fram til den 30 juni 1996 har ett tilfallig forsajningstillstand givits for Helixor, Iscador, Enzythym, Thymogen og THX. Efter detta datum kommer dessa medel inte langre attdforsaljas pa apotek i Sverige. De gamle reglerna som givt lakere ratt attdforskriva medlen pa recept opphor da attdgalla. Detta inneb ar ogsa attdsjukskoterskor inte langre kan ge injeksjoner i de fall medlen inkopt utomlands. Patienten og de narstende kan daremot ge injeksjoner. Sprutor og kanyler far inte forskrivas pa denna indikasjon [Inger Nasman, Lkemedelsverket, Uppsala, 1996, pers medd].

Kan betyde mycket for svart sjuka

Egenbehandling med medel og metoder som saknar vetenskaplig relevans kan betyde mycket for svart sjuka maenniskor. Lakaren har ingen ratt attdoombedd diskutere for- og handdelar med sadan egenbehandling. Nar informasjon efterfragas maatte det dock vara

ANNONS

tydligt att läkaren förmedlar kunskaper som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det förväntar sig patienten. Om patienten önskar fortsätta egenbehandlingen också efter sådan information skall detta respekteras. I denna fråga – som i så många andra – måste läkaren leva upp till patientens förväntningar på en legitimerad läkare. Detta kan väl förenas med förväntningarna på respekt och empati.

Det är bra för förtroendet mellan patient och läkare att recept på medel utan dokumenterad effekt inte längre får skrivas.

Gunnar Eckerdal
överläkare, Palliativt rådgivningsteam, Mölndal



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLANDER

»Vi fanns alltid till hands och om patienter remitterades till annan klinik för någon undersökning eller åtgärd återkom de till oss efteråt.»

svarig läkare (PAL) inte fungerar. Det beror på dagens organisation av sjukhusläkarnas arbete.

När jag på 1940-talet var underläkare vid medicinkliniken i Uppsala, bl a tillsammans med den kloke och omtänksamme Nils Söderström – den bästa kliniker jag mött – var det självklart att vi tog hela ansvaret för de patienter som skrivits in vid vår avdelning. Vi fanns alltid till hands och om patienter remitterades till annan klinik för någon undersökning eller åtgärd återkom de till oss efteråt.

Tiden har obevekligt rullat bort från en liten ständigt tjänstgörande läkarkår med nästan 100-procentig patientkontinuitet. Kravet på bättre patientkontinuitet var en av orsakerna till att husläkarprogrammet togs fram. Förhoppningsvis kan vi snart räkna med en husläkare per 1 500 invånare med en ersättning som baseras på ett totalansvar och inte på klockslag.

Mycket att lära av England

Fortfarande kan vi lära oss åtskilligt av England. De som följt TV 4-serien om läkarna på landet vet att dessa söker upp den patient som uteblir från avtalat besök, ofta följer sin patient akut till sjukhus, besöker henne där och har ett informationsutbyte med sjukhusläkarna. Det leder naturligt till att vården sedan direkt fortsätts på hemmaplan.

En fast kontakt genom åren

Vi måste inrikta oss på ett likartat system. Husläkaren skall vara patientens fasta läkarkontakt genom åren, han skall gärna besöka sin patient

under en sjukhusvistelse och i varje fall tala med ansvarig avdelningsläkare. Med modern datahanterad journal borde det inte vara något problem att föra över epikrisen direkt till husläkarens dator, från sjukhusläkaren. Idag dröjer det avsevärd tid innan inremitterande läkare får besked om vad som hänt på sjukhuset.

Husläkaren skall samla alla trådar i sin hand och ansvara för all medicin som patienten får utskrivna. Då slipper man de kassar med medikamenter, utskrivna av olika doktorer, som Ulla Söderström så riktigt anmärker på.

Jag tror det blir ett dubbelarbete att låta en sjukhusläkare samla ihop besked från olika specialiteter, utöver vad han behöver för egen del. Det är bättre att det sker hos husläkaren.

Nils Brage Nordlander
pensionerad överläkare, nu privatpraktiker, sakkunnig i Husläkarutredningen, Uppsala

Läkaren/chefen måste hålla sig till spelreglerna

Lisbet Palmgren tar i Läkartidningen 12/96 upp en viktig fråga om läkares lojaliteter som chef. Inom Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik har vi diskuterat frågan och anser att den är mycket angelägen. Det är ju så att chefen tillsätts av en sjukhusledning eller en landstingsledning och får sitt mandat ifrån dessa. Samtidigt är det ju så inom den samhällsgemensamma sektorn att den egentliga uppdragsgivaren är människorna inom upptagningsområdet och som i princip alla också är potentiella patienter på chefsöverläkarens klinik. Det kan alldeles uppenbart uppstå konflikter mellan det ansvar som chefsöverläkaren känner inför sina potentiella patienter, särskilt i situationer när den politiska ledningen fungerar dåligt (vilket ju faktiskt inte är helt ovanligt) – eller till och med fattar okloka beslut. Idealt borde sjukhusledning eller landstingsledning lyssna på chefsöverläkarna vad gäller den professionella delen i ett beslutskom-

plex, samtidigt som chefsöverläkaren måste respektera att resurserna är ändliga och att det måste ske prioriteringar mellan olika ansvarsområden och att denna prioritering i slutänden ligger på den politiska beslutsapparaten.

Om de ekonomiska förutsättningarna krymper måste det vara chefsöverläkarens yrkesetiska plikt att noggrant analysera konsekvensen av en sådan nedskärning och tydliggöra dess medicinska konsekvenser för politikerna som ett underlag för deras prioriteringar. Om chefsöverläkaren underlåter detta och genomför nedskärningar som kan komma att ha negativa konsekvenser för patienterna, har han/hon försummat sina plikter mot dessa.

Svåra situationer

Det är ju också så att politiska majoriteter kan växla och att tillfälliga opinioner kan spela en alltför avgörande roll i viktiga beslutssituationer. En chef som kanske dessutom har varit med länge och som har en bättre överblick än den tillfälliga majoriteten kan då komma i mycket svåra situationer där lojaliteten verkligen sätts på prov. Självklart måste en chef inom den offentliga sjukvården (liksom inom annan offentlig verksamhet) kunna anmäla avvikande åsikter även offentligt utan att detta ska ses som felaktigt. Tvärtom borde det vara chefs plikt att delta i det offentliga samtalet. Viktigt är naturligtvis hur detta sker och att också läkaren/chefen respekterar de spelregler som finns för det offentliga samtalet. Genom att offentligt redogöra för konsekvensen av exempelvis ekonomiska neddragningar för patienterna (här förutsätts givetvis en hederlig och väl underbyggd konsekvensbeskrivning) kan läkaren bidra till den allmänna politiska debatten om prioriteringar inom hela den offentliga sektorn. I slutänden måste det ändå vara så att läkare som också är chefer måste vara beredda att avstå från sitt chefskap om deras rörelseutrymme blir alltför inskränkt.

Jag vill slutligen påminna om den skrift som Svenska Läkaresällskapet utarbetat och som heter just »Läkare som chefer och ledare i hälso- och sjukvård» (Stockholm: Sfri 1995) där bl a den här typen av problem diskuteras.

Lars Jacobsson
ordförande, Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik

Kommentar

Det är korrekt att naturmedel för injektion för närvarande har ett tillfälligt försäljnings-tillstånd till och med den 30 juni 1996. Dessa dispenser kommer att förlängas och samtidigt kommer företagen att uppmanas att inkomma med dokumentation som styrker medlens ändamålsenlighet. Medlen kommer alltså att kunna förskrivas även efter den 30 juni. Läkemedelsverket har ännu ej sammanställt information om dokumentationskraven eller fastställt vid vilken tidpunkt företagen senast måste inkomma med dokumentationen.

Läkemedelsverket kan inte fatta beslut om godkännande eller avregistrering förrän dokumentationen värderats.

Inger Näsman
apitekarer,
Läkemedelsverket,
Uppsala

Sjukhusläkare – husläkare och kontinuitet i vården

Ulla Söderström diskuterar i Läkartidningen 13/96 i anslutning till Gösta Tibblins tankar om kärnsjukvård hur behovet av kontinuitet i patient-läkarrelationen skall tillfredsställas. Vi vet alla att det trots goda föresatser inte har lyckats särskilt bra inom sjukhusvården, och lagen om patientan-