

Två vaccindoser för grundskydd mot kikhosta för barn över 2 år

Kikhostevaccinet har nu återinförts i det svenska vaccinationsprogrammet. Även ett stort antal förskolebarn får nu på föräldrabegäran grundvaccinering mot kikhosta. Utanför Göteborgsområdet sker detta huvudsakligen med Vaccin mot pertussis (acellulärt) från SBL Vaccin AB. Vaccinet produceras av SmithKline Beecham.

Erfarenheten av kikhostevaccinering av barn i förskoleåldern är begränsad. I avvaktan på resultat från bl a svenska studier har man rekommenderat att ge tre doser vaccin, med minst två månaders mellanrum mellan doserna. På många ställen har man även påpekat att det troligen är en fördel att låta det gå sex månader eller mer mellan dos 2 och dos 3.

Informera nu

Vi har nu haft tillfälle att granska rådata från de svenska barnstudierna. Resultaten är så pass entydiga och av så stor betydelse att vi väljer att gå ut med information innan svenska myndigheter haft tillfälle att granska resultaten.

Exempelvis visar en Umeå-studie att de lokala och generella biverkningarna visserligen är lindriga men ökar för varje dos, särskilt mellan dos 2 och dos 3. Vid tredje dosen fick över hälften av förskolebarnen en lokal rodnad/svullnad. Hos 12–25 procent var reaktionen större än 2 cm.

Antikroppssvaret efter två doser föreföll vara fullt tillräckligt [1] och i nivå med vad som med samma vaccin uppnås efter tre doser i spädbarns-åldern. Den eventuella betydelsen av att ha uppmätt en viss antikropsnivå skall idag ses i ljuset av det faktum att det ofta finns tecken på cellulär immunitet mot kikhosta även när cirkulerande antikroppar knappt är påvisbara [2].

Vaccinskyddet är, liksom skyddet efter genomgången kikhosta, tidsbegränsat. Påfyllningsdoser med acellulärt kikhostevaccin kommer därför säkerligen att i framtiden erbjudas äldre barn, ungdomar och vuxna. Studier har påbörjats för att ge underlag till beslut om lämpliga åldrar för dessa påfyllningsdoser [3]. Av prak-

KORRESPONDENS

tiska skäl kommer de sannolikt att erbjudas i samband med antingen polio- eller difteri-tetanusvaccin vid antingen 5–6 eller 10 års ålder.

Vi kommer alltså att föreslå för svenska myndigheter att rekommendationerna för Vaccin mot pertussis (acellulärt) ändras för förskolebarnen. För barn över 2 års ålder rekommenderas endast två doser vid grundvaccineringen.

Den tredje dosen kan ges några år senare. För barn under 1 år rekommenderas som tidigare tre doser vid 3, 5 och 12 månaders ålder. För barn mellan 1 och 2 år kommer det inte att finnas nya kliniska data som kan vara vägledande vid ett beslut.

Leif Gøthefors
barnläkare, docent, barn- och ungdomskliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Jann Storsæter
barnläkare, projektläkare, Sachsska Barnsjukhuset, Stockholm

Leif Wannerud
apotekare, vaccinansvarig, Smithkline Beecham Pharmaceuticals, Solna

Ulf Bjare
medicinsk chef, SBL Vaccin AB, Stockholm

Referenser

1. Storsæter J, Gustafsson L. Swedish household study, estimates of vaccine efficacy and preliminary indications of serological correlates between antibody levels in pre-exposure sera and protection against pertussis among household exposed children [abstract]. National Institutes of Health Pertussis Conference. Acellular Pertussis Vaccine Trials: Results and Impact on US Public Health, Washington DC, 1996.
2. Mastrantonio P, Giuliano M, Ausiello C, Giammanco A, Cassone A. Persistence of immune responses based on humoral and cell-mediated immunity results [abstract]. National Institutes of Health Pertussis Conference. Acellular Pertussis Vaccine Trials: Results and Impact on US Public Health, Washington DC, 1996.
3. Marchant CD. Vaccination of adults and adolescents – pros and cons [abstract]. National Institutes of Health Pertussis Conference. Acellular Pertussis Vaccine Trials: Results and Impact on US Public Health, Washington DC, 1996.

Ökad risk för binjurebarkssvikt efter behandling av allergisk rinit

På min fråga om steroidbehandling vid allergisk rinit är utan risk (Läkartidningen 26–27/96) är svaret från Pharmacia & Upjohn oroande. I tidigare studier har man konstaterat att det sker en sänkning av endogen kortisolproduktion och Pharmacia & Upjohn har med stöd av dessa studier gjort bedömningen att sänkningen är av liten klinisk signifikans avseende binjurebarkssuppression.

För det första är de flesta av dessa studier av äldre datum och med små populationer. Ett annat problem är de doser som använts vid tidigare studier.

I en av de senaste studierna, utförd av Pavo Hedner, användes 80 mg Depo-Medrol varefter nio patienters kortisol svar på insulininducerad hypoglykemi studerades upp till tre veckor efter given behandling. Mängden kortisol bestämdes med fluorimetrisk metod. Två patienter uppvisade mycket låga värden efter en vecka, 414 respektive 185 nmol/l vid insulininducerad hypoglykemi, något som indikerar risk för binjurebarkssvikt vid fysiologisk stress. Hedner konstaterar i sin artikel att 80 mg Depo-Medrol ger en signifikant men moderat suppression av hypothalamus-hypofys-binjurebarksaxeln under fyra veckor. Vid telefonkontakt menar Pavo Hedner att denna sänkning för enskilda individer kan utgöra en risk vid t ex kirurgi och att binjurebarkssvikten inte alltid tar sig dramatiska uttryck, utan kan manifesteras sig som svårigheter att hålla blodtrycket uppe under operation.

Risken skall framgå tydligt

Då det uppenbarligen finns enskilda individer som kan råka in i en klinisk binjurebarkssvikt vid stress anser jag att denna risk tydligt ska framgå i Fass-texten, och med tanke på tidigare studiers låga dosering bör man kanske se över dosintervall för Depo-Medrol eller genomföra nya studier. Vidare anser jag att varje behandlande läkare bör informera

patienterna om effekten på kortisolproduktionen så att patienten inför t ex operationer kan uppge att de behandlats med depåsteroider.

Vad gäller rapporterade incidenter är risken stor för underreportering om patienten inte meddelar ansvarig anestesiológ vid en eventuell operation om sin medicinering, då patienten dels kanske inte blivit informerad om att det kan uppträda komplikationer vid stress, dels genom glömska på grund av långt tidsintervall mellan injektionsbehandlingen och stresstillfället inte uppger steroidbehandlingen.

Mot denna bakgrund har jag svårt att dela Pharmacia & Upjohns glädje över ökande försäljningssiffror då risken ökar för att fler känsliga individer kan drabbas av binjurebarkssvikt efter behandling av allergisk rinit.

Läkemedelsverkets besked om att en harmonisering av Fass-texterna kommer nästa år är värdedullt inför valet mellan likartade preparat.

Olov Rolandsson
ST-läkare i allmänmedicin, Robertsfors vårdcentral

Bevara Apoteksbolagets effektiva monopol!

Ledaren i Läkartidningen 17/96 pläderade för att Apoteksbolagets monopol bör avskaffas. Ledaren bryter mot regeln om vetenskap och beprövad erfarenhet, är ologisk och utgår från axiomet att konkurrens och privatisering alltid är välsignelsebringande. Detta kan vara riktigt i en genuin marknadssituation, men läkemedlen är inte produkter på en äkta marknad; det är inte kunden som väljer, och priset bestäms inte av marknadskrafter.

Ledaren tillstyrker att Apoteksbolaget inte ska ha vinstmaximering som enda eller främsta mål. Det håller vi med om. Men vad skulle hända om Apoteksbolaget samtidigt, som ledaren vill, utsätts för konkurrens genom att andra, privata apotek skulle tillkomma? Då skulle ju konkurrensen tvinga Apoteksbolaget till vinstmaximering. Eller menar ledaren att Apoteksbolaget fortfarande skulle arbeta utan vinstmaximering fastän konkurrenterna skulle göra det? Vad blev det då för konkurrens?

Finns det någon vetenskaplig studie eller någon erfarenhet (beprövad eller ej) som styrker att konkurrens på apoteksområdet ger

1. en bättre distribution av läkemedel?
2. ett bättre sortiment av läkemedel?
3. billigare läkemedel?
4. bättre information om läkemedel?

Svaret på samtliga frågor är nej!

I stället vet vi att

- Apoteksbolaget ger en fullständig distribution av hela sortimentet i hela landet,
- dess påslag är det lägsta i Västeuropa,
- det bedriver producentobunden läkemedelsinformation med väl dokumenterad effekt.

Opåverkade?

Om apotekarna börjar konkurrera med varandra, kan patienter och läkare lita på att deras information är opåverkad av säljintresset (jämför med informationen från läkemedelsindustrin)? Skulle apotekarna platsa i läkemedelskommittéerna?

Ledaren menar att mer av Apoteksbolagets resurser bör gå till läkemedelskommittéerna. Till vem skulle det ökade stödet gå? Vem mer än apotekarna i Apoteksbolaget är beredda att regelbundet bedriva producentobunden läkemedelsinformation på enskilda vårdcentraler?

Apoteksbolaget har blivit sittande med Svarte Petter till följd av Åke Hallmans höga lön och före styrelseordförandens bristfälliga verklighetsuppfattning. Läkartidningens ledare faller nu in i kritikerkören som bygger på den felaktiga premisen att Sverige har höga läkemedelspriser och höga prispåslag i apoteksledet. Kritiken är speciellt missriktad, Apoteksbolaget inte sätter priserna och påslaget är lågt.

Diskutera läkares förskrivningsvanor i stället

Debattera läkemedelskostnader i stället för dess priser; det är läkare som genom sina förskrivningar styr läkemedelskostnaderna. I balansräkningen bör ingå de vinster och kostnader som effektiv respektive ineffektiv behandling medför. Ställ sedan de obekväma frågorna: Varför domineras hypertonibehandlingen av de dyra medlen vars förebyggande effektivitet inte dokumenterats? Varför överanvänds antibiotika med resistensutveck-

**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 korrespondensspalten 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.

ling som följd? Varför används antidepressiva läkemedel dubbelt så mycket i Göteborg som i Stockholm? Varför förskriver sjukhusläkare och privatläkare genomgående dyrare preparat än distriktsläkarna (LT 13/96)?

Arne Melander
professor, leg läkare,
chef för NEPI
(Nätverk för läkemedels-
epidemiologi)

Björn Olsson
distriktsläkare,
ordf i SFAM

Kommentar:

Monopolet känner vi

Om man kräver att »vetenskap och beprövad erfarenhet» måste ligga till underlag för politiska beslut så skulle inte mycket hända, bl a hade Apoteksbolaget aldrig blivit till. Inte heller skulle en Läkemedelsdagmar kunna bli proposition till riksdagen.

Förslag till förändringar måste bygga på att erfarenheter vägs mot idéer om tänkbara förbättringar. Vi vet efter en lång provoperiod vad ett monopol inom läkemedelsförsäljningen innebär – på gott och ont. En friare situation vore nu värd att pröva.

Apoteksbolagets supportrar har knappast anledning att vara oroliga. Konkurrensförslaget efter tre decenniers monopol är så stort att medtävlare får en svår situation.

De av bolaget hittills kontrollerade resurserna för offentlig läkemedelsinformation bör

inte heller sväva i fara – de kan i sin helhet bevaras genom att flyttas till sjukvården samtidigt med läkemedelsnotan.

Läkarnas förskrivningsvanor bör inte bara »diskuteras» utan även utvecklas mot allt bättre kvalitet och ekonomi. Denna påverkan bör komma från den källa där det medicinska kunnandet finns, dvs från sjukvården själv.

För detta behövs större insatser i läkarnas interkollegiala arbete, framför allt drastiskt ökade resurser för medverkan i läkemedelskommittéerna och i den interna vidareutbildningen, samt stimulans till hälsoekonomisk forskning.

Red

Bästa möjliga hjälp åt verkliga incestoffer vår önskan

Som framgår av vår artikel »Falsa minnen hjälper incestoffer? Socialstyrelsen tillåter kritiserad psykoterapi» i Läkartidningen 26-27/96 är vi lika angelägna som Birgitta Tordenström och Gunilla Silverberg-Dymling om – som vi skriver – »det mycket viktiga och behjärtansvärda arbetet att hjälpa verkliga incestoffer och döma deras förövare...»

Naturligtvis har vi läst Socialstyrelsens Rapport 1995:3 »Kvinnor som utsatts för incest». Författarna till rapporten uppger nu att boken »The courage to heal» »på inget sätt ligger till grund för» deras arbete.

I rapporten står det att de »utgått från» boken (sidan 75). De skriver nu att de inte sysslar med »minnesåtervinnande» terapi. Men i rapporten står det: »Att hjälpa dessa kvinnor att minnas är en stor del av behandlingen av traumatiska konsekvenser» (sidan 27).

Klart uttryckt

I urvalet av kvinnor för behandling anger författarna försiktighet. De »som har en känsla av att de varit utsatta för incest utan att ha några direkta minnen av övergreppen» (sidan 59) har ej inkluderats. Men om just denna grupp skriver författarna sedan på samma sida: »Vi har däremot förhoppningar om att någon gång kunna starta en grupp speciellt för dessa kvinnor i syfte att arbeta med att återfå minnen.» Kan man klarare uttrycka att man dels sysslar med, dels också i framtiden vill syssla med »minnesåtervinnande» terapi?

Som pensionerade kliniker varken känner vi »aggressivitet eller har brist på ödmjukhet över klinisk erfarenhet». Vår önskan är att incestoffer skall få bästa möjliga terapi och hjälp och att man skall utarbeta bästa möjliga preventiva metoder. Vår önskan är också att man stoppar ovetenskapliga former av »minnesåtervinnande» terapi som kan leda till inplanterade minnen och inducerad paranoia. Det är en uppgift för Socialstyrelsen!

Ingemar Hermansson
f d distriktsläkare,
Vilhelmina

Åke Stenram
f d klinikchef,
rehabiliteringskliniken,
Universitetssjukhuset,
Lund

Socialstyrelsens etiknämnd var inte oklar om haschest

Bengt Johansson har i Läkartidningen 15/96 framfört synpunkter på hur bl a Socialstyrelsens rådgivande nämnd för etiska frågor hanterade frågan om det moraliskt berättigade i haschest vid nyanställning – detta med anledning av att Barbro Westerholm i Läkartidningen 6/96 ifrågasatte om just anställningstest är det bästa sättet att göra en arbetsplats fri från droger. Hon hänvisade till