

att Socialstyrelsens rådgivande nämnd efter noggrann analys kommit fram till att övervägande skäl talade för att haschest vid nyanställning inte var etiskt acceptabelt. En ledamot reserverade sig mot detta uttalande.

Bengt Johansson hävdar nu att jag som ordförande i nämnden under ett nämndssammanträde med honom beklagat uttalandet och att värdet av uttalandet därför var oklart. Till yttermera visso skulle detta sammanträde inte vara protokollfört. Dessa påståenden är inte korrekta.

Principiellt viktig fråga

Skälet till att nämnden tog upp frågan var att det då internationellt pågick en livlig debatt, inte minst i USA, om det berättigade med narkotikatest vid nyanställning. Dessutom hade Bengt Johansson i Läkartidningen 12/87 framfört att haschest vid nyanställning på Saab-Scania var att betrakta som ett pilotfall och till och med använda uttrycket »sticka ut hakan». Vidare hade vi tillgång till ett protokoll daterat den 25 augusti 1986 från vetenskapliga nämnden SAF-LO-PTK, där frågan behandlats och där enighet inte kunnat uppnås. Hanterandet av narkotikamissbruk var ju av stor betydelse för såväl Hälso- och sjukvården som Socialtjänsten och det var därför naturligt för oss att ta upp frågan till granskning. Det var alltså detta som låg till grund för vårt yttrande. Något uppdrag från LO hade vi självklart inte, även om det är riktigt att Peter Westerholm, då verksam i LO, frågat oss om det inte vore lämpligt med en analys av den etiska frågan.

Ingen oklarhet

Med anledning av att Bengt Johansson till mig framfört att man på Saab-Scania upprörts över vårt uttalande utan att först ha hört deras uppfattning inbjöds Bengt Johansson till nämndens sammanträde den 14 december 1988 (inte 1989 som Bengt Johansson skriver). Vid detta sammanträde fick Bengt Johansson framföra sin uppfattning. Att jag vid detta tillfälle skulle ha yttrat att »man fått en helt annan syn på testet och dess plats i arbetslivet» vill jag bestämt dementera. Självklart finns det också protokoll (som är offentligt) från sammanträdet där nämndens slutsats är: »Redovisade synpunkter föranledde ingen ändring av nämndens tidigare uttalande om haschest vid nyanställning». Någon oklarhet

om nämndens uttalande föreligger således inte.

Viking Falk
fd medicinalråd,
tidigare ordförande i Socialstyrelsens rådgivande nämnd för etiska frågor

Vetenskapligt hållbart fakta-material krävs

I Läkartidningen 23/96 läser jag rubriken »Var tionde läkare har missbruksproblem». Det är en ytterst alarmerande uppgift. Är den sann måste åtgärder vidtas. Det skulle i så fall beröra hela vår yrkesgrupp. Som vän av saklighet och vetenskaplighet väntar jag mig att i Läkartidningen få hållfast underlag för påståendet.

Artikeln övertygar mig dock inte. Där hänvisas först till en enkät som givit svaret att endast en halv procent av läkarna och sjuksköterskorna är missbrukare. Det är en osannolikt lågt siffra som bör tas med skepsis. I övrigt anges studier bland vårdpersonal i USA och England samt djupintervjuer med svenska experter som källa till beräkningen att 8–12 procent av manliga läkare och 5–8 procent av kvinnliga läkare har missbruksproblem.

Det är möjligt att problemet är lika stort bland svenska läkare som bland engelska och amerikanska, men jag anser att man måste ha bättre belägg än så för att kunna generalisera

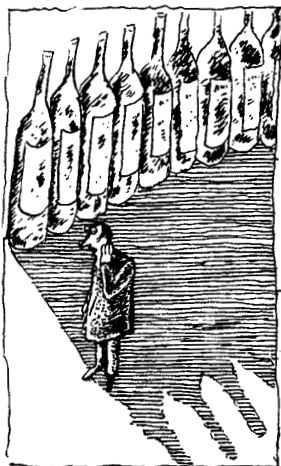


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

Socialstyrelsen menar att var tionde läkare har missbruksproblem!

socialstyrelsen gör. Bland annat skiljer sig normerna för vad som anses som normalt alkoholintag i England från dem i Sverige.

Att missbruk förekommer bland läkare och sjuksköterskor beivrar jag inte. Men jag behöver vetenskapligt hållbart fakta-material för att övertygas om att det gäller var tionde läkare.

Stig Andersson
distriktsläkare, Säftele

Orfan studerar orsaker till kronisk njursvikt

Att försöka förebygga njursvikt är en angelägen uppgift. Prevention och behandling av akut njursvikt har tidigare diskuterats i Läkartidningen [1]. Vid kronisk njursvikt är som regel sambanden mellan exponering och njurskada mindre tydliga. Vissa agens som kan orsaka kronisk njursvikt är dock väl kända, bl a kadmium, fenacetin, vissa svamp- och mögelgifter. Information och lagstiftning har minskat riskerna väsentligt. På 1960-talet hade 20 procent av de dialysbehandlade patienterna i Sverige diagnosen fenacetin nefropati, medan denna diagnos numera endast utgör någon procent.

Bättre minne?

Under de senaste åren har flera s k fall-kontrollstudier publicerats vilka visat att personer som insjuknat med kronisk njursvikt anamnestiskt anger en högre konsumtion av analgetika, och i synnerhet paracetamol innehållande läkemedel, än njurfriska kontroller [2]. Det har framförts flera invändningar emot dessa studier och bl a påpekats att personer som drabbats av kronisk njursvikt sannolikt funderar mycket över varför de blivit njursjuka och därför, bättre än kontrollpersonerna, minns vad de tagit för mediciner.

Patienter med kronisk njursjukdom kan också ha haft vissa symtom tidigt i sjukdomsförloppet, exempelvis huvudvärk, och till följd av sådana besvär ha använt mer smärtstillande än friska – men analgetika behöver inte nödvändigtvis vara en bidragande orsak till

den njursvikt patienten drabbats av. Andra exponeringar, exempelvis på arbetsplatsen, än läkemedel kan också ha bidragit till patientens njursvikt.

Påbörjades i maj

En omfattande studie, Orfan (= Orsaker och Riskfaktorer för kronisk Njursvikt), påbörjades i maj i år. Undersökningen, som leds från Cancer-epidemiologiska enheten vid Akademiska sjukhuset, genomförs samtidigt i hela landet och kommer att engagera nästan alla njurmedicinska kliniker och enheter. Omkring 1 000 patienter, vilka insjuknat med kronisk njursvikt och lika många kontrollpersoner slumpvis tagna från befolkningen intervjuas noga avseende en rad faktorer som kan tänkas vara av betydelse. Särskilt utbildade intervjuare från Statistiska centralbyrån (SCB), vilka inte har förutfattad mening om eventuella samband mellan exponering och njursjukdom, utfrågar såväl fall som kontroller. Materialet (totalt omkring 2 000) blir tillräckligt stort för att med stor sannolikhet påvisa också relativt måttliga riskökningar.

I Orfan-projektet har metodiken utvecklets betydligt jämfört med de tidigare fall-kontrollundersökningarna, bl a kommer den sammanlagda dosen och typen av olika läkemedel att dokumenteras bättre. Särskilda ansträngningar kommer att göras för att få in uppgifter om alternativa faktorer av betydelse, bl a yrkesmässig exponering och kostfaktorer.

Det finns goda förutsättningar att Orfan-projektet blir ytterligare ett exempel på att vi i Sverige, tack vare ett gott samarbete mellan olika kliniker och institutioner och väl fungerande person- och patientregister, kan få fram betydelsefull ny kunskap av internationell betydelse [3].

Carl-Gustaf Elinder
docent, njurmedicinska kliniken, Huddinge sjukhus

Referenser

1. Stenvinkel P. Akut njursvikt kan förebyggas. Läkartidningen 1995; 92: 3667-9.
2. Perneger TV, Whelton PK, Klag MJ. Risk of kidney failure associated with the use of acetaminophen, aspirin, and non steroid antiinflammatory drugs. N Eng J Med 1994; 331: 1675-9.
3. Adami HO. A paradise for epidemiologists? Lancet 1996; 347: 588-9.