

kvat utseende». Jag har även sett »adekvat utseende». Ordet adekvat borde utgå ur »journal-svenskan». Det kan ersättas av vackrare och lämpligare ord.

Lars Lidberg  
professor

## Opraktiskt ha allmänläkare för mödravård

Som huvudansvariga för mödravårdsutredningen är vi glada över att den uppmärksammats i en medicinsk kommentar (Läkartidningen 34/96), även om denna endast refererar till utredningens avsnitt om graviditetsövervakning. Betydelsen av den sammanhållna kvinnohälsövården som utvecklats inom det svenska mödravårdssystemet uppmärksammas inte.

### Alltför begränsad tid till mödravård

En stor del av Anders Håkansson och Anders Åbergs synpunkter är en upprepning av välkända argument för allmänläkarens plats i mödravården. Här finns ingen motsättning med utredningen. Den reella utvecklingen i Sverige har dock visat att man på de flesta håll där gynekolog finns tillgänglig inte har funnit det praktiskt att allmänläkaren avsätter tid för en verksamhet där den nödvändiga tiden för vidareutbildning blir alltför stor i förhållande till den begränsade mottagningstid som ägnas åt mödravård. Detta blir särskilt fallet om allmänläkaren av kontinuitetsskäl ska göra läkarinsatser enbart för de gravida kvinnor som han är husläkare för.

Att detta inte av majoriteten allmänläkare själva uppfattas som särskilt realistiskt visas av att även i de län där husläkar-systemet innefattar mödravårdsrådsåtagande överläter praktiskt taget samtliga husläkare dessa läkarinsatser till mödravårdscentralerna.

När det gäller vetenskapliga studier av graviditetsutfall i relation till olika vårdgivare är det svårt att jämföra med system som det brittiska, där systemet med »shared care» även i normalfall innebär flera obligatoriska besök hos förlossningskliniken gynekolog, vilket aldrig tillämpats i Sverige. Det finns inga svenska studier av olika vårdgivare som är

upplagda så att de tillåter några slutsatser angående eventuella effekter på graviditetsutfall.

### Fördel ha nära kontakt med gynekolog

Det finns i och för sig heller ingen anledning att tro att det medicinska utfallet skulle äventyras av att läkarinsatserna delas upp, eftersom flertalet riskfaktorer och obstetriska problem uppmärksammas av barnmorskan. Av barnmorskan upplevs det däremot som en stor fördel att ha nära och direkt kontakt med gynekolog. Om gynekologkontakt saknas på mödravårdscentralen leder det lätt till en mycket stor remissmottagning vid kvinnokliniken, vilket är fallet t ex i Lund.

### Hälsoövervakning

När det gäller hälsoövervakning under graviditet har utredningen utgått från aktuell epidemiologisk kunskap om olika hälsoproblem och om möjligt även kostnadseffektiviteten för selektiv respektive generell screeningundersökning. I många fall saknas sådan kunskap, t ex vad gäller screening för graviditetsdiabetes. Utredningen har framhållit den möjlighet som här ges att identifiera kvinnor med ökad risk för senare diabetesutveckling.

En viktig förutsättning för screening bör vara att resurser och förutsättningar finns för uppföljning och aktiv prevention och att denna kan visas vara till nytta för kvinnan. Inom detta liksom en del andra områden, betonas vikten av befolkningsbaserade, korrekt upplagda studier. Vi anser att utredningen haft en viktig uppgift i att påpeka sådana kunskapsbrister, eftersom det annars blir svårt att få såväl etiskt godkännande som ekonomiskt stöd för forskningsprojekt inom ett hälsovårdsprogram.

Forskning behövs också inom andra områden för prevention, inte minst vad gäller livsstilsfaktorer som rökning. Det förhållandet att rökning så starkt relaterar till sociala faktorer och utbildning innebär att det i stor utsträckning handlar om förhållanden som mödravårdscentralerna inte kan påverka.

Hittillsvarande kontrollerade studier på området visar att det är svårt och resurskrävande att få rökstopp under graviditet, eftersom de mest motive-

rade kvinnorna redan upphört innan de kommer till mödravården. Ännu större tyngd måste läggas på insatser innan graviditet blir aktuell.

Gunilla Lindmark

huvudsekreterare

Stig Gårdmark

ordförande,

Socialstyrelsens

mödravårdsutredning

## Cancerrisker och lacidipin – ett klarläggande

I Läkartidningen 35/96 blev ett av våra arbeten om lacidipin [1] föremål för diskussion om cancerrisker av å ena sidan Lennart Hanson, Bengt Göran Hansson och Thomas Hedner som menade att »kalciumantagonisterna, bl a felodipin och lacidipin i stora sammanställningar – inte uppvisat någon riskökning» och Gunnar Lindberg, Jonas Ranstam och Arne Melander som hävdade att vi i den citerade studien [1] »över huvud taget inte studerat cancerrisken». Eftersom båda grupperna delvis har rätt (vad avser vårt arbete) kan måhända följande klarläggande vara av värde. I den aktuella lacidipin-studien har vi förutom riskerna för hjärt-kärlsjukdom även analyserat riskerna för cancer, men i den citerade publikationen [1] har vi ej inkluderat resultaten för cancer (som visade en låg incidens för de lacidipin-behandlade patienterna); artikeln publicerades i juni 1996, innan diskussionen om cancerrisk och kalciumantagonister blev aktuell.

### Aktuella siffror under publikation

De aktuella siffrorna för cancerrisk är under publikation [2]. Bland de 16 590 hyperteniker som under varierade tider behandlats med lacidipin i 50 fas III- och IV-studier (5 124 personår, medelålder 61 år) har 21 fall av malign sjukdom registrerats, motsvarande en incidens av 4,1/1 000 personår. Av dessa ingick 2 282 patienter i en 48-veckorsstudie (1 658 personår) där incidensen malign sjukdom var 4,8/1 000 personår.

Som jämförelse kan näm-

nas Svenska befolkningsdata där cancerincidensen för individer 55–59 och 60–64 år var 6 respektive 9/1 000 personår [3]. Den åldersstandardiserade incidensen (mot World Population, Cancer Incidence in Five Continents, Lyon, 1982) var för de lacidipin-behandlade hypertenikerna 1,49 (män) och 0,79/1 000 personår (kvinnor) [2].

Under 1990 var motsvarande siffror för befolkningen inom EU 2,74 (män) och 2,09/1 000 personår (kvinnor) [4]. Även risken för dödlig och icke-dödlig hjärt-kärlsjukdom var låg hos de lacidipin-behandlade patienterna [1] jämfört med de aktivt behandlade patienterna i de stora metaanalyser som publicerats inom hypertoniområdet [5].

Vi har påpekat [1, 4] att vår studie har flera uppenbara svagheter: 1. Den är retrospektiv, 2. Den bygger på 50 olika studier, alla med olika protokoll, 3. Patienterna ingick i kliniska prövningar och var sålunda förhållandevis friska när de startade studierna och 4. Många studier var korta (60 procent 12–26 veckor, 14 procent 48 veckor eller längre), vilket är av betydelse inte minst när cancerincidens studeras.

Lars H Lindholm

universitetslektor,  
institutionen för samhälls-  
medicinska vetenskaper,  
Lund

### Referenser

1. Lindholm LH, Tcherdakoff P, Zanchetti A. Safety aspects of treatment with Lacidipine – A slow-onset, long-acting calcium antagonist. *Blood Pressure* 1996; 5: 241-9.
2. Lindholm LH, Tcherdakoff P, Zanchetti A. Safety of the calcium antagonist lacidipine evaluated from a phase III-IV trial database. *J Hypertens* 1996 (in press).
3. National Board of Health and Welfare in Sweden, Centre for Epidemiology. *Cancer incidence in Sweden*. Stockholm: National Board of Health and Welfare, 1993.
4. Esteve J, Kricke A, Ferlay J, Parkin DM. Facts and figures of cancer in the European Community. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1993.
5. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. part 2, short-term reductions in blood pressure: overview of randomised trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-38.