

IBM, pengar, kalciumantagonister och jäv

Apropå meningsutbytet med professor Lennart Hansson och medarbetare i Läkartidningen 39/96 gällande kalciumantagonister och jäv vill jag be läsaren begrunda följande påhittade historia:

Fil dr Eberhardt Burkén är sektionschef på Statskontoret. Statskontoret är statens upphandlare av datorer och har myndigheternas förtroende som kompetent och oberoende bedömare. Antag nu att Statskontoret skrivit ramavtal för en »standardutrustning» med fyra leverantörer. De av Statskontoret rekommenderade paketen från Dell, IBM, Apple och Hewlett-Packard (HP) är i princip likvärdiga enligt en oberoende utredning från Nutek. Dock är det klart dokumenterat att utskrifterna med SuperPostscript XL (nödvändig för den nya Intranettekniken) fungerar för Dell och HP, medan IBM, trots ett tio gånger högre pris, inte visat detta ännu.

Läkemedel går bra men ej datorer

Tänk vidare att det blir känt att Burkéns tjänst på Statskontoret finansieras av IBM, som också bekostar Burkéns olika föredrag och medverkan i symposier för uppköpare inom myndigheter och landsting, där han bl a förespråkar den tio gånger dyrare IBM-lösningen. IBM står också för deltagande på Stora datamässan i Las Vegas och en turné i Australien. Vilket liv skulle det inte bli!? Vilka rubriker! Och hur snabbt skulle inte Burkén tvingas lämna sitt jobb?

Men i den medicinska världen är sådana bidrag och förmåner helt accepterade. Både »IBM-finansieringen» och kongressresorna skulle förmodligen försvaras i Läkartidningens ledarartiklar och Läkemedelsverket stå med strutshuvudet i sanden.

Företagsfinansierad professor i Uppsala

I Uppsala sitter Lennart Hansson på en professor i klinisk hypertoni-forskning som till sin helhet finansieras av 10–12 läkemedelsföretag i hypertoni-branschen. En del av betalanda företaget tjänar mera om läkarna förskriver orationellt mycket kalciumantago-

KORRESPONDENS

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 korrespondensspalterna 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.

nister, andra om de på tveksam indikation skriver dyra ACE-hämmare i stället för väldokumenterade tiazider och betablockerare, de enda första-handspreparaten i USA och England. Man kan undra: Varför betalar läkemedelsföretag i stället för skattebetalarna Hanssons professor? Är det av välgörenhet, vetenskaplig sanningslidelse eller något annat?

VDN-märkning?

Nästa gång Lennart Hansson som professor utfärdar rekommendationer om läkemedelsterapi och då gör anspråk på att endast drivas av samhällsnyttan vore det klädsamt med VDN-deklarationen »industrifinansierad». Detta även om industrins investering som extern delfinansiering av Uppsala universitet därmed blev något mindre lönsam.

Har jag då något otalt med personen Lennart Hansson? Nej, vi har aldrig ens träffats. Detta inlägg ska ses som kritik främst av de personer och samhällsorgan vilka alltför länge stillatigande accepterat rådande förhållanden.

Anders Hernborg
primärvårdsöverläkare,
Laholm, vice ordförande
i läkemedelskommittén
för södra Halland

Kommentar

Lennart Hansson har avböjt att replikera på Anders Hernborgs avslutande inlägg.

Överläkare Einar Skarfors, ordförande i Läkemedelskommittén i Södra Halland, har sedan han fått Hernborgs in-

lägg direkt från författaren – meddelat att läkemedelskommittén inte står bakom korrespondensinlägget. Inom kommittén pågår dock en diskussion om ledamöternas förhållande till industrin.

Som framgår av redaktionens kommentar till Lars Werkörs korrespondensinlägg i detta nummer välkomnar redaktionen en principdebatt om intressekonflikter. Läkartidningen förordar en debatt i sak, inte om person.

Analogier av den typ som Anders Hernborg använder i inlägget ovan är också äventyrliga. Är detta – för att anknyta till det påhittade exemplet – ett sätt att utan bevis framställa ett datorföretag i negativ dager, respektive att antyda att någon viktig funktion hos kalciumblockerare inte fungerar – utan att behöva lägga fram några referenser?

Red

Elfobi hos cellodlingar?

Är elöverkänslighet psykiskt betingad? Svaret är ja att döma av några artiklar och insändare i Läkartidningen (nr 18/96, 23/96 och 26-27/96). Det är tyvärr så att många läkare »vet» vad sjukdomen beror på och därför inte lyssnar särskilt noga på patienten. De går därmed miste om en chans att vidga sitt kompetensområde.

Jag blev svårt elöverkänslig 1988 och var sjukskriven i två år, men har lyckats ta mig tillbaka till ett normalt liv. Jag hade mycket få sjukdagar före

1988 och har inte haft en enda sjukdag sedan hösten 1990. Det stämmer dåligt med bilden av en allmänt krasslig människa som har lätt att somatisera sina psykiska besvär. Den bilden stämmer inte heller in på de många andra elöverkänsliga som jag har lärt känna genom åren. Eftersom jag är elingenjör kan jag väl inte heller räknas som teknikfientlig.

Kan inte passera genom väggar!?

I början av min sjukdom gick jag till några olika läkare för att få hjälp, men gav snart upp inför den kompakta ignorans jag mötte. En läkare förklarade för mig att det var omöjligt att känna elektromagnetiska fält genom en vägg, eftersom sådana fält inte kan passera genom väggar. Det var tydligen okänt att man kan ta emot radiosignaler även inomhus.

1989 påstod två forskare att elektromagnetiska fält från bildskärmar och kraftledningar omöjligt kan påverka kroppen [1]. Detta betraktar många läkare fortfarande som en absolut sanning, trots att det finns mängder av forskning som visar motsatsen [2-4].

På arbetsplatserna har man däremot inte haft råd att fastna i några teoretiska resonemang, utan elsanerar eftersom man vet att det i regel gör nytta [5].

Läkare hävdar ibland att elöverkänslighet inte kan finnas, eftersom flertalet provokationsförsök inte har kunnat visa något. De som har mer kunskaper om el inser att man har haft mycket dålig kontroll över den totala elmiljön i de gjorda försöken. Man har t ex inte alls tagit hänsyn till de höga frekvenser som elöverkänsliga brukar ha mest besvär av.

De som är intresserade av den senaste forskningen kan läsa abstracts från 1996 års möte med Bioelectromagnetics Society på Internet. Där redovisas en mängd forskning om elpåverkan både vid djurförsök och på cellodlingar. Ätminstone i det senare fallet får väl den psykiska faktorn anses försumbar.

Ylva Fridh
elingenjör med stor
erfarenhet av egen och
andras elöverkänslighet

Referenser

1. Ingvar D, Frankenhaeuser B. Fältjägaråkrens politruker. SvD 890310.
2. Medicinsk Vetenskap Karo-

linska institutet 1996; (2): 2-12.

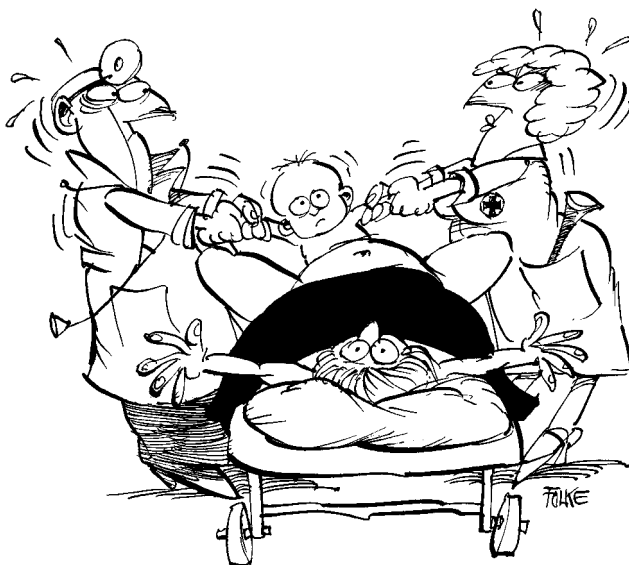
- Grundler W, Kaiser F, Keilmann F, Walleczek J. Mechanisms of electromagnetic interaction with cellular systems. *Naturwissenschaften* 1992; 79: 551-9.
- Frey AH. Electromagnetic field interactions with biological systems. *Journal of the Federation of American Societies for Experimental Biology* 1993; 7: 272-81.
- Elöverkänslighet – Hur hanterar vi den? Arbetarskyddsnämnden, 1995.

Smalnat utbud och tidsbrist störst problem i fortbildning

Som Jan Håkansson beskriver i *Läkartidningen* 45/96 finansieras en stor del av fortbildningen inom det psykiatriska området av läkemedelsindustrin. I denna utbildning brukar mycket välrenommerade och kunniga experter medverka både från Sverige och från andra länder. Givetvis kan man se en problematik. Min största oro är dock inte att kolleger skall gå hem och skriva ut de preparat som mötesarrangören producerar, utan snarare att det samlade utbildningsutbudet riskerar att smalna alltmer. Vi ser nu att Socialstyrelsen halverar antalet SK-kurser samtidigt som chefsöverläkarna i takt med tilltagande budgetnedskärningar blir allt mindre benägna att skicka sina underläkare på utbildning. Det är naturligtvis viktigt att psykiaterkåren själv värnar om att producentbundna utbildningar arrangeras, i brist på intresse från stat och landsting.

Psykiatriska föreningen arrangerar i likhet med flera andra specialitetsföreningar möten tre gånger per år i olika delar av landet där oftast andra teman presenteras och diskuteras än de som belyses av läkemedelsindustrin. Aktuella sådana ämnen är t ex socialpsykiatri, äldrepsykiatri, autism-spektrumstörningar, psykiatrisk genetik, sexologi och storstadpsykiatri. Psykiatriska föreningen har också tidigare arrangerat myc-

KORRESPONDENS



»Vilka kompetenskrav bör ställas på den som skall vara förlossningsjour med bakjouren sovande i hemmet?»

ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

ket eftersökta kurser i psyko-farmakologi och neuroleptikaanvändning. Under senare år har dock intresset för dessa minskat markant, av skäl som berörts ovan.

Tore Hällström
ordförande,
Svenska psykiatriska
föreningen

Socialstyrelsen måste räta ut frågetecken kring bakjouren

I Riskronden nr 7/96 skriver företrädare för Socialstyrelsen och kommenterar den bakjourns verksamhet inom förlossningsvården där många kan känna igen sig och samtidigt ställa sig frågor som de är angelägna att få svar på.

Bakjouren på plats där det händer . . .

Vid åtskilliga förlossningskliniker i landet har man endast en jourhavande läkare, en specialist. De åtaganden man gör vad gäller beredskap måste i någon mån anpassas efter bemanningssituationen.

Alla situationer är inte möjliga att gardera sig emot, åtminstone inte om kostnaderna skall läggas på en rimlig nivå.

På länslasaretten är jourbelastningen sådan att man i allmänhet, vi tror undantagslöst,

har en primär- och en bakjourhavande läkare.

Primärjouren är oftast under utbildning, men har under senare år allt oftare kommit att bli en yngre specialist. Dessvärre är det inte möjligt att ordna jourlinjen så att primärjourhavande alltid är kunnig nog att självständigt utföra kejsarsnitt.

Viss inställetid oundviklig

Bakjournbelastningen blir tidvis mycket tung. Alla kan inte vara bosatta i lasarettens omedelbara närhet, varför en viss inställetid blir oundviklig. Den blir längre under natttid och vid otjänlig väderlek. Är primärjourhavande specialist räknar bakjourhavande med att ha lite längre tid på sig för inställelse, dock max 30 minuter.

Vi strävar efter att ha en så hög kompetens som möjligt i sjukvårdsarbetet, att vara så förutseende och fantasifulla som möjligt och att ha beredskap för ovanliga situationer. Beredskapen och kompetensen skulle ytterligare kunna höjas – men inte utan att dagtidsverksamheten i sådant fall påverkades, alternativt kostnaderna tilläts att öka.

Av den i Riskronden refererade fallbeskrivningen väcks åtminstone två frågor av principiellt intresse:

1. Hur lång – eller snarare kort – skall inställetiden för

bakjouren vara under olika betingelser?

2. Vilka kompetenskrav (inte önskemål) bör ställas på den som skall vara förlossningsjour med bakjouren sovande i hemmet?

Vad säger Socialstyrelsens talesman?

Läkarna vid kvinnokliniken, Mälarsjukhuset i Eskilstuna genom

Johan Hemlin
Gunnar Björkman

Replik

Vid genomgången av bemanningen och kompetensen vid akutmottagningarna framgår det helt klart att det inte är fråga om något önsketänkande att ha kravet på att kejsarsnitt skulle kunna genomföras utan fördröjning. Kan inte primärjouren utföra kejsarsnitt måste bakjouren, som kan göra kejsarsnitt, finnas på plats.

Nina Rehnqvist
överdirektör
Socialstyrelsen

Alla och ingen har ansvaret för plasmaprodukternas framtid

På Erik Berntorps och medarbetares debattartikel »Plasmaprodukternas framtid i fara. Vem har ansvaret?» (*Läkartidningen* 40/96) vill vi svara.

Uppmaningen i artikeln till RFV har redan delvis hörsammats, men särskilt när det gäller de övergripande problemen har artikelförfattarnas signal lett till att RFV nu överväger ytterligare åtgärder för att ett samlat grepp om plasmaprodukternas framtid i Sverige ska kunna tas snarast!

I det följande illustreras med ett exempel vad RFV faktiskt har gjort, men också har svårare att göra. Den dynamik som skapas av t ex hela EUs underskott på plasma om ca 3 000 ton årligen, de internationella marknads- och strukturförhållandena liksom den tekniska utvecklingen på plasmaområdet är förhållanden som ingen enskild blodcentral, enskilt landsting eller ens RFV med sina ekonomiska resurser utan vidare rår på.

Problemet med »snedvridningen» av prisbildningen uppd-

Register för första halvåret 1996 medföljde *Läkartidningen* 30–31/96.