

Den absoluta sanningen om snus ofta en utopi

Med anledning av debatten om snus i Läkartidningen 16/97 mellan Bengt Fredricsson och Hans Gilljam å ena sidan och Anders Ahlbom och Göran Pershagen å den andra vill jag göra följande kommentar.

Två svenska studier verifierar inte tidigare studier som ansett sig visa ett samband mellan snus och munhålekräfter. Men visst finns invändningar även mot de två senaste studierna, så saknas exempelvis exponering under tillräckligt lång tid på stora material. Eftersom ett sådant svenskt material kan komma att vara analyserat inom rimlig tid avvaktar Socialstyrelsen med att föreslå regeringens revision av EUs direktiv.

Beträffande eventuella skillnader mellan svenskt och amerikanskt snus skrivs i rapporten »Hälsorisker med snus»: »...snus innehåller flera carcinogena ämnen varav de tobaksspecifika nitrosaminerna är av särskilt intresse. En ur risksynpunkt väsentlig skillnad mellan svenskt och amerikanskt snus är att amerikanskt snus sorter hållit högre halter av tobaksspecifika nitrosaminer. Nyare data tyder dock på att dessa skillnader minskat varför man i dagens läge knappast kan dra en skarp gräns mellan risker vid användande av svenskt respektive amerikanskt snus med tanke på TSNA-halter. Från risksynpunkt är dock jämförelser av svenskt och amerikanskt snus osäkra av andra skäl såsom att det i stort sett saknas studier av samverkansseffekter mellan olika snuskomponenter.»

Naturvetenskapligt skolade brukar sällan tro sig om att finna den absoluta sanningen. Ett ödmjukt sökande förhållningssätt måste vara rätta vägen mot ökad kunskap.

Olof Edhag
överdirektör,
Socialstyrelsen

Slutreplik

Vi gläder oss åt att både Anders Ahlbom och Göran Pershagen, som författat rapporten om snus, och Socialstyrelsen

KORRESPONDENS

tycks vara ense med oss i de frågor vi tagit upp. Den lärdom som kan dras är att man måste uttrycka sig med extrem klarhet och stringens i frågor som är av intresse för politiker och massmedier. De tycks ha en stor benägenhet att tolka sanningen efter egna syften. Snus är ofarligt endast för den som icke snusar – det är dagens sanning!

Bengt Fredricsson
docent, Bromma

Hans Gilljam
chefsöverläkare, Centrum
för tobaksprevention,
Novum, Huddinge

Referens

Fredricsson B, Gilljam H. Sanning eller lögn om snus (jämta replik). Läkartidningen 1997; 94: 1473.

Varför får inte alla läkare Riskronden?

I Läkartidningen 14/97 refereras det senaste numret av Riskronden som behandlar 6 300 fall av Lex Maria-ärenden från åren 1992–1996 samlade i Riskdatabasen. I referatet konstateras att 64 procent av alla felbehandlingar bedömts bero på den mänskliga faktorn. »Det är inte så konstigt eftersom sjukvården sköts av människor av kött och blod och inte av robotar.»

Samtidigt konstateras att åtgärder som vidtagits för att komma åt brister i stor utsträckning riktats mot organisatoriska förhållanden och endast i mycket liten utsträckning mot »människan» i vården. »Det vore, menar Riskronden Special, önskvärt att förbättringarna gjordes innan Lex Maria-händelsen inträffar.» Därefter beskrivs ett antal förbättringar i databasen som sägs leda till bättre återföring till vården. Dock kommenteras inte den viktigaste frågan: Till vilka skall Riskronden distribueras?

Distribueras till ett litet urval

I ett av mig nyligen handlagt ärende i HSAN angående

missad teststorsion har Socialstyrelsen i sin anmälan av läkaren inte bara hänvisat till de råd som Socialstyrelsen distribuerade för snart sju år sedan (september 1990) utan också till Riskronden nr 2 från januari 1996. I detta nummer av Riskronden refereras tre fall av teststorsion, som samtliga felaktigt fått diagnosen epididymit. Den nu anmälda läkaren har sannolikt aldrig sett detta nummer av Riskronden! Publikationen distribueras nämligen inte till alla läkare, utan endast till ett litet urval, ofta läkare i chefsställning och utan närmare patientkontakt.

Återkommande informera om fallgropar

Även om risken för teststorsion vid akut scrotum borde vara känd för varje läkare finns anledning att återkommande informera om fallgropar i diagnostiken. Detsamma gäller för många andra risksituationer i vården. Upprepad kunskapsinhämtning är viktig för vidmakthållande av all kunskap. Riskronden borde vara ett utmärkt medium att åstadkomma den återföring av kunskap som kunde höja säkerheten i vården.

Så mycket mera anmärkningsvärt är det att publikationen fortfarande inte sprids till adekvata målgrupper. Jag har tidigare fått besked från företrädare från Socialstyrelsen att det är för dyrbart att distribuera Riskronden till alla läkare. Kan detta vara korrekt? Är det inte suboptimering av resurser att först sammanställa värdefull information, men sedan avstå från att föra ut den till dem som skulle ha störst nytta av att ta del av den?

Lars-Ove Farnebo
föredragande i kirurgi,
HSAN

Replik:

Går till yngre läkare och via Internet

Vid Läkaresällskapets högtidssammanträde hösten 1995 påpekade Nämndens sekreterare Lars-Ove Farnebo i sin årsredogörelse att Riskronden



»Riskronden borde vara ett utmärkt medium att åstadkomma den återföring av kunskap som kunde höja säkerheten i vården.»

borde komma ut oftare och få bättre spridning. Socialstyrelsens representanter vid festen gömde dessa ord i sina hjärtan, och redan på våren fördubblades antalet utgåvor. Vi tog kontakt med Sveriges yngre läkares förening och har sedan dess distribuerat två eller flera Riskronder med varje nummer av Tidskrift för yngre läkare.

Tillgängliga via Internet

I år har vi tillsammans med tidskriften sänt ut en enkät till läsekretsen för att få underlag för den fortsatta utgivningen. De senaste månaderna Riskronden finns sedan snart ett år tillbaka tillgängliga via Socialstyrelsens hemsida på Internet. Utöver dessa nyttillkomna spridningsvägar utnyttjar vi de ursprungliga – dvs vi sänder alla nummer till vårdinstitutionernas bibliotek och till vissa läkare i chefsposition. Utgående från de enskilda numrens innehåll distribueras de till aktuella kliniker och vårdcentraler. Riskronden Special, som mera översiktligt redovisar Riskdatabasens samlade material, är dyrare att distribuera och vänder sig i första hand till läkare och sjuksköterskor i ledningsposition. Även den kommer inom kort att bli helt tillgänglig via Internet.

Att distribuera Riskronden och Riskronden Special eller enbart Riskronden »till alla läkare» är inte bara dyrt utan också mycket komplicerat. Vi tror att Sylf-gruppen är den läskategori som är mest »kostnadseffektiv» (om uttrycket tillåts) att inrikta sig på med en regelbunden utsändning. Förhoppningsvis kan medvetandet

om att de yngre medarbetarna läser Riskronden också stimuleras de mer erfarna läkarna – vilken benämning de nu kan tänkas få vid nästa reform – att läsa eller kanske till och med prenumerera på den? Riskronden kostar för närvarande endast 160 kr/år.

Bengt Wadman
redaktör för Riskronden

Privatläkarna genomskådar Ringholms enfrågedemagogi

En sak i taget vill Bosse Ringholm, finanslandstingsråd (s) i Stockholm, att debatten skall handla om. (Läkartidningen 18/97).

När det gäller privatvården i Stockholm skall inte diskuteras dess roll och uppgift, inte dess kvalitet, inte dess kostnadseffektivitet, inte dess samarbetsrelationer med huvudmannen landstinget, inte att ersättningsen tills nu stått still sedan 1994, inte allmänhetens positiva uppfattning av privata vårdgivare, inte att 163 privatläkare tvångs pensioneras, inte att privatvården är en värdefull del av det samlade vårdutbudet, inte att det faktum att det enda de privata vårdgivarna hör från landstinget är negativa och nedsättande kommentarer. Inget av detta skall diskuteras. Åtminstone inte samtidigt.

Försöker slå in en kil

Det enda Bosse Ringholm godkänner som debattämne för dagen är en påstådd kostnadsökning för privat vård. Han upprepar i sitt genmäle i Läkartidningen 18/97 på vår debattartikel i 17/97 envist att den privata vården gynnas på den offentliga vårdens bekostnad. Han påstår att vi tycker att detta är en rimlig ordning. Han försöker därmed slå in en kil mellan privat och offentligt verksamhetsläkare. Han försöker ställa den ena läkaren mot den andra.

I detta kommer han att misslyckas. Läkarna är fullt kapabla att se igenom Bosse Ringholms enfrågedemagogi. Vi har visat att Stockholms läns landsting totalt sett, inkl den höjning av taxan som nu skett, sparar 100 miljoner på privatläkarna. För att denna siffra skall bli synlig

måste man kunna se åtminstone två sammanhang samtidigt: effekterna av att 163 läkare försvinner ur systemet och effekterna av taxeändringen. Till detta är Bosse Ringholm uppenbarligen oförmögen.

Det är värt att notera att han i sitt genmäle inte med ett ord kommenterar att landstinget i Stockholm totalt sett sparar på privatvården. Det kan bara betyda att han hoppas att detta faktum skall falla i glömska och att han genom att envist upprepa sin tes att privatvården gynnas på den offentliga vårdens bekostnad till slut skall få oss och allmänheten att tro det också förhåller sig så.

Men som sagt, i detta kommer han att misslyckas.

Björn Meder
ordförande i Stockholms läkarförening

Peter Möller
ordförande Stor-Stockholms privatläkarförening

Vilseledande om utredning och behandling av urinvägsinfektioner!

I »Intern medicin» (1996) under redaktion av Leif Hallberg, Göran Holm, Nalle Lindholm och Lars Werkö förekommer flera tveksamheter och felaktigheter i kapitlet om urinvägsinfektioner.

Utredning

I boken sägs att kvinnor med recidiverande urinvägsinfektioner – definieras som »flera attacker under några år» och ej som vedertaget ≥ 2 under 1/2 år eller ≥ 3 under ett år [1, 2] – ska utredas med cystoskopi och urografi. Flera studier [3, 4] har dock klargjort att en sådan utredning ger föga utbyte hos kvinnor med recidiverande, distal UVI. Rör det sig däremot om recidiverande pyelonefrit eller om det finns anamnes på outredd UVI i barndomen, infektioner orsakade av ureasspjälkande bakterier eller anamnes på sten eller obstruktion, finns det skäl att göra en urografi. Cystoskopi torde däremot mera sällan vara

indicerad förutom vid malignitetsmisstanke [3, 4].

Diagnos av cystit/uretrit

I avsnittet om diagnostik talar om sedimentundersökning, vilket nu sällan utförs inom primärvården eller den slutna vården utom på speciella indikationer, t ex vid misstanke om nefrit. Nitritsticka och sticka för påvisande av leukocyter är idag både bättre och mera kostnadseffektiva hjälpmedel för att ställa diagnosen UVI. I boken nämns inte den förändrade synen på bakteriehalt vid urinodling.

Vid cystit orsakad av E coli räcker det idag att påvisa 10^3 bakterier per mol urin för att växten ska betraktas som signifikant [2].

Behandling

I kapitlet med underrubriken asymptomatisk bakteriuri (ABU) står att diabetiker med ABU sannolikt bör behandlas. Någon ökad risk för diabetiker att få pyelonefrit på grund av ABU har ej påvisats, varför denna patientgrupp inte behandlas om inte annat skäl finns för detta [1].

Som förstahandsmedel vid behandling av uretrit och cystit rekommenderas trimetoprim, norfloxacin och pivmecillinam. I praktiken står dock kinolonerna för 50 procent av all antibiotikaförskrivning vid denna diagnos. Den ökade resistensen av även E coli i öppenvården gör att kinoloner, som aldrig rekommenderats som förstahandsmedel vid okomplicerade nedre UVI, ej bör användas på denna indikation [5].

Förutom trimetoprim och pivmecillinam är nitrofurudantinen också ett utmärkt behandlingsalternativ till yngre kvinnor liksom de äldre cefalosporinerna (cefalexin, cefadroxil), som kan användas till hela åldersgruppen. Båda dessa läkemedel kan även användas till gravida, till skillnad från kinolonerna.

Vid behandling av akut pyelonefrit föreslås medel såsom ampicillin, cefalosporiner, trim/sulfa och kinoloner. Resistensen mot ampicillin för E coli ligger idag på ca 20 procent, varför det ej längre är lämpligt som empirisk behandling. I boken skiljer man inte heller på oral och intravenös behandling när man talar om cefalosporiner. Orala cefalosporiner bör ej användas vid

behandling av akuta pyelonefrit på grund av ökad recidivfrekvens. Däremot kan, om patientens tillstånd så medger, oral behandling med trim/sulfa och kinoloner användas. Män med urinvägsinfektioner har ofta ett engagemang av prostata, varför medel som penetrerar bra in i prostatavävnaden, såsom kinoloner och trim/sulfa, är att föredra.

Inga Odenholt
docent, Uppsala

Referenser

1. Sandberg T. Handläggning av urinvägsinfektioner hos vuxna. Södertälje: Astra Läkemedel, 1994.
2. Läkemedelsverket. Workshop: Treatment of urinary tract infections. Uppsala: Läkemedelsverket, 1990.
3. De Lange E, Jones B. Unnecessary urography in young women with recurrent urinary tract infections. Clin Radiol 1983; 34: 551-3.
4. Fowler J, Thomas E. Excretory urography, cystography and cystoscopy in the evaluation of women with urinary tract infection. N Engl J Med 1981; 304: 462-5.
5. Cars O, Sandberg T. Begränsa användningen av fluorokinoloner. Information från Läkemedelsverket 2. 1996.

Replik:

Acceptabelt balanserad framställning

Vårt avsnitt om urinvägsinfektioner i kapitlet om medicinska njursjukdomar omfattar endast tre sidor och är översiktligt och resonerande, något annat är inte möjligt inom denna knappa ram. Vi syftar naturligtvis till att bibringa studenterna insikter i »vedertagna» principer för utredning och behandling utan att för den skull bli onödigt detaljrika. Inom detta område liksom alla andra blir man fort inaktuell om man är alltför specifik i sina påpekanden.

Sådana överväganden gör att vi, även om vi har förstståelse för Inga Odenholts kritik, anser att kapitlet om urinvägsinfektioner har fått en acceptabelt balanserad framställning vad gäller både diagnostik och behandling. Beträffande behandlingen är det ju så att om hälften av alla UVI-behandlingar sker med kinoloner kan man väl inte undgå att påpeka att