

intresse av att debatten om arv och miljö är balanserad. SBU bör vinnlägga sig om ett gott förhållande till läkarkåren. Då skall SBU:s ledarspalt inte slicka kulturkokeretterna på Af-tonbladet och annorstädes medhårs.

Sten Levander  
professor,  
SVK-enheten,  
Malmö

Replik:

## SBU stryker ingen medhårs

Molekylärbiologins viktiga och imponerande framsteg just nu leder ibland till okritiska tolkningar av sådana forskningsresultat – inte minst i massmedierna, utan även av andra uttolkare. Detta påpekas ibland av ärftlighetsforskare när deras fynd förenklas och förvrängs till oigenkännlighet. Min ledare i SBU:s tidning Vetenskap & praxis 1/97 är inte ett ställningstagande i debatten om arv och miljö, även om Sten Levander vill uppfatta den så. Den belyser ett antal vetenskapliga problem som måste hanteras när det gäller att hitta gener som förklarar ohälsa eller beteende. (Behövet av försiktig tolkning påpekas för övrigt även av en genetisk epidemiolog i samma nummer av Vetenskap & praxis.)

### Glöms ibland

Levander missar de problem som jag beskrev, och som ibland glöms bort när det på-

### Förstår läsarna förkortningen?

Läkare som läser medicinsk text från andra områden än sitt eget specialfält har ofta svårt att tyda förkortningar, som därför blir ett hinder för läsningen. Läkartidningen, som ju har som ett mål att orientera över specialitetsgränserna, har därför en mycket restriktiv inställning till förkortningar:

Undvik att införa nya förkortningar. Om det är nödvändigt, t ex därför att det förkortade begreppet är otympligt och återkommer många gånger i artikeln, får inte den nya förkortningen kunna förväxlas med en annan, mer etablerad. Förklara förkortningen första gången den används i artikeln.

## KORRESPONDENS

stås att en viss gen orsakar det ena eller andra tillståndet, nämligen:

1. En människa har omkring 100 000 gener, vilka samspelar med varandra (och med miljön). Antalet möjliga genkombinationer är stort och vi måste ta hänsyn till möjlig inverkan från de faktorer som inte har studerats.

2. En överrepresentation av en viss gen hos en grupp sjuka behöver inte betyda att denna gen orsakar sjukdomen. Andra, samtidiga orsaker till sjukdomen måste kunna uteslutas.

3. Gränsen mellan friskt och sjukt är ofta flytande. Det kan finnas många genetiska varianter som – med eller utan inflytande från miljön – ger upphov till tillstånd som hamnar i gräzonen för det patologiska.

4. Många av forskningsresultaten bygger på djurmodeller och resultaten kan vara svåra att översätta till människa.

5. Materialen i tvillingstudier på människa är ofta små och resultaten kan därför bli osäkra.

I samma nummer av Vetenskap & praxis finns också en intervju med Denny Vågerö, där de vetenskapliga begränsningarna i den sociologiska forskningen också nämns, för att på motsvarande sätt nyansera även detta budskap. Efter som Sten Levander säger sig hålla med om att vi behöver en balanserad diskussion är det beklagligt att hans eget inlägg inte är det.

Ragnar Levi  
läkare och journalist, SBU

## Uppmärksamma förhållandena för psykiskt sjuka i Ryssland!

Ett reportage i TV från ett sjukhus för psykiskt sjuka inom förutvarande Sovjetunionen oroar just nu. Förhållandena synes flagrant miserabla. Utmärklade, uppenbart svältande patienter i avsaknad av livets nödort och utsatta för uppenbar vanvård exponeras för vår insyn.

Men vem bryr sig? Vad gör svenska psykiatrer? Har de

sökt skaffa sig någon information t ex genom studiebesök på ort och ställe? Vi vet av erfarenhet att om någon kan bli åsyna vittne, kan till och med de mest hårdhudade myndigheter där bli aktiverade. Åtminstone för skams skull!

### Gör en studieresa!

Vårt förslag: Sänd snarast en studiegrupp svenska – alternativt nordiska – psykiatrer, kuratorer och sjuksköterskor dit för att kunna rapportera i medierna vid hemkomsten.

Hans Hartelius  
docent i psykiatri,  
Lunds universitet

Elisabet Hellström  
kurator, Lund

## Albumin ges för frikostigt

Henrik Zetterström har i en medicinsk kommentar i Läkartidningen 9/97 diskuterat att albumin fortfarande ges på tveklaktiga indikationer [1]. Vi välkomnar hans inlägg och vill för att förstärka effekten redovisa egna erfarenheter tydande på en alltför frikostig inställning att ordinera albumin som kolloidsubstitution vid vätskevolymförluster.

Vi har undersökt i vilken frekvens albumin valdes som första kolloidsubstitution jämfört med dextranlösning vid Akademiska sjukhusets kirurgklinik avseende kärkirurgiska patienter (aortakirurgi) respektive vid stora gastrointestinala ingrepp (total gastrektomi) och ingrepp för kolorektal cancer.

För de kärkirurgiska patienterna var albumin första kolloidsubstitution i 20 procent av fallen under 1993; 50 procent 1995. Motsvarande siffror för kolorektal cancer var 57 procent 1994 och 60 procent 1995. Bedömningen baserar sig på 139 konsekutiva patienter som genomgått aortakirurgi och 157 konsekutiva patienter som genomgått stora gastrointestinala ingrepp.

Förändringen till ökad albuminanvändning har inte vare sig på intensivvårdsavdelning eller på kirurgisk vårdavdelning lett till förbättringar som tar sig uttryck i kortare vårdti-

der. Som Zetterström påpekar är priset (enligt Fass) mellan 5–7 gånger högre för albumin än för de syntetiska kolloiderna. Valet av första kolloidlösning vid kirurgiska ingrepp saknar således inte ekonomisk implikation. Det rör sig sannolikt om en besparingspotential på några hundratusen kronor per år på en kirurgklinik av den storlek som finns på Akademiska sjukhuset.

David Bergqvist  
professor i kärkirurgi,  
kirurgiska kliniken,  
Akademiska sjukhuset,  
Uppsala

Ulf Haglund  
professor i kirurgi  
Cecilia Karlmark  
leg sjuksköterska

### Referens

Zetterström H. Albumin ges fortfarande på tveklaktiga indikationer. Läkartidningen, 1997; 94: 711-3.

## Utlandsvård vid reumatoid artrit går ej att jämföra med sjukhusvård

Det är värdefullt att resultaten av utlandsvård för reumatiker kunnat dokumenteras [1, 2]. Reumatikerna har genom Ingjald Hafströms undersökning (Läkartidningen 12/97) fått nya fakta som stöder den erfarenhet som många reumatiker redan har, att utlandsvård kan vara till stor nytta. Vi har däremot svårt att förstå den kostnadsjämförelse som avslutar artikeln. Att jämföra kostnaderna för rehabilitering vid utlandsvård med kostnaderna för vård vid reumatikersjukhus är ej adekvat.

För det första har reumatikersjukhusen en helt annan nivå för omhändertagande. Detta gäller personalbemannning på vårdavdelningar, sjukgymnastik och arbetsterapi. Det gäller också utrustning, t ex sängar, madrasser, tekniska hjälpmedel, möjlighet till dietmat osv, men också konsulttjänster som ortoped, ortopedtekniker, handkirurg m fl.

För det andra är patienterna som kommer i åtnjutande av utlandsvård en selekterad grupp. De måste kunna klara av själva resan och vara något så när funktionellt självständiga.