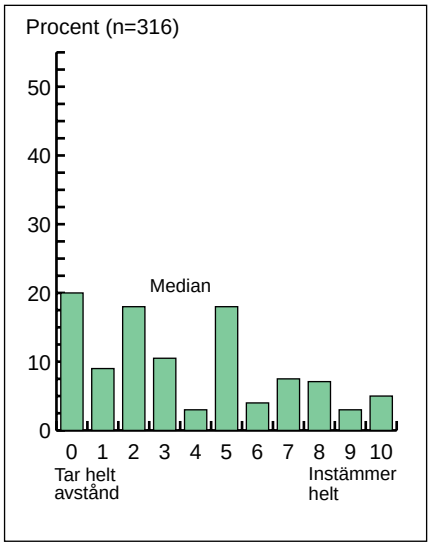
Redaktör: Christina Kjellberg Tel: 08-790 34 82

Homocystein som bristmarkör Attityder och värderingar

Jag läste med intresse Karin Björkegrens utredning av homocystein som riskmarkör och bristmarkör [1], en komplettering och utvidgning av den debatt som förts i Läkartidningen 36, 45/1998 och 1–2/99. Debatten har fokuserat på begreppen funktionell B_{12}-brist, funktionell folatbrist, och korrekt provtagning för bestämning av homocystein i plasma [jfr 2]. Det är värdefullt att det nu klargjorts, att homocystein i plasma är stabilt om cellerna snabbt skiljs från plasma genom centrifugering.

Björkegren avslutar sitt inlägg med en provokation. Om de kemiska laboratorierna kan analysera homocystein i plasma till samma kostnad som S-kobalaminer och S-folat, så kan hon tänka sig att använda P-homocystein som sållningsprov i klinisk rutin. Så mycket kan i varje fall sägas att Björkegren fram till för ett halvår sedan var i minoritet bland svenska distriktsläkare om sin åsikt eller insikt (Figur 1).

Vid en enkätundersökning som jag och mina medarbetare genomförde hösten 1998 förkastade de flesta tillfrågade distriktsläkare påståendet att homocystein helt ersätter S-kobalaminer och S-folat i den kliniska rutindiagnostiken av misstänkt B_{12}-brist (Figur 1).



Figur 1. Homocystein ersätter helt S-kobalaminer och S-folat i klinisk rutindiagnostik av misstänkt B_{12}-brist.

Kan ej avgöras genom votering

Det faktum att Björkegren är – eller möjligen var – i minoritet i värderingen av P-homocystein som bristmarkör beträffande B_{12} och folat, betyder inte nödvändigtvis att hon har fel. I grunden är det här en sakfråga som inte kan avgöras genom votering. Ett tecken på varåt vinden blåser kan vara att distriktsläkarnas värdering av homocystein som bristmarkör synes vara mer positiv 1998 än 1996 [3].

Johan Lökk
docent,
Karolinska institutet,
Sektionen för geriatrik,
Huddinge Sjukhus

Referenser

1. Björkegren K. Homocystein i plasma. Bristmarkör och riskmarkör. Läkartidningen 1999; 96: 867-8.
2. Engstedt L, Nilsson-Ehle H, Norberg B, Palmblad J (red). Kontroverser kring vitamin B_{12}. Kunskap, kompetens, kommunikation. Klippan: Pedagogförlaget, 1998.
3. Lökk J, Nilsson M, Norberg B, Rudolphi O, Sandström H, Westman G. Controversies around vitamin B_{12} in Sweden. Attitudes and values behind clinical decision-making in primary health care 1996. Hematol 1997; 2: 341-50.

Satsa på geriatriken

Jerzy Einhorn pläderar i DN för fler akutsjukhusplatser. Carl-Gustav Groth talar i Läkartidningen 14/99 varmt för mera resurser till långvården och äldrevården. Groth har i sak rätt i sin analys av vart pengarna bör styras, men han rör sig med förlegade begrepp. Långvården skrotades 1992 i samband med Ädelreformen.

Det är påfallande hur det saknas en struktur och en tjänlig begreppsapparat i den pågående, yrvakna sjukvårdsdebatten.

Einsteins påpekande, att man inte kan lösa morgondagens problem med samma tankeapparat som nyttjades då grunden för problemen lades, är värt att erinra om.

Man kan tala om en »ny situation» i västvärldens sjukvård idag. Det kräver nytt tänkande och nya prioriteringar angående resursallokeringar. I skuggan av den utomordentliga framgångsrika »reparationsmedicinen» med dess fantastiskt utvecklade teknik, har behoven av en annan typ av sjukvårdsverksamhet vuxit kraftigt, nämligen de äldstas behov av vad man kanske kan kalla »bräcklighetsmedicin».

»Peak performance»-koncept

Det är en avsevärd skillnad mellan dessa två olika vårdformers förutsättningar och grundkoncept. Reparationsmedicin, numera logiskt nog oftast organiserad i »ettorganskliniker», vänder sig till patienter med problem inom enstaka organ eller organsystem, men i övrigt goda reserver i kroppen. Här gäller konceptet »peak performance».

Bräcklighetsmedicinens patienter befinner sig i en senare livsfas, då flertalet organsystem har förlorat sin buffertkapacitet, med följd att en »domino-effekt» uppstår, där den ena insufficiensen drar den andra med sig, och där även bräckliga psykologiska och sociala förhållanden spelar viktiga roller för den totala situationens krav på vårdapparaten.

Här krävs en annan attityd till problemkomplexen än »peak performance». Här gäller istället »brett perspektiv, integration och nätverk».

De ständiga återkommande reportagen i medierna från akutmottagningarna på storsjukhusen speglar utomordentligt väl dessa avgörande skillnader i grundkoncept och angreppssätt. De stackars underläkarna, inskolade i

»peak performance»-konceptet, uttrycker förståeligt nog sin frustration över att sakna begrepp om och verktyg för hur de skall tackla de bräckliga multisjuka åldringarna som väller in på akuterna.

Geriatriken

Socialstyrelsen har i flera sammanhang visat att man förstår vad som behövs. Vårdetablissemanget i landstingen måste nu också få upp ögonen för att man har att göra med två olika vårdsystem, och att man måste fördela resursinsatserna mellan dem på ett balanserat sätt. Landstingen, åtminstone en del av dem, förfogar över en medicinsk specialitet som riktar sig specifikt till de äldstas sjukvårdsproblem, nämligen geriatriken. Den arbetar med grundkoncepten brett perspektiv, nätverk och integration. Primärvården och kommunerna har upptäckt detta, uppskattar dess insatser och medverkar aktivt i nätverken och integrationen. Det är nödvändigt att, även i de egna landstingsleden, sprida insikterna om vad en framgångsrik äldresjukvård kräver och att det finns en medicinsk specialitet med potential att omsätta dessa insikter och krav i en praktiskt fungerande vård för våra äldsta medborgare. Satsa mer på geriatriken!

Göran Selander
verksamhetschef
NordVästGeriatriken,
Löwenströmska sjukhuset,
Upplands Väsby

Metaanalys av terapistudier
Risk för underskattning av specifik effekt

Anders Ahlbom och Hans-Olov Adami har i Läkartidningen 3/99 presenterat en mycket läsvärd och nyanserad inlaga om systematisk metaanalys vid litteraturgranskning [1]. Betydelsefulla exempel ges där på analyser som bekräftat värdet av vissa metoder för behandling och prevention.

Deras uttalande om en metaanalys av litteratur om homeopatisk behandling [2] är emellertid svårtolkad: »Det poolade resultatet visade förvisso på en effekt, men resultatet måste givetvis tolkas tillsammans med annan information; i så fall skulle slutsatsen sannolikt ha blivit en annan». Avses med detta påstående *sannolikt ingen nämnvärd effekt?*

Personligen hyser jag viss skepsis inför homeopati. Objektivt måste man emellertid fråga sig vad som i denna metaanalys talar mot reell effekt. I kommenaren anges generellt att resultat måste »vägas mot annan information som belyser bl a biologisk rimlighet, tillämpbarhet och generaliserbarhet». Vilken av dessa faktorer ledde till ovannämnda sannolikhetsbedömning?

Homeopatistudiens författare kommer fram till att resultatet inte stämmer med deras hypotes om att effekten av homeopati är jämförbar med placebo. Å andra sidan gav studien inte tillräcklig evidens för att homeopati är effektiv mot ett speciellt kliniskt tillstånd.

Innefattar en mängd olika sjukdomstillstånd

Metaanalysen är i olika avseenden grundlig och noggrann. Ett allvarligt problem är dock att metaanalysen innefattar en mängd olika sjukdomstillstånd. Just detta kan leda till underskattning av eventuell effekt mot ett speciellt sjukdomstillstånd.

Likartat problem

Ett exempel på liknande problem vid metaanalys avser Alzheimerpatienter, som behandlats med takrin [3]. I denna studie fann man en långsammare försämring av kognitiv prestation, men däremot inte någon säker förbättring vad gäller beteendestörningar och inte heller nämnvärt ökat funktionellt oberoende.

Olika subtyper av de 1 984 Alzheimerpatienterna var dock otillräckligt definierade.

Huvudproblemet med metaanalys är att resultatet kan tolkas mer negativt än vad som är berättigat framför allt på grund av att en diagnos innefattar flera olika subtyper av en sjukdom, varav kanske bara någon enda subtyp har nytta av en viss behandling.

Anledningen till att flera subtyper kan ingå i en studie kan ju vara att alla studier inte tillräckligt grundligt har utnyttjat tillgänglig differentialdiagnostik men också att man på nuvarande kunskapsnivå inte kan urskilja vissa subtyper.

En kompetent utförd metaanalys som visar god effekt av en behandling är ett starkt indicium, men om metaanalysen inte påvisar signifikant effekt kan det finnas anledning att rekommendera mer specifik granskning vid nya studier innan man avfärdar behandlingsmetoden.

Kjell Norlin
pensionerad chefsöverläkare,
nu privatpraktiker och konsult
vid Neuropsyk i Bollnäs AB

Referenser

1. Ahlbom A, Adami HO. Metaanalysen bra hjälpmedel vid litteraturgranskning. Läkartidningen 1999; 96: 148-9.
2. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV et al. Are the clinical effects of homeoepathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Lancet 1997; 350: 834-43.
3. Oizilbash N, Whitehead A, Higgins J, Wilcock G, Schneider L, Farlow M. Cholinesterase inhibition of Alzheimer disease. A Meta-analysis of the tacrine trials. JAMA 1998; 280: 1777-82.

KOLLEGIALT NÄTVERK

Sveriges läkarförbund startar Kollegialt Nätverk för att läkare skall kunna stödja läkare.

Läkare arbetar ofta under stressade förhållanden i en arbetsmiljö som är både psykiskt och fysiskt belastande. Avsikten är därför att läkare som kommer i kris eller har problem snabbt och anonymt kan få tala med en kollega. Nätverket är rikstäckande och du som läkare kan kontakta rådgivare från den del av landet du själv väljer. Sekretessen är absolut.

Lista över de kollegiala rådgivarna får du via www.slf.se på Doktorns sida. Har du frågor kontakta oss via vår Nätverkstelefon 08-22 58 38 eller e-post kollegialt.natverk@slf.se.