

## Är allmänläkare ett skällsord?

Med anledning av artikeln »Barnläkaren är den självklare husläkaren för barnet» i Läkartidningen 43/00, sidan 4809:

Jag tackar min skapare för att jag fick vara med då provinsialläkaren var en doktor med status och auktoritet, respektad både av patienterna och sjukhuskollegerna. En erfaren, kunnig och människokännande doktor som efter många år i sitt distrikt visste nästan allt om sina patienter.

### Den stora klåfingrigheten satte in

Sedan satte den stora obotliga sjukan in: *Klåfingriasis contagiosa*. Ordet provinsialläkare byttes ut mot distriktsläkare. Varför har jag ingen aning om. Och sedan kom det verkliga dråpslaget: *allmänläkare*. Det skulle vara en översättning av engelskans General Practitioner (GP). Fint som snus! Och sedan, för att göra det ändå finare, inrättade man allmänmedicinska institutioner och utnämnde professorer. För detta har jag emellertid stor respekt och angriper inte.

Men mitt i allt glittret så finns ändå *allmänläkaren* där. En stackars sate som ingenting begriper (trots att vi i det ovannämnda inlägget kallas »omnipotent»), som inte är värd mycket i många av »de riktiga» specialisternas ögon.

Att denne doktor har en minst 5-årig gedigen, specialdesignad utbildning betyder mindre. En utbildning som inriktar sig på att möta alla de ibland mycket stora svårigheter som vi ofta kommer i kontakt med.

### Inte göra varandras jobb, men samarbeta!

Jag är alldeles övertygad om att sjukhusens specialister inte skulle kunna klara mitt arbete. Och det är heller inte meningen. Liksom att jag inte skulle kunna klara deras. Men det viktigaste är att vi skall samarbeta och inte smutskasta varann. På så sätt hjälper vi våra patienter bäst. Och det är väl därför vi är till – eller?

Under min 35-åriga bana som provinsialläkare i glesbygdssdistrikt har jag mött strängt taget alla sjukdomar – häromdagen mötte jag en liten gosse som sprutat shampoo i näsan, och jag har sett kattskabb på den mänskliga

trumhinnan, så nog har jag varit med!

Men jag har aldrig varit med om någon form av nedlåtande från mina kolleger på sjukhuset inom vår region. De är alldeles för kloka för att ha sådana åsikter.

Jag minns när en barnöverläkare vid Umeå lasarett skrev en historik över barnkliniken i Umeå. Bland annat skrev han: »Och ute i distriktet skötte provinsialläkarna barnsjukvården *med den äran*.»

Många gånger är det inte så märkvärdigt att sköta om både friska och sjuka barn. Och barnläkaren ifråga kanske är alldeles färsk i sin utbildning. Men givetvis måste man veta sina begränsningar. Kollegan skriver: »Om mitt barn blir sjukt eller om jag själv blir sjuk, går jag då till allmänläkaren?» Denna mening blottar ju mängder av okunskap och dåligt omdöme.

### Hur är det med snuvan?

Nå, men snuva då, som omtalas i artikeln? Javisst kan det dölja sig allvarigare tillstånd bakom den. Med mina 35 år och en specialinriktning på öron-näsa-hals tror jag mig vara mer kompetent än insändarskribenten. Det verkar som att bedömning av en snuva skulle vara något alldeles kolossalt svårt. Men bakom varje banal övre luftvägsinfektion hos ett barn kan utvecklas svåra tillstånd. Det begriper till och med jag och har sett många gånger.

### Ordets makt över tanken

Jag kommer ihåg en insändare med anledning att man ville att gynekologerna skulle ut i primärvården. En dam skrev följande: »Ingen allmänläkare skall minsann in i mitt underliv.» (Sic!) Det säger väl litet om valören av ordet Allmänläkare. Enligt min mening var det olyckligt att införa ordet allmänläkare, därvid nedgraderande en kår av duktiga, välutbildade läkare.

Ordets makt är stor. Men mot den smittosamma klåfingrigheten står vi tyvärr alldeles maktlösa. För många år sedan blev vi kallade *snuv- och sjukskrivande barfotadoktorer*. Vad i h.....!

Gunnar Hjernerstam

provinsialläkare, med dr h c; fortfarande verksam vid Storumans sjukstuga

## Vitamin B<sub>12</sub> – bra, bättre, bäst!

Med imponerande energi, bredd och djup har Susanne Merz kastat sig in i B<sub>12</sub>-debatten igen och påminner om metylkobalamin mot kronisk trötthet (Läkartidningen 42/00, sidan 4770).

Som jag fattar de olika inläggen är det dock ingenting som direkt talar för att de metylkobalaminer som nu finns på licens skulle vara effektivare än redan registrerade tabletter (cyanokobalamin, 1 mg) eller injektionslösning (hydroxokobalamin, 1 mg per ml).

### Kraven på injektionslösning

För att en injektionslösning ska vara cellvänlig och vävnadsvänlig krävs att den ligger acceptabelt nära den normala extracellulära miljön i fråga om osmolalitet, jonstyrka och pH. Dessutom får ingen av lösningens komponenter föreligga i cytotoxiska koncentrationer.

Den injektionslösning av hydroxokobalamin som finns på den svenska marknaden är så vävnadsvänlig att den kan tillföras subkutant. Där har metylkobalamin ex tempore från Apoteksbolaget och det ryktesvis renare japanska metylkobalamin som ligger i registreringsprocessen hos Läkemedelsverket sannolikt inte mycket att tillföra. Den naturliga nischen för det japanska metylkobalaminet torde vara de patienter som inte tolererar oralt cyanokobalamin eller parenteralt hydroxokobalamin.

### Oral tradition i Sverige

I Sverige har traditionen att behandla B<sub>12</sub>-brist med oralt cyanokobalamin i högdos med tiden kommit att dominera över injektionstraditionen. Troligen går utvecklingen åt samma håll i resten av världen. För det talar Lindenbaumgruppens rapport i Blood 1998 [1].

En färsk översikt över pågående placebokontrollerade prospektiva studier av B-vitaminernas eventuella effekt på kärlsjukdom visar att två av dessa undersökningar använder oralt cyanokobalamin, 1 mg dagligen, dvs den gängse svenska doseringen. Uppgiften är hämtad från nätet, The Rondel 2000; 5: Editorial [2].

### Ny doktorsavhandling

En ny doktorsavhandling från Lund visar att oralt cyanokobalamin i högdos

**ANNONS**

i kombination med oral folsyra i högdos förbättrar kognitiva funktioner hos dementa patienter med förhöjt homocystein [3]. En kort sammanfattning av avhandlingen finns tillgänglig på nätet, The Rondel 2000; 5: Debate [2].

## Effekten på trötthet

Trötthet är en allmänmänsklig reaktion som är svår att mäta och värdera och sätta in i rätt sammanhang. Merz har haft många kloka ord att säga därom. Vid uppseglande B<sub>12</sub>-brist är kanske trötthet det vanligaste allmänsymtomet, men trötthet förekommer också vid sjukdom, depression, och helt enkelt efter utmattnings.

Den enklaste prövningen av metylkobalaminets eventuella effekt på kronisk trötthet skulle kanske vara att undersöka om patienter och deras läkare kan skilja mellan metylkobalamin och placebo. När tar Apoteksbolaget initiativet till sådana prövningar?

Bo Norberg

docent, medicinkliniken, Umeå

## Referenser

1. Kuzminski AM, Del Giacco EJ, Allen RH, Stabler SP, Lindenbaum J. Effective treatment of cobalamin deficiency with oral cobalamin. Blood 1998; 92: 1191-8.
2. www.rondellen.net
3. Nilsson K, Gustafson L, Hultberg B. Improvement of cognitive functions after cobalamin/folate supplementation in elderly patients with dementia and elevated plasma homocysteine. Paper VI in: Nilsson K. Cobalamin/folate status and its relation to cognition and behaviour in psychogeriatric patients (dissertation). Lund: Lund University, 2000.

## Homocystein på Riksstämman

Vid årets medicinska riksstämma i Göteborg hålls ett miniseminarium under titeln »Homocystein – bristmarkör och riskmarkör?». Moderatörer är Johan Hultdin och Peter Nilsson. Föredrag: Nilsson P. Introduktion; Hultdin J. Homocystein som bristmarkör; Isaksson A. Olika sätt att mäta folat; Jansson JH. Homocystein – riskfaktor eller riskmarkör vid hjärt-kärlsjukdom och stroke; Lökk J. Homocystein – geriatrik och neurologiska aspekter; Hultberg B. Kognition och homocystein, relation till folat och B<sub>12</sub>.

## Om svensk frontlinjeforskning

För pedagogiska ändamål behövde jag ett exempel på Kaplan–Meierkurvor och gjorde då ett klipp ur Läkartidningen 34/00, sidan 3579, där I Östman-Smith som referat av frontlinjeforskning helt blygsamt valt att presentera ett eget arbete publicerat internationellt.

### Hur många patienter avled?

Enligt referatet har 66 patienter, barn och unga med hypertrofisk kardiomyopati, analyserats retrospektivt – 26 behandlade med högdosblockad och de övriga 40 med diuretika eller konventionell dos betablockad. Av dessa senare sägs 19 ha avlidit.

I bildtexten anges n = 20 för diuretikagruppern och n = 18 för konventionell dos betablockad. I denna text är alltså totalmaterialet 26+20+18 = 64.

I den grafiska bilden förefaller det som om man utgått från 18 fall i diuretikagruppern och 16 i den med konventionell betablockad, alltså är totalmaterialet här 26+18+16 = 60. I diuretikagruppern och i den konventionellt behandlade gruppen avled (om man räk-

nar trappsteg och markeringar i kurvorna) totalt 9+7 = 16 patienter.

### Observationstider

Författaren konstaterar att patienter som behandlats konventionellt hade en medianöverlevnad på 15,8 år, »medan ingen dog bland 26 patienter behandlade med höga doser av betablockerare». Det kan vara värt att notera att medianobservationstiden för dessa sistnämnda 26 patienter (enligt grafen) inte är längre än 6–7 år. Endast tre patienter hade observerats längre än 15 år.

Det hade varit fördelaktigt om man längs den vågräta axeln angivit hur antalet observationer i respektive grupp successivt tunnats ut.

### Ett exempel

Vilket förträffligt exempel från pedagogisk synpunkt om man vill lära studenterna att kritiskt detaljgranska en medicinsk artikel samt tolka överlevnadskurvor!

Adam Taube

professor, Uppsala

## Replik:

## Slarvig läsning – felaktiga slutsatser

Professor Taubes ironi över att jag refererat en artikel där jag är medförfattare är opåkallad, eftersom Läkartidningen publicerade en uppmaning till svenska forskare att skicka in referat av egna studier publicerade i internationella tidskrifter med hög impaktfaktor.

### Antalet patienter

Professor Taube får inte antalet patienter i figuren att stämma med totalantalet patienter. Han förbiser då att totalantalet patienter, samt den totala konventionellt behandlade gruppen som nämns i sista resultatsektionen, även inkluderar verapamilpatienter.

När man refererar en studie som publicerats med tre tabeller och fem olika Kaplan–Meier-kurvor är det av utrymmesskäl lämpligt att välja en enda Kaplan–Meier-kurva att illustrera referatet med.

Jag valde att visa de största renodlade behandlingsgrupperna var för sig, med överlevnad uttryckt i *behandlings-*

*år*, dvs de resultat som diskuterades i mittsektionen av referatet.

Eftersom en del patienter progredierade från ingen behandling till medicinsk terapi, och ett fåtal bytte terapi efter ett antal år, är behandlingsår inte synonymt med total överlevnad efter diagnos. Därför har vi konstruerat separata Kaplan–Meier-kurvor för dessa jämförelser, medan professor Taube inte jämför lika med lika när han jämför total median överlevnad efter diagnos i konventionellt behandlade patienter med data för behandlingssduration av högdos  $\beta$ -blockad.

7/26 högdospatienter och 12/40 konventionellt behandlade patienter har observerats under mer än 15 år efter diagnosen, alltså helt jämförbara proportioner i bägge grupperna.

Slutsatsen om behandlingseffekt av högdos  $\beta$ -blockad blir densamma från en Kaplan–Meier-kurva jämförande *total överlevnad efter diagnos*, som även den visar signifikant bättre överlevnad i