

## Ska inte sjukvårdens personal engagera sig i livsstilssjukdomar?

■ Dr Knock, läkaren som sjukförklarade alla han stötte på, får stå som en sinnebild för dagens förebyggande läkemedelsbehandling i ett inlägg från Arne Melander, Bengt Järhult och Sven Lindahl i LT 23/2004 (sidan 2031).

Det är förvisso så, att allt fler behandlas med farmaka utan egentligen vara sjuka. Det övervägande flertalet av dem som använder förebyggande mediciner kommer aldrig att kunna njuta frukterna av sitt pillerätande, snarare riskerar de att få lida av oönskade biverkningar. När antalet behandlade som behövs för att undvika en sjukdomshändelse (NNT) börjar närma sig acceptabla siffror, då är det dags med medicinering.

### Livsstilens betydelse

Ett av vår tids största gissel, slaganfallet, beror ju framför allt på förhöjt blodtryck, men även i stor utsträckning på rökning. Livsstilen är ofta av avgörande betydelse för uppkomst av flertalet stora folksjukdomar. Därför ställer jag mig lite frågande till författarnas formulering »Låt oss därför använda de för sjukvår-

den avsatta och sedan länge alltför knappa resurserna till att ta hand om människor med genuina sjukdomar, och låt oss inte slösa bort dem på att behandla friska människor enbart på grundval av förment ökade risker, framför allt inte när principiellt enkla livsstilsändringar – åt mindre, rör dig mer – kan göra mer nytta.«

### Avsätt en procent av budgeten

De menar förvisso att livsstilsförändringar är bra, men skriver att sjukvårdens pengar enbart ska gå till de verkliga sjuka. Ska då inte sjukvårdens personal engagera sig i livsstilssjukdomar? Det är förvisso varken enkelt eller gratis att göra det systematiskt, men om medel avsätts är det en god investering i hälsa. En procent av sjukvårdsbudgeten till livsstilsförändringar vore inte fel!

**Lars Linnersten**

medicinsk rådgivare,  
Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt,  
Region Skåne, Lund  
Lars.Linnersten@skane.se

## Livets smärta är vår utmaning idag

■ Så alldeles utmärkt att Arne Melander och medförfattare tydligt visar att vi inom allmänmedicinen sysslar med mycket som är onödigt slöseri med de resurser vi har (LT 23/2004, sidan 2031).

Pengar och tid borde tillkomma dem som verkligen behöver det. Jag tänker speciellt på de unga, stressade människor som blir långtidssjukskrivna. Vi behöver ett annat slags kompetens för dagens problem. Kroppens sjukdomar har vi kompetens för, men livets smärta och de alltför stora krav som ger symtom på olika sätt i kropp, hjärna och själ är vår stora uppgift och utmaning idag. Där är läkemedel bara en liten del i behandlingen.

Allmänläkaren är i frontlinjen när det gäller att möta människors plågor av olika slag. Jag och många andra vill arbeta för läkedom i ett större perspektiv än medicineringens.

**Eva Nyh**

allmänläkare, Töcksfors  
eva.nyh@home.se

### Replik:

## Statiner – en fråga om rimlighet inklusive bedömning av riskerna

■ Ögonkollegan Molander har läst vårt inlägg om Dr Knock »med viss förvåning« och tycker det är OK att statinbehandla 600 friska medelålders män för att förhindra ett dödsfall per år. Man bör emellertid känna till att denna effekt inte är statistiskt signifikant, vilket betyder att kanske inget enda dödsfall förhindras överhuvudtaget. Men även om så vore borde Molander fråga sig om det är rimligt att 599 män ska behandlas i onödan.

### Det finns risker med statinbehandlingen

Och så bör Molander ta sig en funderare på om det rentav kan finnas risker med att statinbehandlas, särskilt om nyttan är nära eller lika med noll. Hos äldre statinbehandlade individer har en statistiskt säkerställd 25-procentig ökning av cancerrisken registrerats. En statin har dragits in på grund av en serie dödsfall, och varningsbrev har nyligen nått Sveriges läkare från AstraZeneca där man påminns om den sedan tidigare kända risken för rhabdomyolys vid kraftig statinexposition.

Vi har genom läkemedelsindustrins försorg fått ett stort antal botande, sym-

tomlindrande och substituerande läkemedel som har revolutionerat situationen för enskilda, sjukvård och samhälle. Men vi har också när det gäller förebyggande läkemedel tvingats omvärdera den etablerade sanningen avseende Enterovioform mot infektioner, Atromidin mot höga blodfetter, Eraldina och nyligen östrogen mot osteoporos. Icke kroppsegna ämnen måste, särskilt när de ges under lång tid, noggrant utvärderas såväl gällande hårda endpoints som påverkan på livskvalitet.

### Kraven på primärprevention

Primärpreventivt arbete bör bedrivas på bred front, av såväl läkare som andra kategorier. Om vi ska öka ansträngningarna för screening ska vi veta att det vi mäter är adekvat, att vi har en behandling som gör nytta utan att skada och att kostnaderna (kronor och obehag) står i rimlig proportion till den medicinska nyttan.

Slutligen: Dr Knock gjorde att friska individer kände sig sjuka, och det kan även statinbehandling göra, enligt iakttagelser i en stor mellansvensk studie av över 50 000 individer.

Till de två andra kommentatorerna vill vi säga:

1. Självklart bör sjukvården även ägna sig åt att genom icke-farmakologiska insatser motverka och förebygga livsstilssjukdomar, men då måste fler läkare få en bättre utbildning och ett större engagemang i hur sådant förebyggande arbete bedrivs effektivt. Låt gärna modellen och andan från Habo sprida sig!

2. Vi kan bara tacka och hålla med.

**Arne Melander**

klinisk farmakolog  
arne.melander@nepi.net

**Bengt Järhult**

allmänmedicinare

**Sven-Olov Lindahl**

allmänmedicinare