

## Angående kritiken mot WHIs koststudier: Tröttsamt skjutande mot pianisten när budskapet inte passar

■ I en debattartikel i Läkartidningen 37/2008 (sidan 2498) kritiserar professor Gunnar Johansson vid Statens folkhälsoinstitut de uppmärksammade koststudierna inom Women's Health Initiative (WHI) som publicerades i JAMA den 7 februari 2006. En något senkommen polemik, kan det tyckas.

Uppenbarligen spelar dock dessa sammanlagt tre rapporter om den överraskande bristen på effekt av lågfettkost vid bröstcancer, tjocktarmscancer och kardiovaskulära sjukdomar en roll i den infekterade svenska kostdebatten.

**Men i stället för att angripa** motståndarna ger sig GJ på mediernas rapportering om dessa studier. Därför några klarlägganden:

GJ hävdar att »det är farligt när alla medier rapporterar vad det första mediet rapporterat«. Därmed menar han att New York Times den 7 februari hade den – enligt honom – första artikeln om WHI-rapporterna, och därefter skulle vi andra journalister samfälligt ha skrivit av NYT.

Nu är det så att rapporterna publicerades i JAMA den 7 februari 2006. Enligt de väl inarbetade rutiner som sedan länge gäller mellan medier och ledande vetenskapstidskrifter sänder tidskrifterna ut sina artiklar fyra–fem dagar före publicering till ett stort antal utvalda medier. De får ta del av detta material mot tystnadsplikt för att kunna publicera den dag då tidskriftsnumret i fråga kommer ut. Kallas embargo.

**Materialet bestod i detta fall** av tre artiklar samt två ledare, varav den ena slog fast att »den väldesignade och rigorösa WHI-koststudien ger viktiga data». Budskapet i övrigt



Om man är kritisk mot WHI-studierna bör kritiken riktas åt rätt håll och inte mot massmedierna som rapporterade om studierna, inklusive redovisade svenska kommentarer, anser skribenten.

var inte särskilt svårt att förstå. Effekten av lågfettkost var minimal eller liten eller ingen.

Medierna hade alltså god tillgång till källorna vad än GJ tror, och enligt självklara journalistiska principer brukar minst en svensk expert få läsa och kommentera rapporter som ska resultera i artiklar.

**Jag kan bara svara för SvD.**

Men i vår första artikel den 8 februari kommenterade Åke Bruce på Livsmedelsverket och professor Göran Berglund i Malmö efter det att de fått ta del av JAMAs källmaterial. Söndagen den 12 februari skrev jag en lång artikel om fettets hälsoeffekter där sex experter med olika uppfattningar uttalade sig, och jag ci-

terade också från den världsledande kostepidemiologen Walter Willetts bok. Några dagar senare, den 18 februari, hade jag/SvD en intervju med just Walter Willett, som var på besök i Sverige, om WHI-studierna. Han om någon bör väl kunna kallas nutritions-epidemiologiskt kunnig.

**Att skjuta på budbäraren** (i detta fall medierna) när budskapet upplevs som stötande är bara alltför välkänt, banalt och tröttsamt. Det är också svårt att förstå att en högt uppsatt statlig tjänsteman inte tar reda på självklara fakta.

Inger Atterstam  
medicinreporter,  
Svenska Dagbladet  
inger.atterstam@svd.se

**REPLIK:**

## Vem har förstått kritiken av WHI-studierna?

■ Anledningen till att jag skrev min artikel är att det tydligen inte gjorts en ordentlig källkritik av WHI-studierna. Högfett–lågkolhydratanhängarna har inte gjort det heller. Kostmålen uppnåddes inte. Fettintaget sjönk inte tillräckligt. Frukt- och grönsaksintaget steg inte tillräckligt. Intaget av spannmålsprodukter var i stort sett oförändrat.

Det skulle varit förvånande om man sett någon effekt när det nästan inte förekom nå-

gon kostförändring. Trots det använder högfett–lågkolhydratanhängarna WHI-studierna i sin argumentering, vilket tyder på att de inte förstått eller inte vill förstå detta ännu två år efter studiens publicering. Därför skriver jag också detta två år efter det att studien kom.

Gunnar Johansson  
professor i kostvetenskap,  
Statens folkhälsoinstitut  
gunnar.johansson@fhi.se

## Fälld av HSAN för att inte ha undersökt patienten – vilken är lärdomen?

■ Den unga läkarens stora skräck har nu besannats. Jag har nu för första gången inte bara blivit anmäld till HSAN utan också fått en disciplinpåföljd i form av en erinran. Jag började läsa medicin i Lund 1994, disputerade 2005 och är legitimerad läkare sedan juni 2007. Efter legitimationen ville jag pröva mina vingar innan jag bestämde mig för en specialitet. Under ett av mina vikariat som jourläkare på en vårdcentral hade jag en patient som sökte mig och sa att han hade bihåleinflammation och ville ha antibiotika för det. Jag bedömde att han led av en övre luftvägsinfektion (ÖLI) och föreslog expektans och symptomatisk behandling, men patienten var missnöjd. Han sökte igen dagen efter, och min kollega, som är äldre och mer erfaren, bedömde att han led av »akut sinuit« och forskrev antibiotika. Patienten anmälde mig till HSAN, och jag tilldelades en erinran.

**Anledningen till att jag skriver** detta inlägg är att jag som ung läkare känner att jag behöver hjälp med att förstå vilken lärdom jag ska dra av HSANs beslut. Dessutom finner jag beslutet principiellt ytterst intressant. Nedan följer journalanteckningarna från dessa två tillfällen i sin helhet.

07-07-16, Pouya Movahed,  
läkare

Kont ors: Förkylningssymtom sedan i fredags.

*Status: At: Gott och opåverkat. Förkyld.*

*Bed/Åtg: Informeras om att vi inte har någon uppenbar behandling mot förkylningar.*

*Nässpray och allmän vila och omhändertagande. Åter vid behov.*

*Diag: J06-P Övre luftvägsinfektion*

*070717, Dr Läkarson, läkare Kont ors: Infektion.*

*Aktuellt: Haft en förkylning flera gånger under våren. Sedan en halv vecka tryck över pannan, blir värre vid framåtböjning. Ingen feber eller frossa. Svårt för att svälja, inga andningsbesvär.*

*Tid sjd: Medicinerar med Isoptin på grund av ojämn hjärtrytm. Har dessutom Lipitor på grund av högt Kolesterol samt ögondroppar på grund av glaukom.*

*Allergi: Ingen känd.*

*Status: At: Gott. MoS: Retningsfritt. Öron: Retningsfritt. Sinus: Viss perkussionsömheter över frontalsinus. Ytl lgl: Inga palpabla under hakan eller längs halsen. Cor: Regelbundet, 64 inga blåsljud. Pulm: Normala andningsljud. Bl tr: 140/80. Neurol: Ej nackstyv.*

*Bed/Åtg: Klinisk bild som vid sinuit, ger PC-behandling. Åter om dålig effekt.*

*Diag. J01- Akut sinuit.*

**Patienten anmälde** mig och anförde sin klagan på följande sätt:

»Han [dvs jag, PM] konstaterade att min värk bara var någon virus och rekommenderade mig att åka hem och ta Alvedon. Besöket tog högst 5 minuter. Inga prover togs. Ingen undersökning av öron, näsa, hals, lungor eller hjärta.« Patientens beskriver vidare vad som hände dagen efter och den behandling han fick av min mer erfarna kollega.

Enligt beslutet gäller saken »behandling av infektion«, och nedan följer HSANs bedömning i sin helhet:

»Hur en patient beskriver sina symtom kan variera och hur läkaren uppfattat dessa uppgifter behöver inte alltid överensstämma med vad patienten sagt. I detta fall har det mindre betydelse om patienten uppgett att han haft ont över ögat eller ont i pannan. Några undersökningsfynd finns dock inte noterade i journalen, vilket stöder patientens uppgift att han inte blivit undersökt. Pouya Movahed har därför brösttit i omhändertagandet av patienten. Pouya Movahed har av oaksamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt och bör medföra disciplinpåföljd i form av en erinran.«

enten sagt. I detta fall har det mindre betydelse om patienten uppgett att han haft ont över ögat eller ont i pannan. Några undersökningsfynd finns dock inte noterade i journalen, vilket stöder patientens uppgift att han inte blivit undersökt. Pouya Movahed har därför brösttit i omhändertagandet av patienten. Pouya Movahed har av oaksamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt och bör medföra disciplinpåföljd i form av en erinran.«

**Jag ska nu försöka** ge min tolkning av och synpunkter på beslutet.

- Att man som läkare inte kan förlita sig på anamnesen. Under min utbildning har det ideligen poängterats att anamnesen är det i särklass viktigaste diagnostiska verktyget som vi läkare har. Vid diagnosen sinuit är anamnes helt avgörande inom vardagssjukvården.
- Att anamnestiska uppgifter gällande lokalisation av smärta inte har någon betydelse. Jag undrar hur man annars som läkare ska välja vilken kroppsdel man ska undersöka?
- Att alla patienter oavsett vilka symtom de presenterar bör undersökas. HSAN anger däremot inte vilka undersökningar jag borde ha utfört och till vilken nytta. Jag anser att det är felaktigt att företa undersökningar enbart för att gardera sig mot kritik. En läkare bör ha rätt att avgöra vilka undersökningar som är indicerade vid varje given situation.

**Jag ska nu försöka**

ge min tolkning av och synpunkter på beslutet.

- Att man som läkare inte kan förlita sig på anamnesen. Under min utbildning har det ideligen poängterats att anamnesen är det i särklass viktigaste diagnostiska verktyget som vi läkare har. Vid diagnosen sinuit är anamnes helt avgörande inom vardagssjukvården.
- Att anamnestiska uppgifter gällande lokalisation av smärta inte har någon betydelse. Jag undrar hur man annars som läkare ska välja vilken kroppsdel man ska undersöka?
- Att alla patienter oavsett vilka symtom de presenterar bör undersökas. HSAN anger däremot inte vilka undersökningar jag borde ha utfört och till vilken nytta. Jag anser att det är felaktigt att företa undersökningar enbart för att gardera sig mot kritik. En läkare bör ha rätt att avgöra vilka undersökningar som är indicerade vid varje given situation.

**Om HSAN anser** att vi läkare urskillningslöst bör undersöka alla som söker utan hänsyn till anamnesen så blir det

omöjligt att bedriva telefonkonsultationer. Hade den aktuella konsultationen varit telefonledes hade jag uppmanat patienten att avvakta. Blir jag som läkare tvungen att företa en del undersökningar som jag inte anser vara indicerade bara därför att patienten av en eller annan orsak befinner sig innanför dörren på läkarmottagningen?

**»En övre luftvägsinfektion däremot kan handläggas på 5 minuter. Denna frihet att kunna disponera den ytterst begränsade tid man har som läkare gör det möjligt att utöva sitt yrke på ett sätt som inte äventyrar patientsäkerheten.«**

sätt. Det är omöjligt att handlägga en patient med bröstsmärta eller självmordstankar på en kvart. En övre luftvägsinfektion däremot kan handläggas på 5 minuter. Denna frihet att kunna disponera den ytterst begränsade tid man har som läkare gör det möjligt att utöva sitt yrke på ett sätt som inte äventyrar patientsäkerheten.

**HSANs beslut** innebär att en restriktiv inställning till antibiotikaförskrivning är omöjlig att vidmakthålla, eftersom detta kan innebära att läkare tilldelas erinran om en person påföljande dag får antibiotika utskrivet på tämligen svag grund. Detta är speciellt viktigt nu med tanke på återkommande larmrapporter om resistensproblem orsakade av en snabbt ökande antibiotikaförskrivning.

Anmärkningsvärt är att patienten fick diagnosen akut sinuit och att antibiotika insattes följande dag. Diagnosen är ställd på tämligen svag grund och troligen felaktig. Emellertid, om diagnosen mot all förmodan hade varit korrekt så måste det ha hand-

lat om en frontalsinuit (med tanke på tryck över pannan) och inte maxillarsinuit. En misstänkt frontalsinuit bör väl handläggas akut med röntgen och av en ÖNH-specialist?

**Självfallet beklagar** jag att jag inte lyckades övertyga patienten att avstå från penicillinbehandlingen vars effekt på antalet sjukdagar i en övre luftvägsinfektion (eller bihåleinfektion) är i princip obefintlig. Däremot är det säkert att penicillinbehandlingen har haft negativa ekologiska effekter (miljöeffekter).

**Som jag ser det** har jag dels blivit fälld för att jag genom ett aktivt ställningstagande avstod från en del undersökningar av en patient som redan dagen efter undersöktes utan några som helst patologiska fynd, dels blivit anmäld och fälld för att jag underlät att behandla en ÖLI med antibiotika. Jag har nu fått min bestraffning men kan inte låta bli att undra vilken instans eller myndighet som bestraffar läkare som skriver ut antibiotika/läkemedel på fullständigt felaktiga grunder?

Jag hade kunnat undvika en anmälan genom att företa en del undersökningar med enbart symboliskt värde eller gett patienten ett recept. Men den dagen jag utför mitt arbete bara för att »ha ryggen fri« vill jag inte vara läkare längre.

**Pouya Movahed**  
läkare, medicine doktor, verksamhetsområde kognitiv medicin, Universitetssjukhuset i Lund  
Pouya.Movahed\_Rad@med.lu.se

#### REFERENSER

1. Läkemedelsverkets rekommendationer för behandling av rinosinuit (3:2005). <http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/Recommendations/2628.aspx>
2. Strama-nytt januari 2008. <http://www.strama.org/dyn//76,13,23.html>

\*

HSANs beslut är överklagat till länsrätten.

red