

total kolesterol/HDL-kolesterolkvot på 5,0 [2, 5]. Uttryck som total kolesterol/HDL-kolesterolkvoten alternativt LDL-kolesterol/HDL-kolesterolkvoten, vilka vid jämförelser visat sig vara likvärdiga i praktiken, åskådliggör ju kolesterolbalansen, dvs förhållandet mellan aterogena (läs LDL) och antiaterogena (HDL) effekter av kolesterol på aterosklerosprocessen i kärlväggen [6].

**Inga tvivel behöver råda** om att budskapet i »Europeiska riktlinjer för hjärt-kärlprevention« nått ut till den breda allmänheten genom massmediernas försorg. Hälsoindustrins många kanaler har ju lång erfarenhet av hur människors intresse för kolesterolhotet kan hållas levande.

**Till allmänläkarens vardag** hör att hantera inte enbart sjukdomars utredning och behandling utan också till en betydande del patienters oro för sjukdom. Det kan gälla prostata- och mammacancer, stroke, hjärtinfarkt och olika problem som det larmats om i massmedierna och där patienterna ofta är personligen drabbade av sjukdom i omgivningen.

För den medelålders, subjektivt friska individen är den helt överskuggande tanken vid besök hos läkare på grund oro av för sjukdom inte att få en riskstämpel på sig utan att få bli förklarad frisk. Den stora majoriteten av medelålders män respektive kvinnor riskerar enligt rekommendationerna [1] att få besked om att deras serumkolesterolvärde ligger över det »typiskt karakteristiska hos friska individer«, dvs total kolesterol <5,0 mmol/l och LDL-kolesterol <3,0 mmol/l, och lämnas med en gnagande känsla av otillräcklighet över att inte ha uppnått den ideala nivån.

**Ett genomgående** kännetecken för de olika behandlingsrekommendationer som publicerats genom åren är att de fokuserats på ett definiera

riskindivider för hjärt-kärlsjukdom och därigenom undvika underbehandling. Mycket litet samlad uppmärksamhet har ägnats den risk som finns för överbehandling (icke-farmakologisk och/eller farmakologisk) av patienter med låg risk för hjärt-kärlsjukdom och total kolesterolvärden i intervallet mellan 5,0 mmol/l och 8,0–8,5 mmol/l [5].

Ett undantag är en artikel före millennieskiftet med bakgrundsinformation i »Information från Läkemedelsverket« [7] med tydliga kommentarer om att kvinnor utan andra riskfaktorer kan få ha total kolesterolvärden på upp till något över 8 mmol/l (det gäller inte vid lågt HDL-kolesterol) utan att behöva få riskstämpel på sig. Kanske kan i någon kommande utgåva av »Information från Läkemedelsverket« en i detta avseende

de utsvulten allmänläkarkår få information om hur inte bara underbehandling utan även överbehandling av serumkolesterolvärden kan undvikas?

**Det enkla förhållandet** att den stora majoriteten av befolkningen har total kolesterolvärden mellan 5 och 8 mmol/l, varav de flesta utan att ha ökad risk för aterosklerosjukdom, borde enligt min mening framgå av inledningen till varje primärpreventivt program. Därefter kan identifiering av eventuella riskindivider börja!

Den ekonomiska sidan av överbehandlingsproblematiken ska inte heller underskattas. Enbart läkemedelssidan har uppskattats till tresiffriga miljontal i Sverige [5].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007;14 Suppl 2:E1-40.
2. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al; SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003; 11:987-1003.
3. Information från Läkemedelsverket. 1995;6(3):178-86.
4. SCB. Befolkningsstatistik 2000.
5. Wahlberg G. Primärprevention vid hyperkolesterolemi. Högt HDL-kolesterol och kvinnligt kön underskattade skyddsfaktorer. Läkartidningen. 2006;103:131-4.
6. Olsson AG. Ateroskleros - blodfetter. Södertälje: AstraZeneca Sverige AB; 2007.
7. Information från Läkemedelsverket 1999;10(7):52-7.

## Hur likvärdiga är generikapreparaten?

■ Bara inom psykiatrin finns det numera ett stort antal generikapreparat med beskrivningar i Fass som upptar från drygt två sidor (t ex Paroxetin Hexal) till en notis omfattande en åttiondel sida (t ex Paroxetin Sandoz).

Bland de antidepressiva läkemedlen finns 10 citalopram (original Cipramil), 10 sertralina (original Zoloft), 10 mirtazapin (original Remeron), 7 fluoxetin (original Fontex) och 6 paroxetin (original Seroxat).

Kan vi lita på att alla dessa preparat är likvärdiga sinsemellan och med originalpreparatet avseende effekt och biverkningar?

**I nr 4/2008 av Information** från Läkemedelsverket beskrivs vilka krav som ställs på generika i förhållande till ett originalpreparat [1]. Av artikeln framgår att jämförelser av koncentrationen av den aktiva substansen över tid mellan generika och originalger ett mått på *bioekvivalens*.

Om bioekvivalens mellan generika och original föreligger »förväntas koncentrationerna även vara likvärdiga där läkemedlet utövar sin effekt. Därmed förväntas också den terapeutiska effekten vara likvärdig« [mina kursiveringar, TB].

**För att visa bioekvivalens** görs farmakokinetiska studier endast på friska försökspersoner. Någon ytterligare klinisk dokumentation krävs inte från generikaföretagen. Att likvärdig klinisk effekt »förväntas« ingår kanske inte riktigt förtroende. Hur avläses t ex antidepressiv effekt på en frisk person eller analgetisk effekt på en smärtfri person?

Några patienter som först har använt originalpreparat och senare generikapreparat, dvs varit sin egen kontroll, har rapporterat kliniska skillnader. Ett fluoxetiningenerikum tycks inte ge samma effekt som ett annat fluoxetiningenerikum eller som originalet Fontex. Ett sertraliningenerikum tycks ge både mer bi-

verkningar i form av ångest och svettningar och mindre effekt än originalet Zoloft.

**Teoretiskt sett** skulle förstås ett generikum kunna vara både effektivare och/eller föräntat med mindre biverkningar än originalpreparatet, men något sådant har hittills inte kommit till kännedom.

En ytterligare osäkerhet uppstår i de (få) fall apoteket väljer att bortse från rutan »får inte bytas ut« på receptet, och i stället dispenserar ett annat generikum än det förskrivna.

Har kolleger gjort liknande iakttagelser? Är kraven på generikapreparat för lågt ställda?

**Tord Bergmark**  
specialist i psykiatri  
och allmänmedicin, Stockholm  
kognitiv.psykiatri@telia.com

REFERENS

1. Edholm M. Generika - vad är det? Information från Läkemedelsverket. 2008;19(4):4-5.