

pengar, mycket pengar! Plötsligt hade SLL ca 5 miljoner kr av skattebetalarnas pengar till hands för denna obehövlige »Närakut« i vårt område. Genom att betala mer än dubbelt så mycket per arbetspass än hyrläkare får lyckades SLL locka de flesta av områdets husläkare (eller snarare deras verksamhetschefer) att delta. SLL erbjuder husläkarna i området 5 500 kr brutto för ett halvdagspass för att förmå dem att lämna sina inarbetade mottagningar och sina patienter för att delta i SLLs nya luftlott. Åter besinnas gammal visdom som den i Bibeln att »det finns inte den mur, som är så hög, att inte en åsna lastad med guld kan ta sig över«.

Vi deltar inte

Vi husläkare och blivande husläkare på Kvartersakuten Matteus deltar inte, som enda mottagning i området, i detta »vanvittesprojekt«. Tack vare att vi är enskilda entreprenörer kan vi säga nej till en del av SLLs tokerier och ägna vår tid åt våra listade patienter. Vi väljer att vara på plats på vår mottagning hela dagarna, vi har öppen och tidsbeställd mottagning, en nyöppnad kvällsmottagning och gör många hembesök. Vi prioriterar dem som valt oss som husläkare.

Slutligen är det vår övertygelse (stötad av erfarenhet och forskning) att de 5 miljonerna som finns tillgängliga hade gjort oerhört mycket större nytta om de använts till att etablera två-tre nya husläkare i området [8]. Det hade på sikt gett ökad trygghet, kontinuitet, hög kvalitet och lägre sjukvårdskostnader. Nu blir det precis tvärtom. När ska vansinnet sluta? Sannolikt inte förrän patienterna själva tagit makten i sjukvården.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Smedby B. Kvartersakuten i Stockholm – en utvärdering av en treårig försöksverksamhet. Lund: Studentlitteratur; 1992.
2. Stockholms läns landsting. Beställarkontor vård. Statistik 2003. Stockholm: SLL; 2003.
3. Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services, and technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
4. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. Br J Gen Pract 1996;46: 601-5.
5. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ 1992; 304:1287-90.
6. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. Am J Public Health 1998;88:1330-6.
7. Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. BMJ 1996;312:1340-4.
8. Sjönell G. Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 1984.

Förebyggande behandling med TrioBe – en seriös möjlighet

Vi ser positivt på en debatt om förebyggande behandling med B-vitaminer. Vår avsikt är självklart att annonser och broschyrer om TrioBe ska vara seriösa och informativa. Med rubriker som »Varför skall man bry sig om att förebygga B-vitaminbrist?« och »Hur vanligt är det med B-vitaminbrist?« har vi velat sprida kunskap om ämnesområdet.

ANNE BERGMAN
medical director
anne.bergman@recip.se

BRITTA LEWALD
medical advisor; båda Recip AB

II Det är med intresse vi läser Anders Lindgrens inlägg i Läkartidningen 15/2005 (sidorna 1160-2) om marknadsföringen av vår produkt TripBe. Vi respekterar och tar till oss hans synpunkter.

Indikation för TrioBe

Godkänd indikation för TrioBe är »Förebyggande av symtomgivande brist på vitamin B₆, vitamin B₁₂ och folsyra vid otillräckligt födointag eller malabsorption, framförallt hos äldre« och inte behandling för att sänka homocystein och/eller förebyggande av hjärt-kärlsjukdom. Effekter på homocysteinnivåer är visserligen en av läkemedlets effekter, men är inte en direkt indikation, även om denna effekt finns beskriven under farmakodynamiska egenskaper i den av Läkemedelsverket godkända produktresumén.

Indikationen innehåller även en begränsning, »vid otillräckligt födointag eller malabsorption hos äldre«, och skall således inte uppfattas som en allmän rekommendation att ges till alla äldre för att förebygga eventuell B-vitaminbrist.

Prevention av symtomgivande brist

Med indikationen prevention av symtomgivande brist avses ett aktivt agerande av behandlande läkare att söka och behandla de patienter som på goda grunder kan antas riskera att utveckla en B-vitaminbrist med symtom. Vanligaste orsakerna till B-vitaminbrist hos äldre är malnutrition, malabsorption samt långtidsbehandling med vissa läkemedel. Nutritionsstatus hos äldre i kommunal vård och omsorg har på Socialstyrelsens initiativ kartlagts, och dessa studier visar

en hög andel av misstänkt malnutrition [1]. Risken att utveckla B-vitaminbrist kan verifieras med anamnes och eventuellt styrkas med ett blodprov, där homocystein är en av flera markörer för funktionell B-vitaminbrist. För utredning av misstänkt B₁₂-brist/-malabsorption ges god vägledning i Anders Lindgrens artikel i Läkartidningen år 2000 [2].

Homocystein – markör för B-vitaminbrist

För att fastställa vitaminstatus anses vitaminanalyser vara ett alltför trubbigt instrument, medan P-tHcy och S-MMA ger ett bättre mått på funktionell status av vitaminnivåerna. Homocystein är en svavelhaltig aminosyra som bildas vid metioninets metabolism. Vitamin B₁₂, B₆ och folsyra är alla nödvändiga för att metioninomsättningen skall fungera; brist på något av vitaminerna leder till en höjning av P-tHcy. En relativt vanlig polymorfism av metylentetrahydrofolatreduktas (C677T) är associerad med en moderat hyperhomocysteinemi, speciellt i samband med ett bristande folatintag [3]. Ett förhöjt P-tHcy-värde kan också bero på andra orsaker än vitaminbrist, t ex nedsatt njurfunktion. Orsaken till förhöjt Hcy hos patienter med njursvikt är inte helt klarlagd [4].

Forskning om homocystein

Upptäckten av samband mellan förhöjda homocysteinnivåer och en rad olika sjukdomstillstånd såsom neuralrördefekter, demens, kardiovaskulär sjukdom, diabetes m m har lett till en mycket intensiv forskning. Mycket kvarstår dock fortfarande att utröna, och fler studier behövs inom området. Trots att evidensbaserad medicin ännu inte till fullo existerar har behoven av riktlinjer på homocysteinområdet lett till att en expertgrupp, på EUs uppdrag, sammanställt ett expertutlåtande baserat på tillgänglig forskning och erfarenhet [3].

Flera interventionsstudier inom hjärt-

kärlområdet pågår, och resultat från dessa förväntas komma under 2005. Prospektiva studier har visat att vitaminbrist [5] eller förhöjt Hcy [6] hos initialt friska individer är associerat till senare risk för utveckling av demens.

Vårt val av studier

I vårt val av studier har vi försökt belysa ämnesområdet från olika håll och hänvisat till den dokumentation som vid tidpunkten funnits tillgänglig. Vi är medvetna om att text och referenser till studier om eventuell morbiditet i relation till B-vitaminbrist måste anges på ett balanserat sätt så att det inte kan uppfattas som en behandling av ett sjukdomstillstånd, istället för en förebyggande åtgärd. Samtidigt är vi övertygade om att man i ett budskap om förebyggande be-

handling av en brist på ett ämne även måste informera om risker vid en faktiskt uppkommen sådan brist.

Fortsatt förskrivning

Vi menar att den aktuella förskrivningen av TrioBe speglar det faktum att det finns en bra kunskap om ämnesområdet hos landets läkare och att behandlingskostnaden per individ är låg samtidigt som riskerna med en förebyggande behandling synes vara mycket låga. Vi välkomnar därför Läkemedelsförmånsnämndens kommande granskning i samband med översynen av samtliga läkemedel i Sverige. Med anledning av Anders Lindgrens inlägg kommer vi att se över vår marknadsföring av TrioBe så att den klart uppfattas som seriös och informativ.

Replik:

Svaret lika ihåligt som marknadsföringen

Recips svar är lika ihåligt som marknadsföringen – helt utan konklusera data. Det finns inget belegg för Recips påstående, framfört i en reklamskrift, att risken för kardiovaskulära och neurologiska besvär minskar genom att förhöjt homocystein behandlas med TrioBe. Om påvisad B₁₂-brist behandlas kostar det mer än fyra gånger så mycket att behandla med TrioBe som med för B₁₂-brist godkända läkemedel.

ANDERS LINDGREN

med dr, överläkare, medicinkliniken, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås
anders.al.lindgren@vregion.se

I min artikel, där jag granskat Recips marknadsföring av preparatet TrioBe, valde jag ut ett antal annonser och jämförde reklambudskapet med innehållet i de vetenskapliga artiklar som företaget refererade till. I samtliga annonser fann jag att Recip avsiktligt feltolkade resultaten och konklusionerna av studierna för att förleda kollegor att skriva ut mer av preparatet och på så sätt öka företagets försäljning. I sitt svar har inte Recip på någon punkt kunnat bemöta min kritik, och tyvärr måste man konstatera att svaret är lika ihåligt som marknadsföringen, helt utan konklusera data.

Homocysteindagen 2004

Recip skriver i sin replik att man inte marknadsför TrioBe på indikationen »behandling för att sänka Hcy och/eller förebygga hjärt-kärlsjukdomar«. Det intrycket får man inte när man läser reklamskriften Svar Läkarforum (nov 2004), i vilken refereras Homocystein-

dagen 2004 (båda sponsrade av Recip) med ett flertal inbjudna forskare. Där skriver man således följande: »I paneldebatten bekräftades konsensus för Hcy som oberoende riskfaktor för både kardiovaskulära och neurologiska besvär. Rekommendationen var solklar: testa mer [Hcy] och behandla mer!« I klartext kan detta endast betyda att den primära indikationen i marknadsföringen är att man skall behandla förhöjt Hcy (med TrioBe) för att minska risken för dessa sjukdomar. Som jag visade i mitt inlägg finns inget evidens för det påståendet.

VISP-studien

I brist på studier som stöder användandet av TrioBe hänvisar man till kommande interventionsstudier inom hjärt-kärlområdet som man inte känner till resultaten av. Man kan knappast grunda användandet av ett läkemedel på studieresultat som inte finns.

En stor interventionsstudie presenterades redan för ett år sedan, »The vitamin intervention for stroke prevention« (VISP)-studien [1]. I den randomiserades 3 680 patienter med lätta cerebrala infarkter till behandling med antingen

Referenser

1. Saletti A. Näringstillståndet hos äldre, som tar emot kommunal omsorg och vård. Lund: Vårdalinstitutet; 2004. <www.vardalinstitutet.net>
2. Lindgren A. Mag-tarmstatus bästa diagnostikum vid misstänkt B₁₂-brist. *Läkartidningen* 2000;97:3987-92.
3. Refsum H, Smith AD, Ueland PM, Nexø E, Clarke R, McPartlin J, et al. Facts and recommendations about total homocysteine determinations: an expert opinion. *Clin Chem* 2004;50:3-32
4. Guldener C, Stehouwer CD. Homocysteine metabolism in renal disease. *Clin Chem Lab Med* 2003;41:1412-7.
5. Wang HX, Wahlin A, Basun H, Fastbom J, Winblad B, Fratiglioni L. Vitamin B(12) and folate in relation to the development of Alzheimer's disease. *Neurology* 2001;56:1188-94.
6. Seshadri S, Beiser A, Selhub J, Jacques PF, Rosenberg IH, D'Agostino RB, et al. Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2002;346:476-83.

låg eller hög dos av de tre vitaminer som ingår i TrioBe. Man kunde inte se någon som helst minskning av antalet nya cerebrala infarkter, hjärtinfarkter eller dödsfall i högdosgruppen, som sänkte Hcy-koncentrationen i medeltal 2,0 µmol/l mer än i lågdosgruppen. Det finns således ingen anledning att fästa alltför stora förhoppningar till kommande interventionsstudier.

Alternativ finns till lägre pris

Sammanfattningsvis finns det knappast någon plats för preparatet TrioBe. Påvisad B₁₂-brist (liksom malabsorption utan påvisad brist) behandlas effektivt med därför dokumenterade läkemedel till ett pris som är mindre än hälften av vad TrioBe kostar. (Om man räknar på ekvivalenta och för bristbehandling dokumenterade doser B₁₂ är TrioBe mer än 4 gånger dyrare !)

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referens

1. Toole JF, Malinow MR, Chambless LE, Spence JD, Pettigrew LC, Howard VJ, et al. Lowering homocysteine in patients with ischemic stroke to prevent recurrent stroke, myocardial infarction, and death. The vitamin intervention for stroke prevention (VISP) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291:565-75.