

mang, inte på studier som testar effekter av måluppfyllelse. Vad vet vi om patientnytta och säkerhet med de höga statindoseringar och tilläggsbehandlingar som krävs för att nå LDL <2,0 (eller 1,6) mmol/l? Vad får det kosta?

**Socialstyrelsen borde** fästa större vikt vid kostnadseffektivitet i sina prioriteringsunderlag. Vi är även förvånade över TLV:s enkla gränsdragning för subvention av icke-generiska statiner – över eller under 38 procent relativ sänkning av LDL-kolesterol – och hur man hanterat simvastatin i doseringen 80 mg/dag [24]. Atorvastatin 10 mg och rosuvastatin 5 mg förlorar subventionen, men högre doser har – enligt ovan – relativt liten tilläggseffekt jämfört med simvastatin (20)–40 mg/dag. Simvastatin 80 mg/dag har god tolerabilitet jämfört med högdoserat atorvastatin [33] och rekommenderas av NICE [34].

TLV skulle ha kunnat besluta om förbehållet att simvastatin 40–(80) mg/dag ska prövas innan dyrare statin används med subvention, oavsett dosering.

**Det stora flertalet** patienter med hög kardiovaskulär risk och ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer erhåller en god och mycket kostnadseffektiv profylax med simvastatin och det kan knappast vara fel att eftersträva den bäst dokumenterade doseringen, 40 mg/dygn, om patienten tolererar denna. En utbredd användning av högdoserade statiner och odokumenterade kombinationsbehandlingar är enligt vår mening inte befogad.

Vi anser att SBU bör skärskåda vad som faktiskt är evidensbaserat, och även ta ett bredare grepp på hälsoekonomi kring lipidsänkande behandling för kardiovaskulär prevention.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Läksaks expertgrupp för hjärt-kärlsjukdomar. Simvastatin för kardiovaskulär prevention hos högriskpatienter med ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer. Janusinformation. <http://www.janusinfo.se/imcms/10841>
- Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002;360:7-22.
- Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJ, Olsson AG, Tikkanen MJ, Holme I, et al. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294:2437-45.
- Deedwania P, Barter P, Carmena R, Fruchart JC, Grundy SM, Haffner S, et al. Reduction of low-density lipoprotein cholesterol in patients with coronary heart disease and metabolic syndrome: analysis of the Treating to New Targets study. *Lancet*. 2006;368:919-28.
- Läksaks expertgrupp för hjärt-kärlsjukdomar. Debatt om Läksaks rekommendation för statinbehandling. <http://www.janusinfo.se/imcms/10855>
- TLV. Höga blodfetter. Rapport 2009-02-12 <http://www.tlv.se/blodfett>
- Hayward RA, Hofer TP, Vijan S. Narrative review: lack of evidence for recommended low-density lipoprotein treatment targets: a solvable problem. *Ann Intern Med*. 2006;145:520-30.
- Ballantyne CM, Blazing MA, Hunninghake DB, Davidson MH, Yuan Z, DeLuca P, et al. Effect on high-density lipoprotein cholesterol of maximum dose simvastatin and atorvastatin in patients with hypercholesterolemia: results of the Comparative HDL Efficacy and Safety Study (CHESS). *Am Heart J*. 2003;146:862-9.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Lipid modification. Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. NICE clinical guideline 67. National Collaborating Centre for Primary Care; 2008.
- Läksaks expertgrupp för hjärt-kärlsjukdomar. Avancerade lipid-rubbningar – utredning och behandling. <http://www.janusinfo.se/imcms/11051>

**LÄS MER** En längre version av denna artikel finns på <http://www.lakartidningen.se/>

## Läkarna och klimatmötet i Köpenhamn

■ Som framgick av Nya rön i LT 24/2009 (sidan 1643) har *Lancet* publicerat en omfattande rapport om medicinska effekter av klimatförändringarna [1]. Läkare för miljön vill nu uppmana alla Sveriges läkare till aktion i klimatfrågan. Ett ambitiöst klimatavtal i Köpenhamn i december är ett exempel på vad vi vill nå, ett klimatperspektiv på hemmaplan ett annat.

**Artikeln i *Lancet*** visar tydligare än tidigare att klimatförändringar är vår tids största hälsohot. Försämrade vatten- och matförsörjning kommer att leda till undernäring, sjukdomar kommer att spridas i större omfattning och extrema klimathändelser som orkaner och cykloner kommer att innebära skador för många människor. Arbetet har riktats mot särskilt sex områden: sjukdomar och dödlighet, matförsörjning, vatten och sanitet, skydd för bosättningar, extrema händelser samt folkvandring.

**Vi läkare med folkhälsan** som ansvarsområde bör ta ett större ansvar i klimatfrågan, genom våra gemensamma organisationer och som individer i samhällsdebatten [2, 3]. Läkarförbundet och Läkare för miljön ordnade ett gemensamt klimatseminarium i Almedalen 2008 [4], och Läkarförbundet har fortsatt med att påverka och stödja World Medical Association i att ta fram policydokument kring miljöfrågor allmänt och klimat- och hälsofrågor i synnerhet [5].

**BMJ och *Lancet*** har bildat och stöder gemensamt ett klimatråd – Climate and Health Council – som samordnar de medicinskt motiverade klimataktiviteterna i England och övriga världen inför det stora klimatmötet i Köpenhamn december 2009. På webbplatsen <[www.climateandhealth.org](http://www.climateandhealth.org)> kan man ta del av information om BMJ:s och *Lancet*'s pågående aktiviteter och även underteckna ett uttåg inför klimatförhandlingarna i Köpenhamn i december, med bl a krav på en målsättning där CO<sub>2</sub>-halten i atmosfären inte ska överstiga 450 ppm.

■ Som framgick av Nya rön i LT 24/2009 (sidan 1643) har *Lancet* publicerat en omfattande rapport om medicinska effekter av klimatförändringarna [1]. Läkare för miljön vill nu uppmana alla Sveriges läkare till aktion i klimatfrågan. Ett ambitiöst klimatavtal i Köpenhamn i december är ett exempel på vad vi vill nå, ett klimatperspektiv på hemmaplan ett annat.

**För hälsan hos västvärldens** människor skulle det vara ett stort lyft med samhällslösningar som innebär att vi får mer vardagsmotion, t ex bättre möjligheter att cykla eller åka kollektivt, lösningar som även bidrar till ett bättre klimat. Vi har allt att vinna på en progressiv klimatpolitik och allt att förlora på att låta bli. Som läkare uppmanar vi alla läkare, läkarnas organisationer och även vår regering att engagera sig för att få till stånd ett ambitiöst klimatavtal i Köpenhamn i december. Vår hälsa är för viktigt för att nonchaleras.

**Maria Petri**

vikarierande underläkare,  
Säters värdcentral,  
medlem i Läkare för miljön  
[i.m.petri@gmail.com](mailto:i.m.petri@gmail.com)

**Tryggve Årman**

pensionerad barnläkare,  
styrelsemedlem  
i Läkare för miljön

REFERENSER

- The Lancet Commissions. Managing the health effects of climate change. *Lancet*. 2009;373:1693-733.
- Stott R, Godlee F. What should we do about climate change? Health professionals need to act now, collectively and individually. *BMJ*. 2006;333:983-4.
- Lindgren E, Albin A, Forsberg B, Rocklöv J, Olsson G, Andersson Y. Ändrat klimat får konsekvenser för hälsoläget i Sverige. Värmeböljor och smittspridning oroar mest. *Läkartidningen*. 2008;105:2018-23.
- Närld M. Klimat och hälsa i fokus i Almedalen. *Läkartidningen*. 2008;105:2082-3.
- Lövtrup M. Läkarförbundet initiativtagare till ny global klimatpolicy. *Läkartidningen*. 2009;106:1160.