

Varning för simvastatin 80 mg!

Risken för biverkningar i form av myopati gör att jag kraftigt vill avråda den svenska läkarkåren från att förskriva simvastatin 80 mg för att nå målvärde för LDL-kolesterol, framhåller Anders G Olsson.

I en debattartikel i Läkartidningen förordar Hjemdahl och medarbetare användning av simvastatin 80 mg dagligen till patienter som inte når målvärdet uppsatt för LDL-kolesterol, i stället för andra läkemedel, främst mer effektiva statiner [1]. Orsaken till denna ståndpunkt är ekonomisk, eftersom simvastatin 80 mg är generiskt och bara kostar en bråkdel av vad de icke generiska atorvastatin och rosuvastatin gör.

Till stöd för denna rekommendation anføres en korttidsstudie på 24 veckor, där man främst jämfört den HDL-höjande effekten av 80 mg atorvastatin och 80 mg simvastatin dagligen [2]. Atorvastatin sänkte LDL-kolesterol bättre än simvastatin, men simvastatin höjde HDL-kolesterol bättre än atorvastatin. 80 mg simvastatin dagligen ledde till signifikant lägre risk för förhöjda levervärden (0,4 mot 2,8 procent). Effektmässigt på LDL-kolesterol motsvarar 80 mg simvastatin 10 mg rosuvastatin och mellan 20 och 40 mg atorvastatin dagligen [3].

Leverbiverkan av statiner är dosrelaterad. Det är väl känt att ju effektivare statinbehandling är, desto högre är frekvensen av måttligt förhöjda transaminaser. Sällsynta fall av hepatocellulär,

kolestatisk och blandade former av leverskada har beskrivits [4]. Det har föreslagits att regelbunden kontroll av leverenzymerna inte är nödvändig vid måttliga statindoser [5].

En kliniskt viktig biverkan av statinbehandling är den ökade risken för myopati och/eller rabdomyolys, som lyckligtvis är ett sällsynt men allvarligare tillstånd än en måttlig transaminasförhöjning. Denna allvarliga biverkan, definierad som muskelsmärter förenade med kreatininsvärde (CK) överstigande 10 gånger övre normalgränsen, ska inte förväxlas med de muskelsmärter som omkring 7 procent av statinbehandlade erfar och som inte är förenade med förhöjda CK-värden.

Redan i »A to Z«-studien, som studerade risken för hjärt-kärlkomplikationer vid akuta koronara syndrom, visade det sig att elva patienter fick myopati på dosen 80 mg simvastatin (0,4 procent) [6]. Denna höga risk för myopati bekräftades i SEARCH-studien, där 98 av 6 031 patienter som randomiserades till 80 mg simvastatin fick myopati, 1,6 procent [7]. Cerivastatin-erfarenheten visar att statiner har olika tendens till myopati/rabdomyolys; en klart förhöjd risk i två stora välkontrollerade studier visar att denna signal för 80 mg simvastatin måste tas på allvar.

Denna siffra ska sättas i relation till de två fall av myopati som rapporterades bland de 4 995 patienter som fick 80 mg atorvastatin dagligen i

den femåriga TNT-studien (0,04 procent, 24 475 patientår) [8]. Myopati med CK-värde över tio gånger övre normalvärdet förekom inte bland de 4 439 patienter som behandlades med atorvastatin 80 mg dagligen i 4,8 år (21 307 patientår) i IDEAL-studien [9].

Mot denna bakgrund vill jag starkt avråda från att använda dosen simvastatin 80 mg för att söka nå målvärde för LDL-kolesterol. »Drug of choice« är i detta läge atorvastatin med sin mycket övertygande säkerhetsdokumentation. Även rosuvastatin är med JUPITER-studien bättre säkerhetsmässigt dokumenterad med ett fall av rabdomyolys på 8 901 individer, eller på 16 911 patientår, jämfört med den 24-veckorsstudie på 430 individer (198 patientår) som författarna åberopar som intäkt för säkerhet med simvastatin 80 mg dagligen. På grund av oklar säkerhetsprofil för ezetimib har jag tidigare också rekommenderat återhållsamhet med att i detta läge använda det läkemedlet [10].

Vi utgår nu ifrån att läkarkåren hör samman Hjemdahls et al:s uppmaning och byter till simvastatin 80 mg dagligen för de patienter som fått atorvastatin och rosuvastatin för att nå behandlingsmålet för LDL-kolesterol.

Ett rimligt antagande kan vara att hälften av patienterna som ordinerats atorvastatin eller rosuvastatin verkligen får dessa läkemedel på en korrekt bedömning, dvs att en effektivare statin behövs för att nå behandlingsmålet. Det blir 60 000 patienter enligt de siffror Hjemdahl et al anger i sin artikel. Av dessa kommer enligt SEARCH-studien nära 1 000 patienter inom de kommande sex åren att drabbas av



Illustration: Airi Ilstie

iatrogen myopati med CK-stegring. Hur många som kommer att gå vidare med rabdomyolys, njursvikt och död vet vi inte.

Mot denna bakgrund vill jag kraftigt avråda den svenska läkarkåren från att förskriva simvastatin 80 mg dagligen, om inte särskilda skäl föreligger, eftersom denna dos äventyrar patientsäkerheten. Jag delar Hjemdahls et al:s förvåning över att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket beslutat medge läkemedelssubvention på denna dos, dock på annan grund än författarna.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Författaren erhåller forskningsanslag/konsultarvode från AstraZeneca, Karobio, MSD, Pfizer, Roche och Sanofi-Aventis.

REFERENSER

- Hjemdahl P, Allhammar A, Heaton C, Hulting J, Kahan T, Malmström R, et al. SBU bör utreda vad som är en evidensbaserad och kostnadseffektiv statinanvändning. Läkartidningen. 2009;106:1992-4.
- 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.
- Jones P, Kafonek S, Laurora I, Hunninghake D. Comparative dose efficacy study of atorvastatin versus simvastatin, pravastatin, lovastatin, and fluvastatin in patients with hypercholesterolemia (the CURVES Study). Am J Cardiol. 1998;81:582-7.
- Cadranel J, Seddik M, Loric S, Jeanne S. Statins: hepatotoxicity and monitoring. Presse Med. 2009;38:17-25.
- Group MBHPSC. Effects of simvastatin 40 mg daily on muscle and liver adverse effects in a 5-year



ANDERS G OLSSON
professor, institutionen för medicin och hälsa, Hälsouniversitetet, Linköping;
Stockholm Heart Center
andol@imv.liu.se

randomized placebo-controlled trial in 20,536 high-risk people. BMC Clinical Pharmacology. 2009;9(1):6.

6. de Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, Lewis EF, Fox KA, White HD, et al; A to Z investigators. Early intensive vs a delayed conservative simvastatin strategy in patients with acute coronary syndromes:

phase Z of the A to Z Trial. JAMA. 2004;292:1307-16.

7. SEARCH Collaborative Group, Link E, Parish S, Armitage J, Bowman L, Heath S, Matsuda F, et al. SLCO1B1 variants and statin-induced myopathy – a genomewide study. N Engl J Med. 2008;359:789-99.

8. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart

JC, et al; Treating to New Targets (TNT) Investigators. N Engl J Med. 2005;352:1425-35.

9. Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJ, Olsson AG, Tikkanen MJ, Holme I, et al; Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering (IDEAL) Study Group. 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.

10. Olsson A, Nilsson P. »Ju lägre LDL-kolesterol, desto bättre« gäller fortsatt. Negativa/neutrala slutsatser av tre statinstudier ändrar inte klinisk praxis. Läkartidningen. 2009;106:854-6.

REPLIK:

Allt lägre kolesterolmål ökar biverkningarna

Det är framför allt rekommendationer mot allt lägre kolesterolmål som kan medföra en utbredd användning av högdoserade statiner och ökade biverkningar, svarar Läksaks expertgrupp för hjärt-kärlsjukdomar.

Anders G Olsson (AGO) varnar för simvastatin i dosen 80 mg, då myopati med kreatininasstegring >10 gånger över normalvärdet nyligen redovisats i SEARCH-studien [2]. Vi är tacksamma för att den ökade biverkningsförekomsten med höga statindoser tas upp till diskussion. Vi anser att det för de allra flesta högriskindivider med ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer räcker med simvastatin 20–40 mg även om LDL-kolesterol inte kommer under 2,0 mmol/l [1, 3]. NICE [4] förespråkar 80 mg simvastatin i vissa fall,

utan att eftersträva målnivåer för kolesterol. Den enda direkt jämförande studie vi funnit visade fler behandlingsavbrott (framför allt beroende på leverenzymstegringar) med 80 mg atorvastatin än med 80 mg simvastatin. Som AGO påpekar är studien liten (450 individer/grupp) och kortvarig, 24 veckor. Dock är vi eniga med NICE om att 80 mg simvastatin kan övervägas i enskilda fall.

Som vi ser det har AGO över-skattat biverkningsfrekvensen med simvastatin, jämfört med atorvastatin. I A-Z-studien anger ursprungartikeln [5] nio fall av myopati enligt definitionen ovan med 80 mg simvastatin (AGO anger elva patienter). När det gäller SEARCH-studien anger han att 98 patienter fick myopati, medan publikationen anger 49, med samma definition. Patienterna i SEARCH normaliserades utan sequelae.

AGO anför att TNT [6] och IDEAL [7] visade att myopati med 80 mg atorvastatin var mycket sällsynt. TNT inkluderade enbart patienter som tolererat 10 mg atorvastatin. I IDEAL hade 75 procent av

patienterna statinbehandlats före studien. Selektion av »statintoleranta« patienter medför givetvis en bias vid utvärdering av biverkningar. Två fall av rbdomyolys rapporterades ändå med atorvastatin i såväl IDEAL som TNT. I PROVE-IT [8] avbröt 3,3 procent av patienterna behandling med 80 mg atorvastatin på grund av muskelbesvär.

SEARCH-studien påvisade betydelsen av andra faktorer som bidrog till utvecklingen av myopati såsom genetik, patientens ålder, behandlingstidens längd, kön, njurfunktion och annan mediciner (t ex en 9-faldig riskökning med amiodaron). Dessa faktorer varierar mellan studierna. Exempelvis var myopatifrekvensen 2–3 gånger högre hos patienter >65 år. Medelåldern i atorvastatinstudierna [6–8] var 58–62 år. Man bör vara försiktig med slutsatser om biverkningsfrekvenser när direkta jämförelser saknas. Enligt SEARCH är myopatifrekvensen ca 1/10 000 patientår med 20–40 mg simvastatin, men högre med 80 mg simvastatin. Liknande analyser saknas för övriga statiner.

I IDEAL kunde man inte visa att 80 mg atorvastatin var bättre än 24 mg (medeldos) simvastatin avseende en sammansatt effektvariabel, men behandlingsavbrott på grund av biverkningar var vanligare (9,6 vs 4,2 procent). Sannantaget talar studierna för att högre statindoser har

något gynnsammare effekter, men till priset av mer biverkningar.

Det finns ännu ingen morbiditetsstudie som behandlat patienterna till olika kolesterolmål, vilket behövs för att kunna värdera nytta i förhållande till biverkningar. Trots detta rekommenderas allt lägre LDL-mål i olika riktlinjer, t ex <2,0 mmol/l hos högriskpatienter. Extrapolering av resultat från befintliga studier indikerar att det går bättre för dem som har lägre kolesterol. Här finns sannolikt både bias och störfaktorer (confounding). Patienter som når »målvärdet« har som grupp sannolikt startat på lägre nivåer och därmed utsatts för lägre LDL-relaterad risk före behandlingen – man selekterar en friskare population. Dessutom har subgruppen som når målvärden sannolikt bättre följsamhet till (alla) ordinationer och råd och därmed en generellt bättre prognos, oavsett lipidsänkingsregim. Observationella samband mellan risk och LDL-värden förutsäger inte säkert vad som uppnås med farmakologiska behandlingsregimer.

Sammanfattningsvis har de allt lägre målnivåer för LDL-kolesterol som nu diskuteras svag dokumentation. Högdoserad statin medför ökade biverkningar oavsett vilken statin som väljs, och ännu odokumenterade kombinationsbehandlingar bör användas restriktivt. För patienter utan avance-

PAUL HJEMDAHL
professor, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
Paul.Hjemdahl@ki.se

ANETTE ALLHAMMAR
CLAIRE HEATON
JOHAN HULTING
THOMAS KAHAN
RICKARD MALMSTRÖM
ARNE MARTINSSON
FRANZ RÜCKER
KARIN SCHENCK-GUSTAFSSON
JONAS SCHWIELER
MATTIAS TÖRNERUD
BJÖRN WETTERMARK

Författarna utgör Läkemiddelsakkunnigas (Läksak) expertgrupp för hjärt-kärlsjukdomar, Stockholms läns landsting.

rade eller ärftliga lipidrubbingar står sig vår rekommendation, (20)–40 mg simvastatin, väl i ett risk-nyttaperspektiv. Vi håller med AGO att simvastatin 80 mg inte ska användas i onödan, men det gäller även andra statiner i hög dos.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Hjemdahl P, Allhammar A, Heaton C, Hulting J, Kahan T, Malmström R, et al. SBU bör utreda vad som är en evidensbaserad och kostnadseffektiv statinanvändning. *Läkartidningen*. 2009;106:1992-4.
- SEARCH Collaborative Group, Link E, Parish S, Armitage J, Bowman L, Heath S, Matsuda F, et al. SLCO1B1 variants and statin-induced myopathy – a genome-wide study. *N Engl J Med*. 2008;359:789-99.
- Expertgruppen för hjärt-kärlsjukdomar. Simvastatin för kardioprotektion hos högriskpatienter med ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer. <http://www.janusinfo.se/imcms/10841>
- 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. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. NICE clinical guideline 67.
- de Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, Lewis EF, Fox KA, White HD, et al; A to Z investigators. Early intensive vs a delayed conservative simvastatin strategy in patients with acute coronary syndromes: phase Z of the A to Z Trial. *JAMA*. 2004;292:1307-16.
- LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart JC, et al; Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2005;352:1425-35.
- Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJ, Olsson AG, Tikkanen MJ, Holme I, et al; Incremental decrease in end points through aggressive lipid lowering (IDEAL) study group. 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.
- Ray KK, Cannon CP, McCabe CH, Cairns R, Tonkin AM, Sacks FM, et al; PROVE IT-TIMI 22 Investigators. Early and late benefits of high-dose atorvastatin in patients with acute coronary syndromes: results from the PROVE IT-TIMI 22 trial. *J Am Coll Cardiol*. 2005;46:1405-10.

Geriatrikutervisningens omfattning:

Om svårigheterna att jämföra äpplen med päron

Geriatrikutervisningen i Malmö/Lund omfattar långt mer än 14 timmar. Men det är svårt att se i ett ämnesintegrerat curriculum där kunskaper och färdigheter inhämtas på flertalet enskilda terminer.



Foto: Jan Lind

Sverige har en åldrad befolkning, och det är de äldre som främst brukar vår hälso- och sjukvård. Detta gäller på (nästan) alla kliniker. Således krävs goda kunskaper och färdigheter i geriatrik hos läkarna inom (nästan) alla kliniska specialiteter. Där är vi helt eniga med Anne Ekdahl och hennes inlägg på LT Debatt med den ödesmättade och synbart övertygande rubriken »Geriatrikutervisningen klarar inte framtidens behov« (LT 37/2009, sidan 2260).

Däremot är vi synnerligen undrande över hennes Tabell I, där hon jämför geriatrikutervisningens omfattning vid landets sex medicinska fakulteter, och där de exakta siffrorna ger sken av absoluta sanningar. För oss i Malmö/Lund förefaller situationen vara minst sagt prekär, där vi 2009 ligger isolerade i botten med endast 14 timmar geria-

ANDERS HÅKANSSON

professor i allmänmedicin, terminsansvarig; medicinsk redaktör i *Läkartidningen* anders.hakansson@med.lu.se
ANN-CHRISTIN HAFFLING
 distriktsläkare, terminsansvarig
MARTIN STJERNQUIST
 professor i obstetrik och gynekologi, programdirektör; samtliga vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö och läkarprogrammet vid Lunds universitet

trik under den 5,5 år långa läkarutbildningen. Dessutom har undervisningen minskat med 5 timmar (26 procent!) sedan 2004. Detta att jämföra med Uppsalas nuvarande 120 timmar, en ökning med 79 timmar (255 procent!) under fem år. Kan det möjligen vara så att Anne Ekdahl jämför äpplen med päron och att Uppsalas extrema upprykning beror på att man under tiden genomfört en stor curriculumreform, som radikalt förändrat förutsättningarna för att rätt räkna geriatrikutimmar?

Vid vår medicinska fakultet

har vi ett ämnesintegrerat curriculum upplagt på terminsbasis. Således har betydelsen av de enskilda ämnena tonats ner till förmån för helheten, samtidigt som den enskilda termen blivit den minsta enheten för samordning och kunskapskontroll. Särskilda kurser i individuella ämnen/specialiteter förekommer inte. Detta gör det svårt, och ibland helt omöjligt, att räkna ut exakt hur många undervisningstimmar ett enskilt ämne har, särskilt ett sådant som geriatrik, där kunskaperna och färdigheterna inhämtas på flertalet enskilda terminer. Vi skulle bli förvånade, om man inte haft liknande svårigheter när man räknat timmar vid övriga fakulteter.

Under den avslutande terminen är den kliniska under-

visningen i Malmö/Lund samordnad under beteckningen »Individ och samhälle«, och där finns inslag av främst allmänmedicin, men även av rättsmedicin, arbets- och miljömedicin, geriatrik samt ledarskap/organisation.

Vad vi kan förstå är den i Tabell I angivna siffran 14 timmar för 2009 lika med endast den undervisning i geriatrik som under denna termin ges av enbart geriatriker. Men därutöver tas geriatriska aspekter upp i flertalet av de falldiskussioner enligt case-metodik, där studerandegrupperna under sex halv dagar leds av allmänmedicinare. Och under den fyra veckor långa primärvårdspraktiken ingår, förutom möten på mottagningen med åtskilliga äldre med brett sjukdomsspann, även obligatoriska hembesök i de äldres hem och på särskilda boenden.

Dessutom ingår i handledarnas checklista att kontrollera de studerandes förmåga att handlägga vanliga sjukdomstillstånd hos äldre. För allmänmedicinare är kunskaper och färdigheter i geriatrik ständigt aktuella, vilket är en grundförutsättning för att arbetet på vårdcentralerna ska fungera. Vi menar att även allmänmedicinare med framgång kan undervisa de studerande i geriatrik.

Under övriga kliniska terminer, som vi i vårt nya curriculum helt enkelt benämner »Klinisk medicin 1–4«, före-

kommer naturligtvis många geriatriska inslag, när andra specialister undervisar om olika folksjukdomar som främst drabbar äldre, exempelvis hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, stroke, höftfrakturer och demens. Vi är övertygade om att kardiologer, lungläkare, neurologer, ortopedier och psykiatrer då på ett självklart sätt tar upp relevanta geriatriska aspekter, men att det samtidigt knappast är möjligt att avgöra hur många undervisningstimmar som ska tillgodoräknas den ena eller andra specialiteten.

Vi vet genom personliga kontakter, genom artiklar i Läkartidningen och genom Högskoleverkets utvärderingar, att läkarutbildningens uppläggning varierar stort mellan landets sex medicinska fakulteter och att curriculum dessutom under senare år förändrats radikalt vid nästan alla fakulteter.

För att om möjligt kunna avgöra viken upplägg som är det bästa, och som ger »de bästa läkarna«, är det naturligtvis viktigt med jämförande studier. Men dessa måste göras med god vetenskaplig metodik, så att det som jämförs verkligen är jämförbart. Först då kan vi lära av varandra och föra utvecklingen framåt.

Sammanfattningsvis är vi som företrädare för läkarprogrammet vid Lunds universitet inte på långa vägar lika oroliga för framtiden som ordföranden i Svensk geriatrisk förening, och vi ser med tillförsikt fram emot att på ålderns höst bli behandlade av läkare utbildade vid vår fakultet. Under tiden strävar också vi efter att ytterligare förbättra undervisningen i geriatrik (liksom i alla andra ämnen), och vi är övertygade om att olika specialister på flertalet terminer måste fortsätta att ge sina bidrag till de studerandes sammanlagda kunskaper och färdigheter, också i ämnet geriatrik.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna*

REPLIK:

Geriatrikutervisningens omfattning – avgörande för framtidens sjukvård

■ Repliken från Anders Håkansson, Ann-Christin Haffling och Martin Stjernquist speglar en alltför utbredd missuppfattning, nämligen att geriatrisk kompetens innehas av var och en som arbetar mycket med äldre patienter.

Det är ett otvetydigt faktum att det framförallt är äldre som brukar hälso- och sjukvård, och likaså är det ett faktum att samtidig sjuklighet i flera organsystem ökar dramatiskt hos patientgruppen 80 år och äldre. Den geriatriska kompetensen innefattar kunskap om äldre patienters speciella förutsättningar beträffande utredning och behandling med en grundläggande gedigen kunskap om både det normala åldrandet och multisjuklighet. Därutöver är geriatrik är en av få specialiteter där kompetensen medför situationsorienterad vård med fokus på hela människan i stället för som vanligtvis organorienterad. Detta medför ett utpräglat tvärprofessionellt arbetssätt med fokus på varje individs optimala funktionsnivå fysiskt, psykiskt och socialt.

Ett visst mått av självrannskan manar deras replik dock till. Kanske har vi inom geriatrisk verksamhet inte varit tydliga nog med att beskriva kompetensområdet geriatrik, vilket vi beklagar. Därför vill vi förmedla denna översiktliga sammanställning av vad kompetensområdet geriatrik innefattar:

- Kunskap om det normala åldrandet med de aspekter det innebär för medicinsk utredning och behandling
- Medicinsk utredning och behandling vid flera samtidiga, svåra och ofta kronis-

»Vi anser att det är av största vikt att ämnesområdet geriatrik lärs ut av den som innehar geriatrisk specialistkompetens.«

ka sjukdomar (multisjuklighet)

- Rehabilitering med situations- och individbaserad utgångspunkt
- Ämnesområdet kognitiva sjukdomar
- Medicinsk kompetens för vård i livets slutskede.

Håkansson och medförfattarna skriver vidare att »... kardiologer, lungläkare, neurologer, ortopedier och psykiatrer på ett självklart sätt tar upp relevanta geriatriska aspekter ...«. Det finns studier som visar att geriatrickerbaserad vård mera effektivt tar hand om akuta geriatriska patienter än internmedicin gör [1, 2] och att geriatrickerbaserad vård mera effektivt och med färre komplikationer tar hand om vården av geriatriska patienter efter höftoperation än vanlig ortopedisk vård [3]. Detta visar tydligt att behovet av den geriatriska kompetensen är nödvändig för rätt målgrupp, nämligen den geriatriska patienten.

Vi anser inte heller att t ex allmänläkare eller distriktsköterskor ska undervisa i gynekologi eller pediatrik, även om man bedriver både barnhälsovård och mödrhälsovård framgångsrikt. Vi menar att detta i förlängningen skulle minska den ämnesspecifika kunskapen och urholka och försämma den specialistsjukvård vi har i dag, vilket även resultaten från studierna ovan visar.

Tabell I i artikeln i LT 37/2009 är baserad på data från ämnesansvariga i geriatrik vid respektive lärosäte. Utifrån resonemanget ovan anser vi inte att det nödvändigtvis är att jämföra äpplen med päron eftersom det vi vill peka på är just hur den ämnesspecifika utbildningen i geriatrik varierar mellan lärosätena.

Vi anser alltså att det är av största vikt att ämnesområdet geriatrik lärs ut av den som innehar geriatrisk specialistkompetens. Att vara den som lär ut ställer höga krav på genuin kunskap i ämnet. Vi ser därför fram emot en ökad uppmärksamhet i frågan, och vi deltar gärna i debatten!

Anne Ekdahl
ordförande
anne.ekdahl@lio.se

Arne Sjöberg
vice ordförande

Peter Nordström
vetenskaplig sekreterare

Dag Salaj
pressekreterare; samtliga i Svensk geriatrisk förening

REFERENSER

1. Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, Bucht G, Wahlin A, Peterson J, et al. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:1381-8.
2. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 2009;338:b50.
3. Stenvall M, Olofsson B, Lundström M, Englund U, Borssén B, Svensson O, et al. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporos Int.* 2007;18:167-75.