

märksamheten kring mäns hälsa och sjukvård. Att män dör tidigare än kvinnor, söker sjukvård senare och har dubbelt så hög suicidrisk är ett problem.

En majoritet av männen har normal testosteronnivå livet ut. Sjukdom och övervikt kan leda till lågt testosteron oavsett ålder. Cirka 5 procent i åldrarna 50–80 år har låg testosteronnivå och symtom. En del av dessa är aktuella för behandling. Friska män med normal vikt har sällan låga testosteronnivåer [2, 7, 8]. Män som uppvisar symtom på testosteronbrist kräver medicinsk utredning med laboratorieprov och klinisk bedömning innan behandling påbörjas.

En hälsorisk som lyfts fram bygger på föreställningen att testosteron ger prostatacancer. Vi vet att testosteron inte ger prostatacancer och att män med högre nivåer av testosteron inte har högre risk för cancer [9, 10]. Det är ingen skillnad när det gäller prostata om man har normala egna nivåer eller har det genom testosteronbehandling.

Slutligen testosteron och sexuell lust. Män behöver en viss nivå för att ha normal lust och förmåga, men i själva verket mäts den sexuella funktionen vid relativt låg testosteronnivå. De förbättringar man kan få är vid behandling av män med låga nivåer. För vissa män leder minskad testosteronnivå till minskad fysisk och psykisk förmåga. Behandling kan då förbättra allmäntillståndet och ge ökad initiativkraft, mindre nedstämdhet, ökad fysisk förmåga och återkomst av en normal sexuell förmåga. Det torde vara bättre att rätta till en hormonell brist med testosteronbehandling än att överväga andra farmakologiska behandlingar [2].

Bengt Järhults slagfärdiga inlägg uppfattar vi som en inbjudan till seriös dialog kring andrologins roll. Vi ser fram mot en diskussion om gemen-

samma riktlinjer för att säkra ett bra omhändertagande av män som har testosteronbrist. Påståendet att SAF är köpt av Bayer och går läkemedelsföretagets ärende är dock precisionslösa rallarsvingar. SAF:s ändamål är att främja andrologin: Sakfrågorna är det viktigaste. Vi diskuterar gärna medicinska frågor om andrologi och är givetvis kritiska då det framförs åsikter som inte är korrekta. Med målet att garantera att män får bra sjukvård över hela landet föreslår vi att andrologi ska bli en subspecialitet. SAF samarbetar med olika organisationer och företag, och i likhet med de flesta specialistföreningar mottar vi sponsring från bl a läkemedelsföretag inom LIF:s riktlinjer.

Stefan Arver

Stefan.Arver@ki.se

Aleksander Giwercman, Katarina Link, Åke Pousette, Leif Abramsson, Lars Björndahl, Claes Gottlieb, Saad Elzanaty; Medlemmar av styrelsen för Svensk andrologisk förening

REFERENSER

1. Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, Hellstrom WJ, Gooren LJ, et al. ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA recommendations: investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. *Int J Impot Res.* 2009;21(1):1-8.
2. Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, et al. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010; 95(6):2536-59.
4. Basaria S, Coviello AD, Travison TG, Storer TW, Farwell WR, Jette AM, et al. Adverse events associated with testosterone administration. *N Engl J Med.* 2010;363(2):109-22.
6. Carrero JJ, Qureshi AR, Nakashima A, Arver S, Parini P, Lindholm B, et al. Prevalence and clinical implications of testosterone deficiency in men with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant.* 2011;26(1):184-90.
10. Morgentaler A, Traish AM. Shifting the paradigm of testosterone and prostate cancer: the saturation model and the limits of androgen-dependent growth. *Eur Urol.* 2009;55(2):310-20.

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Guld som blir till sand...

■ Vi står vid ett vägskal angående kvalitetsregister, skriver Marie Wedin på Signerat i LT 48/2011 (sidan 2471). Tyvärr verkar Läkareförbundets inställning till kvalitetsregister inte utgå från patienternas bästa vid detta vägskal.

Läkareförbundets inställning till kvalitetsregister riskerar att slå tillbaka på patienterna och även på den egna professionen. Enligt Marie Wedin finns den verkliga säkerheten och kvaliteten i sjukvården i läkarnas professionella kunnande, erfarenhet, förmåga till kritiskt tänkande och förmåga att ändra uppfattning. Detta ska vidmakthållas genom bland annat forskning, fortbildning och kunskapspridning. Det Marie Wedin missar med sina argument är kvalitetsregistrens betydelse för forskning, fortbildning och utveckling av vården.

Vi patienter har inte invagats i någon falsk tro om registrens innebörd för säkerheten i vården. Inom reumatologin kan man tydligt se resultaten från kvalitetsregister. De har legat till grund för ett ökat patientinflytande samtidigt som den enskilda individen kan bidra till forskning. De har bidragit till bättre vård och behandling och till att patienten involveras i patientsäkerhetsarbetet. Genom kvalitetsregister och öppna jämförelser har den enskilda individen fått ökad makt och möjlighet att påverka sin behandling. En utveckling som vi och, som jag också tror, Marie välkomnar.

Men varför denna misstro mot kvalitetsregister när vi patienter är så positiva? Vi tror att många läkare helt enkelt inte vill engagera sig i det som påstås vara »meningslösa administrativa rutiner«. Registrering väljs bort till förmån för mer prestigefyllda uppgifter, och det blir patienten som får lida. Genom att hålla fast vid gamla system

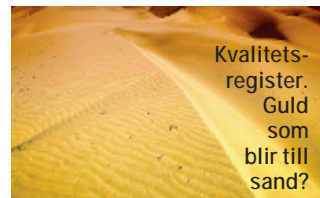


Foto: Colourbox

behåller läkarna sin makt och patienten blir utlämnad till deras välvilja.

Jag hoppas verkligen att Läkareförbundet vill ha en dialog med oss patienter om kvalitetsregister och att ni inser möjligheterna med dessa. Om man motarbetar registren innebär det också att man motarbetar en bättre vård och behandling för sina patienter. Jag tror att det är dags att fundera på vem man är till för!

Anne Carlsson

ordförande, Reumatikerförbundet

Politisk styrning av register oroar

■ Anne, du har missförstått min ledare. Läkarkåren är inte alls emot kvalitetsregister, tvärtom. Det är läkare som skapat och vidmakthåller registren för att kunna ge sina patienter vård av högsta möjliga kvalitet.

Det första registret skapades år 1975. Anledningen var att man ville följa hur knäproteser fungerade över tid. Registret har haft stor betydelse för utvecklingen av modern protesteknik till många reumatikers fromma.

Läkarkåren vill sköta och styra registren så att de fortsatt kan användas till att öka vårdens kvalitet via forskning och utveckling. Vad vi oroas över är att staten och Sveriges Kommuner och landsting vill ta över och styra vården genom dessa register. Detta kan leda till att kvaliteten och användbarheten urholkas till nackdel för såväl läkare som patienter. Vi skulle uppskatta patientföreningarnas stöd i denna fråga.

Marie Wedin

Läkareförbundets ordförande