

och många bör opereras. Men på den nationella operationsväntelistan (2005-04-30) fanns 1 037 kvinnor, och 1 395 hade opererats. Jönköpings län anger att 14 väntar och att 38 opererats; i Skåne är motsvarande siffror 112 respektive 179.

Detta är mycket mindre än det förväntade, medicinskt motiverade behovet, och varken ett »verkligt« eller upplevt behov visas. (Förutom lidandet vore det kostnadseffektivt att många fler blev opererade, eftersom inkontinens berättigar till gratis hjälpmedel, vilka i längden är mycket kostsammare än ingrepp.) Inexakthet gäller för detta tillstånd i hela landet, liksom för andra tillstånd och sjukdomar.

Inte läkarnas uppgift

Vi läkare har ansvar endast mot patienten och söker finna medicinskt motiverade behandlingar. Allt samhällsbetalas inte, men det är inte vår uppgift att göra politiska beslut smakligare med medicinska motiveringar.

Ett exempel – Malmös kärkirurger har meddelat att man inte bryr sig om åderbräckspatienter utan komplikationer. Man returnerar remisser och anger inte operationsalternativ. (Tidig operation förebygger komplikationer). Ett faktiskt behov försvinner och samhällets planering omöjliggörs.

Politiskt-kosmetiska skäl

Det Offentliga vill ibland inte veta av långa väntelistor, som när Malmös öronklinik beordrades att halvera snarkoperationskön. Man kan anta att det Offentliga kökaping här skedde av politiskt-kosmetiska skäl, och det kan man med fog anta inte är unikt.

Hur skall det Offentliga kunna fullgöra sin planeringskyldighet? Alla behov måste registreras, vilket är det enda läkarettiskt acceptabla, och med den kunskapen kan samhället öppet och sakligt bestämma vad som skall stödjas och meddela varför en enskild lämnas därhän. Att medverka vid kökosmetik kan inte vara tillåtet.

En ny Hälso- och sjukvårdslag där vår undersåtlighet i stället blir ett medborgarskap skulle göra alla behov väsentliga, även upplevda. Redan idag vore mycket vunnit om mina kolleger allmänt registrerade dem.

Vårt läkarettiska förhållande till det Offentliga behöver snarast, inte minst i dagens prioriterings-/ransonerings-tider, grundligt analyseras och diskuteras för att få fram liknande regler som vi har gentemot våra patienter.

Johan Fischer

leg läkare, Nyhamnsläge
johan.fischer@olfactorius.se

Vitamin B₁₂ och folat – sista smörjelsen?

II Jag läste med intresse Magnus Karlssons utmärkta referat i LT 32–33/2005 (sidan 2208) av den japanska studien om B₁₂, folsyra och reduktion av risken för höftfraktur [1]. Jag vill gärna lägga till några kompletterande synpunkter.

Hypotesprövning med fallgropar

I antiken ansåg man att hysteri berodde på att livmodern slitit sig och vandrade omkring på måfå i kvinnokroppen; hysteri var en exklusivt kvinnlig sjukdom i den tidens begreppsvärld. Med utgångspunkt från denna hypotes lade man illaluktande ämnen under näsan på den hysteriska kvinnan och väluktande ämnen på underlivet för att locka tillbaka livmodern till rätt plats. Behandlingen fungerade ofta på hysterin, och den förklarade hypotesen ansågs bekräftad.

En liknande vantolkning kan ha drabbat de japanska forskarna. De resonerar exklusivt i termer av högt homocystein, benmassa och fallfrekvens. En alternativ hypotes är att de behandlade patienterna hade bättre balans och reflexer än kontrollfallen; därför klarade de sig bättre trots lika många fall och lika liten benmassa. Det är väl känt att B₁₂-folatbrist ofta drabbar balansen [2].

Konkret resultat med implikationer?

Jag har läst igenom den japanska studien några gånger och kan inte upptäcka några påfallande brister i uppläggning och genomförande. För mig verkar det klart att patienterna hade B₁₂-folatbrist manifesterad som lätt förhöjt homocystein [1]. De fick en dokumenterat verksam oral behandling med 1,5 mg kobalamin och 5 mg folsyra dagligen [3]. Av farmakokinetiska skäl kan man misstänka att

de skulle ha klarat sig lika bra med en fjärdedels tablett folsyra dagligen, 1,25 mg [4]. I dagsläget är marknadspriset i Sverige för denna behandling ungefär 1 krona och 20 öre, årskostnad omkring 440 kronor (patientens pris utan förmån).

Den nuvarande förskrivningen av vitamin B₁₂ och folat har ifrågasatts [5]. Enighet tycks dock råda om att profylax är befogad vid absorptionsrubbningar [3]. Den japanska studien [1] leder möjligen till att vi kan acceptera behandling med kobalamin 1 mg dagligen och folsyra 1,25–5 mg dagligen hos äldre med homocystein i storleksordningen 15–25 mikromol/L. Eller?

Bo Norberg

internist, medicinkliniken,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå; re-
daktör för Rondellen/The Rondel
(www.rondellen.net)
bo.norberg@vll.se

Referenser

1. Sato Y, Honda Y, Iwamoto J, Kanoko T, Satoh K. Effect of folate and mecobalamin on hip fractures in patients with stroke. A randomized controlled trial. JAMA 2005; 293:1082-8
2. Löck J, Sandström H. Mentala symtom vid B₁₂-brist – geriatrikerns och distriktsläkarens perspektiv. I: Engstedt L, Nilsson-Ehle H, Norberg B, Palmblad J (red). Kontroverser kring vitamin B₁₂. Kunskap, kompetens, kommunikation, p 83-96. Klippan: Pedagogförlaget; 1998.
3. Nilsson M. Säker dos vid oral B₁₂-behandling – NBLs utslag bekräftar dokumentationen [ledare]. Rondellen 2005; 23. URL: http://www.rondellen.net
4. Wintrobe MM, Lee GR, Boggs DR, Bithell TC, Forster J. Clinical Hematology, p 592-3. 8th Ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1981.
5. Rosenberg P, Hernborg A, Håkansson J, Skoglund I, Svartholm R, Söderström U, Wahlström L. B-vitaminer mot demens – finns vetenskapliga bevis? Allmän Medicin 2004; 2:17-19.

Skribenten bör få veta vem som granskat artikeln

II I Läkartidningen 28/2005 (sidan 2094) diskuteras formerna för referentbedömning av artiklar i Läkartidningen.

Risk för godtycke

Under fin titulaturlin och med föregiven objektivitet kan man förneka att en artikel saknar vetenskapligt värde. Man kan dessutom i olika sammanhang referera till vänner och bekanta, som i sin tur refererar tillbaka, för att bägge parter kan nå bästa tänkbara impact-faktor, vilket i sin tur leder fram till bättre möjligheter till anslag.

Den med det »ratade« budskapet kanske har ett större material och har

längre följt det än den som sedan får äran eller rätt i en senare vetenskaplig duell.

Efter att i 25 års tid deltagit i forskningssammanhang har jag hört, sett och upplevt så pass mycket av hur det fungerar i den världen att det finns all anledning att hävda att det är synnerligen väsentligt att relationen mellan referenter och författare antingen sker dubbelblindt eller att det för båda klart framgår vem som bedömer och vem som blir bedömd!

Bo Sonnsjö

medicin doktor, ögonspecialist,
ögonmottagningen, vårdcentralen, Hagfors
bo.sonnsjo@telia.com