

Den 3–7 september hölls European Society of Cardiology (ESC)-kongressen 2005 i Stockholm. ESC-kongressen är den största läkarkongressen i Europa och forum för nyheter inom kardiologi. Kongressadministrationen räknade med cirka 25 000 deltagare. Läkartidningen har talat med två svenska läkare vars forskningsrapporter presenterades på kongressen.

Erektill dysfunktion kan tyda på hjärt-kärlsjukdom

Erektill dysfunktion hos i övrigt friska män kan vara första tecknet på kranskärlssjukdom. Det antyder en studie som Rasmus Borgquist gjort tillsammans med fyra andra läkare.

II Det har länge varit känt att riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar och för erektila störningar till stora delar sammanfaller. Man vet också att upp till hälften av de män som haft hjärtinfarkt eller angina pectoris har någon form av erektil störning. Men enligt den ännu opublicerade studien skulle det alltså kunna vara tvärtom också, så att den erektila störningen är första tecknet på en kranskärlssjukdom.

– Läkare som tar emot män med potensproblem bör ställa några basala frågor om andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.

Den försiktiga slutsatsen drar Rasmus Borgquist, doktorand och ST-läkare i kardiologi vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Det är han som tillsammans med fyra andra läkare har gjort studien, där

man via ultraljud undersökt blodflödet i hjärtats kranskärl hos 12 män med erektil dysfunktion och 12 matchade kontroller. Det visade sig att det maximala blodflödet är lägre hos männen med erektil dysfunktion än hos kontrollerna, ett tecken på kranskärlsförändringar.

Männen som ingick i studien var mellan 68 och 73 år och hade inga symtom på eller läkemedelsbehandling mot hjärt-kärlsjukdom, ingen hade heller diabetes. Även de med neurologiskt eller psykologiskt grundad erektil dysfunktion uteslöts ur studien.

Rasmus Borgquist säger att resultaten inte var särskilt överraskande.

– Resultaten bekräftade vår hypotes att de här personerna har tecken på kranskärlssjukdom, det som är överraskande är i så fall att det fanns så påfallande tydliga skillnader i denna relativt lilla grupp av försökspersoner.

Enligt Rasmus Borgquist har många hjärtpatienter också någon form av erektil dysfunktion. Det är emellertid inte alltid det kommer fram i anamnesen, fort-

»Man bör vara medveten om risken för samtidig hjärt-kärlsjukdom hos patienter med erektionsstörningar«, säger Rasmus Borgquist, ST-läkare i kardiologi.



Foto: GUSTAV BORGQUIST

farande är det känsligt för både doktorn och patienten att tala om erektionsfunktionen, även om den för många är en viktig faktor för livskvaliteten.

– Jag själv var inte heller så bra på att fråga om det från början, men genom det här arbetet har jag nog blivit bättre, säger Rasmus Borgquist.

Under hösten kommer forskarna bakom studien att gå vidare med en större likadan, men något mer utbyggd studie.

Sara Gunnarsdotter

sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se

Frånvaro av toraxkirurgisk backup på sjukhuset ökar inte riskerna vid ballongvidgningar

Ballongvidgningar av hjärtats kranskärl som genomförs vid sjukhus utan toraxkirurgisk backup på plats innebär inte större risker än sådana som görs på sjukhus med backup, enligt studier Jörg Carlsson varit med om att göra.

II Jörg Carlsson är en av forskarna bakom en studie på tyska data som presenterades på europeiska hjärtläkarkongressen. Studien omfattar över 30 000 ballongvidgningar (PTCA, perkutan transluminal koronarangioplastik) på tyska sjukhus under 2003. Drygt hälften gjordes på sjukhus utan toraxkirurgisk backup på plats och knappt hälften med.

– Det fanns ingen skillnad i vare sig dödlighet eller andra komplikationer, säger Jörg Carlsson.

I USA är det enligt Jörg Carlsson egentligen inte tillåtet att göra ballongvidgningar på sjukhus utan toraxkirurgisk backup på plats eftersom det anses

för riskfyllt, men i praktiken finns det många undantag. Förra året publicerades en undersökning i JAMA som bekräftade sämre resultat av ballongvidgningar vid amerikanska sjukhus som saknade toraxkirurgisk backup. Två opublicerade svenska studier – dels den som baseras på tyska data, dels en baserad på svenska data – har däremot inte kunnat visa något sådant samband.

Jörg Carlsson var ansvarig också för studien som baseras på svenska data ur SCAAR (Swedish Coronary and Angioplasty Registry). Tillsammans med Bosse Lagerqvist, Uppsala, visade han att inte heller i Sverige finns kvalitetskillnad mellan sjukhus med och utan backup.



Foto: FRANK WIDLUND

Det är inte den kirurgiska backupen det hänger på, utan volymen, säger Jörg Carlsson, docent i kardiologi och överläkare på medicinkliniken i Kalmar.

– Det avgörande verkar vara volymen.

Enligt Jörg Carlsson måste den enskilda operatören komma upp i 75–100 ballongvidgningar per år för att bibehålla kvaliteten, och hela sjukhuset bör göra fler än 300–400 ingrepp om året för att uppnå god kvalitet.

– I den svenska studien kunde vi se att sjukhus som gör mellan 300 och 900 ballongvidgningar per år har de bästa resultaten. Kommer man över 900 per år börjar det kanske bli sämre igen, säger Jörg Carlsson.

Han tror att det beror på att de allra största sjukhusen har så många opererande läkare att var och en har svårt att komma upp i nödvändiga volymer.

Av de sjukhus i den amerikanska studien som saknade toraxkirurgisk backup på plats gjordes färre än 100 ballongvidgningar per år på i stort sett samtliga (98,3 procent). Inget sjukhus i studien med tyska data gjorde så få.

Jörg Carlsson själv arbetar på ett sjuk-

hus som saknar toraxkirurgisk backup, sjukhuset gör ca 600 ballongvidgningar per år, han själv utför cirka 400 av dem.

– Vi har backup i Karlskrona, 10 mil här ifrån och i Linköping, dit det är 25 mil. Men hur många gånger behövs det göras en akut ballongvidgning? frågar Jörg Carlsson retoriskt och svarar själv:

– I Kalmar vid 2 av 1 100 ballongvidgningar, i det tyska materialet i 0,1 procent av fallen.

Sara Gunnarsdotter

Kommentar till ASCOT

Läs också en kommentar till ASCOT, Europas största hypertoni-studie med stor relevans för svenska patienter, på www.lakartidningen.se

Läkarförbundet förordar generisk förskrivning

Läkarförbundets läkemedelspolitiska program från 1999 tog ställning mot generisk förskrivning. Nu har förbundet svängt. Det är utbytbarheten, som nu funnits i tre år, som är orsaken.

II – Förut tyckte vi det var helt fel väg att gå, men den generiska substitutionen har betytt så mycket extraarbete, så då har man tyckt att man kan gå hela vägen till generisk förskrivning, säger ordförande Eva Nilsson Bågenholm.

Extraarbetet är att ta hand om den återrapportering av utbytta läkemedel som kommer från apoteket och föra in uppgifterna i journalen. Behovet av återrapportering kvarstår även vid generisk förskrivning, och Läkarförbundet vill att läkemedelsjournaler kopplade till patientjournalerna utvecklas. I dessa skulle

apoteket självt kunna registrera vilken produkt patienten fått.

Ett annat krav från förbundet är att det före en förändring finns ett bra elektroniskt förskrivarstöd som bland annat anger eventuella skillnader mellan generiska produkter i fråga om godkända indikationer.

Patientsäkerhet tyngsta skälet

Förbundets tyngsta skäl för generisk förskrivning är patientsäkerheten. Om samma namn används hos läkaren och på apoteket minskar risken för dubbelmedicinering och liknande misstag, menar Läkarförbundet.

– Även om de namnen ofta är mycket krångligare är det ändå bättre att vi talar samma namn från början till slut, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Förpackningarna måste göras om så

att substansens namn tydligt framgår, påpekar Läkarförbundet.

Det är Läkarförbundets centralstyrelse som efter en remissrunda till delförningarna har beslutat om den ändrade politiken. Frågan har aktualiserats av Läkemedelsverkets remiss (se artikel nedan).

I sitt remissvar skriver Läkarförbundet att generisk förskrivning bör vara det som väsentligen gäller och att detta bör ersätta generisk substitution. Läkaren bör i undantagsfall kunna förskriva ett specifikt preparat, till exempel då skillnader mellan de generiska preparaten kan orsaka biverkningar eller när det finns psykologiska skäl.

Elisabet Ohlin

elisabet.ohlin@lakartidningen.se

Generisk förskrivning övervägs

Läkemedelsverket utreder, på uppdrag av regeringen, för- och nackdelar med att övergå till generisk förskrivning.

II Utredningen ska vara klar till årsskiftet och ska om fördelarna överväger innehålla förslag till förändring.

Resultatet kan huvudsakligen utmynna i ett av tre alternativ:

- Ingen förändring.
- Generisk förskrivning ersätter dagens utbytbarhet.
- Generisk förskrivning införs vid sidan av utbytbarheten.

Läkemedelsverket har nyligen skickat ut en remiss till ett 50-tal instanser, däribland Läkarförbundet. Verket anser i remissen att generisk förskrivning, om den införs, bör vara frivillig och ett komplement till generisk substitution.

Fokus i utredningen är patientsäkerheten. Återrapporteringsaspekter kom-

mer inte att påverka utgången.

– Vi anser att behovet av återrapportering är detsamma vid utbytbarhet och vid generisk förskrivning, säger Cecilia Ulleryd, projektledare för utredningen.

Däremot spelar behovet av förskrivarstöd och IT-stöd på apoteken in. Nästan alla instanser som verket hittills varit i kontakt med har påtalat behovet av bra sådana.

Personalen positiv vid pilotförsök

I Västra Götaland pågick under 2004 ett pilotförsök med generisk förskrivning. Resultatet visade att majoriteten av sjukvårds- och apotekspersonalen var positiv, att det generiska namnet bör vara lika tydligt framträdande som varumärkesnamnet är idag, men att elektroniskt stöd krävs för att det hela ska fungera smidigt.

En rad länder i Europa tillåter idag generisk förskrivning vid sidan av eller istället för utbytbarhet på apoteket. I

Storbritannien, som inte har utbytbarhet, förskrivas 80 procent generiskt, medan det i Norge endast är 1–2 procent. Norge har även generisk substitution.

Elisabet Ohlin

Fakta

Generisk utbytbarhet infördes 2002 och innebär att apoteket ska byta ut ett förskrivet läkemedel mot det billigaste tillgängliga, likvärdiga alternativet, om inte förskrivaren motsatt sig detta eller patienten betalar mellanskillnaden. Generisk förskrivning innebär att förskrivaren anger det generiska namnet för en verksam substans. Apoteket väljer sedan produkt. Generisk förskrivning är idag inte tillåten i Sverige.

Viss vinstutdelning blir möjlig vid sjukhusentreprenader

En ny aktiebolagsform med begränsad vinstutdelning föreslås av regeringen. Vårminister Ylva Johansson hoppas att bolagsformen ska leda till en ökad mångfald av vårdgivare.

Idag står de vinstdrivande bolagen för ökningen bland de privata vårdgivarna. Och Ylva Johansson vill se fler nya ideella aktörer.

– Nu får de en aktiebolagsform som underlättar deras verksamhet.

Den nya bolagsformen är anpassad för verksamheter utan vinstsyfte. Samtidigt tillåter den en viss vinstutdelning, statslåneräntan plus en procentenhet av vad aktieägarna tillskjutit får delas ut.

Stopplagen ska anpassas

Vid årsskiftet träder också den nya stopplagen i kraft. Den förbjuder att driften av ett offentligt sjukhus överlämnas till privat utförare med syfte att dela ut

vinst till ägare eller motsvarande intressent. Eftersom den nya bolagsformen tillåter viss vinstutdelning ska regeringen nu tillsätta en utredning i syfte att se över stopplagen, så att stopplagen inte hindrar att den nya aktiebolagsformen används vid sjukhusentreprenader.

Propositionen om den nya associationsformen, aktiebolag med särskild vinstutdelningsbegränsning, ska behandlas i riksdagen under hösten.

Förslaget innehåller regler om särskild revision och möjlighet till tvångslikvidation för att garantera att vinstutdelningen inte överstiger en viss nivå. Enligt förslaget läggs ännu ett kapitel till i den nya aktiebolagslag som träder i kraft till årsskiftet.

Exempel på sjukhus som idag drivs av organisationer utan vinstutdelnings-syfte är Ersta sjukhus, Röda korsets sjukhus Spenshult och Vidarklinikerna.

Elisabet Ohlin

Remisskrav infört i Frankrike

Franska patienter omfattas nu för första gången av ett remisskrav. Men allmänläkarna är kritiska till reformen, trots att den borde stärka deras roll.

Franska invånare har ofta en familjeläkare i form av en privatpraktiserande allmänläkare, men det har alltid gått att söka direkt till specialistvården oavsett om den är offentlig eller privat.

Men nu vill regeringen skapa bättre ordning i vårdprocessen. Liksom vid en rad andra reformer under de senaste åren handlar det om att försöka stoppa en galopperande ökning av sjukvårdskostnaderna. Från den första juli ska alla vuxna invånare ha listat sig hos en »behandlingsläkare» och ska ha en remiss för att få komma till specialistvården, undantaget pediatrik, gynekologi, psykiatri, neurologi och oftalmologi.

Olika reaktioner bland allmänläkarna

Allmänläkarna välkomnar i och för sig en reform som stärker deras samordnande funktion. Men många är kritiska och anser att regeringen använder silkeshandskar för att inte stöta sig med läkarna inom specialistvården, som betraktas som en röststark grupp. En patient kan strunta i den nya ordningen om

han eller hon är beredd att betala »böter» i form av högre arvoden. Det finns heller ingenting som förhindrar att man utser till exempel en hjärtläkare till »husläkare». Dessutom har specialistläkarna fått löfte om att kunna höja sina tariffer, eftersom de nu riskerar att få något färre patienter.

– Regeringen vågar inte ta steget fullt ut, vilket gör att det handlar om en halvmesyr, som kan bli dyr, säger Martial Olivier-Koehret, vice ordförande i fackförbundet MG France, som organiserar enbart allmänläkare.

Hos kollegerna på Frankrikes största fackförbund för läkare, CSMF, vars medlemmar arbetar framförallt inom specialistvården, är tongångarna helt anorlunda.

– Det hade gått att genomföra en revolution av vårdsystemet. Jag föredrar en långsammare utveckling, som både läkare och patienter kan vänja sig vid, säger Michel Combier, representant för allmänläkarna inom CSMF.

Anna Trenning-Himmelsbach
frilansjournalist

Povel Ramel hedersdoktor

Musik och humor är hälsofrämjande, och det gör en kompositör, pianist och revyartist som Povel Ramel till en värdig hedersdoktor i folkhälsovetenskap. Det anser Nordiska högskolan i folkhälsovetenskap i Göteborg, som den 26 augusti promoverade Povel Ramel till hedersdoktor. I motiveringen skriver rektor Lars Gernerud bland annat att »Povel Ramel väver humor, musik och framförande till en oslagbar tilltalande helhet».

Dessutom promoverades den danske professorn Halfdan Mahler, chef för WHO 1973–1988, och den schweiziska professorn Ilona Kickbusch, känd för bland annat sitt arbete för global hälsa, till hedersdoktorer vid Nordiska högskolan i folkhälsovetenskap. **LT**



FOTO: MARK EARTH/PRESSENS BILD

SMER föreslår biobank för navelsträngsblod

Det bör inrättas en allmän biobank för sparande av navelsträngsblod. Det anser Statens medicinsk-etiska råd, SMER i ett yttrande till Socialdepartementet. Men samtidigt bör, enligt SMER, föräldrar informeras om att det idag inte finns några starka medicinska skäl att spara navelsträngsblod för eget bruk.

Att SMER ändå föreslår en allmän bank beror på att stamceller från navelsträngsblod används för behandling av flera allvarliga sjukdomar. Det gäller framför allt hos barn i de fall man inte hittar någon lämplig benmärgsdonator. Används stamceller från navelsträngsblod är det inte nödvändigt att HLA-typningen är perfekt, då de omogna stamcellerna ger liten risk för immunologiska reaktioner vid en transplantation.

Men SMER är tveksamt till kommersiellt sparande av navelsträngsblod för eget bruk eftersom den medicinska nyttan av att göra det är oklar. Något förbud mot en sådan verksamhet föreslås dock inte, under förutsättning att den ska ske utan att förlossningsvården påverkas negativt.

I yttrandet till departementet förordar SMER en översyn av lagen om biobanker i hälso- och sjukvården. Dagens lagstiftning innebär oklarheter i bland annat frågan om när en biobank kan anses uppkomma och när ett enskilt prov blir en del av en biobank. **LT**