

Läkemedelsverket »valde« inte Artrox

I ett inlägg i Läkartidningen 37/2005 (sidan 2587) argumenterar Erik Lindberg för försäljning av glukosaminprodukter utanför apotek. Inlägget innehåller en del felaktiga påståenden, vilka är värda att kommentera.

Syftet avgör klassificeringen

Läkemedelslagstiftningen slår fast att det är syftet med användningen av en produkt som avgör om produkten skall klassificeras som läkemedel. Glukosaminprodukterna klassificeras som läkemedel eftersom syftet med användningen är att behandla artros. Att Läkemedelsverket »i kontrollerade vetenskapliga studier funnit att glukosamin har den påstådda effekten på artrosbesvär« är således inte skälet till klassificeringen. Branschen marknadsförde produkterna som läkemedel och kan därför sägas ha skött klassificeringen på egen hand.

Alla hade möjlighet att ansöka

Alla företag som marknadsförde glukosaminprodukter vid tidpunkten för försäljningsförbudet hade förstås möjlighet att ansöka om godkännande av sin produkt. Pfizer var först med sin ansökan, och Artrox godkändes därför först. Läkemedelsverket »valde« således inte Artrox. Sedan Artrox godkändes har ytterligare tolv produkter med glukosamin som aktiv substans godkänts för försäljning. Däribland Glucosine, vilket godkändes i maj 2003.

Tilläggs kan att salterna glukosaminsulfat och glukosaminhydroklorid är medicinskt likvärdiga eftersom salterna spjälkas i magsäcken före absorptionen. Detta motsäger dock inte det faktum att enskilda patienter kan föredra det ena alternativet före det andra.

Jane Ahlqvist Rastad
senior expert, Läkemedelsverket
jane.ahlqvist-rastad@mpa.se



LT Debatt

Skriv kort så publicerar vi ditt inlägg snabbare! Bidrag till LT Debatt bör inte vara längre än 800 ord (ca 5 700 tecken).

LT Korrespondens

Skriv kort så kan vi publicera ditt inlägg snabbare! Bidrag till LT Korrespondens bör inte vara längre än 400 ord (ca 2 700 tecken).

Vi tänker ergo har vi en själ

I artikeln »Psyket som försvann – eller Helhetssynen som plattade till patienten«, Läkartidningen 38/2005 (sidorna 2640-5), skriver Jörgen Malmquist och Christer Petersson mycket intressant och tankeväckande om hur en ensidig biologisk syn kan hämma vår förståelse av människors sjukdomar.

Jag har inga invändningar mot deras tes men beklagar att de bara hänvisat till äldre filosofer – Descartes och Spinoza – och inte till 1990-talets dominerande filosofiska riktningar som sätter språket i centrum (mest känd filosof: Ludwig Wittgenstein [1, 2]).

Kognitiv terapi

Malmquist och Petersson hänvisar flera gånger till kognitiv terapi men tar inte upp någon diskussion om denna terapiteori och vetenskapliga innebörd. Aaron Becks upptäckt av den kognitiva terapin bedömer jag vara en av 1900-talets viktigaste inom psykiatri [3].

Becks stora upptäckt var att människor som får starka känsloreaktioner kan tränas att iaktta vilka tankar som var förmedlande mellan den utlösande händelsen och känsloreaktionen, och att man sedan kunde diskutera och ändra vad som ibland kanske var dysfunktionella tankar. Redan Freud visste ju att människor inte alltid känner till sina egna tankar, men han föreslog att drömmen kunde vara ett verktyg in i vår dolda tankevärld, vilket visade sig vara en återvändsgränd.

Att förstå andras tankar

Enkelt uttryckt kan vi å ena sidan inse att allt som sker i människan sker i hennes kropp (var annars?) och att även psykiska processer, såsom tankar, är neurobiologiska fenomen. Å andra sidan kan vi

aldrig förstå eller förutse hur en människa agerar om vi inte förstår hennes tankar. Att förstå tankar är att översätta tankarna till ord och sedan vidare till nya egna tankar. Ibland används ordet tolkning, men det är tvetydigt. Vi tolkar en situation, dvs vi får tankar av att utsättas för en situation. Men att tolka tankar är något annat, det är en översättning som att förstå ryska.

Prata med patienten

Mätningar av skeenden i kroppen kan styrka hypoteser och ge diagnoser. Men vi kan inte mäta tankar, en översättning är ingen mätning. Låt oss göra tankeexperimentet att vi kunde skanna hjärnan för att få en bild av tankarna. Även om det skulle lyckas skulle vi ändå vara tvungna att översätta dessa skannade resultat till ord. Vi undgår alltså inte dilemmat att hamna utanför det vetenskapliga paradigmet (i snäv bemärkelse). Det är enklare att prata med patienten.

Tankegången leder till en enkel klassifikation av sjukdomar. Vissa sjukdomar kan förstås utan att vi känner patientens tankar (halsfluss). Andra sjukdomar kan inte alls förstås utan patientens tankar (krisreaktioner) De flesta sjukdomar befinner sig mitt emellan.

Jan Carlestam
distriktsläkare, Örskelljunga
jan.carlestam@telia.com

Referenser

1. Finch HL. The Vision of Wittgenstein. Vega Books; 2001.
2. Sellars W. Empiricism & the philosophy of mind. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1997.
3. Beck A. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Penguin Group; 1979.

Doktorn kan ha flera arbetsstrategier

Hanne Kjöllér skriver i Läkartidningen 37/2005 (sidan 2616):

»Distriktsläkare i min bekantskapskrets berättar unisont hur de vanligtvis rätt tidigt förstår att patientens problem inte primärt är medicinska. Men att insatserna fortsätter att vara det. Ett litet blodprov där för att utesluta det ena, en remiss till magnetkamera här för att utesluta det andra, bli av med patienten och vinna lite tid. Och så vidare och så vidare. På så vis blir vi patienter bekräftade i att Felet verkligen går att finna i det där blodprovet eller på den där bilden. Och inte i ett brustet hjärta. Eller kanske i både-och.«

Många distriktsläkare, andelen har jag ingen aning om, arbetar nog pragmatiskt som Kjöllér beskriver, men samtidigt lyssnar de på patienten och får till stånd ett samtal om både praktiska och existentiella livsproblem. Det går att ha flera arbetsstrategier samtidigt utan att doktorn alltid behöver bli så förfärligt frustrerad.

Björn Landström
distriktsläkare, Tidån
bjorn.landstrom@vgregion.se

Det är inte för sent att ställa sig på patienternas sida!

I Läkartidningen 34/2005 (sidorna 2332-3) beskriver Johan Fischer hur läkretiken underordnas sjukvårdspolitiska prioriteringar bl a på grund av opportunistiskt handlande av omedvetna kolleger.

Sjukronan

Sjukronorsförändringen 1970 var inte bara ett sätt att ändra läkarnas avlöningsförhållanden, utan än mera ett uttryck för sjukvårdspolitikernas strävan efter totalt inflytande över sjukvården. I debatten som föregick förändringen hävdades bl a att »sjukvården är för allvarlig för att anförtros åt läkarna«, »läkarna skär guld med sina knivar«, »alla läkare har hemliga konton i Schweiz« m fl osakligheter.

Började odla sina rosor i stället

När förändringen genomförts meddelades patienterna från landstingshåll att »från och med nu söker ni inte en läkare utan en sjukvårdsinrättning«. Man ville bryta upp den personliga patient-läkarrelationen som dittills varit det normala även i den offentliga vården, inte bara av ekonomiska skäl. Vi som var unga då bevitnade hur många ur den äldre generationen tappade sitt engagemang i vården och började »odla sina rosor istället«, som en ärrad läkarförbundsacklig kämpe uttryckte det.

Efterkommande generationer vande

sig vid att skylla tillkortakommanden på »organisationen« utan att ta personligt ansvar för den sjukvård de var anställda för att sköta. Det blev inte längre så noga med att följa upp sina egna patienter, återbesök bestämdes utan hänsyn till det egna tjänstgöringsschemat. En patient berättade att hon under en komplikationsbemängd sjukdomsperiod haft 21 olika läkare vid samma klinik. Detta upplevs av patienterna som nonchalans och att den enskilda doktorn inte bryr sig.

Påverkar prioriteringarna

Fischers beskrivning visar att de sjukvårdspolitiska målen från 1970 nu nått framgång även i och med att kolleger medverkar till att låta sjukvårdspolitiska prioriteringar och inte patienternas behov styra vårdplaneringen. Det har till och med gått så långt att man återsänder remisser utan att personligen ha bedömt patienten.

Remisshantering förr och nu

Detta är dock även ett allvarligt interkollegialt läkaretiskt problem. När en läkare via en remiss överlåter ansvaret för en patient till en kollega förväntas att denna, inte minst av respekt för den remitterande kollegan och patienten, efter personlig undersökning av patienten själva bedöma behovet av den åtgärd för vilken patienten remitterats. Detta var

förr en självklarhet när läkarremisser var personligt ställda och ofta inleddes med frasen »Årade kollega«.

I dag hamnar remissen på en institution och hanteras summariskt och tjänstemannamässigt främst med hänsyn till enhetens aktuella resurser. Sjukvårdspolitikerna har nått sitt mål, sjukvårdsbehov anpassas efter tilldelade resurser. De verkliga behoven döljs.

Om det är något som gör att vi läkare alltmer tappar möjligheten att påverka vår och patienternas situation så är det ett sådant handlande.

Vad vi borde göra i stället

Om vi, i stället för att uppgivet spela med i de sjukvårdspolitiska förändringarna, hade månat om kontakten med de enskilda patienterna och värnat den personliga patient-läkarkontinuiteten skulle vi tillsammans med våra patienter ha blivit en maktfaktor att räkna med för sjukvårdspolitikerna, och den oundvikliga successiva förändringen av sjukvårdens vardag hade i större utsträckning kunnat ske på vetenskaplig och etisk grund.

Men det är inte för sent att ändra sig och ställa sig på patienternas sida!

Ulf Lindsjö

leg läkare, docent, f.d överläkare
och klinikchef, Mälarmålarbadet
ulflindsjo@hotmail.com

Sir Arthur Conan Doyle KB och Mr David Beckham OBE

Carl Gustaf Carpel har helt rätt när han i Läkartidningen 32/2005 (sidan 2244) påpekar att Arthur Conan Doyle aldrig blev adlad. Conan Doyle blev dubbad till riddare av Kung Edward VII år 1902 och kunde därför kalla sig Sir Arthur. Samma år tackade Sherlock Holmes nej till att bli Sir Sherlock, och Conan Doyle lär själv ha funderat på att tacka nej.

Komplicerat ordensväsende

Det engelska ordensväsendet är ganska komplicerat, och Carl Gustaf Carpel har tyvärr gått lite vilse.

David Beckham fick »bara« en OBE (Officer of the British Empire) av drottning Elizabeth och är därför fortfarande Mr David Beckham, men han kan nu sätta OBE efter sitt namn.

CBE (Commander of the British Empire) är steget ovanför OBE, men inte heller en CBE får kalla sig »Sir«. Roger Moore, känd som Helgonet och James Bond, fick en CBE, men först när han avancerade till nästa steg, KBE (Knight Commander of the British Empire), fick



Foto: IBL

Fotbollssproffset David Beckham, här med sin Victoria, visar upp den OBE-orden som han mottog ur drottningens hand den 27 november 2003.

han kalla sig Sir Roger. Sir Sean Connery är också en KBE. Nästa steg på skalan är GBE (Knight Grand Cross of the British Empire), och en sådan tituleras också »Sir«. Även Knight Commanders av andra ordnar tituleras »Sir«.

Även en utlänning kan bli Knight Commander of the British Empire, och den utmärkelsen har givits till ett antal internationellt kända personer som t ex Pelé, Steven Spielberg och Bill Gates, men de har däremot inte rätt att kalla sig »Sir«.

De flesta engelsmän som dubbas till riddare och bär »Sir«-titeln tillhör ingen orden utan är KB (Knight Bachelor).

Man kan också vara född till sin »Sir«-titel om man är »Baronet«, men då lägger man till Bt efter sitt namn.

Bo Adrian Pettersson

överläkare, Chester, England
Bopetts@aol.com

Rättelse

Robert Nyberg heter tecknaren som gjort illustrationen till debattartikeln i Läkartidningen 38/2005, sidan 2782. Hans namn hade olyckligtvis fallit bort.

red

En reparativ ortopedisk kirurgi kan ge fantastiska resultat



Artikelförfattaren 1957. Ur Läkartidningen 40/2004.

II Som den minnesgode läsaren kanske minns sig ställde jag i Läkartidningen 40/2004 (sidan 3098) frågan ifall preventiv osteotomi var en möjlig åtgärd vid knäledsartros. Jag presenterade en bild på min valgusställning av höger ben från 1957. Vad som inte framgick var att mitt vänstra ben också hade en felställning på cirka 10 grader. Jag var alltså »kobent«.

Felställningarna var i sig inget problem för mig, eftersom jag genomförde otaliga mil av löpning, skidåkning, cykling m m under cirka 40 år (svensk och nordisk mästare i orientering, 34 maror m m) från det att bilden togs. Men i 62-årsåldern slog artrosen till.

Frågade läsarna

Min fråga till läsarna var då om det fanns behov av preventiv osteotomi för att korrigera en valgussituation för att förhindra kommande besvär. Frågan resulterade i fem långa brev och 20-talet e-brev. Inga av dessa gav något som helst stöd för preventiv osteotomi. Jag stödjer nu denna synpunkt – se nedan.

Det mest intressanta av alla dessa inlägg kom från en kollega i Gävle. Han presenterade en alldeles utmärkt bild av hur man med test och olika inlägg m m kan lindra smärtor under fysisk aktivitet och i fortsättningen möjligen bromsa utvecklingen av knäledsartros.

Vad hände i mitt fall?

Jag fick i november 2004 en total knäledsrevision, som innebar att jag efter



FOTO: PRIVAT

Före och efter total knäledsrevision. »Om jag inte hinner komma i form till Vasaloppet 2006 så blir det väl 2007. Snacka om att ha fått ökad livskvalitet!«, skriver Björn Ekblom.

tolv dagar var tillbaka på jobbet på Idrottshögskolan.

Emellertid, efter denna korrigerande gav sig därmed vänster knäled till känna. I april 2005 fick jag en ny total knäledsrevision – med lika bra resultat som förra gången. Veckan efter operationen kändes allt så bra att jag kunde återvända till labbet om än i bil och med dubbla kryckor.

Vad lär vi av detta ?

Uppenbarligen finns inget behov av preventiv ortopedisk kirurgi. Några dagar efter en total knäledsrevision kan man – om man är normalt fysiskt förberedd – vara »fit for fight« igen. En erbjuden sjukskrivning på tre månader efter en



FOTO: JAN LIND

okomplicerad om än ortopediskt krävande insats kändes främmande. Att jag i efterförloppet i april 2005 fick en infektion i leden förändrar inget.

Personer som av olika anledningar fått knäledsartros behöver i de flesta fall inte känna sig utslagna. En reparativ ortopedisk kirurgi kan ge fantastiska resultat – se bilden. Efter tre–fyra år av mer eller mindre ständiga smärtor är nu allt detta historia. Om jag inte hinner komma i form till Vasaloppet 2006 så blir det väl 2007. Snacka om att ha fått ökad livskvalitet!

Björn Ekblom

professor, Idrottshögskolan, Stockholm
bjorne@ihs.se