

lation och lokala injektioner, t ex i leder m m, kräver förenklad dispens. Dessutom är hCG och LH, som nämnts ovan, inte längre förbjudna för kvinnor.

## Ny upplaga av Röda listan

Riksidrottsförbundets Dopingkommission kommer tillsammans med Apoteket AB att publicera en ny Idrottens Röda Lista inför 2006. Den kommer att vara tryckt i god tid före årsskiftet och kan rekvireras från RF eller från Apoteket AB. Den kommer också att finnas på RFs hemsida <www.rf.se> under rubriken Anti-Doping.

Varje yrkesverksam läkare i Sverige borde ha denna lista och kontrollera vid receptskrivning om läkemedlet är dopingklassat eller ej. Om en idrottsman

åker dit för doping på grund av att en läkare inte kontrollerat om läkemedlet finns på dopinglistan eller ej, är ju läkaren »medskyldig« till dopingbrott. Det skulle vara intressant att se hur Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skulle bedöma ett sådant ärende.

## Bengt O Eriksson

professor emeritus,  
Drottning Silvias Barn- och  
Ungdomssjukhus, Göteborg; medlem av  
Riksidrottsförbundets Dopingkommission  
bengt.eriksson@pediat.gu.se

## Håkan Nyberg

verksamhetsansvarig,  
Riksidrottsförbundets Anti-Dopingkansli

## En cybervision – tänk om ...

Tänk om hela världen hade ett gemensamt journalsystem. Tänk om all medicinskt utbildad personal tog samma typ av anamnes, om undersökningen var standardiserad och om behandlingseffekten alltid följdes upp. Tänk om alla dessa data kunde granskas statistiskt.

Hur skulle världen då se ut? Jo, kanske skulle vi kunna be alla allmänläkare i Indien med intresse för ortopedisk medicin att traktionera cervikalcolumna i ryggliggande psoasställning med 10 kg drag 8 minuter på patienter med radierande symtom i C5-dermatom. Vi kunde även be alla doktorer i Tyskland med fallenhet för nålar att injicera 1 ml Depo-Medrol subakromiellt tenoperiost i m supraspinatus för liknande symtom.

## Teoretiker och praktiker i samverkan

Sedan kunde vi jämföra alla dessa data i realtid utan att samla ihop en viss population för ändamålet. Visst vore väl detta spännande? Att alla medicinskt inriktade handlingar och tankar kommer till nytta även utanför behandlingsrummet. Ja, tänk om nu ni forskningutbildade teoretiker. Här har ni något att bita i!

Jag vill påstå att ni arbetar ineffektivt. Använd er av oss kliniker för att ta fram nya rön som förbättrar vården. Det borde inte få spela någon roll för patienten om hon behandlas av nyutexaminerad eller erfaren vårdgivare.

Vården som vetenskap kan idag säkras endast med statistiskt förankrade riktlinjer. Internet är lösningen för samverkan. Vi måste få fram lite rörelse och resultat i den kliniska verksamheten. Nu står vi och stampar, småskaligheten styr.

Enligt min åsikt sker bästa möjliga samarbete med en gemensam syn på patienten. Olika journalsystem skall kopplas samman för statistisk utvärdering.



Internet – lösningen för global samverkan?

Privata som offentliga aktörer är välkomna att delta. Bemötandet följer vissa ramar. En typ av patientgrupp kan undersökas och behandlas på många olika sätt men vårdgivarens journalföring måste följa en viss struktur.

Centralt kan forskaren/samhället aktivt styra vetenskapen i olika valda riktningar och/eller passivt följa utvecklingen och dra slutsatser.

## Stärka det kollektiva medvetandet

Problemet med systemet är att vissa data inte lämpar sig för statistisk granskning men ändå bör finnas tillgängliga i arkivet för att granskaren skall nå en mer rättvisande slutsats. Risk finns att resultat feltolkas men då är vi i alla fall flera som deltagit i processen. Målet bör inte vara att nå absolut vetenskap utan att istället att stärka det kollektiva intellektet, att snabbare tillgodose sig kunskap förankrad på annan ort och effektivare dela med sig av egna erfarenheter till andra.

## Jonas Brink

leg sjukgymnast,  
Östervåla familjeläkarmottagning  
jonas.brink@hotmail.com

## En erfarenhet rikare till priset av sömn

Mitt i medelåldern kan jag knappt minnas att jag som vuxen vaknat medveten om att jag haft drömmar under natten som gått. Än mindre mardrömmar.

När jag nyligen för tredje morgonen i rad vaknade efter en natt fylld av långdragna, bisarra och direkt plågsamma mardrömmar, började jag fundera över orsaken.

Resultatet blev att jag nu känner mig föranledd att överväga en ändrad inställning till generikautbytesreformen än den relativt positiva som jag haft och försökt delge mina patienter. Oräkeligt är det antal gånger jag med hittills gott samvete försäkrat patienter att väsentliga, om ens några, skillnader mellan generika och original inte föreligger.

## Bytte tillbaka till originalpreparatet

I sex månaders tid hade jag förskrivits originalpreparatet Z, en storsäljande betablockerare. Samma natt mina maror begynte hade jag istället tagit generikautbytet M för första gången, och så även de två efterföljande nätterna. Väl slagen av misstänksamhet lät jag bli såväl M som Z i en vecka. Därefter gav jag M en ny chans, med en lika vedervärdig natt som resultat. Nu bad jag förskrivande kollega om ett nytt recept på Z. Det fick jag, med hans signum i den av mig själv ytterligt sällan använda »Får ej bytas ut«-rutan. Efter ytterligare en veckas »wash out« utan betablockerare har jag nu börjat om med Z, och mardrömmarna lyser med sin frånvaro, tack och lov.

## Bevisa skillnader i biverkningsfrekvens?

Hur är det egentligen med ekvivalensen i generikasfären? Behöver tillverkaren, förutom förhoppningsvis identisk effekt, bevisa frånvaro av skillnader i biverkningsfrekvens? Jag vill naturligtvis inte påskina att jag som individ är »statistiskt signifikant«, men det självupplevda har nog en stor tendens att påverka även oss förskrivare, på gott och ont.

När jag härnäst möter en patient som inte vill få generiska alternativ erbjudna på Apoteket, kommer jag att lyssna än mer noga efter skälet till vederbörandes önskemål. Därmed inte sagt att jag oftare kommer att göra andra bedömningar än hittills när det gäller vad jag ska signera. Låter vi ekonomisk vinst få ha ett för högt, om än annorlunda, pris? Det vore en än värre mardröm än mina.

## Patrik Anderson

överläkare, Mölndal  
phacit@comhem.se

## Äldres hälsa – haltande jämförelse mellan 1992 och 2002

Thorslund och Parker har i *Läkartidningen* 43/2005 (sidorna 3119-24) gjort en genomgång av aktuell svensk och internationell forskning om utvecklingen av de äldres hälsa. För svensk del citeras resultat från två institutioner, dels Statistiska centralbyråns undersökning, benämnd ULF, dels en egen undersökning vid Aging Research Center, benämnd SWEOLD-studien.

Man konstaterar att den subjektiva skattningen av översiktlig (global) hälsa visats vara en både valid och reliabel hälsoindikator. I ULF-materialet har man inte funnit att den egna globala hälsouppfattningen försämrats från 1992–1993 fram till 2002–2003. Detta illustreras med ett kurvdiagram över personer 75–84 år gamla.

Senare i artikeln nämns att detsamma enligt ULF-materialet gäller för gruppen 85+. I SWEOLD-studien fann man däremot att den självskattade ohälsan hos personer 77 år och äldre ökat från 1992 till 2002. De resultat från SWEOLD-studien som citeras har tidigare mera i detalj beskrivits av Thorslund och medarbetare [1].

För att försöka förstå de motstridiga uppgifterna kan man börja med att läsa den artikeln. Där hävdas att hos svenskar 77 år och äldre uppfattningen om ohälsa ökat från 45,7 procent år 1992 till 53,3 procent år 2002, och att skillnaden är signifikant. Jämförelsen mellan dessa år baseras på 537 respektive 561 personer i åldrarna 77 år och däröver. Det totala undersökningsmaterialet kan sammanfattas som i Tabell I.

### Förskjutning mot högre åldrar

Åldersfördelningen vid de två undersökningsåren verkar inte vara likadan. Om man vill kan man bekräfta den misstanken med enkla statistiska test. Man har år 2002 studerat färre personer 77–79 år, något fler 80–84 år och avsevärt fler i åldrarna 85 år och äldre. Det finns alltså år 2002 en förskjutning mot högre åldrar jämfört med 1992.

Utöver den globala hälsouppfattningen värderades flera enskilda hälsovariabler såsom mobilitetsförmåga och fysisk funktionsförmåga. Peak expiratory flow rate (PEF) mättes också i ett material med praktiskt taget samma åldersfördelningar som i ovanstående tabell. Sett över hela materialet noterades i samtliga variabler sämre värden 2002.

### Åldersfaktorers betydelse

Thorslund och medarbetare skriver att deras resultat var oväntade. Som författarna själva påpekat har ålder samband

Tabell I. Åldersfördelning i undersökningarna 1992 och 2002.

Ålder	Antal 1992	Antal 2002	Andel i åldersgruppen 2002, procent
77–79	137	112	45,6
80–84	233	236	50,3
85–	167	213	56,1

med de flesta hälsovariablerna. Om man år 2002 studerat personer som tenderar att vara äldre än personer studerade 1992 är det väl föga förvånande att man hos de förra finner flest funktionsstörningar. Flera (alla?) av de signifikanta skillnaderna, tolkade som en försämrad hälsa över tid, hade måhända försvunnit om man jämfört strikt åldersmatchade material 1992 och 2002.

### Replik:

## Resultaten spretar men mönster finns

Vår genomgång av utvecklingen när det gäller äldres hälsa (*Läkartidningen*, 43/2005, sidorna 3119-24) visar på olika utvecklingstendenser. Att resultaten spretar är inte förvånande mot bakgrund av att man studerat olika tidsperioder, olika åldersgrupper av äldre, olika urvals- och populationsdefinitioner, osv. Men framförallt varierar resultaten beroende på vilka hälsoindikatorer som använts.

Utifrån vår genomgång tycker vi oss ändå se vissa mönster i utvecklingen – mönster som vi inte hade lika klart för oss när vi 2004 presenterade svenska resultat (*Läkartidningen* 17/2004, sidorna 1494-9). Mot bakgrund av tidigare resultat, baserade på stora USA-studier men även vissa svenska studier, var den dominerande bilden i Sverige att de äldre hade blivit allt friskare. När vi de flesta av hälsoindikatorerna kunde visa försämringar eller åtminstone inga förbättringar för åldersgrupperna 77+ mellan 1992 och 2002 väckte det viss uppmärksamhet.

### Förskjutningar inom äldregrupperna?

Lars Brandt undrar om inte förklaringen till våra resultat ligger i att det skett förskjutningar inom äldregrupperna – att andelen mycket gamla ökat mer än de något yngre äldre. När det gäller de totalsiffror vi redovisade i artikeln 2004 för samtliga 77 år och äldre i befolkningen kan givetvis en del av försämringen enligt de olika hälsoindikatorerna förklaras av den ändrade åldersammansättningen. Även om sådana resultat bör vara intressanta ur ett socialpolitiskt plane-

Lars Brandt

docent, fd överläkare,  
onkologiska kliniken,

Universitetssjukhuset i Lund  
lars.brandt@mbox305.swipnet.se

### Referens

1. Thorslund M, Lennartsson C, Parker MG, Lundberg O. De allra äldstas hälsa har blivit sämre. Könsskillnaderna är stora – kvinnorna mår sämre än männen visar nya data. *Läkartidningen* 2004;101:1494-9.

ringsperspektiv rörande behoven av äldreomsorg är de dock tämligen ointressanta för en diskussion rörande de äldres hälsoutveckling över tid.

### Åldersammansättningen

Helt centralt är förstås att man kontrollerar för ålder – något som kan göras på olika sätt. I *Läkartidnings* artikeln 2004 valde vi att särredovisa utvecklingen inom olika köns- och åldersgrupper. Avsaknaden av tecken på en förbättrad hälsa inom de olika åldersgrupperna var dock frapperande. Även om uppdelningar av ett litet material (n=537 respektive 561) innebär känslighet för slumpvariation såg vi få tecken till en förbättrad hälsa.

### Flertalet studier stödjer vår bild

Vid vår genomgång av ett antal större studier inom området har vi förvisso stött på några där Lars Brandts oro över bristande kontroll av en eventuellt förändrad åldersammansättning är befogad. Antalet i detta avseende godtagbara studier är dock enligt vår bedömning tillräckligt stort för att i flera – men inte alla – avseenden stödja den bild av de äldres hälsoutveckling som resultaten i vår undersökning pekar på.

Mats Thorslund

professor, fil dr  
Mats.Thorslund@neurotec.ki.se

Marti G Parker

docent; båda vid Aging Research Center,  
Karolinska institutet, Stockholm/  
Stockholms universitet