

Replik:

Misstro mot okritisk vetenskap ej liktydigt med skepsis mot naturmedel

Den vetenskapliga dokumentationen om effekten av Echinacea in-skränker sig till *en* välgjord och tillförlitlig undersökning – den som Läkartidningen redogjort för. Att sälja Echinagard är inte detsamma som att aktivt marknadsföra medlet och hävda att dess effekt mot förkylning är vetenskapligt konstaterad.



JOSEF MILERAD
medicinsk chefredaktör,
Läkartidningen
josef.milerad@lakartidningen.se

Det är positivt och välkommet att Apoteket (se sidan 3823) och Jan Bruhn har synpunkter på vad som är korrekt information om naturläkemedel. Mindre glädjande är att man i sina inlägg helt glider över den viktigaste frågan, nämligen om Apotekens hälsoråd är (eller bör vara) evidensbaserade.

Tystnaden på denna punkt skapar en vag maggropskänsla att Apotekets dubbla roll som återförsäljare för och kritisk granskare av samma produkter kanske inte är helt oproblematiske. Så låt oss än en gång detaljgranska dokumentationen kring Echinacea och förkylning.

Om man som Karin Ringqvist Mattsson och Carina Altsjö anser att det räcker med en enda studie för att rekommendera en viss behandling så är saken klar. Det finns en undersökning (Hoheisel och medarbetare) [1] som talar för att Apotekets preparat Echinagard har effekt.

Sammanvägning av relevanta studier

Om man höjer ribban till en medicinskt acceptabel nivå – att en rekommendation bör byggas på en publicerad sammanvägning av relevanta studier – så blir det mer komplicerat. En sådan sammanvägning finns – det är Cochrane-översikten från år 1999 (uppdaterad 2005) [2]. Vad Jan Bruhn förbisett i denna sammanställning är att ingen av de 16 studier (inklusive Hoheisels) som författarna analyserat har publicerats i tidskrifter som är listade i Medline.

Det säger något om undersökningarnas vetenskapliga kvalitet, och detta uttrycks väl med Cochrane-gruppens egna ord: »the quality of reporting of most studies was insufficient«.

Konklusionen av Cochrane-rapporten är att det finns studier med positivt utfall men inga bevis för att något preparat har effekt på vanlig förkylning. Alltså, positiva studier ja – bevis för positiva effekter nej.

Endast en välgjord studie

Så i frågan om den vetenskapliga dokumentationen är vi tillbaka vid att det finns *en* välgjord och tillförlitlig un-

dersökning – den i New England Journal of Medicine (NEJM) som vi har refererat [3]. I denna studie har man gett en exakt dos genom att använda ett extrakt av de aktiva substanserna i Echinacea. Man har vidare använt ett väldefinierat smittämne och kombinerat subjektiva symtom med objektivt verifierade biologiska markörer – bara för att nämna några skillnader mot tidigare undersökningar.

Att NEJM-studiens resultat enligt Jan Bruhn inte går att extrapolera, eftersom det studerade extraktet av Echinacea angustifolia är snarlikt men inte identiskt med Apotekets Echinagard, känns som ett lite omodernt argument. Minnesgoda läsare kommer säkert ihåg diskussionen om COX-2-hämmarna. Där sades att preparat som var snarlika men inte identiska hade helt annan biverkningsprofil. Idag har vi facit.

Konstruktivt förslag

Om vi nu för ett ögonblick skulle gräva ned stridsyxorna och försöka enas om något konstruktivt till patienternas/kundernas fromma så ta detta som ett konkret förslag:

Apoteket får gärna sälja Echinacea och andra godkända naturprodukter med obevisade effekter som allmänheten vill köpa. Men att sälja är inte samma sak som att aktivt marknadsföra. Det går att upplysa om att medlen är populära och uppskattade av användarna utan att försöka hävda att medlens effekter mot för-

var signifikant sänkt. Vad blir Läkartidningens slutsats av denna isolerade djurstudie? Jo, att »Granatäpplets saft har både kemopreventiv och kemoterapeutisk effekt på prostatacancer hos *människa*« (Sic!). Nyanserat? Ogrundat?

Choklad mot hosta?

Som om inte det vore nog så rekommenderar Josef Milerad själv choklad mot svår hosta, baserat på preliminära djurförsök och observationer av friska försökspersoner [6].

Han konstaterar själv att »det krävs dokumentation av helt annan omfattning för receptbelagda läkemedel. Samma restriktioner gäller dock inte för vanliga födoämnen«. (Sic!) Hur välgrundat

är det att rekommendera choklad mot svår hosta? Vilken choklad? Hur mycket?

Avslutningsvis vill jag bara påminna om Läkartidningens omslag till nr 50/2002 – en vacker bild på en Echinacea-blomma med rubriken »Användning av örtmedicin kräver kunskap hos läkare«. Jag kunde inte ha sagt det bättre själv.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: InBio AB är författarens konsultföretag för försäljning av utbildnings- och informationstjänster rörande bioaktiva naturprodukter. Uppdrag för närvarande för Apoteket AB, Hälso-kostrådet och Svenska Lantmännen.

Referenser

- 1 Bruhn J, Eneroth P. Naturläkemedelsboken – En naturlig del av egenvården. Skärholmen: Boehringer-Ingelheim AB; 2000.
- 2 Färnlöf Å, Tunón H. Naturläkemedel 2004. Stockholm: Svensk Egenvård; 2004.
- 3 Radix Echinaceae. I: WHO monographs on selected medicinal plants. Genève: WHO; 1999.
- 4 Melchart D, Linde K, Fischer P, Kaesmayr J. Echinacea for preventing and treating the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2005; Issue 4. www.cochrane.org
- 5 Gertsch J, Schoop R, Kuenzle U, Suter A. Echinacea alkylamides modulate TNF- α gene expression via cannabinoid receptor CB2 and multiple signal transduction pathways. FEBS Letters 2004;577: 563-9.
- 6 Milerad, J. Choklad mot svår hosta. Läkartidningen 2004;101: 3991.

→ kylning är vetenskapligt bevisade. Samma resonemang gäller nikotinersättning som t ex nikotintuggummi. Det är naturligtvis utmärkt om man hjälper rökare att sluta, men man kan inte för den skull låta bli att informera om att alla nikotinpreparat är beroendeframkallande och har en rad negativa effekter på blodtryck, hjärtverksamhet och andra autonoma funktioner.

Kravet på evidens

Till sist frågan om Läkartidningens inställning till naturmedel. Att vi är onyanserat skeptiska till okritisk vetenskap är inte samma sak som skepsis mot naturens medel. Vi delar allmänhetens uppfattning att hälsan skall vårdas genom naturens egna produkter om detta kombineras med kravet på evidens. Det finns väl underbyggda naturliga vägar till hälsa. Det är rätt sammansatt och balanserad kost.

Dokumentationen över kostens positiva effekter får nog i många fall sägas vara överlägsen dokumentationen för naturläkemedel. Vi kan med fog hävda att risken för exempelvis cancer, diabetes och andra ålderskrämpor minskar med hjälp av substanser som finns naturligt i vår föda.

Inte behandlingsråd

Jan Bruhn får gärna ironisera över att vi rapporterar om födoämnen som visat sig ha lindrande eller förebyggande hälsoeffekter, men vi menar att referat av välgjorda studier i ansedda tidskrifter är viktig information till läkarkåren och andra. De flesta förstår att det handlar om att förmedla ny och viktig kunskap och inte behandlingsråd för enskilda patienter.

Läkarkåren kan nog för lite om örtmediciner och dessutom troligen även om kost. Som tur är går det att få professionell hjälp i båda dessa frågor, exempelvis från nutritionister, som har en omfattande och evidensbaserade kunskap om naturens produkter och hälsa.

Referenser

1. Hoheisel O, Sandberg M, Bertram S, Bulitta M, Schäfer M. Echinagard treatment shortens the course of the common cold: a double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Eur J Clin Res* 1997;9:261-9.
2. Melchart D, Linde K, Fischer P, Kaesmayr J. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2): CD000530.
3. Turner, RB, Bauer R, Woelkart K, Hulsey TC, Gangemi JD. An evaluation of Echinacea angustifolia in experimental rhinovirus infections. *N Engl J Med* 2005;353:341-8.

*

Josef Milerads replik är svar även på Karin Ringqvist Mattssons och Carina Altsjös inlägg under Korrespondens (se sidan 3823).

SBU kommenterar en medicinsk kommentar:

Bättre ångestvård kräver gemensam insats – med ledning av evidens

För att förbättra vården av patienter med ångestsyndrom räcker det givetvis inte med en systematisk kunskapsgenomgång. Ska vi få bättre diagnostik och behandling av ångestsyndrom krävs också ett aktivt förbättringsarbete från alla aktörer, på basis av den evidens som finns, och givetvis med stöd och medverkan från SBU, framhåller företrädare för SBU med anledning av synpunkterna på rapporten om ångestsyndrom i den medicinska kommentaren i 47/2005.

RAGNAR LEVI
medicinsk fackredaktör, informationschef, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Stockholm
levi@sbu.se

LISA EKSELIUS
professor, institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala; ledamot av SBU:s vetenskapliga råd



NINA REHNQVIST
professor, chef för SBU, Stockholm

II Hur många som kommer att läsa samtliga 776 sidor i SBU:s rapport om ångestsyndrom [1] är egentligen inte det mest intressanta. Det väsentliga är hur berörda personer och organisationer agerar i förhållande till rapportens huvudbudskap. Den avgörande frågan för patienter med ångest är alltså hur vårdens professioner, huvudmän och andra beslutsfattare kommer att se till att fler patienter med ångest snabbt kan få effektiv hjälp mot sina besvär.

För att ändra rutinerna i en så komplex organisation som sjukvården behövs ofta kombinerade åtgärder – dels sådana som ökar medvetenheten och kunskapen om en viss fråga, dels sådana som främst försöker påverka vårdrutinerna [2, 3]. SBU samarbetar med viktiga aktörer och nyckelpersoner på båda dessa fronter.

Rekommendationer på väg

Exempelvis pågår redan ett arbete med rekommendationer, som Alv Dahl efterlyser i sin medicinska kommentar i detta nummer [4]. Experter från SBU:s ångest-

projekt samarbetar med Läkemedelsverket och Socialstyrelsen för att ta fram konkreta råd och nationella riktlinjer på området. Under tiden sprider SBU kunskap på området genom en mängd kanaler, såväl muntliga som skriftliga, tryckta och elektroniska, standardiserade och skräddarsydda.

Förutsättningar för nya initiativ

I SBU:s styrelse och vetenskapliga råd, som står bakom rapporten, finns ledare för vårdens viktigaste aktörer. I dessa grupper finns utomordentliga förutsättningar för nya initiativ bland såväl huvudmän som professionella organisationer, för att förbättra vården vid ångestsyndrom.

Ytterligare en viktig aktör i tillämpningen av SBU:s resultat är de så kallade mottagarorganisationerna som landsting och kommuner nu bygger upp för att tillämpa evidensbaserad kunskap regionalt och lokalt. SBU avsätter också resurser för att stödja sådana initiativ.

Studiernas externa validitet

När forskningsresultat är kontroversiella, väcks ofta frågan om resultatens relevans och generaliserbarhet, deras externa validitet. Detta gäller för delar av SBU-rapporten om ångestsyndrom precis som i andra vetenskapliga sammanhang. Härvidlag är det alltid viktigt att komma ihåg skillnaden mellan efficacy (hur väl en åtgärd fungerar när den undersöks i en klinisk prövning) och effectiveness (hur väl åtgärden fungerar när den är i allmänt bruk inom sjukvården). I SBU-projektet om ångestsyndrom [1] gjordes en särskild värdering av den externa validiteten i varje studie, även när det gäller psykoterapistudierna. Denna

värdering har beaktats när slutsatserna har formulerats.

Bevisbördan vilar på den som påstår

En närliggande invändning är att vissa metoder, till exempel några psykoterapiformer, är så personberoende att deras effekter inte kan värderas i kontrollerade studier. Men bevisbördan när det gäller nyttan av en viss metod måste rimligen åläggas den som förespråkar metoden. Den som anser att sådana metoder ska användas trots att effekterna inte kan mätas i kontrollerade studier bör rimligen kunna tala om på vilket annat tillförlitligt sätt effekterna ska utvärderas. Ett exempel kan vara kvalitetsregister, något som fortfarande saknas på ångestområdet.

Ett nödvändigt men inte tillräckligt steg

Den stora SBU-rapporten om ångest-syndrom är en redovisning av det vetenskapliga kunskapsunderlaget – ett nödvändigt, men givetvis inte tillräckligt, steg mot evidensbaserad vård på detta område.

SBU-rapporten ger en karta över terrängen, och de efterföljande riktlinjerna kan ge en konkret vägbeskrivning. Men att känna till vägen är inte detsamma som att resa. Färden från dagens praxis till evidensbaserad praxis måste företas av de behandlare, patienter och andra som beslutar om vilken vård som erbjuds. Evidensbaserad vård skapas med utgångspunkt i kunskap, men de kloka orden måste också bli till handling. För detta krävs gemensamma krafter från många håll.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. SBU. Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2005. SBU-rapport nr 171/1+2. ISBN 91-87890-98-4 respektive 91-85413-05-4.
2. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
3. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:1-72.
4. Dahl A. »Ångest, ångest är min arvedel...«...och så lär det förbli – SBU-rapport när inte klinisk praxis. *Läkartidningen* 2005;102:XX-YY.

Apotekets förkylningsråd inte ogrundade

II Svar på Läkartidningens medicinska chefredaktör Josef Milerads inlägg om Apotekets naturläkemedel och kommentar om nikotinläkemedel (LT 45/2005, sidan 3279).

Apoteket har ett begränsat sortiment av godkända naturläkemedel, men har tillhandahållandeskylidighet för alla naturläkemedel på enskild kunds förfrågan. Naturläkemedel är godkända av Läkemedelsverket, som kontrollerar att naturläkemedel är verksamma för sitt ändamål. Apoteket har ingen anledning att överpröva Läkemedelsverkets bedömning av läkemedel, inklusive naturläkemedel.

Den studie som Läkartidningen refererar till avser en Echinacea-produkt som inte finns i Sverige, och som inte är identisk med de naturläkemedel som säljs av Apoteket.

Halverad förkylningstid

I en svensk dubbelblind, placebo-kontrollerad studie fick 120 patienter med begynnande luftvägsinfektion inta Echinagard-droppar (som säljs av Apoteket), med resultat att förkylningstiden halverades från 8 dagar i placebogruppen till 4 dagar i verum-gruppen [1]. Apotekets förkylningsråd är således inte ogrundade.

Nikotinläkemedel säljs idag enbart på apotek och rekommenderas inte av apotekspersonal till gravida. Det är just på grund av risker vid felanvändning som gör att nikotinläkemedel enligt vår uppfattning, även i framtiden endast borde få säljas på apotek. Apoteken erbjuder kompetent rådgivning vilken i kombination med nikotinläkemedel gör att fler lyckas sluta röka och förbli rökfria.

Rökningen och övrigt tobaksbruk är idag ett stort folkhälsoproblem. Därför tjänar vi alla på att samarbeta mot ett gemensamt mål, att hjälpa så många som möjligt som vill sluta röka och snusa.

Karin Ringqvist Mattsson

Carina Altsjö

båda är apotekare vid Apoteket AB

Referens

1. Hoheisel O, Sandberg M, Bertram S, Bulitta M, Schäfer M. Echinagard treatment shortens the course of the common cold: a double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Eur J Clin Res* 1997;9:261-9.

*

Ett svar från Josef Milerad återfinns i samband med en debattartikel i detta nummer, se sidan 3817.

En beskrivning av miljögiften kvicksilver som väcker frågor

II Efter att ha läst debattinläggen av Jesper Jerkert i Läkartidningen 37 och 41/2005 (sidorna 2581 respektive 2971) så skulle jag vilja inkomma med en stilla undran omkring några frågor.

Utredning

En är om Jerkert verkligen har satt sig in i utredningen »Dentala material och hälsa« (SOU 2003:53). Utredningen handlar mycket om vård och bemötande av patienter med amalgamproblematik och visar på att ett mycket stort antal patienter under ett flertal år bemötts i den allmänna sjukvården på ett sätt som uppenbart strider mot Socialstyrelsens regler för omhändertagande av de här patienterna. Bemötandet torde i stora delar kunna bedömas som oetiskt.

Kvicksilver i tandfyllningar

Men utredningen innehåller också ett vetenskapligt mycket tungt vägande kapitel om kvicksilver i tandfyllningsmaterial av professor Maths Berlin, vilket ger en synnerligen betydelsefull bakgrund för Socialstyrelsens inställning att

amalgam inte längre bör användas hos nya patienter.

Kvicksilver har också sedan många år – helt överensstämmande av alla miljömyndigheter – bedömts som ett synnerligen svårt miljögift, och amalgam hos tandläkarna får inte längre slängas i avloppet eller soporna utan måste omhändertas på särskilt sätt. Idag satsas stor möda och stora kostnader på att från avloppen få bort kvicksilver som härstammar från tandläkarmottagningarna, säkert även det av tunga skäl.

Amalgamenheten i Uppsala

Så min undran är ju vad Jerkert bygger sitt påstående på att amalgamenheten i Uppsala »dömts ut av all vetenskaplig expertis«. Vilken expertis då, var det verkligen »all« expertis? Påståendet stämmer uppenbarligen inte överens med den statliga utredningen SOU 2003:53. Att experter kan vara oeniga känner man väl till som erfaren läkare, och också att olika grupper kan ha olika ibland motsatta uppfattningar. Så varför redovisar inte Jerkert just den här utred-

ningen? Jerkerts ordval i debatten gör anspråk på allmängiltighet.

Personligen kan jag inte tro på att ett av våra svåraste miljögifter med automatik blir helt ofarligt bara det placeras i människors munnar.

Wilhelm Jülke
allmänläkare, Järna
wilhelmjulke@telia.com

Replik:

Amalgamenheten kritiserades av tungt vägande expertis

Wilhelm Jülke skriver att patienter med påstådda amalgamproblem har blivit illa bemötta, och att amalgamet utgör ett miljöproblem. Jag har inte skrivit om någotdera.

Jag har skrivit att politiker har givit riktade pengar till Amalgamenheten i Uppsala, trots att enheten har fått hård vetenskaplig kritik. Amalgamenheten har dömts ut av Socialstyrelsen, Vetenskapsrådet och SBU [1], liksom av en utredning tillsatt av medicinska fakulteten vid Uppsala universitet [2]. Dessutom har ledande personer bakom Amalgamenheten haft privata affärsintressen i verksamheten [3].

Socialstyrelsen, Vetenskapsrådet, Statens beredning för medicinsk utvärdering och Uppsala universitet kanske inte kvalificerar sig som »all« expertis, men en tungt vägande del av den.

Jesper Jerkert
universitetsadjunkt, Karolinska institutet,
Huddinge; ordförande i Föreningen
Vetenskap och Folkbildning
jerkert@kth.se

Referenser

- Jansson D. Regeringen ignorerade experter. Upsala Nya Tidning 2003-02-07. p. 5.
- Holmberg L, Edling C, Lundberg D, Fredriksson M, Wall S. Utvärdering av verksamheten vid Amalgamenheten, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Slutrapport från utvärderingsgruppen tillsatt av Medicinska Fakulteten, Uppsala Universitet, juli 2000.
- Jansson D. Pengar till omtvistad forskning. Upsala Nya Tidning 2003-02-06. p. 4.

Slopa begreppet »neuropsykiatri« inom barn- och ungdomspsykiatri

Jag läste med stort intresse Jörgen Malmquists och Christer Peterssons artikel »Psyket som försvann – eller Helhetsynen som plattade till patienten« i Läkartidningen 38/2005 (sidorna 2640-5). Underrubriker såsom »Psyiskt deformerat till neurologiskt«, »Stark medikaliseringstrend« och »Människan är ingen neurobiologisk ö« kan inte missförstås. Formuleringen i sammanfattningen »Vi ger exempel på hur psyket inom en sådan ram reduceras till neurobiologi, vilket skapar utrymme för avhumanisering och medikalisering« understryker författarnas ståndpunkt än tydligare.

Malmquist och Petersson tycks anse att det medicinskt biologiska synsättet blivit alltför dominerande, i varje fall inom den somatiska värden, och att de vill försöka åstadkomma ett bättre patientomhändertagande och bemötande/förståelse än vad som förekommer idag. Infallsvinkeln känns igen från psykiatri och framför allt barn- och ungdomspsykiatri där jag själv arbetar.

Motstånd mot förändring?

Inom psykiatri och kanske främst barn- och ungdomspsykiatri upplever jag att kritik som den refererade står för ett motstånd mot att förändra synsätt, ta till sig ny information och forskning och kanske erkänna att det vi tidigare arbetat efter och trott på nu visar sig inte riktigt hålla fullt ut! Att etiologislutsatser och behandlingsmetoder kanske till stor del bygger på ålderdomliga synsätt och teorier, sprungna ur tidevarv och kulturer då tänkare såsom Freud, Jung, Klein, Boscolo m fl dominerade föreläsningsscenerna runt om i Europa.

Främst paramedicinare, men även en del läkare, utbildade på 1960-, 1970- och 1980-talen, har svårast att ta till sig de nyare och mer moderna förklaringsmodellerna. Detta leder i sin tur till polarisering mellan äldre och yngre på en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, för att generalisera lite. Starkast spänning uppstår mellan dem som definierar uppväxt och familjeförhållanden som orsak till barnpsykiatriska tillstånd och dem som ser etiologin mer ur ett hereditets- och funktionshinderperspektiv.

Olika diagnostik och behandling

Diagnostik och behandling kan därmed komma att se helt olika ut beroende på vilken terapeut eller läkare som ett barn med familj träffar. Som exempel en påhittad metafor från somatiken: på en

barnmedicinsk klinik i stad A får ett barn med visslande väsende utandning diagnosen »Astma bronchiale« och på en annan klinik i stad B får barnet diagnosen »rökande föräldrar«. Att båda diagnoserna tillsammans ger en bättre helhetsförståelse av problemet och patienten i sin miljö torde framgå. Att behandlingen också blir bredare om man ser till flera perspektiv känns väl också rätt självklart.

Inom barn- och ungdomspsykiatri borde ett mer differentierat synsätt föra oss bort från den polarisering och animositet som så länge funnits. Istället borde ett bredare synsätt leda till utveckling, samförstånd och bättre patientomhändertagande.

Slopa begreppet neuropsykiatri

Som ett led i detta föreslår jag att begreppet »neuropsykiatri« (som innefattar framför allt ADHD samt autismspektrumstörningar) slopas inom barnpsykiatri. Möjligtvis kan begreppet behållas inom barnneurologi-barnhabiliteringen för att benämna tydligare och allvarigare hjärnskadeproblematik.

Ordet ger fel associationer och används av många för att sätta andra medarbetare i tränga, ofta mindre ansedda fack. För ett 20-tal år sedan var det kanske funktionellt att använda ett nytt ord för att belysa diagnostik- och funktionshindertänkande, men idag känns det förlegat. De barn-patienter som inryms under begreppet neuropsykiatri kan, så snart man definierat de direkta funktionshindren, också ha anknytningsstörning, relationsstörning, familjeproblematik, utvecklingsstörning, trotsyndrom, ångeststörning, depression, manodepressivitet, OCD, skolfobi m m.

Varför inte bara tala om barnpsykiatriska svårigheter, -störningar, -sjukdomar framöver och samtidigt hjälpas åt att definiera och behandla barn och familjer med dessa svårigheter?

Niklas Borell
överläkare, barn- och ungdomspsykiatri,
Mälarsjukhuset, Eskilstuna
Niklas.Borell@dll.se