

# Låt överskottet av läkemedelsannonserna i Läkartidningen gå till forskningsstiftelse

Finns det någon manipulation mellan text och placering av annonser i Läkartidningen? Någon förhandsinformation till industrin om texten? Det frågar Bengt Järhult, som anser att Läkarförbundets beroende av läkemedelsannonserna i Läkartidningen bör brytas och annonsöverskottet i stället gå till en stiftelse med uppgift att stödja långsiktig läkemedelsforskning.

Chefredaktör Jonas Hultkvist anser i debutnummer 1-2/2006 att ett ansiktslyft inte förändrar Läkartidningens inre karaktär. Det hoppas jag verkligen. Jag tar emellertid fasta på uppmaningarna att reagera och utgår från den nya slogan »Läkartidningen – utmanande saklig«. Vad krävs för att uppnå det målet? Jag vill diskutera tidningens relation till läkemedelsindustrin och den indirekta kopplingen som finns till Läkarförbundet. Det är en fråga som tillspetsats genom att tidningen knutits närmare förbundet.

## Läkartidningens annonser

Sakligheten och tänkandets utmaning är i första hand beroende av skribenternas pennor men också av urvalet av ämnen och inkommande manus. Samt vilka krav på förändringar och strykningar som ställs av redaktionen för att alls ta in en artikel.

Sakligheten påverkas också av förhållandet mellan text och annonser. Även den image en tidning eftersträvar och

den reella integritet som bör finnas mellan annonsörer och redaktion påverkas.

Enligt min åsikt är titelsidan i nr 1-2 inte bra för Läkartidningens trovärdighet. Att triptyken provats några gånger tidigare gör inte saken bättre. Det ligger så mycket symbolik i att som läsare vika ut flikarna och titta in i Läkartidningens själ. Man väntar att en helig gestalt uppenbarar tidningens innersta, men finner endast simpel reklam! Många icke-läkare har kontakt med tidningen. Det är inte bra för tidningen att redan i det yttre uppfattas som en annonsblaska. Kanske genererar det mycket pengar att överlämna titelsidan till bolagen men det är inte värt priset för den nedsatta trovärdigheten.

**Sambandet mellan annonser och text** är påfallande i nr 1-2. Är det en slump? Först en medicinsk kommentar, »Lägre LDL-kolesterol är bättre!« och en artikel på samma tema. Därefter en Lipitor-annons och en helsida »Kraftfull kolesterolsänkning genom dubbel hämning« = reklam för Ezetrol. Detta är ett uselt dokumenterat preparat som marknadsförs utifrån verkan på surrogatvariabler.

Riktigt otrevligt blir det på sidan 21, där en entusiastisk medicinsk kommentar har rubrik »Klopidogrel bör ges som standard«. På samma uppslag, vänsterhalvan, görs reklam för – just det, klopidogrel = Plavix! Detta genom åren kontroversiella preparat, som retat SBU och Kjell Asplund till skarpa inlägg. Sanofi-Aventis kan gnugga händerna!

**Finns det en uppgörelse** med Läkartidningen om att göra en koppling mellan titelsidans triptyk till annekteringen av vetenskaplig kommentarplats? Om det är avsiktligt tror jag att många frågar sig vart Läkartidningen är på väg. Om det är ett misstag – varför har ingen på tidningen reagerat? Således: Finns det någon manipulation i tidningen mellan text och placering av annonser? Någon förhandsinformation till industrin om texterna?

Skönhetsoperationens tillskyndare, Catarina Andersson Forsman och Eva Nilsson Bågenholm, skriver i ledaren i



Foto: Marita Arvidsson

Omslaget till Läkartidningen 1-2/2006.

nr 1-2, »Därför blir LT medlemstidning!«: »LT har under många år genererat anseende överskott, vilket inneburit inkomster för Läkarförbundet. Detta har i hög grad bidragit till Läkarförbundets verksamhet.«

Det låter ju oskyldigt. Men den principiella frågan utelämnas!

**Ett etiskt dilemma** är att annonsering starkt bidrar till felaktig läkemedelsanvändning och stigande samhällskostnader. Att Läkarförbundet, och därmed i förlängningen läkarnas fackliga aktivitet, lever gott på sådana annonsintäkter är inte särskilt smakligt. Särskilt provocativa är sådana förbundsinkomster som kommer från annonsering av direkt skadliga medel som hotar människors hälsa. Den ymniga annonseringen för COX-2-hämmare sedan år 2000 exemplifierar det, och inte minst Pfizers skandalösa annonskampanj i Läkartidningen hösten 2004 för Celebra. Den var ett rent trots mot Läkemedelsverket och EME-As vetenskapliga bedömningar.

Jag har i Dagens Medicin 45/2004 försökt att få Bågenholm att berätta hur

**Bågenholm borde förstå att läkarnas auktoritet i samhället skulle vinna på att bryta kopplingen; så att inte längre industrins pengar går rakt in i Läkarförbundets budget.**



**BENGT JÄRHULT**

distriktsläkare, Ryd och Öxnehaga vårdcentraler; Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping  
bengt\_jarhult@hotmail.com

många miljoner som överförts från läkemedelsbolagen till förbundet under en 25-årsperiod. Bågenholm gav inget svar i sin replik »Att ha annonser är inte samma sak som att ta mutor«. Det hade jag heller inte påstått.

Skillnaden pressetiskt mellan ägaren av en dagstidning – som har många olika annonsörer – och Läkarförbundet är emellertid att förbundet samtidigt är fackligt aktivt med ett stort inflytande på sjukvårdspolitiken. Att förbundet i sin ekonomi då i så hög grad blivit beroende av en bolagssektor som samtidigt är central part i vårdfrågor är inte bra.

**I nästan alla läkemedelspolitiska** frågor genom åren har Läkarförbundet ställt sig på industrins sida, och först när samhällsutvecklingen krävt det har förbundet krupit till korset. Det är t ex inte Läkarförbundet som varit spjutspets i att förändra relationen läkare-industri vad gäller utbildning och olika förmåner.

Genom sitt motstånd under årtionden till generisk förskrivning har förbundet bidragit till att nödvändiga reformer fördröjts och skattebetalarna åsamkats mångmiljardkostnader. Etc. Helt säkert hade läkarfacket agerat annorlunda och tagit andra hänsyn om inte läkemedelsbolagen gött förbundet.

**Enskilda läkare bör inte** stå i beroendeställning till läkemedelsbolag. Men är det bättre när ett helt fackförbund gör det? Bågenholm borde förstå att läkarnas auktoritet i samhället skulle vinna på att bryta kopplingen; så att inte längre industrins pengar går rakt in i Läkarförbundets budget. Det är inte småsummor! Under åren torde en kvarts miljard kronor ha förts över till förbundet från Läkartidningen, varav en stor del är intäkter från produktannonser.

#### Förslag

- Läkartidningen behåller överskottet av annonsintäkterna och låter dessa många miljoner gå in i en stiftelse.
- Stiftelsen stödjer långsiktig läkemedelsforskning, studier om effekt och biverkningar av den typ som uppmärksammades i Vioxx-skandalen och som kan finnas för en stor del av läkemedelsarsenalen.
- En gång om året vid ett festligt tillfälle, t ex när årets bästa artiklar i Läkartidningen koras, ikläder sig Jonas Hultkvist och Josef Milerad slängkappa och peruk och utdelar dessa forskningsanslag.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### Kommentar 1:

## Ett orealistiskt förslag

Bengt Järhult vill diskutera Läkartidningens relation till läkemedelsindustrin och indirekt kopplingen till Läkarförbundet. Att diskutera relationen är viktigt men vi håller inte med om Järhults mycket långtgående slutsatser att Läkarförbundet skulle ha hamnat i en beroendeställning till läkemedelsbolagen.

**Läkartidningen** har två sorters annonser, produkt- och platsannonser. För läkemedelsbolag är läkare en given målgrupp och Läkartidningen en naturlig annonsplats. Under senare år har både plats- och produktannonser minskat, och för Läkarförbundet är det angeläget att säkra tidningens finansiering även i



**EVA NILSSON BÅGENHOLM**  
ordförande, Sveriges läkarförbund  
eva.nilsson.bagenholm@slf.se



**CATARINA ANDERSSON FORSMAN**  
VD, Sveriges läkarförbund  
catarina.andersson.forsman@slf.se

framtiden. Det är en viktig anledning till att Läkartidningen numera är medlems-tidning.

Relationen mellan läkare och läkemedelsindustri är etiskt inte alldeles oproblematiske, och det är Läkarförbundet väl medvetet om. Läkarförbundet har gått i bräschen för att umgänget mellan läkarna och läkemedelsindustrin skall vara transparent, och Läkartidningen har infört jävsdeklarationer för sina artikel-författare.

**Historiskt** har Läkarförbundet haft betydande inkomster från Läkartidningen. Det har inneburit att Läkarförbundets medlemsavgifter tidigare endast delvis har finansierat vår verksamhet. Efter ett medvetet förändringsarbete under de senaste åren har detta förhållande ändrats, och numera är förbundets verksamhet finansierad till cirka 90 procent av medlemsavgifter, och resten är intäkter från fastigheter och finanser (inklusive intäkter från Läkartidningen).

Därmed torde de förslag som Järhult anför inte vara realistiska.

#### Kommentar 2:

## Ett olycksfall i arbetet

Nej, det finns ingen uppgörelse mellan läkemedelsbolagens annonsering och den redaktionella texten i Läkartidningen. Självfallet inte. Bengt Järhult har hittat ett exempel som är ett rent olycksfall i arbetet. Vi är i vanliga fall mycket noggranna med att placera annonser på ett sådant sätt att misstankar av den typen inte ska kunna uppstå, men i fallet annonsen för och texten om klopidogrel skedde alltså ett beklagligt misstag.

**Sedan är det en annan sak** att vi publicerar annonser för läkemedel som är godkända och inriktade på sjukdomstillstånd som vi skriver om i tidningen på olika sätt. Bengt Järhult anar en sammansvärjning – själv anser jag att det är lika naturligt att annonsera om läkeme-

del i en läkartidning som det är att annonsera om bilar i en bildtidning eller om möbler i en inredningstidning.

**Annonser är en viktig del** av intäkterna för Läkartidningen, har så varit i decennier och kommer att vara det i fortsättningen. Utformningen av dem utvärderar vi ständigt och man kan ha olika uppfattningar om vad som är bra och dåligt i det enskilda fallet. Men det är viktigt att slå fast att ingen kan köpa sig redaktionellt utrymme i Läkartidningen.



**JONAS HULTKVIST**  
chefredaktör, ansvarig utgivare,  
Läkartidningen  
jonas.hultkvist@lakartidningen.se

## Forskning – en obetald fritids-sysselsättning?

Långt efter det att sjuksköterskorna frigjort sig från sitt eget Florence Nightingale-koncept och dess anda av ständig uppoffring och självutplåning har vi läkare i vissa avseenden fortfarande inte kommit särskilt långt. Trots en modern arbetslagstiftning kräver arbetsgivaren, framför allt på universitetssjukhusen, att man ska ägna fritid åt forskningsarbete.

Att forska är naturligtvis för många oerhört stimulerande och givande, och både den enskilde och sjukhuset tjänar på det hela. Problemet är att de flesta förväntas forska inte bara på de särskilt tilldelade forskarmånaderna, utan även på jourkomptid och övrig fritid. På universitetssjukhusen är det dessutom ofta närmast ett krav att ha disputerat för att få en tjänst efter ST, vilket borde ställa än högre krav på arbetsgivaren.

**Men hur kul det än är** att hålla på med sitt forskningsprojekt, så anser jag att det är direkt felaktigt att på något sätt kunna kräva att man ska använda intjänad komptid och övrig fritid till detta. Avsikten med jourkompen är att ge möjlighet till vila och rekreation som kompensation för jourtjänstgöring på oftast obekvämt arbetstid.

Jag menar att om man ska kunna kräva att man forskar och producerar avhandling så ska även erforderlig tid ges för detta av arbetsgivaren. Om det nu är så att antalet forskarmånader inte räcker till, så är det kanske dags att diskutera om det verkligen är rimligt att kräva att precis alla på universitetssjukhusen ska disputerar. I annat fall måste man kanske reformera hela tilldelningsproceduren.

**Genom att acceptera** arbetsgivarens mer eller mindre uttalade krav i detta avseende, så cementerar man bara en uråldrig tradition av självuppoffring och karriärism, vilken av naturliga skäl också underblåses av de seniora kollegor som själva är en del av systemet.

Är det inte snart dags att vi också kastar av oss vårt eget Florence Nightingale-ok och istället anpassar oss till en syn på arbete och fritid som hör 2000-talet till?

**ST-läkare**  
Stockholm  
(Signaturens identitet  
är känd av redaktionen.)

## Läkarnas kunskaper om örtmediciner är vissna

Josef Milerad skriver i sin replik på min debattartikel i Läkartidningen 49/2005, sidorna 3816-20) att »Läkarkåren kan nog för lite om örtmediciner«. Jag delar den uppfattningen efter många års flitigt föreläsande för alla kategorier av vårdpersonal om naturläkemedel. Läkarna vet alldeles för lite för att ens kunna diskutera med sina patienter.

Det märks också på Milerads övriga kommentarer där han blandar ihop begreppen naturmedel och naturläkemedel, vilka enligt svensk läkemedelslagstiftning har olika definitioner och framförallt helt olika kontroll och kvalitetskrav. Läs gärna mer om detta på Läke-medelsverkets hemsida <www.mpa.se> eller i Läkemedelsbokens kapitel om naturläkemedel!

Han beskyller mig också för att vara omodern när jag (precis som författarna av Cochrane-rapporten!) menar att man inte kan generalisera om effekterna av olika Echinacea-preparat. Beroende på växtart och extraktionsprocess innehåller dessa preparat olika aktiva substanser, men Milerad vill jämföra med COX-2-hämmarna, som alla visade sig ha samma biverkningsprofil.

**Vad han borde ha jämfört** med är johannesörtpreparatens interaktionsbenägenhet. Den har nämligen i kontrollerade studier, som redovisats till Läkemedelsverket, visat sig variera mellan olika preparat från samma växtart, Hypericum perforatum, och detta har lett till

att myndigheten nu ställer olika märkningskrav på produkterna.

Josef Milerad tycker vi ska gräva ned stridsyxorna, men samtidigt svingar han en sådan när han tycker att läkarna ska fråga nutritionisterna om örtmediciner! Vet inte Josef Milerad att alla farmaceuter – apotekare såväl som receptarier – har en obligatorisk grundutbildning i farmakognosi, läran om läkemedel med naturligt ursprung? Fram till 1954 fanns det en professur i detta ämne på Karolinska institutet. Sedan den försvann har också kunskaperna om örtmedicinerna vissnat hos läkarkåren ...

**JAN G BRUHN**

farm dr i farmakognosi, Järfälla  
bruhn@inbio.se

## Replik: Stridsyxan är nedgrävd

Jag har grävt ned stridsyxan. Så i stället för att träta om vem som kan vad bäst – låt oss enas kring rekommendationer för vilka naturmedel, naturläkemedel och vilken mat som gagnar hälsan bäst. Och ge nutritionisterna en röst i dessa frågor.

**Josef Milerad**

docent, medicinsk chefredaktör  
josef.milerad@lakartidningen.se

## Nobelpris till den som förklarar varför bärare av Helicobacter inte får magsår

Medicinske chefredaktören Josef Milerad har i Läkartidningen 50/2005 (sidan 3855) skrivit en kommentar till 2005 års Nobelpris. Med viss entusiasm för aktuellt pris manar han där till självkritisk begrundan av psykosomatiska förklaringsmodeller till många sjukdomar med utgångspunkt i en överrepresentation av fynd av Helicobacter vid magsårssjukdom.

**Det vanliga vid de flesta** sjukdomstillstånd är att de somatiska perspektiven vrids och vänds närmast i det oändliga tills man lyckas hitta en statistiskt säker-

ställd men inte nödvändigtvis obligat förekommande kroppslig defekt, i dess minsta form en luddig mitochondrie. Håller inte detta, eller om det inte leder till en intressant behandlingsmetod (oftast påskyndad av industrin), låter man konklusionen utmynna i att det är något psykiskt, dvs kopplat till sociala, personlighetsmässiga, känslomässiga eller i slutändan psykiska faktorer.

Så har det i många decennier varit med magsårssjukdomen. Många erfarna kliniker, främst kloka, läkekonstbevandrade provinsialläkare, kan utan att känna skam för att man missat några svår-

fångade bakterier, evidensvittna om goda effekter på tillståndet genom råd om stresshantering (långt innan det ordet var känt) med åtföljande reduktion av konsumtionen av gräddor, bikarbonat, antikolinergika, histaminantagonister, protonpumpshämmare och allt annat som lindrat symtom.

**Milerad hävdar klokt, men kluvet**, att det är viktigt att vara på sin vakt mot en medikaliserings av normala kroppsupplevelser. Jag hävdar att 2005 års Nobelpris kan vara uttryck för en sådan farlig medikaliserings. Visst är förekomst av Helicobacter överrepresenterad vid mag-

sårssjukdom (80 procent), men en intressant del av befolkningen har Helicobacter utan sjukdom (40–50 procent bakteriebärare, av vilka 15–20 procent får magsår). Och enligt den s k Kalixandastudien [5] är frekvensen lägre nu än på 1990-talet. Håller bakterien (som för övrigt inte finns hos djur) på att försvinna spontant?

**Och nyckelfrågan**, där helhetsperspektivet fortfarande måste finnas med: Varför blir vissa individer infekterade och andra inte? Varför får vissa infekterade individer symtom medan andra bara är bärare? För ett kommande Nobelpris vore

det kanske minst lika intressant att belöna den som talar om varför immunförsvaret fungerar sämre hos de personer som sedan tidigare är identifierade som magsårstyper, oavsett Helicobacter, gärna med en biopsykosocial grundsyn på människan som odelbar (individ)!

**Ulf Sundequist**

medicinsk rådgivare, Human Performance, Karlstads universitet; ordförande Svensk förening för psykosomatisk medicin; ordförande Svenska Läkaresällskapet, sektion för medicinsk psykologi, undequist@comhem.se

## Finnålscytologi som komplement vid tyreoidautredning

Vid utredning av förstörd sköldkörtel ingår finnålscytologisk (fine-needle aspiration cytology, FNAC) undersökning som rutin, bland annat för uteslutande av malignitet. I Stockholm tillämpas, till stor del genom Torsten Löwhagens insatser, FNAC på vida indikationer vid diagnostik av även icke förstörd sköldkörtel.

**Allmän enighet råder** om autoimmunitet som dominerande orsak till de vanliga sköldkörtelproblemen. Överfunktion är lätt att definiera; motsatsen är däremot inte alldeles klar i konturerna. Med ut-

gångspunkt i biokemiska variabler är kriterierna för primär underfunktion högt TSH och låga värden för fT4 och fT3. Många patienter med klinisk misstänke om underfunktion har enbart förhöjt TSH, och de får då beteckningen »subklinisk hypotyreos«. Om värdena för såväl TSH som fT4/T3 ligger inom laboratoriets referensområde anses patienten biokemiskt eutyroid.

Autoimmunt angrepp på sköldkörteln leder till kronisk inflammation med karakteristiska cytomorfologiska förändringar. Dessa förändringar kan ofta påvisas med FNAC. Vi har under många år

som rutin inkluderat FNAC som tillägg till konventionella biokemiska och serologiska variabler vid utredning av misstänkt autoimmun sköldkörtelpåverkan [1].

Hos patienter med klinisk bild av underfunktion, där vedertagna biokemiska och serologiska analyser inte ger klart besked, ger enligt våra erfarenheter FNAC värdefulla ytterligare upplysningar avseende autoimmunitet. Här redovisas 21 konsekutiva patienter med klinisk underfunktion och klar morfologisk bild av autoimmun tyreoidit. Hos endast fyra av dessa översteg TSH laboratoriets övre gräns för referensområdet (3,5 mU/l; medianvärde för de 21: 2,4 mU/l). Värdena för fT3 och fT4 avvek inte i något av fallen från referensintervall. Vi studerar som rutin autoantikroppar mot TPO och tyreoglobulin; hos hälften av de 21 var ena eller båda antikropparna förhöjda.

**Vår slutsats** är att FNAC av sköldkörteln är ett värdefullt komplement till konventionella biokemiska och serologiska analyser vid utredning av autoimmun sköldkörtelsjukdom.

**Bo Wikland**

med dr, privatpraktiserande invärtesmedicinare, Läkarhuset Hötorgscity, Stockholm  
bo.wikland@comhem.se

**P O Sandberg**

med dr, avdelningen för patologi/cytologi, Medilab AB

## Utredningskö inom neuropsykiatri

Jag ser fram emot en livlig debatt kring de angelägna frågeställningar som Filipe Costa tar upp i sin artikel i Läkartidningen 3/2006 (sidorna 111-2).

Vår enhet, Neuropsykiatriska diagnosteamet, Psykiatriska kliniken sydväst, Stockholms läns landsting, arbetar sedan fem år tillbaka med utredningar och diagnostik för vuxna där utvecklingsrelaterade neuropsykiatriska störningar befaras. Till uppdraget hör bl a kunskapsförmedling till allmänpsykiatri inom vårt upptagningsområde, södra delen av Stockholms län.

Under de gångna fem åren har efterfrågan på insatser på intet sätt minskat, snarare tvärtom. Vår utredningskö överstiger vida den nationella vårdgarantins tidsgräns. En aktuell kartläggning inom det nationella ADHD-nätverket för yrkesverksamma på området visar att bilden är likartad runt om i landet.

Intresset för utvecklingsrelaterade störningar ökar påtagligt inom allmänpsykiatri. I det läget är det ytterst angeläget att läkare, psykologer, arbetsterapeuter m fl får tillfälle att skaffa sig de kunskaper som erfordras för att kunna identifiera målgrupperna, åtminstone genomföra basutredningar, samt efter det att patienterna har fått diagnoser (ofta flera då problematiken som regel är komplex), ta sig an den långsiktiga behandlingen i samverkan med habiliteringen och socialtjänsten.

Att skaffa sig erforderliga kunskaper inom det neuropsykiatriska området är minst lika krävande som exempelvis psykoterapiutbildningar!

**Sylvia Mellfeldt Milchert**

leg psykolog, specialist i neuropsykologi och handikappspsykologi  
sylvia.mellfeldt-milchert@sil.se

### REFERENS

1. Wikland B, Löwhagen T, Sandberg P O. Fine-needle aspiration cytology of the thyroid in chronic fatigue. Lancet 2001;357:956-7.