

Radikal förändring av sjukvårdens organisation nödvändig

I Läkartidningen 18/2005 (sidan 1453) vädrar Ulf Lindsjö, Folke Nilsson och Lars Thorén ånyo sin 35 år gamla negativa inställning till en strukturrationalisering av svensk sjukvård. I slutet av 1960-talet och början av 1970-talet ville Socialstyrelsen och dess dåvarande chef, Uppsalaprofessorn Bror Rexed, ge sjukvården en ny struktur med mindre inriktning på slutna vårdformer och framförallt en ny och radikal satsning på öppen vård och förebyggande hälsovård.

Som synbart resultat har vi idag i Sverige i det närmaste 300, oftast välfungerande, vårdcentraler, och en betydande kader av allmänläkare. Läkare och sjuksköterskor skulle enligt planerna i samarbete med AMS, försäkringskassa och andra samhällsrelaterade institutioner ta ett totalgrepp på ohälsa.

Som ledamot i den öppenvårdsutredning som föregick detta vet jag att avsikten var att prioritera förebyggande hälsovård och att ge läkare och sjuksköterskor tid och möjlighet att i samhället – skolor, kyrkor, klubbar och föreningar – verka för ökat hälsomedvetande. Men

utvecklingen blev ej som planerats, och vårdcentralernas läkare och sjuksköterskor fick aldrig vare sig utbildning eller resurser för en sådan verksamhet.

Flera faktorer bidrog säkert till detta, mest uppenbart var otvivelaktigt professionens och sjukhusägarnas/landstingens svala attityd, ofta dikterad av en önskan att också i fortsättningen prioritera alla sina sjukhus. Av ekonomiska skäl blev man dock med tiden tvingad till väsentliga inskränkningar i framförallt de mindre sjukhusens verksamhet, något som inte uppskattats av vare sig befolkning eller profession. En radikal förändring av sjukvårdens organisation, som nu diskuteras av Svegfors-utredningen, ter sig nu onekligen nödvändig.

En epidemi av kroniska sjukdomar drar fram över jorden, och sjukdomarna både ökar totalt sett och uppträder allt tidigare i åldrarna. Sverige utgör inget undantag. Om inte krafttag görs för att radikalt förändra denna utveckling kommer samhällets möjligheter att bistå alla med sjukvård att bli alltmer ansträngda och kanske till och med omöjliggöras.

Kroniska sjukdomar är i många avseenden besläktade. Ingen sådan sjukdom kommer som en blix från klar himmel. Personer med risk att utveckla kronisk sjukdom kan oftast identifieras långt innan sjukdomen är kliniskt manifest och förebyggande insatser sätts in. Radikala förebyggande insatser kan bespara både lidande och kostnader.

Svensk vård och omsorg är i behov av ett paradigmskifte från sjuk- till hälsovård och en åtföljande omfattande strukturrationalisering. Det är hoppfullt att denna gång Läkarförbundets, liksom Kommunförbundets, och sannolikt också Landstingsförbundets, främsta företrädare ställer sig positiva till en sådan utveckling.

Våra vårdcentraler utgör en fin resurs för framtida hälsoarbete. Men, dess befattningshavare måste ges utbildning och nödvändiga resurser.

Stig Bengmark

Honorary Visiting Professor, University College, Londons universitet, London
s.bengmark@ucl.ac.uk

Politikens roll i Ugandas framgångsrika aidsbekämpning

Med anledning av Lars Werkös artikel om HIV/aids i Uganda i LT 19/2006 (sidorna 1527-9), vill jag bidra med några synpunkter, som kanske kan belysa en del av orsakerna till att HIV-prevalensen minskat där. 1996–2002 arbetade jag i Uganda, omväxlande på hälsoministeriet och på landsbygden, där jag regelbundet besökte samtliga distrikt i landet.

En avgörande skillnad mellan aidskontrollprogrammet (NACP) i Uganda och liknande program i andra länder är att NACP i Uganda startade som ett politiskt program snarare än ett medicinskt. President Museveni tog själv initiativet. Kollegor från hälsoministeriet har berättat för mig hur Museveni själv startade programmet och hur han i början såg till att möten hölls varje vecka på hans eget kontor. Han var själv ordförande på mötena, där representanter för olika samhällssektorer deltog. Först när programmet var etablerat släppte Museveni kontrollen och programmet delades i ett tekniskt program under hälsoministeriet och i en tvärssektoriell »AIDS

Control Commission«, också den den första i sitt slag i världen.

Detta innebar dels att landets högsta politiska ledning inte bara var övertygad om att aids var en fråga av hög politisk dignitet; presidenten *startade* själv programmet, såg till att det fungerade och att det inte blev ett isolerat medicinskt program (som t ex malariaprogrammet) på hälsoministeriet. I och med att aids blev en politisk fråga fick man resurser. Politiker på alla nivåer tvingades sätta sig in i frågorna och agera.

Det blev också en öppen debatt om aids, något som är ett problem i många länder i Afrika. Det senare har säkerligen haft stor betydelse för att nå ut med sexualundervisning till ungdomar, något som skedde i stor omfattning, inte minst genom tidningar och radio, och som under min tid i Uganda var ganska fri från religiösa övertoner.

Jag tror att det är svårt att förklara den nedgång av HIV-prevalensen som man sett i Uganda om man inte tar med denna bakgrund. Det är nog svårt att under-

skatta betydelsen av att »politiserat« hälsofrågor. För oss som arbetade på hälsoministeriet var skillnaden gentemot andra »vertikala« hälsoprogram, t ex malaria och mödrahälsovård, enorm. Detta hade naturligtvis en avgörande effekt på hur framgångsrika programmen var.

Vad gäller USAs insatser på HIV/aidsområdet i Uganda var de då begränsade till några få områden, framför allt »VCT« (Voluntary Counselling and Testing, dvs HIV-testning och rådgivning) och vaccinförsök. Framgångarna för aidskontrollprogrammet i Uganda kom innan USA spelade någon nämnvärd roll. Däremot tror jag att en stor del av framgångarna berodde på att landets egna politiker då drev en framsynt politik i frågan.

Anders Jeppsson

läkare, chefsrådgivare,
Ministry of Health,
Dar-es-Salaam,
Tanzania
anders@hspstz.org

Cervixcancerprevention – uppnådda framgångar måste överträffas

Peter Bistoletti visar i sin medicinska kommentar, »Cervixcancer kan förhindras«, i Läkartidningen 18/2006, (sidan 1402) på intressanta möjligheter med ny teknologi, men det återstår flera problem att lösa innan man kan ändra strategi.

En strategi för befolkningsprevention måste vara ytterst väl genomtänkt, långsiktigt genomförd och utvärderas kontinuerligt. Det svenska cervixscreening-programmet är så pass effektivt att det blir en utmaning att överträffa. Den nuvarande verksamheten utvärderas i ett pågående projekt, och det visar sig att bara en liten del av de förebyggbara fallen kan skyllas på bristande sensitivitet i primärscreeningsmetoden. De som deltar regelbundet är mycket väl skyddade.

Utmaningen är fortfarande att nå alla med de förebyggande åtgärderna, och det gäller oavsett teknik och metod. Här har Bistoletti helt rätt i att det måste ske under planerade, samordnade former med gemensam finansiering. Dagens organisation, med flera nivåer i varje landsting, innebär sannolikt alltför små enheter för effektiv utveckling av arbetet. I Norge fick man inte ordning på sin

cervixcancerprevention förrän den organiserades, och nu bedrivs den i ett nationellt program. Norge har däremot inte HPV-test i primär screening och har inga planer på det.

Överbehandling av lätta cellförändringar hos unga kvinnor är ett problem, men det löses inte med HPV-testning som primär metod, eftersom tiotals procent av alla under trettio är infekterade. Det är inte mindre bekymmersamt att få besked om att man har en infektion av ett onkogent, sexuellt överfört virus än att få besked om att man har en cellförändring. HPV-testning har en hög sensitivitet, men på bekostnad av specificiteten – en stor svaghet i ett screeningtest som Peter Bistoletti förbiser att nämna.

Han föreslår att man löser problemet genom att upphöra med all screening under trettiofem års ålder och i stället börja med HPV-testning av de äldre. Det skulle innebära att man ger upp de yngre kvinnorna i fertil ålder, som i Sverige är minst lika väl skyddade av cellprovtagningen som de äldre. Incidensen har under åren inte sjunkit lika mycket där som hos de äldre, men allt talar för att den skulle ha ökat kraftigt utan scree-

ning. Screeningen med cellprov medför också att de flesta cancerfall hos yngre kvinnor fångas i mikroinvasivt stadium och kan behandlas med bevarande av fertiliteten. Screeningen skyddar även väl mot avancerade adenokarcinom.

Vaccination öppnar nya möjligheter. SFOG har tillsammans med Smittskyddsinstitutet kallat till en konferens om vaccination mot cervixcancer den 16–17 maj med inblandade myndigheter, forskare och kliniker för att diskutera hur den nya teknologin skall kunna göra cervixcancerpreventionen ännu effektivare. Det kommer att kräva ett ökat samhällsengagemang med samordning av screening och vaccination under årtionden.

Bengt Andrae
ordförande
bengt.andrae@lg.se

Björn Strander
sekreterare;
arbets- och referensgruppen för
Cervixcancerprevention (C-ARG)
inom Svensk förening för obstetrik
och gynekologi (SFOG)

Replik:

Bråttom bestämma vem som ska finansiera HPV-test

Det är inte acceptabelt att årligen omkring 450 kvinnor insjuknar i invasiv cervixcancer och att ingen signifikant förändring av incidens och dödlighet har kunnat observeras under de senaste 10–15 åren trots intensiva insatser från samhället.

Problemen är cellprovets relativ låga testkänslighet och den regionalt låga deltagarfrekvensen. I Skåne kommer till exempel enbart hälften av alla kvinnor i screeningsålder till cellprovtagning. Även startåldern för cellprovscreening är för låg. Den bör höjas till 25 eller 30 års ålder som i Finland och Holland eftersom risken för skador på grund av överbehandling är stora. Två landsting har höjt startålder för cellprovscreening till 25 år, medan de flesta landsting kallar från 23 års ålder, vilket skapar en geografiskt ojämlik sjukvård.

Alla är därför väl överens om behovet av att förbättra det svenska cervixscreeningprogrammet. Bättre uppföljning

och hälsoekonomisk utvärdering av screeningprogrammet bör ha högsta prioritet liksom integrationen av de nya teknologierna såsom HPV-testning och HPV-vaccination i ett framtida preventionsprogram.

Inom vissa kliniska områden skulle HPV-test kunna införas redan nu. Exempel för uppföljning av behandling av cervixcancerförstadier och som HPV-självtest. Primärscreening med HPV-test hos kvinnor efter 30 års ålder bör prövas i randomiserade policystudier antingen som komplement eller som ersättning för cellprovscreening. Ett annat givet område för användning av HPV-test kommer att vara kontroll av vaccinationens effekt efter profylaktisk vaccination mot HPV. Värdet av HPV-test vid utredning av lätta cellförändringar kan däremot diskuteras.

Debatten kring den framtida cervixcancerpreventionen måste föras offentligt.

Avvikande, ja till och med kontroversiella åsikter bör inte bara accepteras utan uppmuntras. Det behövs en mångfasetterad debatt som allmänheten, politikerna och professionen bör kunna följa och delta i. För politikerna är det bråttom att bestämma sig vem som skall finansiera HPV-test och vaccination: kvinnan själv eller skattebetalaren.

Efterfrågan på HPV-test och HPV-vaccination kommer nämligen att öka när profylaktisk HPV-vaccination har godkänts av Food and Drug Administration i USA. Politikerna och sjukvårdsbyråkraterna bör också tänka på att i den framtida sjukvården kommer antalet beslut fattade av dem att minska medan antalet beslut fattade av patienten kommer att öka.

Peter Bistoletti
specialistläkare,
docent i obstetrik och gynekologi,
Nacka närsjukhus, Proxima AB.
peterbistoletti@yahoo.com

Endovaskulär behandling är visst bättre än öppen kirurgi för många patienter med bukaortaaneurysm

Läkartidningens medicinska kommentar belyste nyligen endovaskulär operation av bukaortaaneurysm (EVAR) [1]. Författarna ger intryck av att tekniken saknar fördelar jämfört med öppen kirurgi för flertalet patienter. Till skillnad från Rabbe Takolander och Peter Konrad tycker vi att det är roligt att konstatera att EVAR är både mindre traumatiskt och tryggare än öppen operation. Detta är enligt vår mening visat i två randomiserade studier med nivå 1-evidens, nämligen den engelska EVAR 1 [2] och holländska DREAM trial [3].

EVAR 1-studien, som refererades i Läkartidningen, visar att 30-dagars mortaliteten var 1,7 procent efter endovaskulär och 4,7 procent efter öppen operation av bukaortaaneurysm ($p < 0,009$). Dödligheten har med andra ord reducerats med nästan 2/3. Skillnaden i aneurysmrelaterad mortalitet kvarstod under studiens fyraåriga uppföljningstid. Dessa fina resultat uppnåddes trots att medverkande centrum hade relativt begränsad endovaskulär verksamhet med i genomsnitt ca tio EVAR per år!

Endast 37 procent av patienterna uteslöts ur EVAR 1-studien på grund av olämplig anatomi. S k endoläckage (fortsatt perfusion av aneurysmet) påvisades visserligen hos 23 procent av patienterna efter EVAR men krävde oftast ingen behandling. När åtgärd är indicerad kan de flesta endoläckage åtgärdas endovaskulärt, dvs perkutant i lokalbedövning. Reinterventionerna efter öppen aneurysmoperation bestod däremot till 89 procent (32/36) av öppna kirurgiska ingrepp, och allvarliga komplikationer såsom dialyskrävande njursvikt var dubbelt så vanliga. Frekvensen av postoperativa reinterventioner var snarlika i båda grupperna (7 respektive 6 procent).

Kostnaderna för den endovaskulära behandlingen var visserligen något högre, men ligger redan i studien på ungefär samma nivå som för öppen operation (10 819 respektive 9 204 euro). Detta trots att medelvärdtiden efter EVAR var exceptionellt lång, nämligen 10 dagar. Vårdtiden efter EVAR är numera hälften så lång och intensivvård behövs sällan, ett perspektiv som gör den nya tekniken kostnadseffektiv redan idag. Ytterligare en faktor som talar för endo-

vaskulär behandling ekonomiskt är att merparten av kostnaden utgörs av själva kärilprotesen (stentgraften) där prisfall förväntas i analogi med vad som varit fallet för andra stentar.

Omkostnaderna i efterföljandet till endovaskulär behandling utgjordes i EVAR 1-studien till stor del av röntgenkontroller. Täta kontroller är numera sällan motiverade på grund av dagens goda behandlingsresultat. Det är riktigt att långtidsresultat efter EVAR saknas ännu och är angelägna, men studiens fyraåriga uppföljning ger viktig information om denna patientgrupp vars medelålder var 74 år.

Sammanfattningsvis kan miniinvasiv endovaskulär behandling erbjudas en stor andel av våra bukaortaaneurysmpatienter på goda grunder, inkluderande bl a EVAR 1-studien med lägre sjukdomsrelaterad mortalitet än vid traditionell, transabdominell kirurgi.

Martin Malina

docent, överläkare, kärilkirurgiska sektionen, kärilkliniken samt endovaskulära sektionen, diagnostiskt centrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
martin.malina@med.lu.se

Linus Blohmé

överläkare, kärilkirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset

Replik:

EVAR-behandling ett stort framsteg men fakta skall inte övertolkas

Vi har med spänning tagit del av inlägget som är författat av representanter för landets endovaskulära etablissemang. I själva verket hade vi hoppats på ett genmäle angående EVAR 1 och EVAR 2.

Rent principiellt är det värt att konstatera att två regelrätt utförda randomiserade studier med nivå 1-evidens kan tolkas på flera olika sätt. På det välrenommerade senaste Charing Cross-mötet kallades fenomenet »cherry picking«. Med andra ord kan lämpliga och passande delar av en undersökning extraheras och framföras som sanning. Ett exempel på detta är mortalitetssiffrorna efter fyra års uppföljning mellan endovaskulära och opererade patienter där skillna-

Mårten Falkenberg
med dr, överläkare, kärilkirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Krassi Ivancev
professor, endovaskulära sektionen, diagnostiskt centrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Thomas Larzon
överläkare, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro

Tim Resch
med dr, avdelningsläkare

Björn Sonesson
docent, överläkare; båda vid kärilkirurgiska sektionen, kärilkliniken samt endovaskulära sektionen, diagnostiskt centrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

REFERENSER

1. Takolander R, Konrad P. Endovaskulär teknik vid aortaaneurysm. Resultat av två randomiserade studier. Läkartidningen 2006;103:910-1.
2. EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomised controlled trial. Lancet 2005;365:2179-86.
3. Blankensteijn JD, de Jong SE, Prinssen M, van der Ham AC, Buth J, van Sterkenburg SM, et al; Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management (DREAM) Trial Group. Two-year outcomes after conventional or endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med 2005;352:2398-405.

derna i EVAR 1 bevisligen inte varit statistiskt signifikanta [1], i motsats till vad inläggets författare hävdar.

Eftersom även DREAM-studien nämns (som det inte ingick i vår uppgift att referera) kan det vara på sin plats att påpeka att den inte var avsedd att utvärdera resultaten på lång sikt och inte heller har den statistiska kraften att göra det [2].

De av oss refererade studierna har varit efterlängtade efter några år av explosiv utveckling av endovaskulär verksamhet. För oss som verkligen tror på metoden (på Södersjukhuset utförs cirka 40 EVAR-ingrepp om året, hälften av alla behandlade aortaaneurysm) innebar

därför resultaten trots allt en viss besvikelse.

Detta överensstämmer också med den allmänna synen som återgivits på det tidigare nämnda Charing Cross-mötet där auktoriteter inom den endovaskulära verksamheten argumenterat kring dessa två studier. I en avslutande omröstning bland de cirka 1 500 kärkirurgererna och endovaskulära interventionalisterna gav 55 procent uttryck för en viss försiktighet för överdriven optimism för EVAR-behandling.

En ytterligare överraskning i studien är livskvalitetsundersökningen där man hade förväntat sig en större glädje för patienten med en enkel och smärtfri lösning för ett livshotande tillstånd. Att vara bunden till sin sjukdom med årliga kontroller bidrar säkerligen till detta faktum.

Kostnadsaspekterna är högst väsentliga, och beträffande dessa kan vi referera till

Kostnadsproblematiken går inte att avfärda med antaganden om framtida prissänkningar på stentgraft. I själva verket är ett motsatt scenario möjligt (...)

Jack Cronenwett. I sin kommentar till EVAR I påpekade han angående den 3-procentiga skillnaden i mortalitet efter fyra års uppföljning (som inte är signifikant) att denna skillnad fordrade en ökning av de kumulativa sjukhuskostnaderna med 33 procent utan att man fick motsvarande fördel i livskvalitet [3]. De ökade kostnaderna beror naturligtvis till en del på de efterundersökningar som krävs efter EVAR. I dagens läge kan det inte betraktas som etiskt oantastligt att lämna en EVAR-patient utan uppföljning.

Kostnadsproblematiken går inte att avfärda med antaganden om framtida prissänkningar på stentgraft. I själva verket är ett motsatt scenario möjligt, nu när vi åtar oss att stentgraftbehandla mera/flera komplicerade aneurysm med ofta specialtillverkade grafter, vilkas kostnader inte haft någon tendens att sjunka.

Även vår bestämda uppfattning är att

en EVAR-behandling är ett stort framsteg för den aktuella patientgruppen. Vi önskar se en vidareutveckling av metoden, men vi tror inte det är till nytta för EVAR-tekniken att övertolka vissa fakta. För det är just fakta vi har refererat, och vi vill understryka att vi värjt oss för journalistiskt inflytande.

Rabbe Takolander
docent, överläkare

rabbe.tokolander@sodersjukhuset.se

Peter Konrad
docent, överläkare;

båda vid kirurgkliniken,
Södersjukhuset, Stockholm

REFERENSER

1. Earnshaw JJ, Murie JA. Mid-term results of endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* 2005;92:925-7.
2. Lederle FA. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm – Round two. *N Engl J Med* 2005;352:2443-5.
3. Cronenwett JL. Endovascular aneurysm repair: important mid-term results. *Lancet* 2005;365:2156-8.

Grönare sjukvård målet för konferens i Stockholm

Sjukvårdens lokaler och verksamheter har en betydande miljöpåverkan och medverkar till att förstöra jordens naturliga ekosystem. Förorenad natur innebär också fara för människors hälsa. Den 29–31 maj äger CleanMed Europe rum i Stockholm. Konferensens teman är bland andra kemikalier, grönt byggande, miljöledning samt läkemedel och miljö. Arrangörer är Health Care Without Harm (HCWH), Stockholms läns landsting och Apoteket AB.

I Bhopal, Indien träffar jag Gary Cohen, en av initiativtagarna till HCWH och nu dess VD. Vi ses på Sambhavna, den klinik som erbjuder sjukvård åt dem som skadades 1984 då 43 ton metylisocyanat och andra giftiga gaser läckte ut från Union Carbides fabrik. 500 000 människor exponerades och minst 8 000 avled. Mellan 100 000 och 200 000 har permanenta skador.

HCWH bildades 1996 då den nya kunskapen blev känd om kemikaliers påverkan på foster och dioxiners hormonliknande effekter. Sjukvården med sina förbränningsugnar stod för stora dioxinutsläpp. Nyfödda barn fick ftalater di-

rekt in i blodbanan via infusionsaggregaten.

Förhoppningen var att utbildning av sjukvården skulle leda till förändringar. Organisationen har rönt stora framgångar. Den hippokratiska eden och försiktighetsprincipen har segrat över motståndet från producenterna.

I USA har 4 000 sjukhusanslutna förbränningsugnar stängts. PVC-plast och kvicksilver fasas ut allteftersom företagen ser sig tvingade att erbjuda bättre alternativ. Miljövänliga rengöringskemikalier används. Många sjukhus har övergått till nyttig och ekologisk mat. Återanvändning av sjukvårdens datorer har påbörjats. »Den gröna guiden för sjukvården« är den första regelboken för grönt och hälsofrämjande byggande. Nästa område blir läkemedel och miljö.

Läkarna har varit den svåraste yrkesgruppen att engagera. Läkarna som



Gary Cohen

grupp har dålig kunskap om sambanden mellan hälsa och miljö.

Organisationen har motarbetats av både industrin och myndigheterna. Gary Cohen talar om sin syn på kontrasten mellan USA, där regeringen skyddar den kemiska industrin, och Sverige där regeringen skyddar människors hälsa. I USA är den officiella inställningen »Hur mycket exponering kan vi klara av?« I Sverige frågar sig myndigheterna i stället »Hur mycket exponering kan vi undvika?«

Gary använder uttrycket »shocking« om hur miljöarbete bedrivs i Sverige, som han tycker är som ett Shangri-la jämfört med USA.

För Gary är Bhopal symbolen för kampen för miljö och jämlik hälsa. Bhopalkatastrofen är den kemiska industrins Hiroshima. Vad som ändå väcker hopp är att människor inte har gett upp.

Läs hela intervjun på Läkare för Miljöns webbplats <www.dnsy.se/lfm>.

Ingrid Eckerman
Läkare för Miljön,
Skarpnäck
ingrid@eckerman.nu

Det rätta namnet är eksem!

World Allergy Organization (WAO) och European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) föreslår nya allergidefinitioner. Man vill ersätta begreppet eksem med dermatit. Eksem skall få finnas kvar som en sammanhållande beteckning för »Besniers prurigo, barneksem, atopisk dermatit/eksem« [1].

En patient som kommer till min mottagning med händer som är röda, svullna, spruckna och som har förgrovad, kliande, fjällande hud har handeksem. En patient med rödfnasig hud i ögonbrynen, kring näsvingar och kanske även i skäggbotten har seborréeksem. Ett barn eller en ungdom med kliande utslag i böjveckan har ett atopiskt eksem.

Jag har svårt att acceptera att en grupp allergologer och en hudläkare med huvudintresse atopi skall få avskaffa begreppet »eksem« och ersätta det med »dermatit«. Yrkesdermatologer och andra hudläkare borde ha blivit rådfrågade. Eksem är ett bra ord. Det har gammal svensk hävd.

Replik:

Terminologi i förändring

Vi tackar Torkel Fischer för kommentaren. Nomenklaturförslaget har utarbetats av två internationella arbetsgrupper med flera specialiteter representerade [1, 2]. Bl a medverkade dermatologerna Carla Bruijnzeel-Koomen, Thomas Bieber, Peter Friedmann, Johannes Ring och Hywell Williams.

Efter flera års diskussioner med hänsynstagande och kompromissande blev arbetsgruppens förslag beträffande dermatit/eksem det som vi redovisat och som vi velat delge LTs läsare. En internationellt gemensam nomenklatur är avgö-

Det finns enligt min mening ingen anledning att vi i Sverige följer den föreslagna globala nomenklaturen för allergi och slopar vårt väl inarbetade ord eksem. Det är bra att behålla beteckningen eksem för »Besniers prurigo, barneksem, atopisk dermatit/eksem«, men dåligt att utesluta övriga eksem.

Jag förstår arbetsgruppens oro för att vi övriga hudläkare skall finna det opåkallat och olyckligt att byta ordet eksem till dermatit. Internationell samstämmighet i nomenklatur kräver inte denna förändring. På svenska heter det eksem.

Torkel Fischer

professor em yrkesdermatologi,
Herräng
torkel.fischer@ali.se

REFERENS

1. Johansson SGO, Cardell LO, Foucard T, Montan P, Odebäck P, Palmqvist M, et al. Reviderad, global nomenklatur för allergi. Entydiga termer skapar klarhet och undanröjer missförstånd. Läkartidningen 2006;103:379-83.

rande för god kommunikation och förståelse, inte bara mellan länder och språkgrupper, utan också mellan läkare, forskare, patienter, politiker och nyhetsmedier.

Carl-Fredrik Wahlgren

docent, överläkare, hudkliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna
Carl-Fredrik.Wahlgren@ki.se

SGO Johansson

professor, överläkare,
avdelningen för klinisk immunologi
och transfusionsmedicin,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna
S.G.O.Johansson@ki.se

REFERENSER

1. Johansson SGO, O'B Hourihane J, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, ET AL. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy 2001;56:813-24.
2. Johansson SGO, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. J Allergy Clin Immunol 2004;113:832-6.

Fler inlägg på webben

■ Vad kom ni fram till om kärnkraften?
Johan Fischer

Replik: Kärnkraften som ensamt alternativ kan inte ersätta oljan
Tryggve Årman, Gösta Alfvén, Ingrid Eckerman

Förtydligande från SBU om alternativmedicin

I Thomas Flodins debattartikel i LT 18/2006 (sidorna 1452-3) hänvisas till en SBU-rapport som skulle kommentera nyttan av komplementärmedicinska metoder i allmänhet. Det kanske kan vara på sin plats med ett förtydligande.

Nyttan av komplementärmedicinska metoder granskas av SBU på samma sätt som övriga metoder – med fokus på ett specifikt ämnesområde. Exempelvis har det aktuella SBU-projektet om långvarig smärta granskat en rad alternativa eller komplementära metoder.

SBU har således inte publicerat någon rapport som på ett övergripande sätt belyser värdet av sådana metoder, oavsett indikation.

Nina Rehnqvist
direktör, SBU

Sluta klanka på privatanställd vårdpersonal

Det är onyanserat att, som Anita Werner gör i Läkartidningen 18/2006 (sidan 1456) antyda att privatanställd vårdpersonal inte anmäler avvikelser. Det är allmänt accepterat att det är ledningens engagemang och attityd i patientsäkerhetsarbetet snarare än ägandeformen som styr hur aktivt en enhet arbetar med avvikelser.

Sluta klanka på privat anställd vårdpersonal! Jag är övertygad om att många privata vårdgivare har en patientsäkerhetskultur och ett engagemang som är minst lika stort som det hos offentliga vårdgivare.

Björn Zackrisson

medicinsk chef,
Capio Sjukvård Norden
bjorn.zackrisson@capio.se