

## Rapport om rekryteringsläget kommer snart

Lars Hetta efterlyser i Läkartidningen 38/2006 (sidan 2764) en landsomfattande analys av rekryteringsläget för alla specialiteter.

Socialstyrelsen har ett löpande regeringsuppdrag att analysera tillgången och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Arbetet bedrivs inom ramen för nationella planeringsstödet, NPS, främst genom årlig publicering av arbetsmarknadsstatistik samt en årsrapport som publiceras i januari varje år. Både Läkarförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting deltar aktivt i planeringsstödet referensgrupp.

Socialstyrelsen kommer inom de närmaste veckorna att publicera en ny statistikpublikation som redovisar tillgången inom varje läkarspecialitet. Denna publikation kan förhoppningsvis ligga till grund för fortsatt diskussion om tillgången och efterfrågan på olika specialiteter.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är det varje landsting som svarar för att specialistutbildning bedrivs i sådan omfattning att den motsvarar den framtida efterfrågan på specialister. NPS kan genom god statistik och kunskap vara ett stöd för landstingen i detta arbete och lyfta fram nationella problem för diskussion. Ett flertal landsting har under de senaste åren utvecklat sitt arbete med att analysera den framtida tillgången och efterfrågan på specialistläkare och försöker på olika sätt att locka yngre läkare till specialiteter med rekryteringsvårigheter.

Lars Hetta och alla andra intresserade är välkomna att ta del av vår statistik på <www.socialstyrelsen.se/NPS>.

Johan Frisack

johan.frisack@socialstyrelsen.se

Maria Christiernin

utredare, nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen

**Rättelse.** En rubrik i Läkartidningen 38/2006 (sidan 2764), »Abortextremist i läkarförpackning«, fick en olycklig utformning. Vi ber den utpekade Tomas Seidal om ursäkt.

Jan Lind, debattredaktör

## Kolhydratsnål kost minskar behovet av statinbehandling

Det är statiner som gäller vid kardiovaskulär prevention av typ 2-diabetes, skriver Peter Båvenholm och medförfattare i Läkartidningen 35/2006 (sidorna 2462-6). Har de inte observerat de många lovande resultaten av att reducera födas innehåll av kolhydrater hos diabetespatienter? Minst ett halvt dusin kliniska studier har visat att en kost med mindre än 20–25 procent kolhydrater ger större viktminskning än den diet som diabetikerna rekommenderats under senare år, åtminstone på kort sikt (3 månader till 1 år). Dessutom förbättras insulinresistensen, HbA<sub>1c</sub> går ner och behovet av den antidiabetiska medicinerings minskar.

**Lågkolhydratdieten innehåller betydligt mer fett än standardkosten, men har trots detta inga negativa effekter på blodets lipider; tvärtom sågs i samtliga studier en kraftig minskning av triglyceriderna och i vissa studier en ökning av HDL-kolesterol. I motsats till statinerna, som gynnar blott några få procent av de behandlade, ses den gynnsamma effekten av att reducera kostens innehåll av kolhydrater hos den stora majoriteten av de behandlade [1].**

**Att ordinera statiner till diabetiker förefaller dessutom äventyrligt med tanke på att statinbehandling ökar risken för perifer neuropati, mer ju längre behandlingen pågår [2]. Således fann Gaist och medarbetare [2] att riskkvoten för att utveckla idiopatisk perifer neuropati hos patienter som behandlats längre än 2 år med statiner var 26,4 (17,8–45,4).**

### Replik:

## Statinbehandling kan rekommenderas till högriskindivider utan kända kontraindikationer

I sin replik till vår artikel [1] ifrågasätter Uffe Ravnskov statinbehandling som kardiovaskulär prevention vid typ 2-diabetes. Den kliniska nyttan saknas i det närmaste helt och hållet och risken för allvarliga biverkningar är hög, enligt Ravnskov. Ravnskov inleder med att berätta att kostens sammansättning har betydelse för viktkontrollen och lipid- och glukospro-

Och detta gällde alla patienter; för diabetespatienter torde risken vara betydligt större.

**Dessutom är risken för andra biverkningar med all sannolikhet undervärderad [3]. En forskargrupp utan bindningar till läkemedelsindustrin fann att endast 6 av 22 professionella idrottsmän tolererade statinbehandling [4]. Andra oberoende forskare fann att samtliga bland 50 statinbehandlade hjärtpatienter klagade över symtom som kunde misstänkas bero på denna behandling; bland annat var myalgia ett symtom hos 32 och perifer neuropati konstaterades hos fem [5].**

Uffe Ravnskov

docent, Lund

ravnskov@tele2.se

### REFERENSER

1. Arora SK, McFarlane SI. The case for low carbohydrate diets in diabetes management. *Nutr Metab* 2005;2:16-24.
2. Gaist D, Jeppesen U, Andersen M, Garcia Rodriguez LA, Hallas J, Sindrup SH. Statins and risk of polyneuropathy: a case-control study. *Neurology* 2002;58:1333-7.
3. Ravnskov U, Rosch PJ, Sutter MC, Houston MC. Should we lower cholesterol as much as possible? *BMJ* 2006;332:1330-2.
4. Sinzinger H, O'Grady J. Professional athletes suffering from familial hypercholesterolaemia rarely tolerate statin treatment because of muscular problems. *Br J Clin Pharmacol* 2004;57:525-8.
5. Langsjoen PH, Langsjoen JO, Langsjoen AM, Lucas LA. Treatment of statin adverse effects with supplemental Coenzyme Q10 and statin drug discontinuation. *BioFactors* 2005;25:147-52.

filen i blodet. Av speciellt intresse tycks den nu omdebatterade s k Atkinsdieten (extremt kolhydratfattig) vara. Utan att gå in i en diskussion om vilken typ av diet som bäst lämpar sig vid typ 2-diabetes, anser vi självklart att ett minskat kaloriintag, ökad motion och rökstopp skall utgöra hörnstenarna vid behandlingen av individer med diabetes. Det finns inget motsatsförhållande mellan

dessa rekommendationer och statinbehandling vid typ 2-diabetes; Ravnskov slår här in öppna dörrar.

När det gäller att bedöma effekten av kostomläggning på morbiditet och mortalitet behövs dock mer kunskap.

**Behandling med statiner är inte riskfri**, det är därför viktigt att uppmärksamma de kontraindikationer som finns beskrivna i Fass-texten. Polyneuropati är en ovanlig, men allvarlig komplikation. Ravnskov redovisar resultaten från en fall-kontrollstudie där man jämförde den relativa risken för idiopatisk perifer polyneuropati bland statinanvändare med den hos matchade kontrollpersoner från en bakgrundspopulation [2]. Inte helt förvånande fann man att risken var ökad bland dem som behandlades med statiner.

Vad Ravnskov inte nämner är resultaten från en annan nyligen publicerad fall-kontrollstudie, som visade att risken för polyneuropati inte var ökad hos dem som behandlades med statiner jämfört med kontrollpersonerna (riskkvot 1,30, 95 procents konfidensintervall 0,3–2,1, P=0,27) [3].

Muskulära symtom (myalgi) är en annan, inte helt ovanlig biverkan av statinbehandling [4]. Det är därför viktigt att alltid noggrant informera sina patienter om biverkningsrisken innan en behandling startas. Speciell försiktighet måste iaktas när man överväger förskrivning av statiner till elitidrottare med familjär hyperkolesterolemi, eftersom det är väl känt att muskulära symtom ofta drabbar dessa individer. Speciella behandlingsrekommendationer finns därför utarbetade för denna utsatta grupp [5].

**Slutligen refererar Ravnskov** till en observationell studie på 50 konsekutiva patienter från en kardiologklinik där samtliga (?) hade biverkningar som kunde sättas i samband med statinanvändning [6]. När behandlingen sattes ut och ersattes av koenzym Q10 minskade trötthet från 84 till 16 procent bland deltagarna, myalgi från 64 till 6 procent, dyspné från 58 till 12 procent, minnesförlust från 8 till 4 procent, och slutligen perifer neuropati från 10 till 2 procent. Problemet med den här typen av studier är att de inte kan besvara frågan om förändringen i patientens symtom berodde på själva behandlingen eller om den hade andra orsaker. För detta behövs randomiserade kliniska prövningar.

Låt oss slå fast att all evidensbaserad medicin måste utgå från resultaten av studier med morbiditet och mortalitet som effektvariabler. Med den utgångs-

punkten torde flertalet kunna enas om att vi idag har evidens för att rekommendera statinbehandling till högriskindivider om det inte finns kontraindikationer, eftersom detta är en säker terapi enligt tillgänglig evidens [7]. Till denna grupp hör personer med typ 2-diabetes. I vår artikel i Läkartidningen kunde vi konstatera att fibraternas betydelse i detta sammanhang är oklar [1].

**PETER BÄVENHOLM**

docent, överläkare, akutmedicinska divisionen, Karolinska Universitetssjukhuset Solna; sedan artikelns tillkomst anställd på Novo Nordisk Scandinavia PBVN@novonordisk.com

**STIG ATTVALL**

docent, överläkare, diabetescentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg

**PETER M NILSSON**

docent, universitetslektor, avdelningen för medicin, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

**REFERENSER**

1. Båvenholm P, Attvall S, Nilsson PM. Kardiokulär prevention vid typ 2-diabetes med sikte på lipidsänkning. Det är statiner som gäller, visar FIELD. Läkartidningen 2006;103:2462-6.
2. Gaist D, Jeppesen U, Andersen M, Garcia Rodriguez LA, Hallas J, Sindrup SH. Statins and risk of polyneuropathy: a case-control study. Neurology 2002;58:1333-7.
3. Anderson JL, Muhlestein JB, Bair TL, Morris S, Weaver AN, Lappe DL, et al. Do statins increase the risk of idiopathic polyneuropathy? Am J Cardiol 2005;95:1097-9.
4. Sinzinger H, O'Grady J. Professional athletes suffering from familial hypercholesterolaemia rarely tolerate statin treatment because of muscular problems. Br J Clin Pharmacol 2004;57:525-8.
5. Reamy BV, Thompson PD. Lipid disorders in athletes. Curr Sports Med Rep 2004;3:70-6.
6. Langsjoen PH, Langsjoen JO, Langsjoen AM, Lucas LA. Treatment of statin adverse effects with supplemental Coenzyme Q10 and statin drug discontinuation. BioFactors 2005;25:147-52.
7. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet 2005;366:1267-78.

## Berzelius var inte bara kemist, han var läkare också

Med risk för att ytterligare en gång framstå som en gammal gnet framlägger jag här en komplettering till inledningen i docent Sven Nilssons utmärkta artikel om Anders Anderson i Läkartidningen 37/2006 (sidorna 2678-9). Nilsson anger att åtta naturvetare suttit i Svenska Akademien, varav fyra varit medicinare. Jag tar dem i utnämningsordning: Israel Hwasser, Anders Anderson, Gustaf Retzius och Lars Gyllensten. Men Sven Nilsson har missat en femte läkare, den väl störste och för övrigt den förste i den illustrerade kretsen: Jöns Jacob Berzelius, som invaldes 1837 och dog 1848. Han kom sålunda aldrig att sitta i församlingen tillsammans med antagonisten Hwasser, som invaldes 1854.



Jöns Jacob Berzelius

Läkarsällskapets samlingar

Svenska Läkarsällskapets grundare samt stor del av sitt liv lärare för läkare. Han tillträdde 1807 den professur i medicin och farmaci som fanns vid Collegium medicum och som vid Berzelius' tillträde hade sin främsta undervisnings-skyldighet vid det sk Kirurgiska undervisningsverket. Beteckningen på professuren ändrades till kemi och farmaci 1813 när kollegiets gamla professorer inkluderades i Mediko Kirurgiska Institutet (senare Karolinska institutet) vid David Schulz von Schulzenheims stora omorganisation av kollegiet 1813. Berzelius' namn kom därefter att förknippas med det unga institutet för vilket han stred.

**Nils O Sjöstrand**

professor emeritus i fysiologi vid Karolinska institutet nils.sjostrand@fyfa.ki.se

**Replik:**

### Tack för påpekandet!

Tack Nils Sjöstrand, för påpekandet av en allvarlig svaghet i min artikel om Anders Anderson. I min förteckning över

naturvetare i Svenska Akademien har jag inte tagit med den store Jöns Jacob Berzelius. Visserligen är det som kemist och som ständig sekreterare i Vetenskapsakademien vi i första hand bör minnas honom. Men han hade ju också, som Nils Sjöstrand påpekar, medicinsk examen och tjänstgjorde vid några tillfällen på grund av ekonomiskt trångmål som av huvudmannen anställd fattigläkare för medellösa patienter vid Medevi brunn och senare i Stockholm. I sin avhandling behandlade han de terapeutiska möjligheterna med användning av elektricitet. Insatserna inom Svenska Akademien tycks ha varit marginella.

**Traditionen bjöd att Jacob skulle utbildas** sig till präst – hans styvfar hade varit präst – men hans intresseinriktning var en annan. Hösten 1776 kom Berzelius till Uppsala, för att först studera fysik och kemi. Efter att 1801 ha fullbordat sina universitetsstudier flyttade han vidare till Stockholm. 1804 avlade Jacob Berzelius examen som medicine doktor, på en avhandling om elektricitet som medicinsk behandlingsmetod.

Impulser till detta hade han fått sommaren 1800 på Medevi, som assistent till brunnsläkaren Hedin. Berzelius hade då också gjort kemiska analyser av Medevi brunnsvatten, vilka resulterade i en uppsats på latin.

Ur boken »Jacob Berzelius« av Hans Krook: »Våren 1800 måste Berzelius lämna Uppsala tidigare än annars för att i tid kunna tillträda befattningen som fattigläkare i Medevi [...] Berzelius blev genast intresserad av att göra en analys av vattnet i de märkliga källorna [...] resultatet blev hans första tryckta skrift 'Nova analysis aquarum Medeviensium'«.

**År 1805 skulle professuren i medicin** och farmaci vid Karolinska institutet tillsättas, och Berzelius trodde att tjänsten var vikt åt honom. I två år, mellan 1803 och 1805, hade han dessutom vikarierat på denna professur utan lön. Men till mångas förvåning gick professuren till en annan sökande, vilket för Berzelius var ett hårt slag – inte minst eftersom hans dåliga ekonomi verkligen hade behövt det tillskott en professorslön innebar.

Han blev tvungen att återuppta läraryrket för brödfödans skull. Som fattigläkare i Stockholm tjänade han 66 riksdaler per år. Då, 1805, med en gigantisk skuld för en fattigläkare var oddsen inte goda för Berzelius.

Året efter dog emellertid den nye professorn, och Berzelius var då självskri-

ven som efterträdare. Vid 27 års ålder, 1807, tillträdde han professuren. Nu hade han tillgång till ett av staten finansierat laboratorium.

Vid denna tid deltog Berzelius i bildandet av en sammanslutning för läkare i Sverige. Även om den från början var tänkt som en medicinsk vetenskapsakademi med stränga invalsbestämmelser blev den snart till »Svenska Läkaresäll-

skapet», öppen för alla läkare i landet.

År 1808 skrev Berzelius sin »Lärobok i kemien«, som översattes till fem språk och blev ett standardverk runtom i världen för flera decennier framåt.

**Sven Nilsson**

docent, f d överläkare, medicinska kliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping  
sven.nilsson@hhj.hj.se

## God läkaretik saknas i debattinlägg

I Läkartidningen 38/2006 (sidan 2764) går Martin Sandelin till hårt personangrepp mot Tomas Seidal, som skrivit debattinlägg angående Läkarförbundets remissvar på utredningen »Abort i Sverige« (LT 26–27/2006, sidan 2067). Martin Sandelin kopplar ihop Tomas Seidal med »den extrema kristna högern« och, såsom ordförande i föreningen JA till Livet, med »den globala 'pro-life'-rörelsen, vars rabiata inställning till abort lett till mord på kolleger«. Denna demagogi är enbart ägnad att misskreditera och slår snarare tillbaka mot Sandelin själv.

**Åsikten att fostret är skyddsvärt** och har människovärde är den åsikt som varit förhärskande inom medicinen och hos en bred allmänhet ända sedan Hippokrates' dagar och är därmed knappast att beteckna som extrem. Vi är många inom läkarkåren som fortfarande delar den uppfattningen, och detta bör man kunna framföra utan att bli smutskastad.

**Vad gäller »kristen höger«** har Seidal inte presenterat religiösa argument för sina ståndpunkter, utan argumenterat utifrån människosyn och naturrätt, med fokus på den ofödda människan.

Dessutom kan åsikter om människovärde inte placeras in på den politiska höger-vänsterskalan.

JA till Livet tar avstånd från våldsyttningar, varför Sandelins sammankoppling med läkarmord i USA bara är ett fullt knep, »guilt by association«.

**Det finns många varmhjärtade och kloka kolleger** på båda sidor i abortdebatten, med en önskan att göra gott. På båda sidor kan man inse att en oönskad graviditet är ett problem, vare sig kvinnan väljer abort eller inte. Men för en konstruktiv debatt krävs mögnad, ödmjukhet och respekt.

**Annika Landgren**

leg läkare, Göteborg  
annikalandgren@telia.com

**Lars Rönnblom**

professor i reumatologi, överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala

**Anne-Berit Ekström**

överläkare, barnkliniken, Norra Älvsborgs lasarett

**Magnus Landgren**

med dr, överläkare, barnkliniken, Kärn sjukhuset, Skövde

## Homocystein dräpt men inte dött!

Mitt inlägg om homocystein (Läkartidningen 36/2006, sidan 2576) fick dessvärre en olycklig rubrik (»Homocystein inte uträknat än!«), som krokar med texten.

Homocystein är troligen inte uträknat för gott – rollen som markör för brist på vitamin B<sub>12</sub> och folat väntas exempelvis få ökande betydelse – men homocystein blir aldrig vad det varit som riskfaktor för kärlsjukdom [1].

**Bo Norberg**

internist, medicinkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå; redaktör för Rondellen/The Rondel, www.rondellen.net bo.norberg@vll.se

### REFERENS

1. Öhlin H. Homocystein – såsom i en spegel [recension]. Rondellen 2006;26. <http://www.rondellen.net>