

lindra symtom vid Alzheimers sjukdom.

Efter att ha tagit del av min medicinska kommentar tycks en del av Marcussons kolleger undra om det över huvud taget är meningsfullt att utreda patienter med misstänkt demenssjukdom. Självfallet finns andra motiv för demensutredning [1] än det faktum att takrin har registrerats för symtomatisk behandling av Alzheimers sjukdom.

Mer specifik diagnostik förordas

Andreasen förordar en mer specifik Alzheimerdiagnostik för presumtiva takrinpatienter än den som i allmänhet tillämpas [2]. Det är en tydligare rekommendation än vad som framkommer i de svenska riktlinjerna för takrinbehandling [3]. Andreasen anser att det i första hand är patienter med temporoparietala funktionsstörningar som kan förväntas svara på behandlingen. Sådana störningar förekommer hos nästan alla presenila Alzheimerpatienter (endast ca 2–3 procent av totala antalet Alzheimerpatienter) och hos ca 25 procent av patienter med senil demens av Alzheimerstyp [1]. Det betyder att man enligt Andreasens åsikt i första hand bör överväga takrinbehandling för ca 25–30 procent av patienterna med Alzheimers sjukdom. Översatt till svenska förhållanden motsvarar det ca 20 000 patienter (jämfört med ca 65 000 patienter om de mindre specifika Alzheimerkriterierna tillämpas).

Marcusson anger att takrin i den s k 30-veckorsstudien [4] hade effekt i 23–42 procent av fallen jämfört med 17–18 procent för placebo. Den genomsnittliga skillnaden är ca 15 procent vilket ligger nära 10 procent som Davis & Powchick [5] och jag uppfattat vara ett realistiskt mått på andelen patienter (av dem som påbörjar behandling) som kan förväntas ha klinisk nytta av preparatet.

Att institutionalisering kan fördröjas av takrin, som Andreasen, Marcusson och Lindahl anger, är intressant och kan tala för att preparatet är något mer betydelsefullt än vad jag har uppfattat. Det är emellertid inte självklart att senareläggning av tidpunkten för institutionalisering är relaterad till förbättrad livskvalitet, vilket Marcusson klokt påtalar.

Min synpunkt att det inte är klarlagt att livskvaliteten ökar för patienterna som behandlats med takrin grundar sig på att

KORRESPONDENS

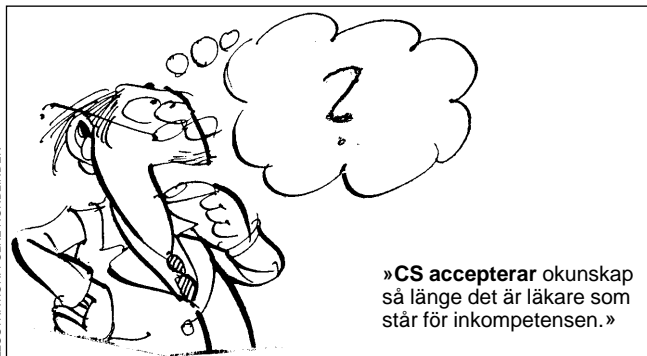


ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

endast 2 av 4 livskvalitetmått i 30-veckorsstudien utföll till takrins fördel i den dosgrupp (160 mg/d) som befanns uppvisa den största takrineffekten.

Realistiska förväntningar

Avsikten med min medicinska kommentar har inte varit att avvisa takrin som en möjlighet att ge symtomlindring vid mild till måttlig grad av Alzheimers sjukdom. Vissa patienter med denna sjukdom kan sannolikt ha nytta av behandlingen. Det är inte heller uteslutet att andra patientgrupper kan svara på behandlingen, vilket framgår av min kommentar. Min avsikt är att bidra till att skapa realistiska förväntningar på vad takrin kan åstadkomma. Detta meningsutbyte har förhoppningsvis denna effekt.

Anders Wallin
docent, överläkare,
institutionen för klinisk
neurovetenskap, Mölndals
sjukhus

Litteratur

1. Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Demenssjukdomar. Stockholm: Liber Utbildning AB, Almqvist & Wiksell Medicin, 1995.
2. McKann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-44.
3. Nordberg A, Winblad B, Marcusson J, Gustafson L, Karlsson I, Andreasen N et al. Riktlinjer för Cognex (takrin) - behandling av Alzheimerpatienter. Solna: Park-Davis Scandinavia AB, 1995.
4. Knapp MJ, Knopman DS, Solomon PR, Pendlebury WW, Davis CS, Gracon SI; for the Tacrine Study Group. A 30-

week randomized controlled trial of high-dose tacrine in patients with Alzheimer's disease. *JAMA* 1994; 271: 985-30.

5. Davis KL, Powchik P. Tacrine. *Lancet* 1995; 345: 625-30.

Skall okunskap accepteras?

I Läkartidningen 8/96 klagas i ledaren och i en artikel med ordförande Robert Leth över den illvilja mot och det ointresse för medicinsk kompetens som man anser framgår av ett ändringsförslag i Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt förslaget skall vem som helst, utan minsta kunskapskrav, kunna vara medicinskt ledningsansvarig chef inom sjukvården. Ett heltokigt förslag!

Inte märkligt då

Den minnesgode kommer ihåg att förbundets centralsstyrelse (CS) 1992 genom Robert Leth, i polemik mot oss i denna tidning, inte fann det märkligt att en chefsöverläkare kunde vara medicinskt ansvarig för specialiteter inom vilka han saknade kompetens. Leth accepterade att t ex en otolog var medicinsk chef för en kvinno-klinik. Han försvarade ledarskap utan kompetens.

Vi anser att det är förbundets insatser då som legitimerat den totala frihet från kompetenskrav som statsmakterna nu vill införa för sjukvården. Lagförslaget är helt i konsekvens med CS' åsikter, som de kom till uttryck genom sin ordförande i debatten med oss och som sedermera icke ändrats. CS accepterar okunskap så länge det är läkare som står för inkompetensen. Ordförande Leths enda egentliga invänd-

ning är att kretsen av okunniga vidgas.

Bara genom att åter stå för professionalism kan CS och förbundet uppfattas som seriöst i sin kritik mot lagförslaget. Man måste inse att det enda vi läkare har att komma med är våra kunskaper och färdigheter, inget annat.

Centralstyrelse och ordförande Robert Leth! Tänk om! Värna om kunskap och kompetens!

Jens J Jörgensen

ordförande för
Jönköpings läns
läkarförening 1985–1996

Johan Fischer

ordförande för
överläkarföreningen
i Jönköpings län 1986–

Replik:

Specialist har även generell kompetens

Johan Fischer och Jens Jörgensen återkommer i en debatt som fördes i flera nummer av Läkartidningen år 1992. Den intresserade läsaren hänvisas till nr 28, 29, 37 och 49/92 för egna studier av vad som har sagts.

Fischer och Jörgensen menar att en specialistkompetent läkare inte har någon kompetens utanför sin egen specialitet och därför inte kan vara chef för en verksamhet som inkluderar något annat medicinskt verksamhetsområde. Konsekvensen måste också bli att en läkare inte kan leda t ex omvårdnad, sjukgymnastik eller psykologverksamhet.

Centralstyrelsen menar däremot att en specialistkompetent läkare också har en generell kompetens, som gör att han eller hon på ett övergripande plan kan leda verksamheten utanför sin egen specialitet.

Det lagförslag som nu lagts ansluter sig närmast till Fischers och Jörgensens filosofi. Den »verksamhetschef» som föreslås är av mycket allmänt slag. Det sägs uttryckligen i lagtexten att chefen får bestämma i enskilda patientärenden endast om han/hon har erfarenhet och kompetens för detta. Tolkar man detta snävt så har man uppnått en reglering enligt Fischers och Jörgensens önskemål.

Robert Leth
förbundsordförande