

syfte att så småningom marknadsföras, men det finns också ett stort antal licensansökningar för läkemedel som av olika skäl ej är aktuella för registrering. Det kan gälla sk orphan drugs, särskilda läkemedel, som används vid ovanliga sjukdomar, men också läkemedel där företaget av olika skäl inte är intresserat av att ansöka om registrering.

Risk för drastisk ökning

Läkemedelsverkets uppgift är att verka för att väldokumenterade och godkända läkemedel används i hälso- och sjukvården och därmed vara restriktivt med beviljande av licensansökningar. Samtidigt får vi lämna tillstånd till licensförsäljning »om det finns särskilda skäl för att tillgodose särskilda behov av läkemedel inom hälso- och sjukvården». För att kunna lösa denna uppgift är det nödvändigt med ett ansökningsförfarande där skälen anges. Lundbergs och medarbetares förslag om ett förenklat förfarande med endast en anmälan av planerad användning av ett licenspreparat medger inte en sådan bedömning och är således inte förenligt med nuvarande lagstiftning. Risken för en drastisk ökning av användningen av licensläkemedel förefaller också trolig vid ett sådant förenklat förfarande. Många exempel finns där ett okritiskt accepterande av preliminära data lett till en påtaglig ökning av antalet licensansökningar. En granskning av motiven till förskrivningen anser vi därför vara nödvändig.

Avslutningsvis vill vi framhålla att licensinstrumentet generellt, enligt vår uppfattning, endast i särskilda fall kan ha till syfte att »generera meningsfull information om hur preparatet används och om dess kliniska värde», som det uttrycks i artikeln. Sådan information erhålles i regel bäst i väl upplagda och väl genomförda kliniska läkemedelsstudier.

Jane Ahlqvist Rastad
specialistläkare,

Christer von Bahr
docent, specialistläkare,
båda vid resultatenheten
kliniska prövningar/licen-
ser, Läkemedelsverket, Upp-
sala

Register för andra nyåret
1995 medföljde Läkartid-
ningen 3/96

KORRESPONDENS

Svårt veta vad som ersätts av vilken försäkring

I sin replik på mitt inlägg i Läkartidningen 14/96 undviker Einar Perman kärnfrågan beträffande Läkemedelsförsäkringens och patientförsäkringens arbetssätt: Hur servas patienter och vårdgivare optimalt med försäkringsbedömnings tjänster så att ersättningsbara skador verkligen ersätts utan extra krångel?

Läkare och patienter har redan som det är dålig kännedom om båda försäkringarna. Hur skall man då begära att de skall känna till vad som ersätts av vilken försäkring? Om båda försäkringarna handlades på samma enhet skulle förutsättningarna finnas för samordnad bedömning av en läkemedelsbehandlingsskada enligt båda försäkringsformerna. Man skulle då vid avslag enligt den ena försäkringen slippa informera om möjligheten till prövning enligt den andra. En sådan information väcker nämligen, hur den än meddelas, en förväntan om ett jakande slutbesked. Om den inte i stället leder till att man ej längre orkar bry sig med den eventuella följden att en ersättningsbar skada ej blir ersatt.

Daniel Schmidt
docent, överläkare,
medicinska kliniken,
S:t Görans sjukhus AB
tillika medicinsk rådgivare
vid PSR AB

Etiskt ledarskap, tack!

Förbundsledningen har i Läkartidningen 10/96 svarat på debattinlägg i nr 9/96 rörande vårt förhållande till läkemedelsindustrin. »Håll debatten vid liv!» är ledarens rubrik, men innehållet ett veritabelt mästestycke i repressiv tolerans, en skenbar öppenhet med en gummiartad brist på konkretion i argumentationen.

»Läkaryrket ställer stränga krav» ... inleder man högstämt och välkomnar vår debatt. Senare följer en historisk tillbakablick på temat »det var (ännu)

värre förr». Läkarna håller numera i ökande grad ett öga på »gränssnittet» till industrin. Om med detta menas snittarna till ölen före det industrifinansierade fackliga årsmötet eller menyn till middagen efter är jag böjd hålla med. Annars är mitt klara intryck efter 25 år som läkare att industrin flyttat fram sina positioner och att bufféerna och operabiljetterna utbjuds som aldrig förr vid de ex läkarnas riksstämman.

Doktorn vit som snö

Sedan medger ledaren framtitt att övertramp har förekommit, men i så fall i brist på kunskap eller erfarenhet. Och jag som trodde det var tvärtom! Någon medlem av Läkarförbundet har, om man får tro ledaren, aldrig »för egen vinning eller av andra mer eller mindre egoistiska skäl» medvetet överträtt någon etisk gräns. Det känns skönt att få detta bekräftat från högsta ort: Doktorn bär inte bara vit rock, han är vit ända in till benhinnorna. Di-verse andra tjänstemän må ha sina etiska skavanker, men doktorn är vit som snö!

Och sedan, framhålls yrva- ket, är det ju så att om etik kan man tycka olika, det är inte helt självklart vad som är »rätt eller fel». Och vips anser sig inte förbundsledningen behöva ta konkret ställning till de frågeställningar vi aktualiserat. »Så länge som man själv är strikt observant på riskerna» kan något som är högst suspekt för en person vara fullt normalt för en annan. Simsalabim! Då behöver man kanske inte ens följa de klara regler som finns?

Påverkas ej?

De flesta läkare man talar med anser inte alls att de påverkas av att gå på gratismiddagar, åka på utlandsresor eller avnjuta operaföreställningar betalda av industrin. Kanske är det detta förbundsledningen avser med att vara »strikt observant på riskerna»? För att inte tala om industrin: Tänk vad grundlurade de blir! Slänga ut miljontals kronor på årsmöten, utlandsresor och Allmänmedicinska Fora. Och ingen blir påverkad i sin tjänsteutövning! Vad ska bolagsstämman säga? Tala om gigantiska felinvesteringar!

Avslutningsvis konstateras att allt är gott och väl som det är. Det är ett »hälsotecken» att

vår uppfattning alls får komma till uttryck i Läkartidningen. Debatten visar också, menar man, att byken »inte är smutsigare än att den tål att hängas ut för vädring». Denna märkliga metafor får väl stå för förbundsledningen, personligen tvättar jag innan jag hänger ut något, inte minst med tanke på grannarna.

Etiskt ledarskap efterlyses

En from önskan: Ge oss mindre retorik av tvetydig välvilja och icke-ställningstaganden. Ge oss mer av etiskt ledarskap med rakryggade ställningstaganden och en oberoende relation till industrin. Denna är i alla avseenden professionell och fullgör sitt legitima uppdrag att långsiktigt förmera aktieägarnas sparade pengar. Läkarkårens uppdrag är ett helt annat.

Anders Hernborg
distriktsläkare, Laholm

Kommentar

Läkartidningens ledare skrivs inom redaktionen. Anders Hernborg har läst och tolkat den som publicerades i nr 10 på ett egenartat sätt. Men Läkartidningen är öppen för debatt i hälso- och sjukvårdsfrågor av intresse för alla läkare, och hans synpunkter bereds självfallet utrymme. I det ämne saken gäller är det, precis som rubriken på ledaren angav, viktigt att hålla debatten vid liv. Någon »repressiv tolerans» är det definitivt inte fråga om.

Red

Lyhörd läkare befrämjar läkningsprocessen

Om man som läkare träffar patienter som förknippar sina besvär med olika miljöfaktorer kan man antingen ha en dialog med dem, lyssna och lära sig om de samband som tycks föreligga, eller på förhand ha bestämt sig för att sådana samband inte finns och deklarera detta för patienterna. I det senare fallet lär man sig som läkare ingenting.

Att som Carl-Johan Göthe och medarbetare i Läkartidningen 9/96 tala om ESS (envi-

ronment somatization syndrom) visar att man är mera inriktad på att föra ut ett budskap och köra över patienterna än att vara lyhörd för dem. Man kan lära sig en hel del av sina patienter, inte bara av publicerade forskningsrapporter.

Ibland påstås sådana här patienter ha fobi för t ex amalgam och exponering. Jag skulle vilja vända på det och säga att det kan vara läkaren som har fobi för amalgam- och elöverkänslighetspatienter! Patienterna beskriver inte sällan en markant förändring i läkarens beteende så snart patienten nämnt orden amalgam eller elöverkänslighet.

Fungerande dialog

Åtskilliga patient-läkarerelationer är miserabla i och med läkarens avvisande attityd. Läkaren kanske i första hand är inställd på att vara lyhörd för sina överordnade och Socialstyrelsen. Är inte en av grundförutsättningarna för att man ska kunna göra ett gott arbete som läkare att man kan ha en fungerande dialog med sina patienter?

Patienter kan mycket väl vara sjuka i överkänslighetsjukdomar utan att det syns i vanliga laboratorieprov.

Det finns två sätt för en läkare att göra sig av med sådana patienter. Det ena är att utan annan grund än avsaknaden av positiva fynd påstå att besvären är psykiskt betingade. Det andra är att säga: »Vi kan inte hitta något fel på dig. Jag kan inte göra något för dig. Adjö!» Inget av dessa sätt är tillfredsställande. Patienterna, som är våra uppdragsgivare, körs ut i kylan: den sjuke blir ibland stående helt utan någon inkomst eller ersättning för bortfall av inkomst. Detta gör honom inte friskare! Medan ett positivt och förtroendefullt bemötande främjar läkningsprocesser.

Ulrika Åberg

leg läkare, vice ordförande i Tandvårdsskadeförbundet

Amalgamsjuka i skevt perspektiv

I Läkartidningen 9/96 buntar Carl-Johan Göthe, Carl Molin och Carl Gustaf Nilsson ihop s k amalgamsjuka med ett urval andra svårtolkade sjukdomsbilder till något som de kallar ESS, environmental somatization syndrome. Läsaren förväntas acceptera att det

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

finns en sådan sjukdomsenhet, som manifesterar sig i täta och nyckfulla utbrott av psykiska epidemier världen över. Här erbjuds tydligen ständigt nya varianter av oberättigade kopplingar mellan något fysiskt eller kemiskt agens och somatiska symtom, »utan påvisbara tecken på somatisk sjukdom».

Dessa fenomen »blixtrar oftast förbi och upplöses i intet, men ibland får de fäste och sprider sig som en löpeld i samhället». Det är svårt att ta miste på den beskyddande tonen. Mänskligheten ses von oben ur ett perspektiv där ordet hysteri hela tiden ligger under ytan. Experterna »vet» vad det rör sig om och vill bara dämpa oron. Hör inte sådana attityder hemma i en mer punsch- och cigarrdoftande tidsålder än vår?

Ej seriöst

Att göra en dagslända eller en epidemi av amalgamfrågan är knappast seriöst. Historiskt har amalgamet kritiserats hårt och uthålligt från hälsosynpunkt under långa perioder, med början i USA på 1840-talet. Under tiden mellan de båda världskrigen pågick en livlig debatt i Tyskland. I Sverige har vi en offentlig debatt om amalgam sedan mer än 20 år, och Tandvårdsskadeförbundet bildades redan 1978.

Handlar det om »en svensk sjuka», som ibland påstås? Sverige var tidigt ute, men i dag är frågan uppmärksammas i hela världen. I Nordamerika är aktiviteterna från både tandläkar- och patienthåll inne i ett tämligen intensivt skede. Carl Molin känner förmodligen till detta, eftersom två av hans svenska kolleger nyligen har

varit inbjudna som experter till möten i Kanada.

Jag tror att det varken är sakligt berättigat eller särskilt klokt att generellt avfärda »amalgamsjuka» som något som patienternas psyke har ställt till med. Läkarkårens trovärdighet stärks inte om vi enbart blundar för att metallimplantat ibland ger biverkningar från olika organsystem, som kan gå tillbaka efter sanering. Människor frågar allt mindre efter officiellt godkända experters åsikter när det gäller hälsan. Det tog betänkligt lång tid att vetenskapligt bli överens om tobakens skadliga effekter. Förmodligen har vi själva lärt oss mindre än allmänheten av detta besvärade exempel på forskarvärldens tröghet.

Per Dalén

docent, leg läkare,
Viken

Replik:

Läkarens uppgift tolka symtomen

Ulrika Åbergs inlägg går vid sidan av vår inlägg i Läkartidningen 9/96 om att »Amalgamsjuka bör ses i sitt sammanhang», och det är oklart vad hon avser att bemöta.

Vi ansluter oss emellertid helt till hennes uppfattning att läkaren måste lyssna på patienten och ta symtomen på allvar, att det är viktigt att inte ifrågasätta patientens besvär samt att läkningsprocessen gynnsamt påverkas av att patienten blir positivt och förtroendefullt bemött.

Symtomen är verkliga, men patienternas uppfattningar om bakomliggande sjukdomsorsaker och sjukdomsmekanismer är inte alltid realistiska. Om behandlingen skall styras av deras åsikter i dessa frågor riskerar de att hamna i farliga lägen. Diagnos och behandling måste baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Med intresse har vi tagit del av Per Daléns inlägg och konstaterar med förvåning att han från sin psykiatriska utgångspunkt tycks uppfatta psykogenes som ett förhållande med vilket man kan »avfärda» förekommande sjukdomsbesvär (»något som patienternas psyke har ställt till med»). Ett sådant synsätt är oss helt främmande.

Många epidemiska utbrott

Det har förekommit många epidemiska utbrott av plågsamma och ofta höggradigt invalidiserande sjukdomstillstånd av likartad natur som »amalgamsjuka». Som exempel kan nämnas några epidemier som just nu grasserar i olika delar av världen, och som har framkallat svårartade och höggradigt invalidiserande sjukdomsfall hos ett stort antal enskilda individer och dessutom samhälleliga påfrestningar. Hit hör »multiple chemical sensitivity» (MCS), »Gulf War syndrome» och »chronic fatigue syndrome» som härjar framför allt i USA. I Sverige har vi liksom i några andra länder bildskärmssjuka och elöverkänslighet.

Två exempel på likartade sjukdomar som har förekommit i vårt land, men som snabbt har kunnat kuperas (»blixtrat förbi») är sjukdomsutbrott kopplade till självkopierande papper (1979–1981) och grönfärgad dieselolja (1994).

Ingen ny företeelse

Sjukdomar analoga med oral galvanism och bildskärmssjuka är inte någon ny företeelse. Människan har varit, är och kommer att förbli benägen att i otid skylla sjukdom och lidande på yttre faktorer som gudastraff och andra förhållanden som hon inte själv råder över. Det är viktigt att läkekonsten inte snärjs in i vidskepelse och övertro.

Carl-Johan Göthe
med dr, docent,

Carl Molin
odont dr, professor,

Carl Gustaf Nilsson
överläkare, Stockholm