

budbärarna verkar lite yrvaket. I Prioriteringsutredningens slutrapport redovisar man resultaten från IHEs tredje enkätstudie, som är både fylligare och innehåller en större mängd respondenter än de två tidigare [3, 4]. Denna rapport hade utgjort en intressantare utgångspunkt.

Per Rosén
projektledare

Referenser

1. Björk S, Rosén P. Prioriteringar i sjukvården. En empirisk studie av sjukvårdspolitikens syn på resursfördelningen. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1993. IHE Arbetsrapport 1993:1.
2. Rosén P, Björk S. Perspektiv på sjukvård i förändring. Etik och resursfördelning i Bohuslandstinget. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1994. IHE Arbetsrapport 1994:6.
3. Björk S, Rosén P. Vården i vården, Politikens, administratörers och läkares syn på resursfördelning i hälso- och sjukvården. Landstingsförbundet: Stockholm, 1994.
4. SOU 1995:5, Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.

Replik:

Estetisk/plastikkirurgi – Skillnaden förstås ej

I Läkartidningen 36/96 påpekade vi att okunskap om plastikkirurgins innehåll och omfattning kan leda till att specialiteten på orätta grunder kommer i strykklav vid omstrukturering av den svenska sjukvården. Vi angav flera argumentatoriska exempel för att belysa detta problem. Bland annat beskrev vi hur upplägget av två attitydsstudier gjorda av IHE för några år sedan faktiskt kunde tänkas ha påverkat de svarande på ett tendensiöst sätt.

Vår artikel handlar således inte om IHE och väldigt lite om de två »arbetsrapporterna» som IHE låtit sprida till en extern krets. Artikeln handlar snarare om de faktiska problemen då ordet får makt över tanken och då kunskapen om innebörden i begrepp sätter gränser. Dessa problem har vi inte antytt att IHE orsakat.

KORRESPONDENS

Kommunikativt gap

Att som i svaret ovan visa att han egentligen inte förstår skillnaden mellan plastikkirurgi och estetisk kirurgi antyder ändå att det finns ett kommunikativt gap mellan Per Rosén och den vård han utvärderar. Det amerikanska begreppet GIGO, »Garbage in, garbage out» används för att beskriva att utdata inte blir bättre än indata. Det begreppet ligger snubblande nära i en situation när man inte är överens om ordens innebörd.

IHE, och Per Rosén, kan hållas ansvarigt för ett ovetenskapligt upplägg av de refererade studierna, men knappast för de svar som erhöles. I sitt bemötande ovan antyder Per Rosén att vi anfört att det är IHEs fel att de svarande har de åsikter de angivit. Så står det inte!

Per Rosén sätter inte i orden »okunskap, historielöshet och utvecklingsnihilism» i sina rätta sammanhang i vår artikel. Vi tror det beror på att han blivit indignerad för att någon från vården fått för sig att kritisera något som producerats av IHE. Den adekvata reaktionen hade varit att ta till sig kritiken i syfte att göra nya studier bättre.

Bengt Gerdin
professor/överläkare
Lars Hakelius
professor/överläkare,
Magnus Hober
ST-läkare,
Valdemar Skoog
docent/överläkare,
samtliga Akademiska sjukhuset, Uppsala

Samordning mellan enheterna saknas i rättspsykiatrisk vård

Professor Sten Levander, har i Läkartidningen 38/96 dömt ut den rättspsykiatriska vården. Inlägget fordrar svar därför att Sten Levander brukar vara pålitlig, men så icke här.

Hans ord om sektorspsykiatri är helt korrekta. Där saknas rättspsykiatrisk kompetens, och det är fel att som nu lägga 2/3 av den rättspsykiatriska vården där. Endast eftervården

bör skötas av sektorspsykiatrin i nära samarbete med regionenheterna.

Statlig regi!

Levander nämner en rad förmodade brister vid regionvårdsenheterna. Lösningen på problemen skulle enligt honom vara att lämna över vården i statlig regi så som var fallet fram till 1967. Skall vi återgå till den statliga varianten är det skäl att också diskutera effekterna av ett fjärmande från övrig sjukvårdsorganisation när det gäller läkares roll som vårdansvarig, särskilt när den biologiska psykiatrin ständigt utvecklas. Utredningsverksamheten och vården av dessa patienter är ej direkt jämförbara med varandra. I ena fallet är läkaren domstolens expert och skriver ett yttrande. Som vårdansvarig blir läkaren personligt engagerad under många år. Det är skilda kompetenser, båda ansvarsfulla, men med olika grad av personligt slitage och med olika läkarroller.

Levander har delvis rätt i att någon forskning ej bedrivits vid de stora klinikerna. Läkarna där har vanligen en arbetssituation som omöjliggör forskningsinsatser. Kliniken är underbemannad och har det tyngsta vårdklientel vi känner. Det historiska perspektivet förskräcker. Framstynta kolleger med tur upptäcker faran i tid och flyr fältet. Ensamma läkare inom verksamheterna har i skrämmande stor utsträckning gått under. På en välbemannad klinik, finns dock möjlighet inte bara att klara av arbetet utan att också bedriva akademiskt anknyten forskning. På regionvårdsenheterna saknar Levander mycket som i samtliga fall finns i Sundsvall och är under utveckling i Växjö. Sundsvall har fyra överläkare, varav två specialister i rättspsykiatri. God grundutbildning och fortbildning prioriteras högt och fortgår kontinuerligt. Kvalitetssäkrings- och metodutvecklingsarbetet redovisades 1994 på Läkaresällskapets riksstämma och har väckt berättigad uppmärksamhet.

Angeläget projekt

Växjö har anställt en forskningschef och utvecklar tillsammans med Sundsvall i dialog med Simon Fraser University i Vancouver ett instrument för riskbedömningar hos psy-

kiskt störda våldsmän. Projektet torde höra till de mest angelägna inom den rättspsykiatriska vården.

Vi vet nu vad som behövs för att vården skall fungera tillfredsställande. Vad vi saknar är den samordning mellan enheterna Levander efterlyser. Den kan vi sköta själva, gärna sammanställande och av någon kunskapsperson utanför gruppen, varför inte Sten Levander själv. Förutom sina gedigna vetenskapliga meriter har han ju också lång klinisk erfarenhet av just det vi talar om, nämligen rättspsykiatrisk vård.

Göran Fransson

överläkare vid rättspsykiatriska regionvårdsenheten i Sundsvall och ordförande i Svenska rättspsykiatriska föreningen.

Kommentar

Det är riktigt att jag överdrev. Av två skäl, dels därför att jag är lätt frontal efter en bypass-operation (det är trevligt men lär gå över), dels av pedagogiska skäl. Jag är glad att Göran Fransson ger mig rätt på åtskilliga viktiga punkter. Jag vidhåller att rättspsykiatrisk specialistkompetens är viktig också i vård av sådana patienter.

I övrigt är vi eniga: allmän kompetenshöjning, samordning/kommunikation och forskning/metodutveckling är nyckeltermerna. Vi behöver stöd för detta också uppifrån. Det är dags för stat, tillsynsmyndighet och landstingsförbund att engagera sig.

Sten Levander
professor/överläkare,
Malmö

Utradera »adekvat» ur journal-språket

I Läkartidningen 30/96 talas det om det trägna bruket av adekvat, även framför substantiv. Under många år som granskare av journaler och föredragande i Socialstyrelsens rättsliga råd reagerade jag mot detta bruk. Så gör jag även på medicinska kongresser.

Ordet adekvat används alltför ofta i psykiatriska sammanhang. Vanligt är »åldersade-

kvat utseende». Jag har även sett »adekvat utseende». Ordet adekvat borde utgå ur »journal-svenskan». Det kan ersättas av vackrare och lämpligare ord.

Lars Lidberg
professor

Opraktiskt ha allmänläkare för mödravård

Som huvudansvariga för mödravårdsutredningen är vi glada över att den uppmärksammas i en medicinsk kommentar (Läkartidningen 34/96), även om denna endast refererar till utredningens avsnitt om graviditetsövervakning. Betydelsen av den sammanhållna kvinnohälsovård som utvecklats inom det svenska mödravårdssystemet uppmärksammas inte.

Alltför begränsad tid till mödravård

En stor del av Anders Håkansson och Anders Åbergss synpunkter är en upprepning av välkända argument för allmänläkarens plats i mödravården. Här finns ingen motsättning med utredningen. Den reella utvecklingen i Sverige har dock visat att man på de flesta håll där gynekolog finns tillgänglig inte har funnit det praktiskt att allmänläkaren avsätter tid för en verksamhet där den nödvändiga tiden för vidareutbildning blir alltför stor i förhållande till den begränsade mottagningstid som ägnas åt mödravård. Detta blir särskilt fallet om allmänläkaren av kontinuitetsskäl ska göra läkarinsatser enbart för de gravida kvinnor som han är husläkare för.

Att detta inte av majoriteten allmänläkare själva uppfattas som särskilt realistiskt visas av att även i de län där husläkarsystemet innefattar mödravårdsrådsåtagande överlåter praktiskt taget samtliga husläkare dessa läkarinsatser till mödravårdscentralerna.

När det gäller vetenskapliga studier av graviditetsutfall i relation till olika vårdgivare är det svårt att jämföra med system som det brittiska, där systemet med »shared care» även i normalfall innebär flera obligatoriska besök hos förlossningskliniken gynekolog, vilket aldrig tillämpats i Sverige. Det finns inga svenska studier av olika vårdgivare som är

upplagda så att de tillåter några slutsatser angående eventuella effekter på graviditetsutfall.

Fördel ha nära kontakt med gynekolog

Det finns i och för sig heller ingen anledning att tro att det medicinska utfallet skulle äventyras av att läkarinsatserna delas upp, eftersom flertalet riskfaktorer och obstetriska problem uppmärksammas av barnmorskan. Av barnmorskan upplevs det däremot som en stor fördel att ha nära och direkt kontakt med gynekolog. Om gynekologkontakt saknas på mödravårdscentralen leder det lätt till en mycket stor remissmottagning vid kvinnokliniken, vilket är fallet t ex i Lund.

Hälsoövervakning

När det gäller hälsoövervakning under graviditet har utredningen utgått från aktuell epidemiologisk kunskap om olika hälsoproblem och om möjligt även kostnadseffektiviteten för selektiv respektive generell screeningundersökning. I många fall saknas sådan kunskap, t ex vad gäller screening för graviditetsdiabetes. Utredningen har framhållit den möjlighet som här ges att identifiera kvinnor med ökad risk för senare diabetesutveckling.

En viktig förutsättning för screening bör vara att resurser och förutsättningar finns för uppföljning och aktiv prevention och att denna kan visas vara till nytta för kvinnan. Inom detta liksom en del andra områden, betonas vikten av befolkningsbaserade, korrekt upplagda studier. Vi anser att utredningen haft en viktig uppgift i att påpeka sådana kunskapsbrister, eftersom det annars blir svårt att få såväl etiskt godkännande som ekonomiskt stöd för forskningsprojekt inom ett hälsovårdsprogram.

Forskning behövs också inom andra områden för prevention, inte minst vad gäller livsstilsfaktorer som rökning. Det förhållandet att rökning så starkt relaterar till sociala faktorer och utbildning innebär att det i stor utsträckning handlar om förhållanden som mödravårdscentralerna inte kan påverka.

Hittillsvarande kontrollerade studier på området visar att det är svårt och resurskrävande att få rökstopp under graviditet, eftersom de mest motive-

rade kvinnorna redan upphört innan de kommer till mödravården. Ännu större tyngd måste läggas på insatser innan graviditet blir aktuell.

Gunilla Lindmark

huvudsekreterare

Stig Gårdmark

ordförande,

Socialstyrelsens

mödravårdsutredning

Cancerrisker och lacidipin – ett klarläggande

I Läkartidningen 35/96 blev ett av våra arbeten om lacidipin [1] föremål för diskussion om cancerrisker av å ena sidan Lennart Hanson, Bengt Göran Hansson och Thomas Hedner som menade att »kalciumantagonisterna, bl a felodipin och lacidipin i stora sammanställningar – inte uppvisat någon riskökning» och Gunnar Lindberg, Jonas Ranstam och Arne Melander som hävdade att vi i den citerade studien [1] »över huvud taget inte studerat cancerriskerna». Eftersom båda grupperna delvis har rätt (vad avser vårt arbete) kan måhända följande klarläggande vara av värde. I den aktuella lacidipin-studien har vi förutom riskerna för hjärt-kärlsjukdom även analyserat riskerna för cancer, men i den citerade publikationen [1] har vi ej inkluderat resultaten för cancer (som visade en låg incidens för de lacidipin-behandlade patienterna); artikeln publicerades i juni 1996, innan diskussionen om cancerrisk och kalciumantagonister blev aktuell.

Aktuella siffror under publikation

De aktuella siffrorna för cancerrisk är under publikation [2]. Bland de 16 590 hypertoner som under varierade tider behandlats med lacidipin i 50 fas III- och IV-studier (5 124 personår, medelålder 61 år) har 21 fall av malign sjukdom registrerats, motsvarande en incidens av 4,1/1 000 personår. Av dessa ingick 2 282 patienter i en 48-veckorsstudie (1 658 personår) där incidenten malign sjukdom var 4,8/1 000 personår.

Som jämförelse kan näm-

nas Svenska befolkningsdata där cancerincidensen för individer 55–59 och 60–64 år var 6 respektive 9/1 000 personår [3]. Den åldersstandardiserade incidenten (mot World Population, Cancer Incidence in Five Continents, Lyon, 1982) var för de lacidipin-behandlade hypertonikerna 1,49 (män) och 0,79/1 000 personår (kvinnor) [2].

Under 1990 var motsvarande siffror för befolkningen inom EU 2,74 (män) och 2,09/1 000 personår (kvinnor) [4]. Även risken för dödlig och icke-dödlig hjärt-kärlsjukdom var låg hos de lacidipin-behandlade patienterna [1] jämfört med de aktivt behandlade patienterna i de stora metaanalyser som publicerats inom hypertoniområdet [5].

Vi har påpekat [1, 4] att vår studie har flera uppenbara svagheter: 1. Den är retrospektiv, 2. Den bygger på 50 olika studier, alla med olika protokoll, 3. Patienterna ingick i kliniska prövningar och var sålunda förhållandevis friska när de startade studierna och 4. Många studier var korta (60 procent 12–26 veckor, 14 procent 48 veckor eller längre), vilket är av betydelse inte minst när cancerincidens studeras.

Lars H Lindholm

universitetslektor,
institutionen för samhälls-
medicinska vetenskaper,
Lund

Referenser

1. Lindholm LH, Tcherdakoff P, Zanchetti A. Safety aspects of treatment with Lacidipine – A slow-onset, long-acting calcium antagonist. *Blood Pressure* 1996; 5: 241-9.
2. Lindholm LH, Tcherdakoff P, Zanchetti A. Safety of the calcium antagonist lacidipine evaluated from a phase III-IV trial database. *J Hypertens* 1996 (in press).
3. National Board of Health and Welfare in Sweden, Centre for Epidemiology. Cancer incidence in Sweden. Stockholm: National Board of Health and Welfare, 1993.
4. Esteve J, Kricke A, Ferlay J, Parkin DM. Facts and figures of cancer in the European Community. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1993.
5. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. part 2, short-term reductions in blood pressure: overview of randomised trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-38.