

Specialister: – Varför ”remisstvång”?

hittar fler potentiellt resektabla tumörer [4-6]. Jag har inte sett några rapporter om att situationen skulle vara annorlunda när det gäller AIP.

En tidig cancerupptäckt garanterar tyvärr inte heller bot, och majoriteten av patienterna som överlever operationen eller som behandlas med exempelvis etanolinjektioner dör till följd av tumörrecidiv eller metastaser.

Som jag påpekar i min artikel är det dock inte uteslutet att screening i vissa fall kan vara av värde för den enskilde patienten. Jag ser därför med stort intresse fram mot att ta del av långtidsresultaten av den nyligen påbörjade screeningen av AIP-patienter i Umeå sjukvårdsregion [1].

Jerzy Kaczynski

med dr, överläkare,
medicinska kliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/
Östra, Göteborg

Referenser

1. Andersson C, Bjersing L, Lithner F. Akut intermittent porfyri ökar risken för levercancer. Tidig cancerdiagnos och varierad kirurgi kan förbättra prognosen. *Läkartidningen* 1998; 95: 3043-4.
2. Kaczynski J, Hansson G, Thunell S, Wetterberg L, Wallerstedt S. Erythrocyte porphobilinogen deaminase activity and primary liver cancer. *J Intern Med* 1995; 237: 309-13.
3. Craddock VM. Cell proliferation and induction of liver cancer. In: Remmer H, Bolt HM, Bannasch P, Popper H, eds. *Primary liver tumours*. Lancaster: MTP Press, 1978: 377-83.
4. Colombo M, de Franchis R, Del Ninno E, Sangiovanni A, DeFazio C, Tomassini M et al. Hepatocellular carcinoma in Italian patients with cirrhosis. *N Engl J Med* 1991; 325: 675-80.
5. Pateron D, Ganne N, Trinchet JC, Aouroussau MH, Mal F, Meicler C et al. Prospective study of screening for hepatocellular carcinoma in Caucasian patients with cirrhosis. *J Hepatol* 1994; 20: 65-71.
6. Durand F, Buffet C, Pelletier G, Hagege H, Ink O, Etienne JP. Screening of hepatocellular carcinoma in French patients. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 706-7.

Alltid dubbelt radavstånd!

Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondenspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.

Under mina år som distriktsläkare händer det med jämna mellanrum, dock mer frekvent de senaste tre-fyra åren, att patienter ringer med den specifika begäran att få en remiss till en viss namngiven specialist för någon åkomma som jag över huvud taget ej undersökt vederbörande för. Ibland har patienten redan fått en tid bokad till specialisten och uppmanats att ringa till sin husläkare för att få remissen! (Ofta har också patienten uppfattningen att denna remiss skall utfärdas av mig enbart efter telefonkontakt).

Inträdesbiljett

»Remissinstrumentet» är, enligt min uppfattning, en förfrågan från mig att vidare undersöka och behandla en patient där jag själv gått bet. Som det nu är bibringas istället patienten uppfattningen att remissen är ett »beställningsjobb», vilket utförs av husläkaren som »inträdesbiljett» till en specialistklinik/-mottagning.

Visst behöver jag hjälp av mer specialiserade kolleger att behandla många åkommor och väljer då, i samråd med patienten, att remittera honom/henne vidare. Vad jag nu vänder mig emot är kravet på remiss då patienten i sin självklara rätt väljer att direkt söka privat specialist.

Jag är tacksam för synpunkter/för-

klaringar från kliniker/kolleger som tillämpar ovan beskrivna »remisstvång»!

Agneta Jedefors

distriktsläkare,
Saltsjöbadens vårdcentral

LÄKARTIDNINGEN
på Internet

www.lakartidningen.se

Fulltext på Internet

Ansvarsnämndsärenden
Debatt
Disputation
Ledare
Läkemedelsnytt
Meddelanden
Medicinshistorisk paus
Medicinsk kommentar
Nya tjänster
Stipendier
Skvaller

Vilseledande kolesterolstatistik

Ett fenomen som väckt intresse och förvåning vid behandling med statiner är att riskminskningen inte motsvarar graden av kolesterolsänkning. Många har därför hävdad att statinerna måste ha andra effekter.

I en debattartikel i *Läkartidningen* 6/99 vidhåller Anders G Olsson att det är kolesterolsänkningen som är avgörande för behandlingsresultatet. Det intressanta är i så fall inte LDL-kolesterolvärdet (LDL-C) under behandlingstiden, som Olsson skriver utan dos-responskurvas utseende.

Vad CARE-analysen visar är att sambandet inte är linjärt; den fulla effekten uppnås redan vid en beskedlig kolesterolsänkning [1]. Detta framgår även av Olssons Figur 5, men läsaren

luras av den vilseledande figurtexten. Vad figuren visar är att risk ratio är likartad i sju av de tio LDL-decilerna. CARE-författarnas konklusion är också kristallklar: »the change in LDL from baseline, expressed either as a percentage or absolute change in concentration, was not found to be significantly related to coronary events.»

Även WOSCOP-studiens författare finner detta [2] och här citerar Olsson korrekt, men skriver strax efter att »alla tre studier visar alltså en relation mellan storleken på LDL-kolesterolsänkning och framtida risk för kranskärlssjukdom»(?)

Hur förhåller det sig med den tredje studien? När 4S-studiens resultat presenterades för läkarkåren i Sverige var