

Nifedipin vid stabil kranskärslsjukdom

I en placebokontrollerad, dubbelblind multicenterstudie har man försökt svara på huruvida tillägg med långtidsverkan- de nifedipin till sedvanlig konventionell behandling hos patienter med stabil kranskärslsjukdom utan samtidig hjärtsvikt kan minska antalet kardiovaskulära (CV) händelser. 7 665 patienter följdes under fem år. För att inkluderas krävdes att de skulle ha haft en hjärtinfarkt, eller en tidigare genomgången perkutan transluminal koronarangioplastik, PTCA, med perkutan koronarintervention, PCI, eller anginösa besvär verifierade med arbetsprov utan föregående känd anamnes på hjärtinfarkt eller PTCA/PCI.

Drygt 80 procent av patienterna hade betablockerare, 62 procent statiner, 20 procent ACE-hämmare samt 86 procent acetylsalicylsyra under studien. Primära effektmått var antalet kardiovaskulära händelser, total mortalitet, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, refraktär angina, strokeinsjuknande samt behov av perifer revasculering. Sekundära effektmått var behovet av PTCA/PCI eller koronarartär- bypass-operation, CABG.

Resultaten visar att toleransen för övrig antianginös behandling är god med 60 mg nifedipin i beredning med långsam

frisättning, ingen skillnad förelåg mellan primära effektmått i nifedipin- gruppen och placebogruppen. Tillägg av nifedipin reducerade dock antalet nya episoder av hjärtsvikt med 29 procent och minskade behovet av koronar intervention. Även behovet av bypass-operation kunde reduceras med 21 procent. Tyvärr framgår inte hur »instabil insulinberoende diabetes mellitus«, som var ett exklusionskriterium, definierades. I den studerade populationen hade endast 15 procent diabetes och av dem var endast 2 procent insulinbehandlade. Tidigare studier har visat att detta är en låg prevalens.

Både det systoliska blodtrycket och det diastoliska var förhöjt hos drygt 50 procent av patienterna vid studiens början, något som kunde reduceras signifikant med nifedipin. Om effekten var avhängig endast av blodtryckssänkning- en eller av nifedipin per se är fortfarande en öppen fråga som denna studie inte lyckades svara på.

Mikael Lehtihet

mikael.lehtihet@sos.sll.se

Poole-Wilson PA, et al. Effect of long-acting nifedipine on mortality and cardiovascular morbidity in patients with stable angina requiring treatment (ACTION trial): randomised controlled trial. *Lancet*. 2004;364 (9437):849-57.

Eutanasifallen minskar i Nederländerna

I april 2001 avkriminaliserades formellt eutanasi och läkarassisterat självmord i Nederländerna. Dessförinnan hade dödshjälp varit olagligt, men efter ett prejudicerande rättsfall 1973 har det ändå under vissa förutsättningar tillåtits. Bland annat har det varit en skyldighet för läkaren att till myndigheterna rapportera när han utfört dödshjälp.

I Nederländerna är dödshjälp ett begrepp som omfattar såväl läkarassisterat självmord, då läkaren ger patienten medel att själv ta sitt liv, som eutanasi, då läkaren utför hela den procedur som leder till patientens död.

Varje år publicerar de nederländska myndigheterna statistik över antalet rapporterade fall av eutanasi. Årets rapport från i maj visade att antalet eutanasifall sjunker för fjärde året i rad (van Kolschooten, 2004). År 2000 förmedlade nederländska läkare uppgifter om 2 123 utförda fall av eutanasi, år 2001 uppgick antalet till 2 054, och år 2002 var siffran 1 882. Den senaste uppgiften för år 2003 omfattar 1 815 eutanasifall.

Samtidigt har studerats hur stor andel av nederländska läkare som rapporterar

utförd dödshjälp. 1990 lämnade endast ca 18 procent av läkarna in sådana uppgifter till myndigheterna, men 1995 hade andelen ökat till 41 procent [van der Wal G, et al. *N Engl J Med*. 1996; 335(22):1706-11], för att år 2001 visa ytterligare ökning, till 54 procent [Sheldon T. *BMJ*. 2003;326(7400):1164].

Det är positivt att allt fler av läkarna, såsom föreskrivet, rapporterar om utförd dödshjälp. Samtidigt vet man ju inte om det faktiskt är endast 54 procent av läkarna som gjort detta och då också meddelat myndigheterna, eller om resterande 46 procent underlåtit att rapportera sina fall. I det senare fallet kan det handla om ett okänt stort mörkertal av dödshjälp. När därför eutanasiantalet minskar nu för fjärde året i följd, samtidigt som andelen uppgiftslämnande läkare blir allt fler, ter sig uppgifterna svårtolkade.

Susanne Ringskog Vagnhammar

susanne.ringskog@tele2.se

van Kolschooten F. Dutch regulations governing euthanasia debated. *Lancet*. 2004;363(9425):1963.

Akademisk medicin behöver vitaliseras!

I Inte bara den kliniska forskningen är i kris utan även hela den akademiska medicinen. The International Campaign to Revitalize Academic Medicine (ICRAM) riktar i BMJs temanummer den 2/10 en kraftfull kritik mot dagens akademiska medicin som inte lyckats visa att akademiskt sökande efter kunskap har samhällsrelevans.



Mats Eliasson
medicinsk redaktör

Gruppen pekar ut nedvärdering av kliniskt lärande samt att man stillatigande tolererat obalansen och bristen på kommunikation mellan grundforskning och klinisk forskning. Akademin har inte utvecklat den kliniska verksamheten eller implementerat evidensbaserade kunskaper, vilket leder till oacceptabla variationer i vårdutbud och hälsoeffekter av vårdinsatser. Slutligen ignorerar den akademiska medicinen de grundläggande värdena av ett socialt och globalt ansvar.

Angreppet kan tyckas hårt och orättvist, men låt oss rannsaka vilken roll den svenska forskarvärlden, fakulteter, Läkartidningen och organisationer som Vetenskapsrådet, SBU, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har i dessa frågor. Symtomatiskt är kanske att vi oftast betecknar akademisk verksamhet som liktydig med forskning. Begreppet akademisk medicin finns överhuvudtaget inte i Sverige – en sökning på Google gav bara sju träffar.

ICRAM redovisar fyra hörnpelare i sin appell för en ny vision för den akademiska medicinen. Viktiga frågor måste besvaras genom relevant forskning. Evidensen från sådan forskning måste implementeras och gapet minska mellan »att veta« och »att göra«. Utbildning av läkare måste ge en adekvat kompetens i förhållande till vårdbehoven. Processen genom vilken sjukvården når patienten måste optimeras för bästa utnyttjande av begränsade resurser. Frågorna är speciellt viktiga för ett globalt ansvar. Läkartidningen välkomnar en debatt kring hur akademisk medicin kan utvecklas i Sverige.

mats.eliasson@lakartidningen.se