

alltså inte. Det gör vi emellertid fortfarande beträffande livstestamenten.

Argumentet giltigt även vid somatisk sjukdom

Notera emellertid att Nordins argument mot livstestamenten vid psykiatrisk diagnos också kan användas mot livstestamenten vid somatisk diagnos. Också en somatiskt sjuk patient kan ha förlorat förmågan att kommunicera en viljeyttring, då det blir aktuellt att tillämpa livstestamentet.

Ger inte blod till Jehovas vittnen

Ändå respekterar vi hennes beslut (vi ger t ex inte blod till medvetlösa medlemmar av Jehovas vittnen med hänvisning till att de kan ha ändrat uppfattning), och jag tror vi gör rätt i detta. Det är en fråga om allmänhetens förtroende för sjukvården. Sak samma kommer vi, gissar jag, att göra också vid psykisk sjukdom, bara vi vant oss vid tanken.

Testamentet och dess konsekvenser

Den som skriver ett livstestamente tar en risk. Hon kan ha ändrat uppfattning då testamentet ska tillämpas. Men det vet hon då hon skriver det. Varför skriver hon det då? Jo, hon vill inte skjuta över beslutet på någon annan. Hon tror inte att doktorn kommer att veta bättre. Och hon är beredd att leva med konsekvenserna av sitt beslut. Så är ju för övrigt fallet också med vanliga testamenten!•

Naturmedel för injektion – finns det?

När THX för många år sedan föranledde en debatt i vårt land enades myndigheterna om att som naturmedel för injektion fick bara användas medel som sålts via apotek mot recept utfärdat av svensk legitimerad läkare. Regelverket präglades av pragmatism och det var nog, iakttaget så här i backspegeln, något av en politiskt dikterad nödlösning.

THX används numera mycket lite. Även Iscador, Helixor och de övriga få preparat för injektion utan vetenskapligt visad effekt som får försälas på apotek, används i relativt liten utsträckning.

Många av de patienter som efterfrågar recept är människor som lider av obotlig sjukdom och som önskar göra något åt sin situation; tanken om »sista halmstrået».

Hur ser regelverket ut?

Under det senaste året har jag varit i kontakt med Läkemedelsverket och Socialstyrelsen för att få klarhet i hur regelverket ser ut idag. Det har inte varit så lätt. Följande svar har varit entydiga:

- Naturmedel för injektion är i princip inte tillåtna. Begreppet är utmönstrat. Läkemedelsverket avslår regelmässigt fabrikanternas ansökan om försäljningstillstånd. Socialdepartementet ger därefter förlängd dispens år för år för Iscador, Helixor och några tymuspreparat. Motivet till detta dispensförfarande har jag inte lyckats få fram.

- Medlen får endast säljas av apotek mot recept.

- Läkaren får skriva recept, men

måste inte göra det. Recept till barn är inte tillåtna, där fordras licens.

- Läkaren får inte *ordinera* mistel- och tymuspreparat, eftersom de inte har vetenskapligt visad effekt.

- Läkaren måste ange dosering på receptet. Läkaren får inte hänvisa till tillverkaren beträffande dosering. Läkaren får inte heller hänvisa till muntlig eller skriftlig ordination – medlen får ju inte ordineras. Doseringen måste grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ger avkall på vetenskapen

Av dessa uppgifter kan jag inte dra någon annan slutsats än att läkaren genom att skriva recept på mistel- eller tymuspreparat ger avkall på vetenskap och beprövad erfarenhet, som är grunden för läkares legitimation. Tillsynsenheten på Socialstyrelsen lovar dock, i ett informellt hållet svar, att se med mildhet på avvikelser i dessa fall.

Ger otydliga signaler

Varför inte i stället förbjuda medlen tills fabrikanterna kan visa upp adekvat dokumentation? Dialogen mellan den svårt sjuka patienten och läkaren skulle vinna, inte förlora, på en sådan tydlighet. Dagens tveksamt tillåtna förfarande med recept ger lekmanen – och läkaren – otydliga och i längden belastande signaler. I de fall det föreligger uppenbara humanitära skäl att medverka till injektion av naturmedel kan licensförfarande tillämpas.

Gunnar Eckerdal

överläkare, Mölndals sjukhus

Socialministern kommenterar:

Godtagbart medverka till förskrivning

Lagen om naturmedel för injektion tillkom 1981. I samband med godkännande gjordes en värdering, enligt dåtidens krav, av preparatens tillverkning och säkerhet. Av de preparat som godkändes via denna lag finns nu fyra kvar: THX, Enzythym, Helixor och Iscador.

Klassas som läkemedel

När läkemedelslagen (1992:859) trädde i kraft 1993 klassades produkterna om och beteckningen »naturmedel för injektion» försvann. Eftersom na-

turläkemedel inte per definition kan vara för injektion klassades produkterna som läkemedel. En frilistning i enlighet med 7 § läkemedelsförordningen (1992:1752) gjordes. Denna frilistning har successivt förlängts av Läkemedelsverket.

Det stämmer alltså inte att det skulle vara Socialdepartementet (egentligen avses väl regeringen) som efter överklagande av Läkemedelsverkets avslag fattar beslut om att tillåta försäljning i dessa fall. Däremot har regeringen vid

ett flertal tillfällen beslutat om dispens för försäljning av vissa antroposofiska medel med stöd av 5 § andra stycket läkemedelslagen och 6 § läkemedelsförordningen.

Värdering pågår

Läkemedelsverket har begärt in dokumentation från tillverkarna rörande de ovannämnda injektionspreparaten och värdering av denna pågår. Detta kommer att leda till att produkttexter godkända av verket kommer att kunna publiceras. I dag har Läkemedelsverket inte gjort någon värdering av de indikations- och doseringstexter som publiceras av tillverkarna. Samtliga medel avsedda för injektion är receptbelagda oavsett innehåll, sålunda också dessa preparat.

Förbud ingen lösning

Gunnar Eckerdal menar att nu rådande praxis beträffande användning av s k naturmedel för injektion är mindre lämplig och att medlen helt enkelt bör förbjudas i syfte att förbättra dialogen mellan den svårt sjuke patienten och läkaren. Det är nog inte givet att dialogen förbättras med en så enkel »lösning» på det förhållandet att en del patienter sätter sitt hopp till s k naturmedel, något som har en tung humanitär dimension, ibland uttryckt som »halmstråindikationen».

Förskrivningen är frivillig

Medlen är receptbelagda och sedvanliga regler beträffande förskrivning gäller. Praxis i Socialstyrelsens tillsyn, mot bakgrund av att användningen av medlen inte sker inom ramen för gängse tolkning av begreppet »vetenskap och beprövad erfarenhet», är att läkares förskrivning härav måste ses som »frivillig» och först sedan ansvarig läkare noga informerat patient/anhöriga om vilka mera evidensbaserade behandlingsmöjligheter som kan erbjudas.

I det läget är det godtagbart att läkare (och annan sjukvårdspersonal) på patients/anhörigs uttryckliga begäran medverkar till förskrivning och administrering av läkemedlet. Kloka läkare och andra ansvariga torde kunna hantera de frågor som Eckerdal pekar på. Kliniska situationer där halmstråindikationen kan vara aktuell torde alltid ha förekommit och kommer att förekomma under överskådlig tid.

Lars Engqvist
socialminister

Angående debatten om klopidogrel

Vi har följt debatten kring klopidogrel med intresse och har ej för avsikt att på något sätt kommentera vare sig Caprie-studien eller Plavix. Dock ser vi oss nödgade att gå i svaromål då ESPS-2-studien av Folke Lindgärde karakteriseras som: »I all korthet är en studie kantad av skandaler ... » (Läkartidningen 19/00, sidorna 2368-71).

Den korrekta beskrivningen är att fusk avslöjades vid ett center i ESPS-2 genom den monitorering som kontinuerligt gjordes av Boehringer Ingelheims monitorer. Detta ledde till att samtliga patienter från detta center exkluderades vid den finala analysen och i rapporten.

ESPS-2-studien har också inspekterats av FDA (US Food and Drug Administration) i samband med att Asasantin lämnades in för registrering i USA. FDA fann att studien höll mycket god kvalitet, och idag är Asasantin registrerat i USA helt med resultaten från

ESPS-2-studien som underlag (Asasantin går i USA under namnet Aggrenox).

Vår tolkning

Vidare skriver Kjell Asplund i sitt första inlägg (Läkartidningen 11/00, sidorna 1294-6): »Tills vidare är det en rimlig strategi för oss förskrivare att hos patienter med hjärtinfarkt, TIA eller hjärminfarkt betrakta klopidogrel som ett tredjehandspreparat efter ASA och kombinationen ASA-dipyridamol.»

Vi tolkade naturligtvis denna mening på följande sätt: ASA efter hjärtinfarkt, och ASA-dipyridamol efter TIA och stroke. Indikationen för ASA-dipyridamol (Asasantin) är sekundärprofylax efter stroke och TIA.

Lars-Erik Lins
medicinsk chef

Pelle Svensson
chef sjukhusläkemedel, Boehringer
Ingelheim AB

Barnhälsovård är mer än BVC

»Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv» är rubriken för ett av Medicinska forskningsrådets state of the art-dokument.

Titeln leder tanken fel. Det som analyseras i detta dokument är endast barnvårdscentralernas värde och metoder. Barns hälsa värdas även av andra än barnvårdscentralen. Detta tas inte upp i dokumentet.

Tre förhållningssätt

I den sammanfattande kommentaren nämns tre principiella förhållningssätt: »barnfamiljerna själva blir mer aktivt medverkande i det preventiva arbetet och detta får en klarare syftning mot att stärka föräldrars självkänsla och kompetens. Som led i detta förutsätts föräldrarna tillsammans med personalen fatta beslut om intensiteten i hälsoövervakningen och andra moment i arbetet.»

Av detta framgår att det är BVCs preventiva arbete som skall förstärkas, och inget sägs om hur föräldrarna kan samverka med och stödjas av annat offentligt eller frivilligt förebyggande arbete. Föräldrarnas självkänsla kan och bör

säkert förstärkas även av andra än BVC och med metoder som BVC ej behärskar. Skapa därför »barnplaner» som tydliggör samverkan mellan föräldrar, kommun, landsting och frivillig verksamhet.

Motstridande

Det andra förhållningssättet är att starkt markera ansvar för behov av insatser under de två första levnadsåren, och det tredje är att icke evidensbaserade inslag i verksamheten skall betraktas som provisoriska. Dessa två förhållningssätt strider mot varandra – det är bevisat att det finns ett behov av stöd under de två första levnadsåren, men det är inte evidensbaserat att en stark prioritering av BVCs insatser till dessa år ger ett optimalt slutresultat.

Om BVC skall utvecklas på ett bra sätt måste deras verksamhet sättas in i ett större sammanhang och inte bara debatteras ur medicinsk synvinkel. Låt oss hoppas på en bred debatt om hur en bra barnhälsovård skall utformas och vilken del i denna som BVC skall ha!

Lars Olov Brorson

f d barnhälsovårdsöverläkare i Örebro län