

av den typ Bengt Järhult förtjänstfullt rapporterar (och förhoppningsvis rapporterat till Läkemedelsverkets biverkningsregister?) skulle vara ytterligt begränsad. En av drivkrafterna för att få in glukosaminprodukterna under läkemedelskontrollen var möjligheten att få tillstånd just biverkningsrapportering och att kunna tillgodose att patienter som vill behandla en sjukdom får tillgång till produkter av god farmaceutisk kvalitet. Således var patientens bästa målet med Läkemedelsverkets beslut!

Effekten översteg placebo

Minimikravet för godkännande av ett läkemedel är, att det kan visas att effekten är skild från placebo. Så är fallet med glukosamin. Glukosaminprodukter är godkända som läkemedel i ett flertal europeiska länder och några stora säkerhetsproblem hade inte identifierats, vilket motiverade receptfriheten av mindre förpackningar. Den vida indikationen kan givetvis diskuteras. I detta avseende valde Läkemedelsverket att följa den tradition som gällt för övriga preparat som godkänts i avsikt att lindra symtom vid artros, dvs att ej specifikt godkänna endast för den bäst dokumenterade ledgruppen.

Färgämnen och motion

De färgämnen som ingår i Artrox är alla godkända inom EU och ingår i ett stort antal läkemedel. Läkemedelsverket kan därmed ej påverka tillsatsen av färgämnen i detta fall.

Beträffande Bengt Järhults påpekande om värdet av motion vid artros vill vi nämna att i Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation för artros (Information från Läkemedelsverket 3:2004) anges att fysisk träning är förstahandsbehandling – före läkemedel.

Ny kunskap kan leda till omprövning

Avslutningsvis – på senaste tiden har rapporterats om misstänkta biverkningar vid behandling med glukosamin, och studier har publicerats som tyder på att medlets effekt är begränsad. I och med läkemedelsklassificeringen och godkännandet av produkten genereras således ny kunskap, vilket kan leda till att produktens värde och plats i terapin omprövas på samma sätt som görs för andra läkemedel.

Jane Ahlqvist Rastads

specialistläkare, Senior Expert
Jane.Ahlqvist-Rastad@mpa.se

Tomas Salmonson

Senior Expert, delegat i CHMP
(den europeiska läkemedelsnämnden);
båda vid Läkemedelsverket, Uppsala

Akut otitis media:

Rekommendationerna har haft effekt!

För oss känns det naturligt att förorda handläggning av akut otitis media med information och rekommendation att avstå från antibiotika de första dagarna. Sedan konsensus i otitfrågan lades fast år 2000 har man i Östergötlands län strävat efter ett gemensamt förhållningssätt bland berörd sjukvårdspersonal. Om detta är enda orsaken vet vi inte, men vi kan konstatera att antalet läkarbesök med diagnosen AOM nästan halverats, från 10 340 till 5 640, mellan 1999 och 2003.

SIGVARD MÖLSTAD
primärvårdens FoU-enhet, Jönköping;
vice ordförande STRAMA
sigvard.molstad@lj.se

SVEN ENGSTRÖM
distriktsläkare, Ryds Vårdcentral, Linköping

II Behandlingen av akut otitis media (AOM) har nyligen diskuterats i Läkartidningen. Handläggningen i primärvård studerades retrospektivt av Anna Lundborg Ander och Robert Eggertsen (LT 41/2004, sidorna 3142-6). Resultaten jämfördes med rekommendationerna från en konsensuskonferens år 2000.

Lundborg och Eggertsen uttrycker sin besvikelse över dålig följsamhet till de nya rekommendationerna eftersom nästan alla patienter erhöll antibiotika, en stor andel förskrevs amoxicillin och behandlingstiden generellt var alltför lång. Deras resultat stämmer i stort överens med tidigare svenska studier från primärvården år 2000 och 2002 [1, 2]. Som möjliga orsaker till den bristande följsamheten anger Lundborg och Eggertsen att otitkonsensusrekommendationerna var tvetydiga och att den tolk-

ning som givits i öron-, näs- och halskapitlet i Läkemedelsboken (LB) var vinklad till förmån för att behandla med antibiotika. Eva Ellegård och Kristian Roos (LT 44/2004, sidan 3461) replikerade att deras skrivning inte stod i strid med otitkonsensus och att budskapet i LB stod fast.

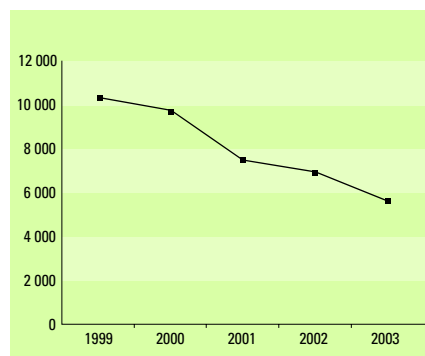
Vi instämmer med Lundborg och Eggertsen i att tolkningen av otitkonsensus i LB är mycket tvivelaktig. Däremot förefaller de nya rekommendationerna ha haft genomslag genom förändringar i befolkningens besöksmönster, vilket är viktigt att ta hänsyn till när man skall analysera följsamhet till rekommendationer.

Tolkning av otitkonsensus

På grund av att det vetenskapliga underlaget inte var helt entydigt ges i otitkonsensus två alternativ för handläggning av AOM hos barn 2–16 år gamla. Alternativ 1 är att ge information och att rekommendera att föräldrarna tills vidare (3 dygn från symtomdebut) avstår från antibiotika. Alternativ 2 är att som tidigare behandla med penicillin V i 5 dygn.

Vår bestämda uppfattning är att det känns naturligt att överväga handläggning enligt alternativ 1 före alternativ 2. Det skulle därför vara rimligt att fördelningen av patienter mellan de två handläggningsalternativen skulle bli lika. Texten i LB ger onekligen läsaren intrycket att alternativ 2 är att föredra. Den bör därför, enligt vår uppfattning, ändras. Dessutom anges i LB att »En del otiter, även variga, spontanläker, men en varig otit skall som regel antibiotikabehandlas [vår kursivering]«. I studier och i bakgrundsdokument till otitkonsensus framkommer tydligt att *de flesta* variga otiter spontanläker; LBs text är därför missvisande.

I sin replik skriver Ellegård och Roos:



Figur 1. Antal läkarbesök med diagnosen akut otitis media i Östergötland 1999–2003.

ANNONS

ANNONS

»Vi träffar själva på våra mottagningar dagligen barn med ont i örat, och vi är övertygade om att det krävs kunskap och diagnostisk noggrannhet för att hålla nere antibiotikaanvändningen.« Detta självklara budskap hade varit betydligt mer meningsfullt om det åtföljts av information om att man följt otitkonsensus och handlagt X procent av patienterna utan antibiotika med bra/dåligt resultat! Sådan erfarenhet hade varit av stort intresse och av värde också för handläggningen av AOM i primärvården.

Befolkningen söker mindre för öronvärk?

I Östergötlands och Jönköpings län har man efter otitkonsensus diskuterat handläggningen av AOM och strävat efter att åstadkomma en gemensam policy omfattande telefonrådgivande sköterskor, både dag- och kvällstid, och primärvårdens läkare och öronkliniker. I samband med detta skrev även lokalpressen om de förändrade riktlinjerna. I Östergötland (400 000 invånare) har antalet läkarbesök (inklusive jourtid) med diagnosen AOM minskat från 10 340 år 1999 till 5 630 år 2003 (Figur 1). Det vore intressant att studera sådan statistik i andra delar av landet och relatera till aktiviteter för att implementera otitkonsensus.

Vi kan inte säkert bedöma om den kraftiga minskning vi sett beror på bättre diagnostik, bättre telefonrådgivning eller mindre rädsla för öronvärk hos allmänheten. En mindre del av förändringen beror sannolikt på ett minskat födelsetal under 1990-talet. Motsvarande relativa minskning av antalet registrerade läkarbesök för AOM rapporteras också från England, även om man där startat från en högre nivå [3].

Hur stor andel av dem som fått diagnosen AOM i Östergötland och som förskrivits antibiotika har vi inte studerat ännu. Men ett minskat antal patienter som söker för AOM kan i själva verket medföra att en större andel av dem bör behandlas med antibiotika, eftersom det är sannolikt att en större andel av dem som verkligen kommer till läkarbesök har haft symtom i flera dagar eller har perforation, vilket påverkar handläggningen.

Följsamheten till nya rekommendationer

Nya rekommendationer kräver nya rutiner och en samordning av information till sköterskor i telefonrådgivning, läkare och patienter. Dessutom krävs en gemensam policy för hela sjukvården, som helst också görs känd via massmedierna. Detta underlättas av samsyn mellan olika läkargrupper, t ex genom samverkan i den lokala STRAMA-gruppen. Förändringar är svåra att åstadkomma och underlättas inte om rekommendationer

na är svåra att tolka eller misstolkas. STRAMA tillhandahåller på sin webbplats (www.strama.se) utbildnings- och informationsmaterial till personal och patienter.

Vid utvärdering av effekten av nya behandlingsrekommendationer måste man även tänka på att ta hänsyn till förändringar över tid i besöksmönster och patienturval. Betydelsen av en konsekvent, lokalt förankrad telefonrådgivning skall inte underskattas! Med en konsekvent genomförd policy förändras sannolikt urvalet av patienter som kommer på läkarbesök för misstänkt AOM. Detta i sin tur bör påverka tolkningen av uttagna journaldata i relation till rekommendationerna. Det minskade antalet diagnostiserade fall av akut otitis media

i våra län antyder att vi ibland lyckas bättre än våra journaldata visar.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Stålsby Lundborg C, Olsson E, Mölsted S. Antibiotic prescribing in outpatients: a 1 week diagnosis-prescribing study in 5 counties in Sweden. *Scand J Infect Dis* 2002; 34:442-8.
2. Mölsted S. Största kartläggningen av infektionsbehandling i öppen vård. Antibiotikaförskrivning sker inte alltid enligt riktlinjer. *Läkartidningen* 2003;30: 318-21.
3. Ashworth M, Latinovic R, Charlton J, Cox K, Rowlands G, Gulliford M. Why has antibiotic prescribing for respiratory illness declined in primary care? A longitudinal study using the general practice research database. *J Public Health* 2004;26:268-74.

Behåll villkorad remissplikt – styr med patientavgiften

Ett fritt vårdsökande till specialist skulle innebära ett flertal nackdelar. Vi föreslår att man i stället styr med patientavgiften så att avgiften blir lägre vid remiss från allmänläkare och högre vid direktsökande.

BENGT JOHANSSON
specialist i allmänmedicin, privatläkare med avtal, Ängelholm
bengt.johansson@kulltorp.se

SVEN SVEDERBERG
specialist i allmänmedicin, privatläkare med avtal, Åstorp
sven.svederberg@tele2.se

II Sverige är ett av Europas läkartätaste länder med en förhållandevis stor andel organspecialister. Ändå tycks tillgängligheten till organspecialister fungera dåligt med långa köer som följd. I nordvästra Skåne är väntetiden t ex till ortopederna mellan 70 och 95 veckor.

Vi är själva för en villkorad remissplikt då vi annars befarar att många patienter söker specialistmottagningar med sjukdomar eller symtom som lika gärna kan behandlas av allmänläkare. Om vi blir sjuka och behöver söka en organspecialist vill vi att denne skall vara väl tränad i komplicerade sjukdomstillstånd och inte alltför mycket i vardagssjukvård.

I Thomas Flodins med flera artikel »Slopa remisstvänet – det stjälar tid från patientarbetet« i *Läkartidningen* 43/2004 (sidan 3364) diskuteras att ett remissförfarande skulle fördröja behandlingen till men för patienten. Det som författarna inte diskuterar är hur många av patienterna på en organspecialistmottagning

som egentligen behöver en specialistbedömning utan där allmänläkaren har tillräcklig kompetens. Ett fritt vårdsökande till organspecialister riskerar i stället att ge långa väntetider för remisspatienter, en urvattnad kompetens hos specialisten som kan bli en verklig framtida medicinsk risk.

Vi är övertygade om att vi som allmänläkare är kompetenta att bedöma vilka patienter som vi själva kan behandla och vilka som bör remitteras. Om en patient får ont i bröstet är det inte lätt att veta vem man skall söka – hjärtläkaren, psykiatern, lungläkaren, gastroenterologen, ortopederna, etc?

Risken är i stället att patienten hamnar hos fel specialist med fördröjning och medicinsk risk som följd. Det finns också en risk för att sjukvård överkonsumeras framför allt efter det att patienten fått frikort.

Vårt förslag är att om patienten är remitterad till specialist av allmänläkare skall frikort och nedsatt taxa gälla. Om patienten söker själv utan remiss skall däremot frikort inte gälla för patientavgiften, och patientavgift skall erläggas utan att denna får stämpas in i högkostnadsnytt. Vi menar att detta torde räcka som styrmedel mot rätt vårdnivå. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.