

SPECIALISTEN LÄSER MEN FÖLJER DEM INTE ALLTID

För att evaluera hur läkare läser och följer olika behandlingsrekommendationer vid astma delades ett frågeformulär ut vid två oberoende symposier. Ett formulär användes av specialister i främst lungmedicin, allergologi och pediatrik; det andra var riktat till astmaintresserade allmänläkare. Av svaren framgick att de flesta av de nyligen publicerade behandlingsrekommendationerna hade lästs av specialister. Däremot ter det sig som om allmänläkarna är bättre än specialistkolleger på att följa rekommendationer. Våra resultat talar också för att en större andel allmänläkare läser nationellt publicerade behandlingsrekommendationer på det egna språket, snarare än internationellt publicerade på engelska.

Ett antal publicerade rekommendationer för behandling av astma har producerats i olika länder de senaste åren [1-7]. Dessa har oftast tagits fram i samband med konsensusmöten och baseras i huvudsak på publicerade data från kontrollerade studier, men ibland utan stöd i vetenskapliga data. Rekommendationer kan därför till viss del skilja sig från land till land.

Till för några år sedan hade endast Storbritannien och Sverige producerat egna nationella behandlingsrekommendationer, baserade på konsensusmöten. Rekommendationer för behandling i övriga europeiska länder har i huvudsak

baserats på internationella rekommendationer, eller rekommendationer skrivna i andra länder.

Behandlingsrekommendationer ska självklart inte vara rigida regler för hur enskilda patienter ska behandlas, utan snarare ange en allmän inriktning för behandling av astma i ett land. Många astmapatienter behandlas dock ofta inte bara av en, utan av flera olika allmänläkare, och dessutom periodvis av specialister.

Det är därför av stor vikt att så många läkare som möjligt är medvetna om innehållet i publicerade behandlingsrekommendationer. Kunskapen om hur dessa följs är dock ytterst begränsad.

METODER

Vid två möten under hösten 1993 presenterades frågor kring behandlingsrekommendationerna. Mötesdeltagarna fick besvara ett frågeformulär (på engelska) med frågor, se ruta.

Vid det första symposiet deltog 33 specialister från Sverige, 98 från Norge, 63 från Danmark, 10 från Island och 95 från Holland. Deltagarna frick frågeformuläret på väg till symposiet.

Vid det andra symposiet deltog 10 allmänläkare från Finland, 57 från Sverige, 4 från Island och 30 från Holland. Dessa fick formuläret när de kom till mötet.

Frågorna om skriftlig information om behandling och PEF(toppflödes)monitorering för diagnos/behandling valdes eftersom de återkommer i samtliga behandlingsrekommendationer.

Vid specialistmötet var svarsfrekvensen 70-97 procent på de olika frågorna för alla länder. Island exkluderas eftersom islänningarna var så få (endast tio).

Vid distriktsläkarmötet var svarsfrekvensen 86 procent för Sverige och 96 procent för Holland.

RESULTAT Läser helst internationella rekommendationer

Andelen specialister som hade läst olika publicerade behandlingsrekom-

mendationer är presenterade i Tabell I. Totalt sett är demest lästa behandlingsrekommendationer de internationella. I Sverige och Norge läses oftast de svenska behandlingsrekommendationerna. Alla svenska specialister har läst någon av behandlingsrekommendationerna. Specialister från Danmark (84 procent), Holland (85 procent) och Norge (95 procent) hade läst någon av dem som listats.

En stor del specialister gav patienterna skriftlig information om vanlig eller akut behandling av astma (Figur 1). De holländska specialisterna hade en tendens att inte följa detta föreslagna tillvägagångssätt.

PEF-monitorering för att diagnostisera och monitorera behandling av astma var alltid eller ofta använt av nästan alla danska specialister (Figur 2). De holländska specialisterna hade en ten-

FRÅGEFORMULÄR

1. Ger Du dina patienter skriftlig individuell information om hur de skall behandla sin astma?
2. Ger Du dina patienter skriftlig individualiserad information om hur de skall bete sig vid en akut astmaförsämring?
3. Använder Du PEF-monitorering för att diagnostisera astma?
4. Använder Du PEF-monitorering för att evaluera effekten av behandlingen av astma?
För frågorna 1-4 fanns alternativen alltid, ofta, sällan och aldrig.
5. Under de senaste åren har flera behandlingsrekommendationer publicerats. Vilka har Du läst?
Alternativ: Hargreave et al. A conference report. J Allergy Clin Immunol 1992 [2]; BTS Behandlingsrekommendationer. BMJ 1990 [3, 4]; NHBI and National asthma education programme; Expert Panel Report. J Allergy Clin Immunol 1991 [5]; Svenska behandlingsrekommendationer. Läkartidningen 1992 [6]; BTS Behandlingsrekommendationer. Thorax 1993 [7]; Ingen.
6. Vilket land kommer Du från?

Författare

JAN LÖTVALL

docent, avdelningen för klinisk farmakologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

JACOB BOE

professor, lungkliniken, Rikshospitalet, Oslo.

Tabell I: Procentandel specialister som hade läst olika behandlingsrekommendationer för astma.

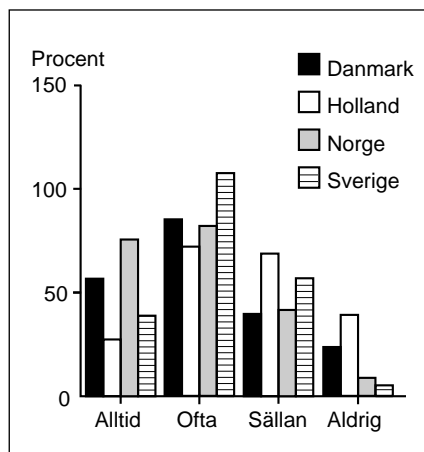
	Danmark	Sverige	Norge	Holland
Hargreave et al. A conference report, J Allergy Clin Immunol 1990 [2]	31	24	23	23
BTS Guidelines, BMJ 1990 [3, 4]	45	78	52	38
NHBI and National asthma education programme. Expert panel report, J Allergy Clin Immunol 1991 [5]	20	30	21	12
Svenska rekommendationer, Läkartidningen, 1992 [6]	10	84	58	0
BTS guidelines, Thorax 1993 [7]	29	54	33	47
None	16	0	5	15

dens att inte använda PEF-monitorering för detta syfte.

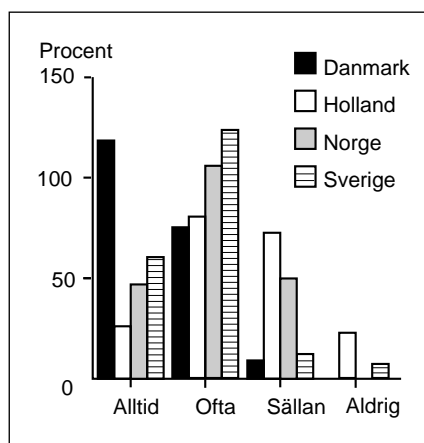
Specialister ger skriftlig information

I allmänhet hade specialister både i Sverige och Holland läst behandlingsrekommendationer i mycket högre grad

än allmänläkare (Figur 3a och 4a), dock hade de svenska lästs av ungefär lika stor andel svenska allmänläkare som specialister (Figur 3a). Av de holländska allmänläkarna skrev 56 procent att de hade läst en holländsk checklista för behandling av astma. I båda dessa länder verkar det som specialisterna var bättre på att ge patienten skriftlig information om behandling (Figur 3b och c, Figur 4b och c), medan allmänläkarna i Sverige var bättre på att använda PEF-monitorering för att diagnostisera astma (Figur 3d och e samt Figur 4d och e).



Figur 1. Procentuell andel läkare som ger sina patienter individualiserad, skriftlig information för läkemedelsbehandling och om vad man ska göra i samband med en akut astmaattack i fyra europeiska länder.



Figur 2. Procentuell andel läkare som använder PEF-monitorering för diagnosen och den regelbundna behandlingen av astma i fyra europeiska länder.

DISKUSSION

På de två möten där dessa frågeformulär delades ut var deltagarna inbjudna på grund av sitt intresse för astmasjukdomen. Det är därför troligt att en större del av dessa läkare hade en tendens att läsa och följa behandlingsrekommendationer angående astmabehandling än vad som kunde förväntas i en allmän läkarpopulation.

I en preliminär rapport från en tidigare undersökning gjord 1992, baserad på ett internationellt frågeformulär bland lungläkare från 24 länder, rapporterades en stor skillnad i astmabehandling med hänsyn till både tillhandahållande av information och användning av PEF-mätningar [8]. Man såg också att följsamhet till nyligen publicerade internationella behandlingsrekommendationer varierade betydligt mellan olika länder. I vår undersökning har vi funnit att nationella behandlingsrekommendationer sprids och läses av majoriteten av intresserade nationella specialister, och av en stor del av intresserade allmänläkare. I ett internationellt perspektiv hade specialisterna genomgående läst behandlingsrekommendationer i högre grad än allmänläkare. Fler svenska än holländska allmänläkare hade läst behandlingsrekommendationen, men då nästan enbart den svenska.

Allmänläkare i Sverige verkar mer angelägna att använda PEF-monitorering för diagnostik och regelbunden behandling av astma än sina specialistkol-

leger. En förklaring till denna skillnad kan vara att specialister i första hand använder mer känslig mätning av lungfunktion när patienten är på kliniken. En annan förklaring kan vara att PEF-mätning har blivit kraftigt förespråk av både »opinionsledare» och representanter för läkemedelsindustrin. Det finns emellertid få kontrollerade studier som bekräftar att PEF-mätning är effektiv för självbehandling av astma.

I en undersökning där PEF-mätare distribuerades till 15 patienter rapporterades minskad användning av bronkdilaterare under två till tre månader, utan några skillnader av symtomen [9].

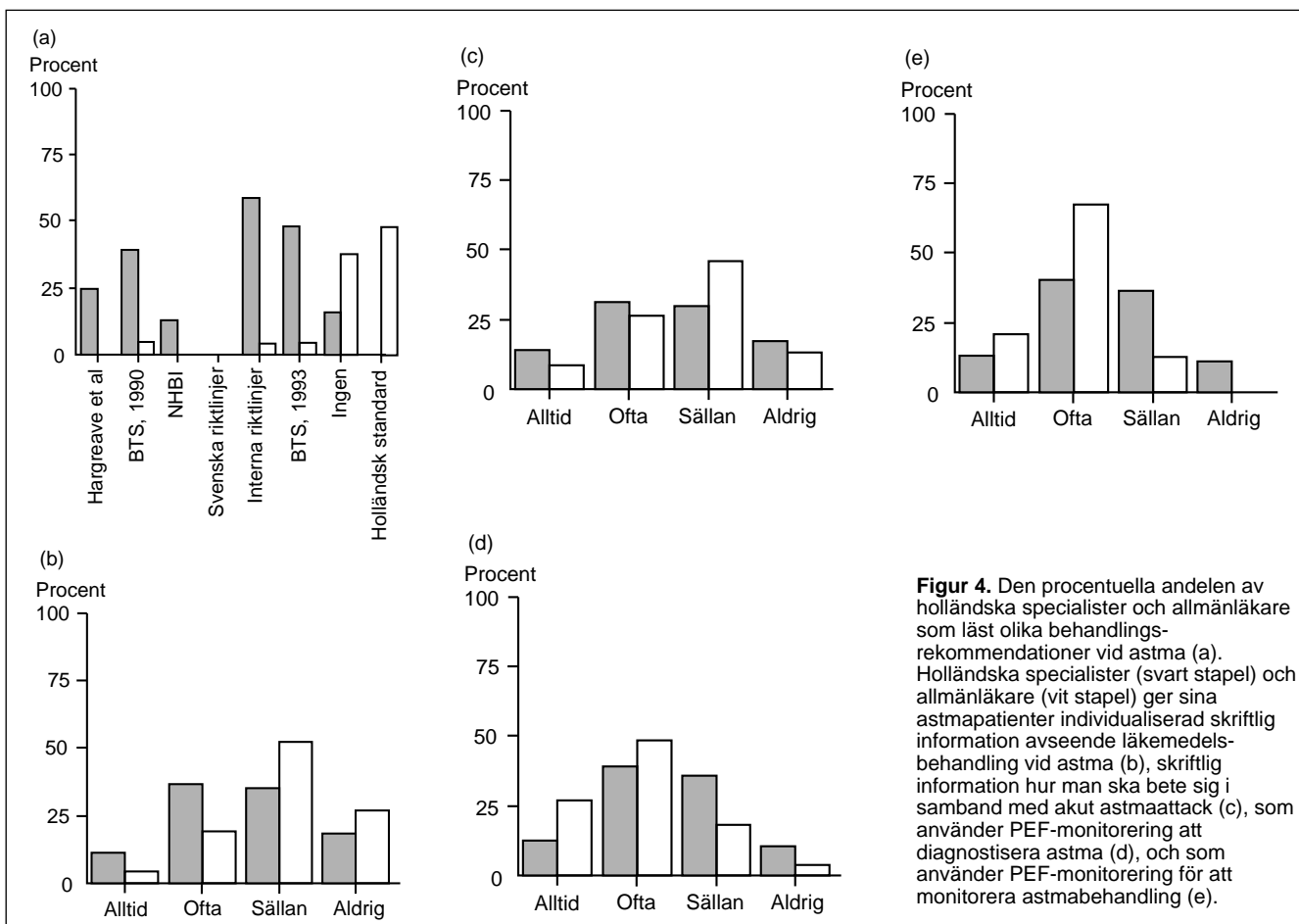
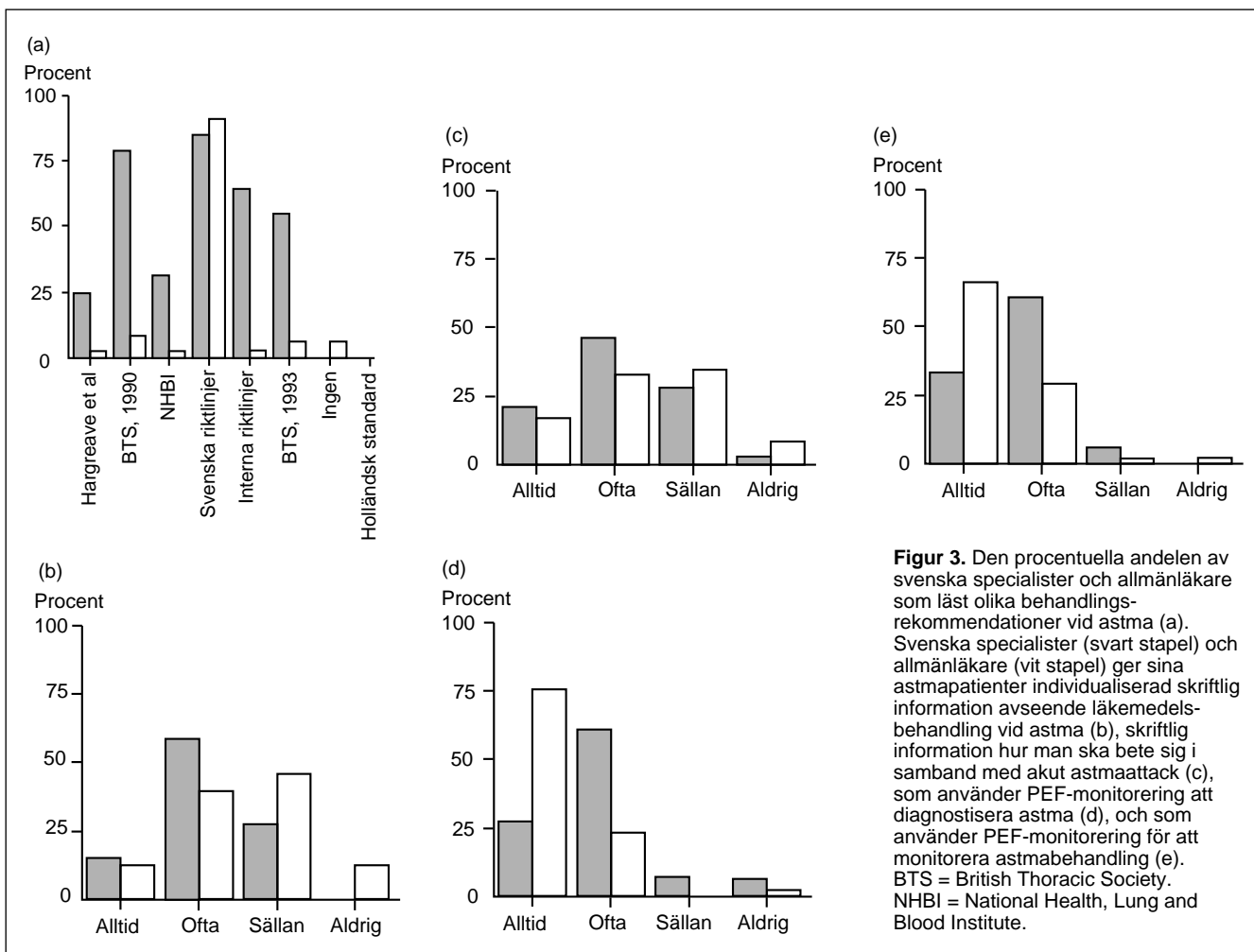
Charlton och medarbetare har jämfört PEF och behandlingsplaner baserade på symtom utan att se signifikanta skillnader mellan de två patientgrupperna [10].

I en nyligen publicerad studie av integrerad vård där man förskrev PEF-mätare och gav behandlingsplan till astmapatienter verkade det inte som om detta ledde till minskad dödlighet eller sjuklighet [11]. Emellertid drog författarna slutsatsen att patienten med svår astma kan ha nytta av en sådan monitorering. Dessa studier visar att trots att användning av PEF-mätare rekommenderas bör effekten av detta dokumenteras vetenskapligt.

Man hoppas att användning av nationella behandlingsrekommendationer åtminstone ska påverka vad produkt-specialister inom läkemedelsindustrin presenterar för läkare. Detta är dock inte alltid fallet. Under hösten 1993, 18 månader efter det svenska konsensusmötet, blev tre olika behandlingsrekommendationer presenterade för allmänläkare i Sverige av olika företag. Tydligt var respektive behandlingsrekommendation utvald på grundval av argument för de olika företagens respektive produkter. För en allmänläkare utan speciellt intresse för astma måste denna information verka förvirrande. Ett argument för användning av behandlingsrekommendationer är att många läkare ofta är involverade i vården av en individuell patient och att olika principer för behandlingen därför ska kunna undvikas [12]. Det är därför uppenbart att om någon yrkesgrupp ska följa nationella behandlingsrekommendationer, så bör det vara försäljningspersonal i läkemedelsindustrin. Att inte ge information i enlighet med nationella behandlingsrekommendationer, på basis av en snabb vinst, kan leda till en onödig känsla av osäkerhet för vissa läkare och för patienterna.

Generellt bättre kontroll

Att publicera behandlingsrekommendationer för behandling av kroniska sjukdomar är viktigt av flera orsaker.



Det är av betydelse att så många läkare som möjligt i ett samhälle, för patienternas skull, använder samma behandlingsstrategi. För det andra är det värdefullt att ledande specialister och allmänläkare träffas regelbundet för att diskutera terapiframsteg och vilka frågor som behöver besvaras i nya studier. Det tredje, och viktigaste skälet, är att behandlingsrekommendationer förhoppningsvis leder till en generellt bättre kontroll av sjukdomen och därmed en minskad dödlighet. Större, randomiserade studier av hur behandlingsrekommendationer i allmänhet följs vore av stort värde.

Referenser

1. Beerman B, Boe J, Boye NP, Boman G, Carneskog-Palm E, Dahlqvist R et al. Farmakoterapi vid astma – rekommendationer från en expertgrupp. *Läkartidningen* 1986; 83: 2385-8.
2. Hargreave FE, Dolovich J, Newhouse MT. The assessment and treatment of asthma: a conference report. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 85: 1098-111.
3. British Thoracic Society and others. Guidelines for management of asthma in adults: I – chronic persistent asthma. *BMJ* 1990; 301: 651-3.
4. British Thoracic Society and others. Guidelines for management of asthma in adults: II – acute severe asthma. *BMJ* 1990; 301: 797-800.
5. Sheffer AL. Guidelines for the diagnosis and management of asthma – National Heart, Lung and Blood Institute, National asthma education programme. Expert panel report. *J Allergy Clin Immunol* 1991; 88: 425-534.
6. Andrés L, Beerman B, Benson L, Berg T, Boe I, Boethius G et al. Farmakoterapi vid astma – rekommendationer från en expertgrupp. *Läkartidningen* 1992; 98: 2608-11.
7. British Thoracic Society and others. Guidelines for the management of asthma; a summary. *BMJ* 1993; 306: 776-8.
8. Vermeire P. Differences in asthma management around the world. *Eur Respir Rev*, 1994; 4: 279-81.
9. Jansson-Bjerkle S, Schnell S. Effect of peak flow information on patterns of self-care in adult asthma. *Heart-Lung* 1988; 17: 543-9.
10. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. *BMJ* 1990; 301: 1 355-9.
11. Grampian Asthma Study of Integrated Care (GRASSIC). Effectiveness of routine self monitoring of peak flow in patients with asthma. *BMJ* 1994; 308: 564-7.
12. Pearson MG. Asthma guidelines: who is guiding whom and where to? *Thorax* 1993; 48: 197-8.

KORTKLIPPT



Hjärtklaffskador av bantningsmedel Serotonin orsaken?

En ovanlig hjärtklaffsjukdom, i flera fall dessutom pulmonell hypertoni, har avslöjats hos amerikanska kvinnor vilka använt en kombination av de aptitdämpande medlen fenfluramin och fentermin (populärt kallas kombinationen fenphen i USA. Denna är inte godkänd av amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA, endast varje medel för sig. I enstaka fall har hjärtklaffskadorna drabbat patienter som använt endast fenfluramin eller dexfenfluramin.

Det är inte bevisat att bantningsmedlen verkligen orsakat de svåra skadorna, men flera indicier finns och också en plausibel hypotes: cirkulerande serotonin i hög koncentration skadar hjärtklaffarna.

18 miljoner recept

Mer än 18 miljoner recept på fenfluramin och fentermin skrevs ut i USA 1996. Eftersom de möjliga konsekvenserna är så stora bröt *New England Journal of Medicine* sin praxis och släppte nyheten om 24 fall, samtliga gällde kvinnor, innan artikeln kom i tryck. Nu har den kompletterats med ytterligare fyra artiklar, varav en ledare (*N Engl J Med* 1997; 337: 581-8, 602-6, 629-30, 635-6).

I en artikel redovisas 28 nya fall av hjärtklaffsjukdom hos kvinnor som behandlats med fenphen, fall som rapporterats till FDA efter det första larmet. Totalt har minst elva patienter krävt klaffoperation, och två har dött. Medelåldern i båda materialen var 44-45 år. En kvinna dog i pulmonell hypertoni åtta månader efter det att hon använt fenphen – i endast 23 dagar!

Klaffskadorna liknar dem som orsakas av karcinoid eller ergotamin, och det är en sjukdomsbild som är ovanlig före 50 års ålder. Höga nivåer av cirkulerande serotonin har uppmäts hos karcinoidpatienter med klaffskador, och fenfluramin ändrar serotoninmetabolismen i hjärnan. Kombinationen av fenfluramin och fentermin förmodas potentiella effekten av eller öka koncentrationen av cirkulerande serotonin.

I studier på råttlunga in vitro har fenfluramin och dexfenfluramin dosrelaterat ökat lungartärtrycket. Bantningsmedlet aminorex drogs för 25 år sedan in på grund av svåra fall av pulmonell hypertoni i Västeuropa. Ett liknande

kluster uppträdde där i samband med intag av fenfluramin och dexfenfluramin i början av 1990-talet och ledde till utrensning bland medlen.

Under de senaste åren har forskare presenterat en rad studier som visat hur farlig övervikt är. Detta fick FDA (men inte svenska Läkemedelsverket) att 1996 överge sin restriktiva attityd till aptitnedsättande medel och registrera fenfluramin.

Håll igen på pillren!

Ledarskribenten i *New England Journal* anser inte att man bör ta riskerna med aptitnedsättande medel för att minska riskerna av övervikt. Det har aldrig visats att medlen ger bestående viktreduktion, inte heller att de förebygger överviktsrelaterad sjuklighet eller förlänger liv. Vid långvarigt bruk ökar också risken för biverkningar.

Därför borde man införa ett moratorium för bruk av anorektiska preparat för kosmetisk bantning. De bör reserveras för kraftigt överviktiga patienter med sjukdomar som koronar hjärtsjukdom, hypertoni och hyperlipidemi – och patienterna måste kontrolleras ofta och undersökas med ekokardiografi vid tecken på kardiovaskulära förändringar, betonar ledarskribenten.

Den inställningen präglar svensk praxis, och i Sverige används fenfluramin (Ponderal) och dexfenfluramin (Isomerid) endast på licens, enligt Läkemedelsverket av 250-300 patienter. Fentermin förekommer inte i Sverige. Ponderal drogs in 1988 på grund av svåra psykiska biverkningar.

Nya medel på väg

Problemen med bantningsmedel har inte kylt ner tillverkarnas intresse påpekas det i *New Scientist* (1997; 153: No 2096: 22-7). Kliniska försök planeras med bl a en syntetisk kolecystokininagonist som dämpar djurs aptit.

Ansökan om registrering har lämnats till FDA både för medel som blockerar det exokrina pankreaslipaset, så att en del fett inte tas upp av kroppen, och för sibutramin, som bl a ökar aktiviteten av serotonin och noradrenalin i hjärnan (se *Läkartidningen* 4/97).

Många tillverkare hoppas att forskningen om leptin, som i djur- och humanförsök visats sänka kroppsvikten, skall leda till ett effektivt bantningspiller. Kanske kan man hoppa över leptinet och i stället styra något av de signalämnen som leptin tycks »orkestrera».

Yngve Karlsson

Läkartidningen, Stockholm