

Vänd psykiatrins negativa spiral – ge yngre läkare möjlighet att axla ledaransvar

När läkarnas ledningsansvar ifrågasätts, drabbas inte minst den psykiatriska verksamheten. För att vända utvecklingen måste våra yngre kolleger få möjlighet att axla ett medicinskt, administrativt och vetenskapligt ledaransvar.

I Läkartidningen 3/2006 [1] diskuterar Lars Werkö läkarens roll i sjukvården utifrån boken »Läkarroll i förändring« [2] och Vårdförbundets annonsbilaga om Framtidens Hälso- och sjukvård [3].

I dagens sjukvård, där psykiatrins mångåriga arbete i team även anammats av andra medicinska specialiteter, har frågan om ledningsansvar mer och mer kommit i brännpunkten. Vi som är äldre har noterat att det självklara och legalt förankrade ledningsansvaret inom sjukvården har ifrågasatts framför allt av politiska aktörer och nu också av regeringens vård- och äldreomsorgsminister Ylva Johansson. Den här problematiken drabbar enligt vår uppfattning särskilt hårt den psykiatriska verksamheten.

Utifrån det perspektivet vill vi diskutera hur man skulle kunna möta psykiatrins behov av förnyelse där verksamheten idag i många stycken präglas av politisk styrning [4]. Detta har medfört olust hos många yngre kolleger, vilka i dag inte känner sig motiverade eller beredda att axla ett ledningsansvar.

Vi ser några huvudproblem:

1. Teamarbetet. Psykiatrin fordrar för ett gott behandlingsresultat integrerade

program där läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog och läkarsekreterare ingår som självklara medlemmar. Teamarbetet, som grundar sig på att dess medlemmar representerar olika, specifika kompetensområden, havererar emellertid om alla skall närvara vid t ex remisshantering.

För oss är det självklart att läkaren = teamansvarig handlägger remissen och därefter i kraft av sitt medicinska/psykologiska kunnande bestämmer hur ärendet fortsättningsvis skall hanteras. Tyvärr är det fortfarande så att på många mottagningar sitter hela teamet samlat under många timmar för att diskutera ärenden som kanske bara någon/några i gruppen har möjlighet att bedöma. Slöseri med tid och kompetens! Låt medlemmarna i teamet arbeta med de uppgifter som de är duktiga på.

I enheter inom sjukvården skall läkaren självklart vara den som leder diagnostiken. Idag är alltför många sysselsatta med att sitta i möten som är tydligt kontraproduktiva. Detta är en av orsakerna till de oacceptabla köer vi har idag när människor söker hjälp. Tillgängligheten till sjukvården, som förr var god, är idag på många håll nästan obefintlig. Detta är en av de stora tragedierna i dagens sjukvård. Här kan en ny, offensiv syn på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen förhoppningsvis förbättra situationen.

2. Administrativa aspekter. Sjukvården i Sverige har under åren belastats med en ökande administration. Så gott som alla personer omkring patienten skall skriftligt dokumentera gjorda iakttagelser. Säkerhetsföreskrifterna har utökats. Ständiga omorganisationer har satts i system. Göteborgs sjukvård är här ett vackert men avskräckande exempel. Hur mycket kostnaderna kring oförståeliga omflyttningar i sjukvården har kostat oss här i Göteborg kan vi inte beräkna. Ett rimligt antagande är att ett mer professionellt hanterande av administrativa/medicinska åtgärder skulle spara betydande summor till glädje för den patientnära sjukvården.

Psykiatrin är mer än andra medicinska discipliner omgärdad av formella och juridiska regler. Vi har i detta avseende omständigare processer jämfört med många andra länder. En översyn av

domstolsförfarandet beträffande den aktuella patientgruppen borde enligt vår mening kunna leda till ett förenklat, men därför inte osäkrare, rättsligt förfarande i de fall som kräver juridiskt ingripande. Tvångsvård kan rimligen reduceras om tillräcklig professionell behandling kan erbjudas. Detta ställer i sin tur speciella krav på ett kompetent medicinskt ledningsansvar.

3. Specialistutbildningen. Den interna psykiatriska debatten om specialistutbildningen har säkert varit till förfång i förhandlingar med våra huvudmän. Vem har inte hört en politiker förklara att vi måste bestämma vilken inriktning psykiatrin skall ha – biologisk psykiatri eller psykoterapi? Idag vet vi bättre men många unga kolleger känner fortfarande osäkerhet i denna diskussion.

Därför är det viktigt att aktualisera hur specialistutbildningen har debatterats. I början av 2002 diskuterade professorerna Lars Jacobsson och Marie Åsberg i Läkartidningen frågan om psykoterapiobligatoriet inom specialistutbildningen. De skrev bl a: »Psykoterapiobligatoriet inom specialistutbildningen i psykiatri bör avskaffas. Motsvarande obligatorium finns inte inom andra specialiteter. Vidare bör psykoterapiutbildningen för blivande specialister breddas utan inskolning i någon etablerad psykoterapitradition«. En av oss (JW) har tidigare diskuterat dessa frågor i informationskriften Psykiatrifonden Informerar [5].

Låt våra psykiatrer ta ansvaret för sin medicinska specialitet, som i allt väsentligt är en neurobiologisk angelägenhet, och låt vidareutbildningen kompletteras med ökande kunskaper, inte bara inom neurobiologin utan även inom områden som t ex kognitiv psykoterapi. På så sätt får vi en ny generation välutbildade, eklektiska läkare mogna och motiverade att ta sitt ledningsansvar. Idag ser vi tyvärr många utnämningar av vård- och enhetschefer, där läkarrollen marginaliserats och kommit att knytas till den politiska ledningen.

Lars Werkö ställer i sitt debattinlägg [1] frågan om uppgiften att ställa diagnos verkligen kan betraktas som ett revirtänkande. Tyvärr tycks detta föresväva såväl Vårdförbundet som vård- och äld-



SVEN JONAS DENCKER
professor hc, Göteborg
031-163230@comhem.se



JAN WÅLINDER
professor emeritus, Askim
jan.walinder@beta.telenordia.se

reomsorgsministern Ylva Johansson. Ordföranden i Sveriges läkarförbund Eva Nilsson Bågenholm har tagit ställning i frågan och verkar för att vården skall ledas av läkare [6]. Detta är ett viktigt ställningstagande.

Det finns här i landet psykiatriska enheter som, vad vi kan bedöma, sköts på ett tillfredsställande sätt. Vad som förvånar oss är att inte Socialstyrelsen eller landstingen tar dessa som modeller för fortsatt utbyggnad av en välfungerande psykisk hälso- och sjukvård. Vi ser kliniker med idag ännu sämre standard än före Psykiatrireformen med alla dess brister. Avdelningar där läkaren dyker upp varannan vecka, och avdelningar som läkare lämnar på grund av liten möjlighet att påverka den medicinska verksamheten. I Moderna läkare 1/2006 [7] diskuteras dessa för yngre läkare viktiga frågor på ett intresseväckande sätt.

Slutligen: den successiva nedmonteringen av psykiatri, som för ett par årtionden sedan hade cirka en tredjedel av sjukvårdsbudgeten mot idag omkring 11 procent, ger också signaler till våra yngre kolleger. Hittills har politikerna svikit psykiatri trots allt tal om solidaritet och prioriteringar [4]. Här behövs inte bara ord utan handling för att vända en oroväckande nedåtgående spiral. Sluta dribblandet mellan statens och kommunernas ansvar.

Inom psykiatri sker för närvarande en kunskapsutveckling som i många stycken går fortare än inom andra medicinska specialiteter. Ge våra unga kolleger möjlighet att få axla ett medicinskt/vetenskapligt/administrativt ledarsvar. Denna uppmaning riktar vi till stat, landsting/kommuner och akademi.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Werkö L. Kan läkaren återta sin roll i sjukvården? Läkartidningen 2006;103:150-1.
2. Bengtsson K, Morén-Hybinette I. Läkarroll i förändring. Att våga nya vägar. Lund: Studentlitteratur; 2004.
3. Vårdförbundet. Framtidens hälso- och sjukvård. Annonsbilaga i Svenska Dagbladet 21/11 2005.
4. Dencker SJ, Wålinder J. Psykiatrireformen ett misslyckande för en stor grupp vårdssökande. Läkartidningen 2004;101:398.
5. Wålinder J. Nu har debatten kommit i gång. Psykiatrifonden Informerar 2002;8:1.
6. Bågenholm Nilsson E. Läkarna är omistliga som chefer i vården. Läkartidningen 2006;103:151.
7. Ekelius L. Ledarskap – en karriärväg. Moderna läkare 2006;64:8.

Ska vi ha 100 procent nöjda patienter?

I Läkartidningen 50–52/2005 (sidorna 3906-12) skriver Anders Lundin och Christian Oldenburg under rubriken »Är vi alla lurade?«. Det som avhandlas är att medicinska situationer är en del av samhällslivet i stort och innehåller alla dess ingredienser inklusive tveksamheter och fusk. Artikeln är läsvärd då den rör saker som man ogärna pratar om med risk för att de pyr under mattkanten. Ämnet vidrör samtidigt centrala frågor i vår yrkesutövning, nämligen etik, kvalitet och värde i det vi gör.

Att definiera och mäta värdet i läkargörat visar sig vara svårt. En idé som alltmär vinner terräng är att göra det via patienten. På många ställen mäter man med hjälp av olika enkäter hur nöjd patienten är efter ett läkarbesök, och det tycks vara okontroversiellt att sätta som mål 100 procent nöjda patienter. Direkt efter brukar man tillägga att det inte går att göra alla nöjda, eller att vissa aldrig blir nöjda eller någon annan standardformulering som avser uttrycka vår vishet och en insikt om skillnaden mellan teori och praktik. I själva verket upprepar vi bara olika floskler i stället för att tänka och fråga oss om målet är rätt.

1. Vad menas med målet? Låt oss enas om att med målet menas det man vill uppnå, och om man lyckas uppnå målet har man nått ett optimalt läge. Om man t ex siktar mot stjärnorna för att nå trädtopparna så är målet trädtoppar och inte stjärnor. Om man sedan lyckas komma upp till trädtopparna så har man hamnat optimalt, men om man tillfälligtvis skulle hamna på en stjärna så har man landat fel.

2. Är det önskvärt att alla verksamheter har 100 procent nöjda kunder? Anta att man står vid utgången till Systembolaget och frågar kunderna om de är nöjda. Förr eller senare träffar man på en storvuxen 17-åring eller en svajig 50-åring som inte fått köpa några öl och som tycker att Systembolaget är pest. Det hindrar inte att båda två 10 år senare blir tacksamma anhängare till Systembolaget och föreläser om det på ortens gymnasieskolor. Men just idag vid utgången från butiken tycker de likväl att Systembolaget är pest – och det är det som kommer in i vår mätning. Systembolaget ska därför inte ha 100 procent nöjda kunder, och just det faktum att de inte har det är ett bevis på att de jobbar med kvalitet och på ett seriöst sätt.

Som läkare, måhända speciellt i pri-



Foto: IBL/Karl Sandels samling

Pojke behandlas med sollampa, Stockholm 1940-tal, och verkar nöjd.

märvården, möter man ett brett spektrum av patientönskemål, av vilka en del är etiskt tveksamma. Några klassiska exempel är ogrundade önskemål om extensiv antibiotikabehandling, fortsatt undersökning, sjukskrivning och förskrivning av beroendeframkallande läkemedel. Återigen, det hindrar inte att en patient som inte uppnått sitt mål med läkarbesöket några år senare ändrar sin åsikt när det blir uppenbart hur det har gått med en bekant som så generöst varit sjukskriven av en snäll doktor eller med kompisen som så lätt fått sömntabletter.

I mätögonblicket utanför läkarrummet är patienten i alla fall inte nöjd och det är det som faller ut i vår mätning.

Exempel finns det många, och om man tänker riktigt noga blir det ganska uppenbart att målet med läkararbetet inte kan vara 100 procent nöjda patienter utan det måste vara någonting annat.

Ted Goliger

distriktsläkare Forserum
ted.goliger@telia.com

Uppskattat om ledarskap

Jag uppskattar verkligen inlägget av Poul Kongstad om chefskap inom sjukvården (Läkartidningen 7/2006, sidorna 475-6). Hoppas att budskapet går fram!

Eva Nyh

allmänläkare, Eda vårdcentral
eva.nyh@home.se

Reviderad allerginomenklatur kan också öka missförstånd

Rapporten om entydiga termer för allergi innehåller en motsägelse [1]. Det sägs att allergi kan vara antikroppsmedierad eller cellmedierad. I det senare fallet kan inflammation medieras av allergenspecifika lymfocyter. I stycket om överkänslighet mot födoämnen kan (föga kontroversiellt), om IgE är inblandat, termen IgE-medierad födoämnesallergi vara lämplig. »Alla andra reaktioner bör betecknas som icke-allergisk födoämnesöverkänslighet.« Jag menar att man här onödigtvis låser sig vid att termen allergi bara får användas för IgE-medierade tillstånd. Det står dessutom i motsats till den tidigare i artikeln nämnda cellmedierade allergin.

Den som i den kliniska vardagen får patienter som bevisligen reagerar på även minimala mängder av ett visst eller kanske flera födoämnesproteiner men som saknar cirkulerande specifikt IgE har svårt att tro att det då inte handlar om immunologiska mekanismer. Reaktionen på födoämnet är så pass fördröjd att sambandet är svårupptäckt. Typiska exempel är exklusivt ammade spädbarn med kolik eller uppenbar prokto-kolit, där enda orsaken är de spårämnen i modersmjölken, som härrör från



Foto: IBL

»Icke-allergisk födoämnesöverkänslighet« – en opraktisk term, menar skribenten.

modern kost. Om detta inte är allergi, vad är det då?

»Icke-allergisk födoämnesöverkänslighet« är en i mitt tycke opraktisk term, som få kommer att vilja hantera i praktiken och som kan leda tanken åt fel håll. Det kan medföra att många läkare fortsätter att förlita sig till enbart RAST- eller pricktest vid misstanke om födoämnesrelaterade besvär. Patienter kan vara missförstådda i årtal.

Även patienter med eksem finns bland dem med fördröjda reaktioner och ofta utan påvisbart specifikt IgE. Bevis kan då erhållas med orala dubbelblindprovokationer, men de är tidsödande att genomföra. Flera rapporter vittnar om att lapptest [2-4] kan vara till

hjälp vid diagnostiken, och inte bara vid eksem, utan också vid t ex gastrointestinala besvär. De borde därför användas oftare.

Vid positivt utfall och negativt IgE men klinisk respons på antigenelimination ur kosten, måste man ha rätt att tala om cellmedierad allergi.

Gunnar Meeuwisse

barn- och ungdomsläkare, Karlskrona
gume@tele2.se

REFERENSER

1. Johansson SGO, Cardell LO, Foucard T, Montan P, Odeback P, Palmqvist M, et al. Reviderad, global nomenklatur för allergi. Entydiga termer skapar klarhet och undanröjer missförstånd. Läkartidningen 2006;103:379-83.
2. Roehr CC, Reibel S, Ziegert M, Sommerfeld C, Wahn U, Niggemann B. Atopy patch tests, together with determination of specific IgE levels, reduce the need for oral food challenges in children with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2001;107:548-53.
3. Strömberg L. Lapptest – ett hjälpmedel vid diagnostik av födoämnesallergi hos barn. Läkartidningen 2003;99:4070.
4. Keskin O, Tuncer A, Adalioglu G, Sekerel BE, Sackesen C, Kalayci O. Evaluation of the utility of atopy patch testing, skin prick testing, and total and specific IgE assays in the diagnosis of cow's milk allergy. Ann Allergy Asthma Immunol 2005; 94:553-60.

Replik:

Nomenklaturen den bästa vi har just nu

Tack för vänligt påpekande om oklar syftning vad gäller födoämnesallergi. Det är naturligtvis så att överkänslighetsbesvär initierade av immunologiska reaktioner skall kallas allergi oavsett om reaktionen är medierad av IgE-antikroppar, IgG-antikroppar eller allergenaktiva lymfocyter.

Avsikten med en terminologi är att den skall underlätta kommunikationen mellan berörda parter. Om enskilda individer på grund av bättre eller annorlunda kunskaper låter termerna få annan betydelse kan problem uppstå, något som kan drabba tredje person, dvs i vår värld patienterna. Det betyder inte att en nomenklatur inte skall uppdateras; vår första moderna allerginomenklatur antogs vid Örebrodagarna 1983.

Idag är vi överens om att termen allergi skall reserveras för överkänslighet där vi har objektiva tecken på immunologiska mekanismer. Även om allergologiskt erfarna läkare på goda grunder

kan misstänka allergi, utan kännedom om en immunologisk sensibilisering, är termen överkänslighet att föredra.

Våra kunskaper om bakomliggande mekanismer förbättras hela tiden. Så är det till exempel nu klarlagt att cellförmedlade mekanismer har en central roll vid celiaki. Sjukdomen bör därför inte kallas glutenintolerans utan icke-IgE-förmedlad glutenallergi, autoimmun glutenallergi eller cellförmedlad glutenallergi. Vid den blodiga spädbarnskoliken orsakad av komjölk är cellförmedlad allergi sannolik men ej visad, och därför är det tills vidare klokt att tala om mjölköverkänslighet.

Tyvärr vet vi inte så mycket om mekanismerna bakom icke-atopiskt eksem. Det »lapptest«, Atopy Patch Test, som refereras till har inte riktigt motsvarat förhoppningarna. Ironiskt nog lanserades det för just den subgrupp av eksem som betecknas icke-atopiskt eksem, dvs ett

positivt Atopy Patch Test skulle ge diagnosen icke-atopiskt eksem.

Den reviderade nomenklaturen för allergiska tillstånd, som publicerades i Läkartidningen, har tagits fram av European Academy of Allergology and Clinical Immunology (EAACI) och World Allergy Organization (WAO) och är den bästa vi har just nu, så låt oss se till att den används. I takt med ökade kunskaper om mekanismerna bakom olika överkänslighetstillstånd måste sannolikt ny revidering ske.

Tony Foucard

docent, f d överläkare,
Akademiska barnsjukhuset, Uppsala

S G O Johansson

professor, överläkare,
avdelningen för klinisk immunologi
och transfusionsmedicin,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna
S.G.O.Johansson@medks.ki.se

Penicillin V-behandling vid erythema migrans kan ge falsk säkerhet

I Läkartidningen 4/2006 (sidan 203) skriver Louise Bennet om erythema migrans, Lyme-borreliosisens första stadium, bland annat: »Penicillin, som sällan används i övriga Europa vid behandling av erythema migrans, är en bra behandling så länge allergi, spridd Borreliainfektion eller infektion med ytterligare någon fästingpatogen, t ex Ehrlichia, inte föreligger.«

Det stämmer, men spridd borreliainfektion med involvering av centrala nervsystemet är inte alls ovanlig hos patienter med erythema migrans (EM). I rapporter från både USA och Europa förekommer den hos cirka 10 procent av EM-patienter och uppåt [1-3]. För att fastställa om en EM-patient hör till dem som redan har borreliainfektion i centrala nervsystemet krävs undersökning av serum och likvor. Detta är naturligtvis inte möjligt eller ens önskvärt att göra rutinmässigt för hundratals EM-patienter som ännu inte har några allmänna symptom.

Härav följer att man bör använda ett antibiotikum som passerar blod-likvorbarriären i tillräcklig koncentration. Penicillin V är inte ett sådant antibiotikum:

Av en peroral dos penicillin V resorberas cirka 60 procent. Av den resorberade delen binds 80 procent vid protein. Detta innebär att endast 12 procent (20 procent av 60 procent) av ursprungsdosen är tillgänglig för att passera blod-likvorbarriären. Erytemet i huden försvinner, men en infektion i centrala nervsystemet utrotas inte.

I USA och i Europa rekommenderas i första hand amoxicillin eller doxycyklin för att behandla EM [4-8]. Av en peroral dos amoxicillin resorberas cirka 90 procent, varav 20 procent binds vid protein, och alltså 72 procent (80 procent av 90 procent) av ursprungsdosen är tillgänglig för att passera blod-likvorbarriären.

Precis som Louise Bennet skriver, skall man efter fästingstick behandla alla erytem som är 5 cm eller mer i diameter och kvarstår ännu en vecka efter sticket.

På Åland diagnostiseras årligen flera hundra patienter med EM. Vi avråder från att behandla dessa patienter med penicillin V. Amoxicilin är förstahandsmedel, doxycyklin är andrahandsval bl a med beaktande av dess större risk för att

ge fotoreaktioner, och cefuroximacetil finns i reserv. Några fall av neuroborreliosis hos så behandlade patienter ser vi inte.

Det finns ingen anledning att behandla patienter med EM med penicillin V och riskera uppkomst av neuroborreliosis hos en del av patienterna när det finns annat, lika biverkningsfritt antibiotikum i samma prisklass att tillgå som minimerar risken.

Erling Norrbys artikel i samma nummer av Läkartidningen om hans självupplevda neuroborreliosis är belysande – så här kan det gå också för många EM-patienter om man har behandlat hudmanifestationen med ett antibiotikum med otillräcklig penetrans till centrala nervsystemet.

Peter Wahlberg

professor, MKD, Mariehamn, Åland, Finland
peter.wahlberg@aland.net

Dag Nyman

professor, MD, Jomala, Åland, Finland
dag.nyman@aland.net

REFERENSER

1. Oksi J, Marttila H, Soini H, Aho H, Uksila J, Viljanen M.J. Early dissemination of Borrelia burgdorferi without generalized symptoms in patients with erythema migrans. APMIS 2001;109:581.
2. Arnez M, Ruzic-Sabljic E, Ahcan J, Radsel-Medvescek A, Pieterski-Rigler D, Strle F. Isolation of Borrelia burgdorferi sensu lato from blood of children with solitary erythema migrans. Pediatr Infect Dis J 2001;20 (3):251-5
3. Wormser GP, McKenna D, Carlin J, Nadelman RB, Cavalieri LF, Holmgren D, Byrne DW, Nowakowski J. Brief Communication: Hematogenous dissemination in early Lyme disease. Ann Intern Med 2005;132:751-5, W165-6.
4. Strle F. Antibiotic treatment of Lyme borreliosis. Acta dermatovenerologica alpina, panonica et adriatica 2001;10(3): ISSN (e-edition) 1581-2979 (<http://www.mf.uni-lj.si/acta-apa/acta-apa-01-4/acta-apa-01-4.html>)
5. European Union concerted action on Lyme borreliosis. Treatment of Lyme borreliosis in Europe, EUCLAB 1997-2005. <http://www.oeghmp.at/eucalb/index.htm>
6. Lipsker D, Antoni-Bach N, Hansmann Y, Jaulhac B. Long-term prognosis of patients treated for erythema migrans in France. Brit J Dermatol 2002;146:872-6.
7. Wormser GP, Nadelman RB, Dattwyler RJ, Dennis DT, Shapiro EF, Steere AC, et al. Guidelines from the Infectious Diseases Society of America: Practice guidelines for the treatment of Lyme disease. Clin Inf Dis 2000;31 (Suppl 1):S1-14.
8. Cameron D, Gaito A, Harris N, Bach G, Belovinn S, Bock K, et al. Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease. Expert Rev Anti-infect Ther 2004;2: Suppl 1.

Svensk förvirring om generika

Debatten kring utbyte av likartade läkemedel och eventuell generisk förskrivning är lite förvirrande. Ibland diskuteras eventuell nytta av att det förekommer flera läkemedel inom samma grupp, t ex betablockerare. Självklart ligger det en nytta i det. Just betablockerare är ett bra exempel på att närbesläktade men något olika molekyler med samma huvudeffekt kan ha olika biverkningsprofil.

Men när det gäller olika beredningar av *samma* molekyl är det annorlunda. De olika namnen på samma molekyl fyller endast en enda funktion: den kommersiella.

Jag har haft förmånen att få arbeta en del i Storbritannien. I detta annars så byråkratiska land har man en liten behändig bok där all information finns, men bara en gång för varje molekyl. Man slår upp paracetamol och där står all information en gång samt vilka företag som tillhandahåller molekylen och under vilka namn.

Ska man i Sverige förskriva paracetamol får man välja mellan att slå upp Alvedon, Curadon, Perfalgon, Panodil och Reliv. Identiska produktbeskrivningar under olika namn på olika ställen i Fass har den enda effekten att öka förvirringen. Med den tidsbrist vi arbetar under slår vi givetvis upp det namn vi minns, dvs från det företag som hörs mest. Ta t ex det bakteriedödande medlet ciprofloxacin. Det säljs under flera namn av en rad företag. Det upptar i Fass elva (!) snarlika texter på inte mindre än 25 finstilt A4-sidor. Inte undra på att Fass väger 3,5 kg, medan dess brittiska motsvarighet kan bäras i rockfickan.

En annan effekt av det svenska systemet är att man som svensk läkare inte uppföras att lära sig läkemedels riktiga (generiska) namn, vilket är det enda som gäller i den internationella vetenskapliga litteraturen. Det blir svårare att följa rapporter om biverkningar etc.

Att alla dessa nackdelar inte går att »bevisa« i ekonomiska eller medicinska termer ändrar inte saken. För mig som läkare är det uppenbart att det svenska systemet gynnar läkemedelsföretagen och inte på något vis patienterna eller läkarna.

Peter Furuskog

leg läkare, Torshälla
peter_furuskog@msn.com