

medlen, biverkningar eller risk för resistensutveckling?

Klorhexidin. Sökning på PubMed för klorhexidin + balanit genererade ingen artikel om dokumenterad effekt. Där emot en referens till en fallbeskrivning av kontaktallergi, sannolikt utlöst av klorhexidin [3]. Det påpekas att topikal reaktion av klorhexidin oftare ger irriterande dermatit än allergisk, men att även anafylaktisk reaktion har rapporterats. Den kliniska erfarenheten av att använda klorhexidin på slemhinnor, särskilt i pediatrik praxis, är att applikationen kan vara smärtsam för barnet.

Kloramfenikol. LiLi påpekar först: »Den allvarligaste biverkan man kan få av kloramfenikol är aplastisk anemi, och det kan inträffa oavsett administrationsväg. Risken är emellertid liten vid okulär användning.« Den torde till och med vara extremt liten, men agranulocytos redovisas i Fass som en sällsynt biverkan. LiLi finner även fallrapporter om kontaktallergi.

Vid en sökning i litteraturen kunde LiLi inte hitta någon referens där man använt kloramfenikol topiskt på andra indikationer än okulära. I en »European guideline« för balanopostitis påpekar LiLi att behandlingen är beroende av orsaken till inflammationen, men »inte vid ett enda av dessa tillstånd rekommenderas kloramfenikol topiskt«.

I en rysk studie av purulent balanopostit fann man att 97 procent hade fakultativt anaeroba och aeroba bakterier, men den isolerade mikrofloran var resistent mot de flesta bredspektrumantibiotika. Med hänvisning till Rorsmans »Dermatologi, venerologi« (6:e upplagan, 2000) påpekar LiLi att candida kan vara aktuell och föranleda imidazol/hydrokortisonkräm. Vid fimos och stark svullnad rekommenderas systemisk tetracyklinbehandling, dock inte till barn under 8 år.

Vetenskapliga studier som den ryska kan vara baserade på selekterade patienter i en miljö med annat antibiotiketryck än i Sverige. Den exemplifierar dock att resistensproblematiken finns vid antibiotikabehandling av balanit.

Etiologi och klinik för en och samma diagnos kan skilja sig avsevärt; mellan ett universitetssjukhus och en vårdcentral, mellan behandling av vuxna respektive barn. Det vetenskapliga underlaget för behandlingsråden i »PM Praktisk medicin« är dock magert. I boken görs ingen åtskillnad mellan handläggningen av barn och vuxna, t ex diabetiker. Det är

allvarligt när en »klassisk« informationskälla för distrikts- och akutläkare ger råd som kan skada. »PM Praktisk medicin« borde lägga in en rättelse i nuvarande osålda upplaga och revidera kommande. Varför krångla till behandlingen av banala tillstånd som en yttlig infektion under förhuden, där behandling med mekanisk rengöring med hjälp av vatten i de allra flesta fall ger bot?

Konklusion

- Generellt bör man undvika bredspektrumantibiotika på grund av risken för resistensutveckling.
- Det finns ingen dokumentation för nyttan av klorhexidin och kloramfenikol vid balanit.
- Det finns anledning att vara kritisk till även nyreviderade läroböcker använda brett i sjukvården.

- Råden i standardverk kan falla inom lägsta evidensgrad, hänvisning till s k auktoriteter (grad 5).
- Läkemedelsinformationscentraler är ett värdefullt stöd för den kliniskt verksamme läkaren.

Bengt Järhult

distriktsläkare, Öxnehaga vårdcentral/
Primärvårdens FOU-enhet; knuten till
Läkemedelsrådet i Jönköping
Bengt.Jarhult@lj.se

REFERENSER

1. PM Praktisk Medicin 2005. Uddevalla: Three Doctors Förlag AB; 2005.
2. Info från Läkemedelsverket 2002:3. www.lakemedelsverket.se
3. Barraza V. Connubial allergic contact balanitis due to chlorhexidine. Contact Dermatitis. 2001; 45:45.

Passa tiden!

■ Det klagas allmänt på väntetider i vården, både i kön till behandling och vid mottagningsbesök. Som pensionerad läkare blir man själv förr eller senare patient och får uppleva detta på nära håll. Väntetider efter utsatt tid vid planerade mottagningsbesök är ofta trekvart till fulla timmen.

Det vittnar om bristande respekt för den vård sökandes tid och förbrukar i onödan hans/hennes psykiska energi. Vederbörande mottagningsläkare skulle sannolikt inte komma tre kvart för sent till ett möte med sin mäklare, personliga bankman eller äkta hälft. När man diskuterar problemet med nu verk samma kolleger rycker de ofta på axlarna och säger sig vara ett offer för systemet, tydande på att man gett upp att försöka påverka sin egen arbetssituation.

Om jag åter vore klinikchef skulle jag försöka komma tillrätta med mottagningsväntetider på följande sätt:

- Olika patienter behöver olika lång tid på mottagningen. Därför avskaffas de standardiserade mottagningstiderna och ersätts med tiominutersmoduler som tilldelas varje patientbesök i den omfattning som är nödvändigt med hänsyn till patientens diagnos och personlighet.
- Central »mekanisk« patientbokning avskaffas. Läkarna får själva planera sina mottagningar och boka in sina patienter via datorn, eftersom de bäst känner sina patienters varierande be-

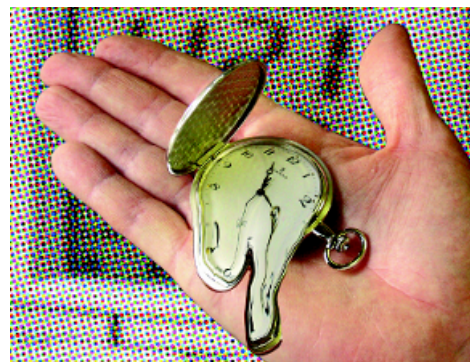


Foto: IBL

»And time is running backwards And so is the bride« (Bob Dylan).

hov av mottagningstid (under förutsättning att man vinnlagt sig om kontinuitet i vården) och också vet när de själva kommer att vara i tjänst. Bokning av nästa återbesök görs i samråd med patienten innan pågående konsultation avslutats. Bokning av nybesök görs också av läkaren själv på grundval av remissinnehållet.

- Högst tio minuters väntetid accepteras. Vid försening informeras patienten regelmässigt om orsaken. Blir väntetiden för någon patient längre än en halvtimme så att han/hon blir berättigad till återbetalning av patientavgiften, dras motsvarande summa av på den ansvarige mottagningsläkarens lön. Det är troligen ett effektivt korrektionsmedel eftersom de flesta kolleger inte rycker på axlarna åt sin lönenivå.

Ulf Lindsjö

pensionerad f d klinikchef, Uppsala
ulf.lindsjo@hotmail.com