

het med författningens krav, är en hörnpelare i arbetet med att öka patientsäkerheten.

Per Olof Osterman
fd ordförande, läkemedelskommittén, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Litteratur

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-84.
2. Bates EW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. *JAMA* 1995; 274: 29-34.

God fortbildning väger tyngre än nackdelar med industrisponsring

Ulif Måwe och Jonas Sjögren undrar i en debattartikel i *Läkartidningen* 9/96 om min närvaro som ordförande i den vetenskapliga kommittén som utformar Allmänmedicinskt Forum (AM-forum) garanterar oberoendet mellan mig och Astra-koncernen. Det bästa svaret är en beskrivning av min roll.

Innan vår institution gick in i projektet AM-forum ägnade vi en av våra forskardagar till att diskutera lojalitetskonflikter. Huvudfrågan var om möjligheten till god fortbildning på allmänläkarnas villkor med hjälp av AM-forum skulle motivera priset, dvs att industrin fick en personlig kontakt med många svenska allmänläkare. Vi var alla eniga om att fördelarna övervägde nackdelarna.

Under min ledning har fyra AM-forum planerats och tre genomförts. SFAMs ordförande deltog i den vetenskapliga kommittén 1990, 1992 och 1994. Dess vice ordförande som ursprungligen ingick i den vetenskapliga kommittén tvingades av Sjögren att lämna 1996 år kommitté.

Planeringen har följt samma mönster.

Den vetenskapliga kommittén sammanträder 1 1/2 år före mötet och då deltar representanter för Astra, Draco och Hässle. Regelen har varit att 6-7 symposier tar upp ämnen från

KORRESPONDENS

koncernens fyra ämnesområden hjärta-kärl, lungor och allergi, smärta och digestion.

De övriga symposierna har varit av allmän karaktär, ett är diskuterades »Lojalitetskonflikter».

Den vetenskapliga kommittén har sedan av 20-30 föreslagna ämnen valt de tolv ämnen som skall presenteras i symposieförm och utsett moderator till varje symposium. Moderatorerna utformar ett förslag till symposium som sedan granskas av den vetenskapliga kommittén och industrins representanter. Sedan har moderatören ansvaret för symposiet inklusive val av paneldeltagare.

Industrins uppgift är att möjliggöra att symposiernas deltagare träffas minst två gånger för samträning.

Garanterar fortbildningens kvalitet

Den europeiska allmänläkarorganisationen UEMO har i en deklaration markerat att varje land skall bilda en organisation där föreningar som DLF, SFAM och den akademien är representerade för att garantera fortbildningens kvalitet. SFAM har här gjort ett utmärkt arbete inte minst genom Måwe och Sjögren.

Allmänmedicinskt Forum har alltså följt UEMOs intentioner.

Måwe och Sjögren nämner inte att deltagarna i AM-forum får betala en kongressavgift på 1 900 kr.

De talar inte heller om att Sjögren begärt att Forum 1996 skulle ställas in, vilket jag sagt nej till.

I juni detta år är SFAM värd för en internationell allmänläkarkongress i Stockholm. Sjögren menar att AM-forum genom sin popularitet skulle få allmänläkarna att föredra det senare.

Bra kongress lockar

Jag menar att en bra kongress alltid får folk, speciellt som Stockholmskongressen inte bara vänder sig till Sveriges 4 000 allmänläkare utan också till Europas minst 100 000 allmänläkare eller motsvarande.

Gösta Tibblin

professor, allmänmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Felaktig tolkning och fel siffror om biverkningar av Relifex

När *Läkartidningen* 6/96 (sidan 490) refererar Läkemedelsverkets rapport om 19 biverkningsreaktioner med möjligt samband med Relifex (nabumetone) har resultatet – bl a exemplifierat med rubriken, »Psyket och huden mår sämst av Relifex» – blivit en felaktig bild av verkligheten.

Viktigt vid all biverkningsrapportering är relationen till förbrukningen. Den angivna siffran för försäljningen av Relifex, 65 000 definierade dygnsdoser (DDD) under år 1994, är felaktig. Den verkliga konsumtionen är 639 000, dvs nästan tio gånger högre (1995 således 1 346 000 DDD). Detta har vi talat om för Läkemedelsverket, som dock muntligt meddelat att de inte kommer att göra någon korrigering.

De biverkningar som *Läkartidningens* rubrik syftar på gäller mardrömmar, koncentrationssvårigheter och aggressivitet och härrör från vardera en biverkning i verkets statistik. Tittar man närmare på dessa biverkningar visar det sig att de har iakttagits vid samma tillfälle på *samma patient*. Det torde vara omöjligt att utgående från observationer på en patient påstå att »psyket mår sämst». Texten ger heller inget underlag för att huden skulle må dåligt; man talar bara om »hudbiverkningar», nämner inte antalet fall.

Rubriken obalanserad

Rubriken i *Läkartidningen* är obalanserad. Balansen blir inte bättre av att utgångsdata, dvs jämförelsesiffrorna (DDD), är felaktiga. Biverkningsrapportering blir inte meningsfull om den inte återges respektive kommenteras på ett allsidigt sätt.

De svenska fynden måste sättas in i sitt sammanhang med erfarenheter från andra länder, t ex från USA, där Relifex är ett av de största NSAID-preparaten. Viktigt är även frekvensen av andra biverkningar, inte minst från mag-tarmkanalen, där internationella er-

farenheter visar att frekvensen av allvarliga gastrointestinala komplikationer är cirka tio gånger lägre för Relifex än för andra NSAID-preparat [1, 2].

Gösta Öhman

apotekare, med dr, Medicinsk information, SmithKline Beecham

Litteratur

1. Richardson CE, Emery P. New cyclo-oxygenase and cytokine inhibitors. In: *Clinical Rheumatology*. London: Baillière Tindall, 1995 (vol 9/4): 731-57.
2. Lipani JA, Poland M. Clinical update of relative safety of nabumetone in long-term clinical trials. *Inflammopharmacology* 1995; 3: 351-61.

Kommentar

Rubriken var missvisande, även om man tar hänsyn till att Fass anger ett mer omfattande spektrum av biverkningar än de 19 reaktioner som Läkemedelsverket nu fått rapport om. Insomnia och oro samt klåda och utslag finns visserligen bland de biverkningar som enligt kliniska studier drabbar mer än en på 100 patienter i subkliniska studier, men vanligast är gastrointestinala biverkningar.

Red

Vi kan inte lita på människors ofelbarhet!

I *Läkartidningen* 7/96 refereras ett HSAN-ärende där en 12-åring fått en 100 gånger för hög insulindos. Den anmälde läkaren visar klart att det PM han som jourhavande hade att följa var utformat på ett sådant sätt att det kunde föranleda misstag.

HSAN kommenterar inte detta. I stället tilldelas läkaren en varning, eftersom det är »ostridigt» att han gjort fel.

Fallet är ett nytt exempel på att vi måste skapa system i sjukvården som i största möjliga utsträckning eliminerar risken för misstag. Ingen är ofelbar, hur mycket bestraffning vi än ger.

Sven-Erik Bergentz
professor, Malmö