

Skillnad på SEM och SD

I sin replik på mitt inlägg »Statistisk fälla» (bägg införda i Läkartidningen 14/97) talar Kristina Orth-Gomér om medelvårdets standarddeviation (SEM) och om medelvårdets konfidensintervall under det att jag tog upp materialets standarddeviation (SD) och de enstaka observationernas spridning runt materialets aritmetiska medelvärde (AM).

På flera ställen i artikeln anges också att angivelserna avser medelvärde \pm standardavvikelse. Har man med standardavvikelse avsett SEM borde detta ha angivits. Det är en principiell skillnad mellan SEM och SD. Att ange antalet barnbarn per patient till $2,0 \pm 2,7$ utan att ange att 2,7 avser SEM leder ofrånkomligen till på 95 procents sannolikhetsnivå att 2,5 procent av de enskilda patienterna får $-3,4$ barnbarn. Observera att jag talar om och talade om sannolikhetsnivå, inte om konfidensintervall.

Jag har också i mitt första inlägg angivit att jag inte kritiserar studiens signifikansanalyser, något som jag tror Orth-Gomér menar i sitt svar. Förvisso är signifikansanalyserna tillförlitliga. Det är den statistiska beskrivningen som är oklar.

Stig Melander
docent, Norrköping

Synskadad måste vara fingerfärdig

En synskadad person som fått recept på adekvat läkemedel i form av ögondroppar drabbas, utöver sitt lyte också av läkemedelsindustrins nonchalans. Bruksanvisningen för droppflaskan är utformad på ett lika obegåvat som svårtolkat sätt.

Merck, Sharp & Dohme (MSD) har tidigare utmärkt sig för dåliga bruksanvisningar och visat en skälig likgiltig attityd gentemot kunden-droppflaskkonsumenten. Läkemedlet Timpilo erbjuds i en droppflaska av helt ny konstruktion. Hanteringen av den är mer komplicerad och besvärlig än någonsin och bruksanvisningen minst lika svårtolkad.

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

Hos MSD har man den här gången varit smart nog att rationalisera bort en väsentlig del av droppflaskans lättillgänglighet. Enligt bruksanvisningen har den synskadade att *själv* blanda medlets två komponenter från två behållare till en enda.

Knepigt

Den illa utformade bruksanvisningen illustreras av i och för sig informativa teckningar. Så följer flera order till den nu hårt provade konsumenten, bl a:

»1. Dra av den färgade remsan nedtill med hjälp av fliken. Vrid av flaskans botten. Obs! Låt hatten sitta på!

2. Tryck flaskans mjuka botten mot ett hårt underlag tills ett 'knäpljud' hörs (botten trycks upp i flaskan). Skaka noga, så att lösningarna blandas.

3. Skruva av hatten. Tryck på den mjuka botten och provdroppa två droppar. Flaskan är nu färdig att användas.»

Äntligen, konstaterar den synskadade som omgående inser, att denna öppningsverksamhet kräver långvarig förberedelse och en för framtiden aldrig svikande uppmärksamhet. MSD förutsätter också att konsumenten äger utpräglad fingerfärdighet och inte minst *mycket god syn* för att kunna dels tolka texten på flaskan i minsta tänkbare petit-stil, dels hitta den diminutiva fliken.

Patienter med synskador av den art som Timpilo är avsedd för befinner sig oftast inte längre i tonåren. Pensionärer i varierande åldrar dominerar. För dem kan det innebära problem att sätta sig in i hur nya läkemedelsförpackningar fungerar. Många saknar helt möjlighet

att hantera dem själva med ofta fulmliga fingrar och nedsatt syn. De blir därmed beroende av hjälp från anhöriga, vänner eller från socialvården.

Vilket uppenbart inte intresserar Merck, Sharp & Dohme lika mycket som företagets förtjänstmöjligheter på synskadade.

Gunnar Larson
synskadad, Uppsala

Replik:

Svårt ta fram flaska som passar alla patienter

MSD har som en viktig målsättning att erbjuda glaukompatienter som använder våra läkemedel en så lätthanterlig droppflaska som möjligt. För att uppnå detta mål pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete av flaskorna. Uppgiften är svår, eftersom så många faktorer – t ex hållbarhet, fyllnadsgrad, plast, miljö, patientpreferens och inte minst myndighetskrav måste beaktas. Patienternas åsikter är av mycket stort värde, men erfarenheten har visat att det är oerhört svårt att ta fram en flaska som passar alla patienter.

Två aktiva ämnen

Gunnar Larson har i sin insändare anfört klagomål på Timpilo-förpackningen. Konstruktionen av flaskan är dock ingen tillfällighet. Produkten innehåller två aktiva ämnen, varav det ena, pilokarpin, inak-

tiveras vid neutralt pH. Eftersom ett neutralt pH är önskvärt i en ögondroppslösning av denna typ konstruerades en två-kammарflaska. Detta för att de aktiva komponenterna bättre skall gå in i ögat och utöva sin effekt samt kanske mest väsentligt ge mindre irritation. På detta sätt kan man under förvaring på apoteket ha pilokarpin i ett lagom pH i den undre kammaren och en buffertvätska i den övre kammaren. Före droppningen från en ny flaska blandas lösningarna genom att man trycker upp en plugg så att en öppning mellan kammarna uppstår och lösningen blir neutral. Detta görs enbart första gången, vilket i praktiken innebär en gång i månaden.

Textstorleken på flasketiketten är ett välkänt problem för alla ögondroppsfaskor. Detta uppvägs av att all för patienten nödvändig information återfinns i betydligt större textstorlek i den patientinformation (bipacksedel) som åtföljer varje förpackning.

Timpilo har funnits i Sverige sedan 1989 och är en av de mest använda kombinationsögondropparna för grön starr. Under dessa år har givetvis en del klagomål framförts. Om man ser på detta i ljuset av faktiska siffror har det under 1996 till apoteken inkommit ca åtta klagomål per 10 000 expedierade flaskor.

Det är naturligtvis beklagligt när den enskilda patienten har besvär med en förpackning. Därför är det viktigt med en dialog så att både bra och dåliga sidor av våra förpackningar kommer till vår kännedom för att kunna åtgärdas.

Gunilla Eneroth
Director,
Medical & Scientific Affairs,
MSD

Så garanteras kvaliteten på läkemedelsförskrivningen

Vi ska få en ny receptblankett. Där ska både patientens hela personnummer och diagnoskod anges. Syftet är att »utveckla kvaliteten på receptförskrivningen». Vägrar patienten att lämna ut dessa uppgifter, därför att hon inte vill ingå i Socialstyrelsens register, måste hon betala hela läkemedelskostnaden, dvs mister lä-

ANNONS

ANNONS

kemedelssubventionen. Det kostar i fortsättningen att behålla sekretess i sjukvården.

Hur är »reformen» kostnadskalkylerad för tidsåtgången?

Det tar tid för läkaren att förklara för patienten hur registrering av diagnos fungerar och att sedan inhämta patientens åsikt ifråga. Det tar också tid att leta fram koden för varje symtom/diagnos som motsvaras av det utskrivna läkemedlet. Vilken kod har t ex profylaktisk antisvampbehandling vid kortisonterapi?

Vem betalar?

Patienten – genom att få 1 minuts konsultation och 14 minuters receptskrivning?

Sjukvården – hälften så många patienter kan bokas, eftersom varje besök tar dubbelt så lång tid, produktiviteten halveras?

Läkaren – genom att stressa dubbelt så mycket och avstå från måltidsuppehåll och reglerad arbetstid?

Apoteksbolaget – som efterfrågar informationen!?

Här kommer jag med ett rationellt förslag. Det är att läkaren skriver enbart diagnoskod på receptet. Apotekaren väljer rätt läkemedel och dosering, eventuellt efter konsultation av överdirektören på Socialstyrelsen. Så garanteras »kvalitet på läkemedelsförskrivningen» och man slipper besväret med att kontrollera att läkare skriver rätt medicin vid rätt diagnos.

*Annika Michanek
med dr, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset,
Göteborg*

Om svar anhålles...

I Hjalmar Söderbergs »Den allvarsamma leken» (1912) skriver Arvid Stjärnblom brev till sin tillbedda – Lydia. Och: »Han fick svar nästa dag. Arvid. Tack för ditt brev. Jag har läst det om och om igen...» Och på ett annat ställe skriver Lydia: »Arvid. Jag skriver detta på Hôtel Continental, nyss hemkommen från Operan. Portiern säger att det kommer fram söndag morgon...»

Svar nästa dag! Postutdelning på söndag! I takt med revolutionen inom kommunikationsteknologin (fax, e-post, Internet) tycks denna förmåga till enkel och snabb kommunikation – möjlig för snart 100 år sedan! – helt ha försvunnit.

KORRESPONDENS

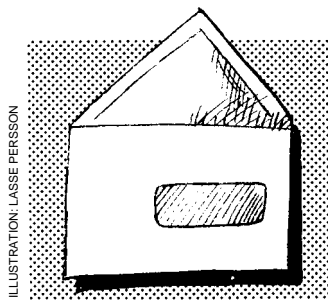


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

Har någon förslag på hur vi ska återupprätta brevet status som kommunikationsmedel?

Många brev obesvarade

Från att ha varit något man satte en ära i att snabbt och noga besvara tycks brev numera ha blivit något man lägger åt sidan så länge »ingenting händer» – eller tills det ligger i ens eget intresse att besvara dem. Inte minst tycks detta gälla sjukhus och andra aktörer inom vårdsektorn.

Således finns på min egen »syndalista» nu en rad mottagare av obesvarade brev. Med »obesvarat» menas här brev som på tre månader inte föranlett någon reaktion.

Bland syndarna finns Socialstyrelsen (tre brev), tre sjukhus och en vårdcentral. Ett av sjukhusen har sex obesvarade brev.

I breven till Socialstyrelsen försökte jag få besked om vilka regler som gäller för beslut om obduktion med anledning av det oklara ansvarsläget, medan breven till vårdinrättningarna gällde förfrågningar om möjligheterna till vikariat eller annan tjänstgöring.

Det vore intressant att höra om andra har liknande erfarenheter som jag. Och om någon har förslag på hur vi ska återupprätta brevet status som kommunikationsmedel. Förslag och tips emottas således tacksamt.

*Gunnar Olofsson
leg läkare,
Göteborg*

*Alltid dubbelt radavstånd!
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondenspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.*

Läkarorganisationer biträder Socialstyrelsen i kursplanering

De frågor Bengt Zederfeldt tar upp i sin artikel »Specialistutbildningen i djup kris. Läkarernas organisationer bör få överta ansvaret», Läkartidningen 8/97, är angelägna och inte helt enkla att lösa. Den ekonomiska åtstramningen inom den offentliga vården har bl a fått till följd att ST-tjänster inte på långt när har inrättats i den omfattning som var en grundtanke i den nya målstyrda specialistutbildningen. Vikarieproblemet har uppmärksamats i olika sammanhang och Socialstyrelsen har vid överläggningar med Landstingsförbundet särskilt tagit upp denna fråga. En jämn specialistförsörjning är avgörande för bibehållande av kvaliteten i den svenska sjukvården.

Från den 1 december 1996 gäller nya reviderade målbeskrivningar för specialiseringstjänstgöringen. Förhoppningsvis kommer dessa tillsammans med de utbildningsböcker som nu tas fram i specialistföreningarnas/sektionernas regi att utgöra ett bra stöd för alla intressenter inom specialiseringstjänstgöringen, både ST-läkare, handledare och verksamhetschefer. Det finns tydliga tecken på att handledarna nu börjar öka sitt inflytande över utbildningen. Det är bara att hoppas att handledaruppdraget får sitt välförtjänta meritvärde, vilket dock ligger utanför Socialstyrelsens möjligheter att påverka.

Full beläggning

SK-kurserna är Socialstyrelsens specifika ansvar. Den ekonomiska verkligheten tvingade oss tyvärr att ställa in ett förhållandevis stort antal kurser höstterminen 1996. En sådan »panikbromsning» är självfallet inte bra. En effekt fick dock det minskade antalet SK-kurser den terminen, nämligen att beläggningen på de kurser som faktiskt genomfördes låg på 98 procent mot tidigare ca 80 procent.

Den del av kursadministrationen som sköts av Socialstyrelsen är både billig och bra.

Riksdagen har gett Socialstyrelsen direktiv att SK-kurserna i huvudsak bör ske i form av uppdragsutbildning vid de medicinska fakulteterna. Sådan uppdragsutbildning är alltid förenad med särskilda administrativa påslag som uppdragsgivaren måste erlagga oavsett de administrativa uppgifter som fullgörs i samband med utbildningen i fråga.

Upprop till olika läkarorganisationer

Inför kursplaneringen för budgetåret 1998 har Socialstyrelsen gått ut med ett upprop till läkarorganisationerna med begäran om vissa uppgifter beträffande önskemål om teoretisk utbildning för att få ett bättre underlag för kursverksamheten 1998 vad gäller såväl täckningsgraden som kursfördelningen mellan olika specialiteter. Det är min förhoppning att resultatet av denna förfrågan skall utgöra ett gott underlag för ett bra kursutbud inom de ekonomiska ramar som står oss till buds. Vi vet inte idag vilka resurser som kan avsättas för denna verksamhet, men jag hoppas att samma summa som för 1997 kan stå till förfogande, ca 16 miljoner kr.

Det förtjänar att påpekas att både Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet har representanter i den arbetsgrupp som biträder Socialstyrelsen i kursplaneringen. Det anbudssystem som har tillämpats de senaste åren har inte fungerat helt tillfredsställande. Inför 1998 har jag goda förhoppningar att vi får ett bättre underlag med organisationernas benägna bistånd. Vi bearbetar för närvarande de hittills inkomna svaren och planerar att längre fram i vår gå ut med ett mer riktat anbudsförfarande för en bättre kursplanering.

*Nina Rehnqvist
överdirektör,
Socialstyrelsen*

Legitimerade läkares rättighet att förskriva läkemedel

Receptförskrivningsrätten är en grundförutsättning för läkarverksamhet. Läkemedelsförskrivningsrätten tillkommer samtliga legitimerade svenska läkare oberoende av anställningsform och verksamhets-