

# Dialogen lika viktig som diagnosbaserade åtgärder

**Biomedicinsk kunskap kan användas mer omdömesgillt och med bättre precision när vi tar på allvar att människor alltid söker tillfälle att genom meningsutbyte upprätthålla sitt särskilda, egenhändigt skapade sammanhang, ett behov som ibland också kan ta sig sjukdomsliknande uttryck. Om vi inte ser när så är fallet riskerar vi att underhålla patientens försök att skapa ställföreträdande mening som sjuk, med kroniskt lidande som möjlig följd.**

En 51-årig kvinna i Sydsverige bukopereras fyra gånger under loppet av tio veckor. Hade det varit möjligt att undvika en eller flera operationer? Hon får hjälp av en bok att förstå sig själv [1]. Hennes brev till författaren varvas här med gynekologernas journalanteckningar. Brevet avser att belysa dialogen mellan kvinnan som känner sig sjuk (illness) och läkarna med sjukdom (disease) för ögonen. Ett annat syfte är att belysa vikten av dialog i vården. Kvinnan har läst uppsatsen och redaktionen har tagit del av (avidentifierade) originaldata.

## Brev och journal avslöjar kvaliteten i dialogen

*Under en sjukhusvistelse i våras fick jag på sjukhusbiblioteket fatt på boken »Vad sjukdom vill säga». Titeln högg tag i mig och jag fann för första gången en läkare som lyckades föra ihop alla bitar till en helhet. Utan att känna dig, vill jag ändå dela med mig av mina upplevelser av sjukdom.*

*Jag är född 1945, har alltid varit jättefrisk, fick en flicka i december 1986 och en pojke i april 1981. Jag*

## Författare

OLLE HELLSTRÖM

leg läkare, vårdcentralen, Vansbro.

*har oftast inte ens haft huvudvärk. Den 30 december 1996 fick jag plötsligt tväront i magen, till vänster. Vad kunde det vara? Kändes som en grankotte som snodde runt. Tarmvred eller njursten? Som en blixt från klar himmel kom det och tilltog i intensitet; ambulans från vårdcentralen; samma kväll operation. Äggledaren var roterad, stor som en apelsin. Bra efterförlopp trots stort snitt.*

**Journalanteckning vid besök 30/12:** 51-årig, väsentligen frisk II-på, tidigare steriliserad och förlöst med sectio, inläggs för laparoskopi med misstanke om torkverad ovarialcysta.

**27/1:** Har inte mått bra efter operationen utom då hon vilat. Vaginalt ultraljud visar en knappt 4 × 4 cm stor cystisk resistens med relativt klart innehåll. Ovarialcysta? Hematom? Op laparoskopi med vänstersidig ooforektomi.

*Efter tio dagar hade jag åter lika ont på samma sida. Väntan gjorde bara smärtan värre. Efter fyra veckor skedde operation nummer 2. Nu var äggstocken roterad! Jag ställde igen frågan till läkaren: kan man få sådant av inre stress? Nej, nej, inte så. När jag vaknade upp efter operation nr 2, tithålsoperationen, hade jag ont på den friska sidan. Där både äggledare och äggstock tagits bort kändes det helt bra. Tar det aldrig slut?*

**Besök 31/1:** Klagar över smärta på höger sida vid porten som känns hård och lite ärrig. Patienten sjukskrivs en dryg vecka. Lugnande besked.

**1/2:** Mådde bra på morgonen, men i samband med att hon går upp återkommer samma symptom vid flera tillfällen. Puls, blodtryck, blodvärde utan anmärkning. Vid palpation kraftigt ömmande till höger i buken. Buköversikt visar inga tarmslyngor i kanalen.

*Man befarade att tarmen kommit i kläm, att en bit av tarmen ville tränga ut, men man fann en ganska omfattande blödning. Nåväl, den skulle snart lösas upp av sig själv, efter cirka två veckor.*

**Telefonsamtal 7/2:** Klagar över smärta till höger i buken. Vilovärk och rörelsesmärta emanerar från en konsistensökad punkt i bukväggen. Lokal ömhet. Miktion och avföring utan anmärkning. Lugnande besked.

*När två veckor hade gått var smärtan lika stor, som om någon hela tiden borrade rakt in. Dags för operation nummer 3, eftersom man nu såg ett knytnävsstort blodkoagel inne i buken som inte hade någon tendens att lösas upp.*

**Journalanteckning 12/2:** Ultraljud av bukvägg visar ett infiltrat 7 × 2 cm, möjligen oment.

**Operation 13/2:** Explorering av sår till höger i buken, tömning av hematom efter laparoskopi.

*Inom sex veckor hade jag genomgått tre operationer. Varje uppvaknande var en mardröm. När jag vaknade var den borrande smärtan borta, men i stället hade det blivit en ny, ytterligare stor blödning på höger sida på buken som sprängde häftigt utåt, men inte gick att tömma på blod.*

**Telefonsamtal 6/3:** Patienten meddelar att hon fortfarande inte mår bra. Hon har ont kring det högra insticksstället, ser ut som en svullnad. Känner sig deprimerad, trött och ledsen. Låter som ett nytt hematom.

**7/3:** ... ifall kvarstående besvär förnyad laparoskopi för att se om något är inklämt, exempelvis oment.

*Hela tiden tänkte jag: Detta med min sjukdom händer nog för att det ska föra min man och mig närmare varandra. Det här är vår chans att hitta varandra, att förstå hur viktigt det är att ställa upp när man har det svårt. Mycket var bra – friska barn, bra arbeten, stark känsla av gemenskap inom vårt gemensamma yrke. Men jag saknade verklig värme och personlig närhet, både fysiskt och psykiskt. Jag var egentligen ganska ensam. Därför uppfattade jag sjukdomstiden som en väg att nå närhet,*

att verkligen se varandra, inte bara rusa på som vanligt. Mitt liv hade ju drastiskt stannat upp. Ingenting var längre som vanligt. Jag fick tid. Mycket tid.

**Besök 11/3:** Kvarstående smärtor, vid ett par tillfällen intensivt, mest molande obehag. — — — Planerar laparoskopi och kontroll av bukväggens insida och palpation med ett finger innanför bukväggen. Om inget påtagligt, expektans. Kan tänka mig att nervus epigastricus är medengagerad och ger smärtor. Patienten får åka hem och återkomma för operation om två dagar.

**Operation 14/3:** Diagnostisk laparoskopi. Livmoder normalstor. Vänster äggledare och -stock bortopererad. Höger äggstock normalstor med en förmodligen funktionell cysta. Inspekterar bukväggens insida och finner ingenting som kan förklara smärtan. — — — Förmodligen högersidig hypogastricusneuralgi. Planerar nervblockad i samband med smärtattack. Anestesiolog föreslår in-filtration i smärtområdet. Sedan eventuellt blockad av huvudgren. Om framgångsrikt, nervresektion.

**Telefonsamtal 21/3:** Patienten önskar intyg till resebyrå, är tvingad att inställa en utlandsresa. Kommer nog inte ifrån remiss till smärtmottagningen. Avbeställer tiden dit om hon blir bättre.

*Ett par veckor efter operation nummer 3, i slutet av februari, åkte min man till Italien på konferens och var borta i två veckor. Jag mådde fortfarande dåligt. Jag hade ont på höger sida, kunde inte gå utan hugande smärta, kunde inte ens lyfta ett mjölkpaket. Man fann ingenting säkert när jag var på kontroll på sjukhuset. En öm punkt till höger kändes som hela universums samlade smärtpunkt: en nerv som måste blockeras på något sätt, eller självläka?*

**Telefonsamtal 17/4:** Meddelar att hon inte klarar att sköta sitt arbete. Hon hade känt sig svag och haft buksmärtor. Jag har förklarat att hon kommer att ha sina smärtor till dess att hon har ordnat upp sin sociala situation. Hon är medveten om detta, men behöver vara sjukskrivnen en tid.

**28/4:** Hon har mått relativt bra och har varit bortrest. Nu har hon väldigt ont och känner sig frusen. Ska om några dagar till advokat angående skilsmässan. Hon har bytt bostad, söker nytt arbete. Hon har tid på smärtmottagning i mitten av maj och ska till mig 30 april, då vi ska titta på höger njure, eventuellt urografi.

**Besök 30/4:** Smärta till höger i buken kring infartsöppningen, samt en ny typ av smärta som sträcker sig tvärs

över buken nedom naveln. Molande obehag som gör ont då hon går. Hon är klart medveten om att det är mycket psykosomatik i smärtorna. Remiss skrivs till psykolog för samtalsterapi.

*Natten innan min man kom hem från Italien var det som om någon tryckt på den ömma punkten i sex till sju timmar. Hade jag inte haft barnen hemma, skulle jag ha ringt efter ambulans, men jag vågade inte ut-sätta dem för att åter bli lämnade ensamma på natten. Jag gick längst bort i huset och vrålade ut min smärta i en kudde; kunde somna ifrån smärtan; åkte in till sjukhuset igen för observation. Man beslöt att göra en ny operation för att utesluta alla andra möjligheter.*

**Besök 5/5.** Kommer akut på grund av attacker av buksmärtor, som ett band över nedre delen framför allt av buken, i samband med rörelser. — — — Skriver remiss till psykiatrisk klinik för krisarbetning, då jag bedömer smärtorna som huvudsakligen psykosomatiska. Vill ha återbesök.

*Just innan operation 4 förklarade min man med träffsäker, isande kyla att vi egentligen inte hade något förhållande och att han alltså inte hade någon att vara otrogen mot. Där befann jag mig i mitt livs absoluta smärtekryss till kropp och själ. Vid ett möte med läkaren inför operation nummer 4 förstod jag någonstans långt inne i mig att smärtan berodde på hela livet. Men i det medvetna kände jag bara som att: operera bort hela mig, bara jag slipper ha så för-tvivlat ont.*

*Operation nr 4 skedde tio veckor efter att det hela började. Den gick lätt, men man hittade ingenting. Allt såg bra ut. Dagen efter, den 15 mars, bejakade jag min mans påstående att vi inte hade något förhållande. Vi bestämde oss för att skiljas. Det var på dagen elva år sedan flickan blev till i min kropp. Jag förstod att det inte fanns något val. Det går inte att försöka hålla ihop något som redan är trasigt och sönderslitet.*

*Så befann jag mig, sjuk, ytterst svag, övergiven i alla bemärkelser. Nu undrade personalen: Vi hittar inga orsaker till dina smärtor. Hur har du det egentligen i livet? ... Jag kan inte säga att någon gjorde fel. Med stor förundran såg jag emellertid hur smärtorna fanns kvar och förhindrade mig att arbeta fram till mitten av juni.*

*Om igen frågar jag mig: Hur kunde min kropp veta hur dåligt jag mådde? Hur kunde jag bli förberedd*

*på vår separation med så svåra smärtor? För mig är det inte märkligt att både äggledare och äggstock vred sig. Det var snarare ett nödvändigt svar på att ha blivit totalt hånad, förnedrad och övergiven. Vad jag hade svårare att förstå var att det ända fram till juni gjorde så ont att gå? Efter bara 25–30 meter skar det liksom ihop i magen. Jag fick flera gånger ta taxi hem bara några kvarter. Då hade jag flyttat, fått nytt arbete, ordnat ny skolgång för barnen osv. Det var ingen spikrak väg, men den var farbar.*

*Nu, efter sommaren, kan jag jogga på mornarna. Jag paddlar, går i fjällen så fort tillfälle bjuds. Jag känner mig privilegierad som har arbete och en starkt återvändande hälsa. Nu är jag tacksam för att jag blev sjuk, för att kroppen fullkomligt skrek. Hur hade det blivit om inte den fysiska ohälsan hade tvingat mig igenom allt? På något sätt är det som om kroppen väckte mig, lät mig förstå.*

### **Förstå genom samtal, förklara genom observation**

Brev och journalanteckningar tyder på att läkare och patient talar olika språk. Varför undrar läkarna inte vad kvinnans symtom kan säga om henne som person? Varför är deras intresse för direktobservation och både in- och utvändigt palpation av bukhålan större än för patientens sökande blick, kroppsspråk och tonfall? Varför rådfrågas anestesiolog före psykolog? Kvinnan försöker göra sig förstådd. Samtidigt förtränger hon oönskade bilder av sig. Hon fruktar kanske att hon håller på att förlora kontakten med den okända destination som gör hennes handlingar meningsfulla. Målet är att bli den hon är [2], att fullfölja sin livsplan. Hånad och övergiven när hon inte målet. Att klart se att den yttre verkligheten, som den kommit att utvecklas för patienten, är teoretiskt oförenligt med mänsklig överlevnad. När hon handlar, guidad av sin bild av sig som sjuk och oskyldigt drabbad, vilket gör henne oansvarig för sin livssituation, kan genvägen ge henne känsla av sammanhang [3].

När biomedicinen lämnar läkarna svag vägledning, tyr de sig till teoretiska nödlösningar, hjälpantaganden, exempelvis psykosomatisk sjukdom (se journalanteckningar 30/4 och 5/5), för att känna att de är till hjälp för sina patienter. Dessa ad-hoc-hypoteser tjänar i första hand syftet att rädda »huvudspåret», den biomedicinskt organiserade bilden av sjukdom. Kirurgerna översätter kvinnans personliga upplevelser (illness) till biomedicinskt språk (disease): »Känner sig deprimerad, trött och led-

sen. Låter som ett nytt hematom» (6/3, se även 11/3, 14/3, 28/4, 30/4). Brist på åtgärdsrepertoar ger kanske läkarna känsla av brist på sammanhang [3]. Några operationer hade kanske kunnat undvikas. Den femte (nervresektionen) blir inte av, därför att patienten börjar ana att hennes onda är uttryck för något annat än kroppsfel [1].

### **Dialogmedicinsk hållning ger ökad förståelse**

Medicinsk praktik kanske hämmas av det biomedicinska perspektivets starka dominans. Den engelska allmänläkaren Iona Heath menar att allmänmedicinen har två nyckelroller: »One as an interpreter and guardian at the interface between illness and disease, the other as witness to the human experience of, and search for meaning in, both illness and disease» [4]. Heaths förslag till medicinsk praktik ger det traditionella biomedicinska handlingsperspektivet en komplementär roll. Tyngdpunkten i det nya perspektivet hamnar i själva interaktionen [5] mellan läkare och patient. Biomedicinskt instrumentella mål i mötet får stryka på foten för interaktionella mål [1]. Att samtala och vara följsam med patienten överordnas ambitionen att kontrollera och åtgärda.

Det borde gå att utveckla ett perspektiv som gör oss i stånd att möta och förstå våra patienter på ett sätt som Heath föreslår utan att för den skull ge upp vår biomedicinska kunskap i situationer då den är användbar [1, 6, 7]. Om vi ser patientens symtom i sitt avsiktssammanhang blir exempelvis smärta mer än ett observerbart tecken på personlig, organisk felfunktion. Smärtan kan vara ett prövande, personligt uttryck, kanske ett sätt att avleda tankarna från verkliga eller föreställda hot mot mening och sammanhang i livet, något som vill ha svar mer än åtgärd. På en annan tankenivå indikerar smärtan en ren reaktion på kroppsliga smärtstimuli. Graden av organisk grund till en kroppsupplevelse kan inte fastställas genom enbart observation.

Det vi tror oss se bestäms av vad valt perspektiv tillåter oss att observera [8]. Ett nytt, relationsorienterat [7] mer än sjukdomscentrerat eller patientcentrerat perspektiv [9] kan göra oss bättre rustade att se och förstå, inte enbart observera och förklara det vi står inför. Om vi tar på allvar att individer, i enlighet med Winnicotts tankar [10], själva skapat sin bild av sig och världen, så inser vi också att vi aldrig initialt kan veta vilken innebörd varje unik patient lägger i sina uttryck.

Det jag kallar ett dialogmedicinskt perspektiv och motsvarande hållning ger tillgång till ett nytt sammanhang av begrepp. En dialogmedicinskt utbildad

läkare har som mål att relatera till patienten i dennes livssammanhang och försöka frigöra de krafter som patienten kan ha investerat i upplevelsen av sjukdom, »illness». Det mest grundläggande i motsvarande attityd är att delta och »handla genom att vara», inte prompt »genom att göra». Läkaren tränar gradvis upp sin förmåga att se patienten som unik person, vars upplevda sjukdom kan både dölja och uttrycka ett grundläggande, upplösbar dilemma. Psykologiskt nära tror sig läkaren kunna stödja patienten och tillsammans med henne nå deras gemensamma mål, genuin dialog. Den sjuka personen möts som en berättelse [11], och de personliga budskapen förvaltas i den gemensamma dialogen så att de inspirerar patienten att söka nya, hälsoförlösande, konstruktiva relationer till omvärlden. Ett känsligt lyssnande till sammanhang och en öppenhet inför andra betydelser än de som är uppenbara i det som sägs och görs gör det möjligt att förstå patienten. Tillsammans skapar läkare och patient i dialogen ett nytt, mera helt sammanhang. Läkaren ökar sin allmänna insikt genom att anlägga en sökande attityd, inriktad på det möjliga, unika. Personliga, ömsesidigt utvecklande relationer inspirerar patienten till att rekonstruera sitt förhållande till världen – utan symtom – och läkaren till att utveckla sig som samtalspartner.

### **Biomedicinsk kunskap ett komplement**

Dialogmedicinsk människosyn bygger på föreställningen att var och en av oss har genomgått en metamorfos, att vi för alltid har lämnat djurvärlden (paradisiskt liv), den materiellt betingade relationen till modern, och att vi sedan måste upprätthålla en tillvaro i meningsvärlden (post-paradisiskt liv) som är alltför komplicerad för att kunna justeras utifrån [12]. När spädbarnet börjar skapa ord för det som känns i kroppen [10] utvecklar det samtidigt en alldeles egen bild av sig och världen, i vilken också destination, mål och mening, innefattas.

Om en sådan unik individ mår dåligt och söker läkare kan hans dolda dilemma hänga samman med svikt på mänsklig, inte nödvändigtvis på enbart biologisk, nivå. Då är det bra om läkaren har beredskap att förhålla sig så att patienten finner det lönt att ta upp de svårigheter med avseende på mål och mening som hon, kanske inför hotande sammanhangslöshet, omedvetet håller dolda genom att betona upplevelsen av sjukdom. När läkaren använder sin biomedicinska kunskap med ömdöme ökar patientens möjligheter att förmedla sina unika föreställningar.

Dialogmedicinsk hållning ersätter

inte biomedicinsk eller annan medicinsk kunskap. Utöver dess hälsofrigörande potential ökar den läkarens känslighet att avgöra när människor behöver teknisk assistans för kroppens räkning. Utvecklingen av den dialogmedicinska hållningen [1, 5, 6, 13] är inspirerad av i första hand dialogpedagogisk [14, 15] och dialogfilosofisk [16, 17] litteratur samt av Barbro Sandins praktiska och teoretiska psykospsykoterapeutiska arbete [18, 19].

I psykoanalytiskt arbete söks teori-guidade förklaringar till symtomen i det undermedvetna. I dialogmedicinen används teorier som vägledning sparsamt till förmån för det som skapas i dialogen. Som praktik ligger dialogmedicinen nära Sandins hållning. Betydelseinnehållet i patientens uttryck läggs till grund för att assistera patientens egen rekonstruktion av sina bilder av sig själv och världen.

### **Känslan av sammanhang avgörande för hälsan**

Balint [20] hjälpte redan på 1960-talet allmänläkare att förstå sig själva och de outtalade problemen bakom det som patienterna presenterade. Groddeck [21] har också bidragit till den dialogmedicinska tankemodellen för allmänmedicinsk praktik. Han, liksom Freud, insåg tidigt att individer kan hålla outtäckliga tankar borta genom att leva ut sina kroppssymtom. I dialogmedicinen läggs vikt vid symtomets avsiktssinnehåll, det patienten kan tänkas vilja förmedla om sig själv som det inte finns ord för [1]. Mindre vikt läggs vid symtomets omedvetna orsakssammanhang. Psykosomatiska modeller med sin tankeklyvning kropp/psyke avvisas av dialogmedicinen.

Det salutogenetiska handlingsperspektivet tar fasta på att människans hälsa är beroende av känslan av sammanhang. Antonovskys [3] perspektiv kan inkludera sjukdomsupplevelsen som en av det handlande subjektets möjligheter att tillgodose sitt behov av sammanhang, när bättre alternativ saknas.

Denna artikel syftar inte till att döma ut värdet av biomedicinsk teori. Den avser att ge underlag till reflektion över hur vi ska möta patienter med eller utan organisk sjukdom, som av det ena eller andra skälet drivs att överbetona närvaron och/eller upplevelsen av en kroppslig åkomma. Kanske ankommer det i första hand på allmänmedicinen att anvisa en handlings- och tankemodell som gör det möjligt att avgöra när patientens problem är så okomplicerade kommunikativt (t ex radiusfraktur) att dialogen kan underordnas diagnosbase-rade åtgärder. Redovisad fallanalys avser att illustrera vikten av att vi reflektere-

rar över de grundföreläsningar som styr vårt professionella handlande.

## Referenser

1. Hellström O. Vad sjukdom vill säga. Om dialogmedicin och mänskliga möten. Örebro: Libris förlag, 1994.
2. Sartre JP. Being and nothingness. New York: Washington Square Press Publication of Pocket Books, 1965: 33-85.
3. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass Inc Publishers, 1980.
4. Heath I. The mystery of general practice. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995.
5. Hellström O. Clinical dialogue and health promotion. Patient Education and Counseling 1995; 25: 247-56.
6. Hellström O, Lindqvist P, Mattsson B. A phenomenological analysis of doctor-patient interaction: a case study. Patient Education and Counseling 1998; 33: 83-9.
7. Hellström O. Bidrag till en allmänmedicinsk teori. AllmänMedicin 1997; 18: 168-9.
8. Pörn I. Enhet och mångfald i vetenskaperna. Finska Vetenskaps-Societeten – Suomen Tiedeseura 1985; Febr: 25-30.
9. McWhinney I. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press, 1989: 116-24.
10. Winnicott DW. The maturational process and the facilitating environment. New York: International Universities Press Inc, 1984.
11. Crafoord C. Människan är en berättelse. Stockholm: Natur och Kultur, 1994.
12. Hellström O. Symptoms or the understanding of persons? A question of focus in relation to the setting of the goals of medicine. In: Nordenfelt L, Tengland PA, eds. The goals and limits of medicine. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1996: 143-70.
13. Hellström O. Dialogue medicine: a health liberating attitude in general practice. Patient education and counseling (in press.)
14. Freire P. Pedagogy of the oppressed. New York: Seabury, 1970.
15. Burbules NC. Dialogue in teaching. Theory and practice. Advances in contemporary educational thought, Volume 10. New York, London: Teachers College Press, 1993.
16. Buber M. Jag och Du. Ludvika: Dualis Förlag, 1990.
17. Hellström O. The importance of a holistic concept of health for health care. Examples from the clinic. Theor Med 1993; 14: 325-42.
18. Sandin B. Den zebrarandiga pudelkärnan. Stockholm: Rabén & Sjögren, 1986.
19. Sandin B. Barbro Sandins disputation föreläsning. I: Sandin B, Hausgjerd S, Nergård JI, Rossvaer V. Barbro Sandins disputation – fyra inlägg. Stockholm: Rabén & Sjögren, 1990.
19. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Tavistock Publications, 1957.
20. Groddeck G. The meaning of illness. Selected psycho-analytical writings. London: The Hoggarth Press and the Institute of Psycho-analysis, 1977.

## BIVERKNINGSNYTT

### Teldanex (terfenadin) – förskrivningen bör minska kraftigt

**Förskrivningen av terfenadin (Teldanex) bör minska kraftigt framför allt på grund av dess kardiotoxicitet, som uppmärksammas mer och mer. Det finns knappast skäl till nyinsättning av läkemedlet. För patienter som redan behandlas med terfenadin och som reagerat positivt bör fortsatt förskrivning ske bara om ett antal försiktighetsåtgärder vidtas. Detta framgår av »Information från Läkemedelsverket» 1998:2. Texten återges här något förkortad och med små redaktionella ändringar.**

Teldanex registrerades 1987. Det blev snart känt att medlet kunde orsaka QT-förlängning eller kammararytmi vid överdosering eller höga serumkoncentrationer av terfenadin på grund av exempelvis leversvikt. Information som angav försiktighet vid behandling av patienter med hjärt-kärlsjukdom, hyperkalemi eller leversvikt infördes i Fass 1991. Därefter infördes hjärtarytmi, känd QT-förlängning eller samtidig behandling med erytromycin, klaritromycin, ketokonazol, itrakonazol som kontraindikationer 1992. Detta ledde till en kraftig minskning av försäljningen.

Terfenadins kardiotoxiska effekt orsakas sannolikt genom påverkan av specifika kaliumkanaler i de celler som ingår i hjärtats retledningssystem. Efter oralt intag bryts terfenadin snabbt ned till huvudmetaboliten fexofenadin. Fexofenadin ansvarar för den kliniska effekten av Teldanex.

Nedbrytningen av terfenadin till fexofenadin sker genom ett specifikt enzym, CYP3A4, vilket ansvarar för nedbrytningen av ett stort antal olika läkemedel. Vid samtidig användning av läkemedel som hämmar detta enzym, eller vid leversvikt, ökar serumkoncentrationerna av terfenadin, och risken för kardiotoxicitet ökar kraftigt.

Tillverkaren har bedrivit en produktutveckling för att kunna eliminera de kardiotoxiska effekterna. Vid experimentella test har man funnit att huvudmetaboliten fexofenadin saknar de kardiotoxiska effekter som terfenadin uppvisar.

Fexofenadin (Allegra) godkändes 1996 i USA på samma indikationer som Teldanex.

Under 1997 gjorde läkemedelsmyndigheterna i USA och inom EU kraftfulla uttalanden om att användningen av terfenadin bör minska för att snarast ersättas av fexofenadin eller andra, säkrare antihistaminer. Inom EU har en omfattande utredning av den kardiotoxiska potentialen av terfenadin i jämförelse med övriga, icke sederande antihistaminer genomförts under 1997. Den europeiska läkemedelsnämnden (CPMP) har dragit slutsatsen att tablett Teldanex 120 mg ska avregistreras och att produktresumén (den produktinformation som ligger till grund för Fass-texten) ska få mycket omfattande tillägg under avsnitten Kontraindikationer, Varningar och försiktighet samt Interaktioner.

Tillverkaren har redan beslutat att dra terfenadin från marknaden i USA från och med den 1 februari 1998. Inget motsvarande beslut har tagits för den europeiska marknaden. Därtill har fexofenadin (inom EU används namnet Telfast), efter ett EU-godkännande under 1997, nu börjat marknadsföras i flera länder inklusive Sverige.

### Kommentar

Mot bakgrund av de mycket omfattande förändringarna (kontraindikationer och försiktighetsmått) i produktresumén samt den aktuella indragningen av läkemedlet i USA är *indikationen för nyinsättning av Teldanex nästan obefintlig*. Vid fortsatt förskrivning av Teldanex till patienter som redan tidigare har positiva effekter av läkemedlet bör:

1. i tillämpliga fall patienten följas upp avseende eventuella kardiotoxiska effekter (hjärtarytmi) och med beaktande av den ändrade produktresumén. Detta bör normalt omfatta kontroll av EKG och elektrolyter.

2. patienten informeras om att uppsöka läkare vid exempelvis svimningsfall, yrselattacker, palpitationer eller krampanfall. Patienter som söker med sådana symtom ska utredas avseende QT-förlängning och arytm, och Teldanex ska sättas ut.

3. patienten även känna till att hon/han ska informera förskrivande läkare om behandlingen med terfenadin när insättning av nya läkemedel blir aktuell (på grund av interaktionsriskerna).

### Duroferon vitamin endast profylaktiskt vid graviditetsanemi

Det har kommit till Läkemedelsverkets kännedom att en del läkare använ-