

nationella handlingsplanen förverkligats ska staten ta tillbaka kanonpengarna. Ställda inför detta hot kommer landstingen att få eld i baken och leva upp till den blocköverskridande uppgörelse i riksdagen som var grunden för NHP. Gör inte landstingen detta är en nationell lagstiftning rimlig, men då utifrån ett väl genomarbetat förslag, evidensbaserat, och som tar tillvara de goda sidorna i svensk primärvård.

Har inte analyserat vad som kan förstöras

Protos ingår i en genomtänkt strategi alltifrån den kuppattade förändringen av DLF-ledningen 2002, ackurat via den rejäla förankrande tur som Famnis VD Göran Sjönell tagit socialminister Engqvist på i Norge – där ett nytt familjeläkarsystem liknande Protos införts – till att DLF-årsmötet den 4 april hamnar i privat- och husläkarvänliga Stockholm.

Men sorgligast är att Protos inte ens har försökt att analysera vad som kan förstöras i svensk sjukvård och att allmänläkarnas arbetsmiljö från många synpunkter kan försämrats. Hallelujakörer – som i senaste Distriktsläkaren – är inte bra för det kritiska tänkandet!

Frågor

Den typ av analyserande frågor som jag saknar i Protos är:

- Vilka effekter fick husläkarförsöket i Sverige?
- Varför har inte familjeläkarna i Västmanland kunnat hindra ekonomin att skena? Landstinget har den snabbaste kostnadsökningen i Sverige, och underskottet är snart i klass med det i f d borgerligt styrda storkommuner som främjat privatiseringar. Har tyngre sjukvård i denna husläkarmodell förts över till länssjukvården? Försvåras samarbetet mellan allmänläkare och sjukhusspecialister? Etc.
- Hur står sig svensk allmänmedicinsk diabetesvård (samverkan distriktsläkare/diabetessköterska/länssjukvård) – vilken riskerar att slås sönder av Protosförslaget – i förhållande till privatpraktiserande allmänläkares vårdkvalitet ute i Europa?
- Inom överskådlig tid, så länge det finns brist på allmänläkare, vilka fördelningspolitiska konsekvenser får en fri etablering i hela landet?

Referenser

1. Wiborgh M. Familjeläkarplattformen en konkretisering av tankarna i nationella handlingsplanen. Läkartidningen 2003; 100:440.
2. Ståhlberg B. Svensk primärvård behöver ett nationellt familjeläkarsystem. Läkartidningen 2003; 100:441-2.
3. Järhult B. Förslag till nationellt familjelä-

läkarsystem oförenligt med världens allmångs rätt. Läkartidningen 2003; 100:150-1.

4. Järhult B. Riksdagsbeslutet om den nationella handlingsplanen. Enqvist lägger grunden till det han vill undvika – en försäkringsfinansierad vård. Läkartidningen 2000; 97:5814-5.
5. Ohlin E. Lokala planer utan mätbara mål. Läkartidningen 2003; 100:104-5.
6. Willhelmsson S. Psykosocial working conditions among general practitioners and district nurses [dissertation]. Linköping

University Medical Disserta No 669. Linköping: Linköpings Universitet; 2001.

7. Rätt ut ur väggen. Han var en av de populäraste husläkarna. Björn Carlsson tillbaka efter sin utmattningsdepression. Primärvårdens Nyheter 9/2002.
8. Virjo I. The general practitioner needs to be made better known. Scand J Prim Health Care 2002; 20:193-4.
9. Folkpartiet kräver villkor för miljarder till primärvården. Dagens Medicin 4/2003.

Korrespondens

Redaktör: Jan Lind, tel: 08-790 34 84, fax: 08-14 57 04, jan.lind@lakartidningen.se

Tvivelaktig omvärdering av Roaccutan

II Under 2002 har Läkemedelsverket stramat åt möjligheten att förskriva Roaccutan, ett licenspreparat för svår acne reserverat för dermatologer. När det nu är dags att skicka in första rapporten och licensansökan för Roaccutan för 2003 enligt Läkemedelsverkets nya påbud, dyker följande funderingar upp.

Med förundran har jag och många kollegor med mig följt debatten och rapporteringen i pressen kring Roaccutan och dess biverkningar de senaste åren. Än mer förvånande är att professionen svänger med. Preparatet har ca 20 år på nacken och är väl inarbetat i dermatologpraxis sedan många år.

Sedan vi började med Roaccutan i Sverige på 1980-talet har vi standardiserade rutiner för kontroller och uppföljning både kliniskt och laboratoriemässigt. Biverkningar är kända. Översjuklighet i depression hos ungdomar med acne (med och utan behandling) är välkänt. Depression har ju ofta varit en indikation för aktivast möjliga acnebehandling; naturligtvis med samtidig adekvat behandling av depressionen. Nu skall vi plötsligt tänka tvärtom utan att övertygande argument finns för det.

Vad den stora kursändringen nu?

Uppföljningar [1-3] finns att tillgå, och många andra studier. Indikationsglidning är legio vid goda och långa erfarenheter med läkemedel inom alla specialiteter. Det skall inte nödvändigtvis läggas klinikern till last utan kan tillskrivas erfarenhet och professionalism snarare än obskyra eller misstänkta skäl.

Andra dermatologpreparat, som inte är licenspreparat men med mycket biverkningar t ex Neotigason och Methotrexate, har inte till närmelsevis givit upphov till den stora skälva som Roaccutan-larmen har gjort. Värda att nämna är Desolett och Mercilon, vilkas behandling i pressen påminner om Roaccutan-drevet. De har inte belagts med restriktioner i Roaccutan-klassen trots att de inte ens används för någon sjukdom utan ges till friska flickor/kvinnor. Vems intressen tillvaratas? Diane med samma biverkningsprofil föll däremot i oproportionerlig onåd under 2002.

tioner i Roaccutan-klassen trots att de inte ens används för någon sjukdom utan ges till friska flickor/kvinnor. Vems intressen tillvaratas? Diane med samma biverkningsprofil föll däremot i oproportionerlig onåd under 2002.

Vad beror detta på?

Har det att göra med vår syn på acne-sjukdomen? Rör det sig om bristande kunskap eller tron att det rör sig om en sjukdom av enbart kosmetisk valör? Kan det vara så att indikationerna skall snävas in i ett bistrare ekonomiskt samhällsklimat utan att man öppet vill tillstå att detta är orsaken? Har det att göra med bristande kunskap om hur preparatet används enligt nationell och internationell erfarenhet och väldokumenterad praxis?

Hur har dermatologspecialister i Sverige deltagit i beslutet om indikationsinskränkning, rapporteringsskyldighet och förnyelse av kliniklicens årligen?

Om man försöker påverka förskrivningsmönstret på detta mästrande sätt istället för genom konstruktiv diskussion inom professionen, då kan man möta lika ogenomtänkta motreaktioner.

Hur får vi dermatologer information om utfallet av vår rapportering? När skall vi sedan ånyo myndigförklaras?

Sigrid Malmkvist Padoan

specialist i hud- och könssjukdomar,

Kristianstad

sigrid.padoan@telia.com

Referenser

1. Chu A, Cunliffe WJ. The inter-relationship between isotretinoin/acne and depression. J Eur Acad Dermatol Venereol 1999; 12:263.
2. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. Br J Dermatol 1997; 137:246-50.
3. Hull SM, Cunliffe WJ, Hughes BR. Treatment of the depressed and dysmorphic phobic acne patient. Clin Exp Dermatol 1991; 16:210-1.