

skriver, »moroten« – det ekonomiska incitamentet – inte föraktas. Men diskussionen gäller hur det medicinska innehållet påverkas av prestationsersättning och vilka kostnader skattebetalarna i sista hand ska stå för. SPLFs företrädare kan inte i en seriös debatt låtsas som att problem med taxeglikning, medikaliserings, övervård och kostnadsproblem inte existerar.

ST-läkare från Tyskland

Man behöver inte gå till den rikhaltiga internationella litteraturen på området (och som för övrigt tas upp i andra inlägg i Läkartidningens Protosdebatt). Det räcker med att fråga det ökande antal ST-läkare som kommer till Sverige från andra europeiska länder, t ex Tyskland. Fria från det kontinentala, prestationsersatta sjukvårdssystemet – det som Protos nu vill närma Sverige till – vittnar de om uttalade problem med taxeglikning, fusk, upptrissande av undersökningar och besök för att generera intäkter. Behövs en ultraljudsundersökning på ett knä tas om möjligt en bild även på det andra, och försäkringssystemet, som inte kan kolla s k medicinska bedömningar, får pröjas.

Jag säger inte att Protos vill ha det precis så här, men de föreslår en modell där denna typ av krafter styr läkares handlande. Behovet av diskussion om ekonomiska ersättningssystemas nackdelar måste även SPLF kunna inse. Prestationsersatta system gynnar det enkla och snabba. Det står många gånger i konflikt med de genuina allmänmedicinska målen: helhetssyn, teamarbete, satsning på kronisk, långvarig, från etisk synpunkt högprioriterad vård.

Norge: Mer tid – högre ersättning

Det är därför intressant att Norge nu för bl a patienter med smärtproblematik och psykiska besvär försöker en modell där alla besök som tar mer än en viss tid ger högre ersättning. Ser man på! Sätter »Protoskusinen« med sin 30/70-variant (mest prestationsersättning) viktiga patientgrupper i kläm? Här lägger man grunden för ett differentierat taxsystem med välkända problem som indikationsglikning och bristande kostnadskontroll.

Samarbete

SFAM/DLF med Meta Wiborgh/Benny Ståhlberg skriver (LT 8/2003, sidan 632) att det inte finns någonting i Protosförslaget som talar emot samarbete med andra personalkategorier. SPLF klämmer till med att teamarbetet »ges förutsättningar för en utveckling«, då samverkan »är en medicinsk överenskommelse, inte en administrativ rutin«. Jaså? En medicinsk del finns förvisso,

men spelar inte organisationen längre någon roll?

Det här börjar likna politik, där för-sämringar beskrivs som förbättringar. Ska Protos tas på allvar måste ju dess konsekvenser analyseras. Vad händer med samverkan om diabetessköterskan,

demenssköterskan och sjukgymnasten på vårdcentralen inte ingår i gruppraktiken? Skiljs åt organisatoriskt eller lämnas åt sitt öde när några läkare flyttar och öppnar egen butik – utan annan ambition än att sköta sina mottagningsbesök för listade? •

Korrespondens

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

Läkemedelsverket följer upp Roaccutan för patientsäkerhetens skull

■ Läkemedelsverket svarar här på Sigridd Malmkvist Padoans inlägg »Tvivelaktig omvärdering av Roaccutan« i Läkartidningen 7/2003 (sidan 545).

Roaccutan används sedan början av 1980-talet på licens vid svåra akneformer. Medlet får endast förskrivas av dermatologer. Roaccutan har, på grund av sina teratogena effekter, aldrig godkänts på vanligt sätt i Sverige. Frågan om eventuella psykiska biverkningar av Roaccutan har sedan dess tillkommit och diskuteras av läkemedelsmyndigheter över hela världen. Läkemedelsverket har sedan preparatet började användas tagit emot omkring 350 biverkningsrapporter, varav ungefär en femtedel gäller psykiska biverkningar.

Expertmöte om Roaccutan 2002

Läkemedelsverket sammankallade i maj 2002 ett expertmöte med deltagare från de medicinska specialiteterna hudsjukdomar, psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, farmakologi, epidemiologi och gynekologi för att diskutera den fortsatta användningen av Roaccutan och för att få frågan om eventuella psykiska biverkningar belyst. En rapport från detta möte finns utlagd på Läkemedelsverket webbplats (www.mpa.se).

Slutsatserna från expertmötet den 27 maj 2002 lyder:

»Roaccutan är ett effektivt läkemedel för behandling av svår akne. Något lika verksamt medel finns för närvarande inte. Det bör även fortsättningsvis finnas tillgängligt för förskrivning av hudläkare på licens. Som en åtgärd för att öka säkerheten vid behandling ska ett förtydligande av informationen till patienter ske med utförligare uppgifter om möjligheten av psykiska biverkningar. De hudläkare som förskriver Roaccutan ska uppmanas att vara uppmärksamma på psykiska symptom hos patienterna.«

Generell licens för Roaccutan beviljas för närvarande för indikationen nodulocystisk akne samt vid djup papulopustulös akne vid otillräcklig effekt av tidigare given terapi. En licens är, oberoende om den är enskild eller generell, vanligtvis giltig ett år.

Inslag i säkerhetsarbetet

Som ett led i säkerhetsuppföljningen för Roaccutan gäller, sedan hösten 2002, att förskrivare som har beviljats generell licens ska inkomma med en årlig redovisning. Denna ska innehålla uppgifter om hur många patienter som behandlats inklusive uppgifter om kön, ålder och förekomst av allvarliga och oförutsedda biverkningar.

Hittills har ungefär en tredjedel av förskrivarna inkommit med rapport. När fler rapporter inkommit kommer resultatet att återrapporteras och utgöra grund för fortsatt kommunikation med landets dermatologer.

Europeiskt samarbete

Resultatet av ett pågående samarbete mellan europeiska läkemedelsmyndigheter avseende gemensam produktinformation vad gäller bland annat indikationer och säkerhetsföreskrifter kommer också att redovisas sedan EU-beslut fattats.

För Läkemedelsverket:

Barbro Gerdén
biverkningsenheten

Gunilla Sjölin-Forsberg
enheten för preklinisk, klinisk
och veterinärmedicinsk utredning

Ingrid Trolin
enheten för läkemedelsinformation
och läkemedel i användning;
samtliga specialister
i dermatologi och venerologi