

stor risk att forskningsutvecklingen stannar vid dessa djurmodeller. Kan vi bygga bättre och fler starka forskningsbroar mellan preklinisk och klinisk forskning är vi alla vinnare. För det är väl i förlängningen människor som vi vill behandla!?

Lennart Minthon
docent, chefsöverläkare,
enheten för minnesforskning,
kliniska vetenskaper, Malmö,
Lunds universitet
lennart.minthon@skane.se

REFERENSER

1. Minthon L. Om möss och människor – Inte givet att fynd hos alzheimermöss kan appliceras i klinisk verklighet. *Läkartidningen*. 2006;103:3916.
2. Blennow K, de Leon MJ, Zetterberg H. Alzheimer's disease. *Lancet*. 2006;368:387-403.
3. Perel P, Roberts I, Sena E, Wheble P, Briscoe C, Sandercock P, et al. Comparison of treatment effects between animal experiments and clinical trials: systematic review. *BMJ*. 2006 Dec 15; [Epub ahead of print].
4. Mandavilli A. Of mice and men. *Nat Med*. 2006;12:750.
5. Blennow K, Zetterberg H. Pinpointing plaques with PIB. *Nat Med*. 2006;12:753-4.
6. Mori T, Town T, Tan J, Yada N, Horikoshi Y, Yamamoto J, et al. Arundic acid ameliorates cerebral amyloidosis and gliosis in Alzheimer transgenic mice. *J Pharmacol Exp. Ther* 2006;318:571-8.
7. McLaurin J, Kierstead ME, Brown ME, Hawkes CA, Lambermon MH, Phinney AL, et al. Cyclohexanehexol inhibitors of Abeta aggregation prevent and reverse Alzheimer phenotype in a mouse model. *Nat Med*. 2006;12:801-8.
8. Rosario ER, Carroll JC, Oddo S, LaFerla FM, Pike CJ. Androgens regulate the development of neuropathology in a triple transgenic mouse model of Alzheimer's disease. *J Neurosci*. 2006;26:13384-9.
9. Hartman RE, Shah A, Fagan AM, Schwetye KE, Parsadanian M, Schulman RN, et al. Pomegranate juice decreases amyloid load and improves behavior in a mouse model of Alzheimer's disease. *Neurobiol Dis*. 2006;24:506-15.
10. Wang J, Ho L, Zhao Z, Seror I, Humala N, Dickstein DL, et al. Moderate consumption of Cabernet Sauvignon attenuates Abeta neuropathology in a mouse model of Alzheimer's disease. *FASEB J*. 2006;20:2313-20.

42 nummer per år.

Ring vår annonsavdelning,
08-790 35 30, och boka utrymme i
Läkartidningen.

Läkartidningen

Utmanande saklig

Evidens och eminens – vad gäller i modern sjukvård?

■ Klädebatten väcker känslor. »Tänk på Semmelweis!« utbröt en upprörd tjänsteman häromsistens (Semmelweis var väl läkare?). Min gamle morfar gjorde som framstående kliniker just det och slutade »handhälsa«. I dag anses det snarast högdraget, och vi kliniker får nog »nedlåta oss« till en och annan riskfylld handskakning. I Norrbotten påträffas 5–10 MRSA-patienter årligen, och ingen av dessa tycks ha varit »smittad« eller ha »smittat«, eftersom smittspårningen varit resultatlös [Österlund A, smittskyddsöverläkare, pers medd].

Piercing kan vara riskfylld från smittspridningssynpunkt, och inom psykiatrin får medarbetarna inte vara piercade i underlivet [1]! Riktlinjerna i en kommun stoppade i våras en atopisk kvinna från att få jobb inom barnomsorgen. Hon hade visserligen varit eksemfri sedan sin spädbarnstid – men försiktighetsprincipen kräver sina offer! (Efter massmedial storm och sunt förnuft ångrade sig den aktuella kommunen.)

På 1970-talet tvingades skolmåltidspersonalen att en gång per år visa sina händer för en läkare; de kunde ju ha paronyki, vilket kunde ge gastroenteriter hos barnen [2]. Nu har måltidspersonalen lärt sig detta, och barnen kan med trygghet äta även mellan läkarundersökningarnas magiska besiktningar.

I mitt arbete som informationsläkare åt en läkemedelskommitté försöker vi i enlighet med bl a SBU och Socialstyrelsen (sic!) [3] se till att ordinationer m m grundar sig på evidensbaserade riktlinjer, och vi brukar ofta uppmana förskrivarna att tänka själva och inte följa de »eminsbaserade« riktlinjer som läkemedelsindustrin ofta presenterar under sina luncher.

Då blir man lite fundersam över inläggen i *Läkartidningen* 7/2007 (sidorna 522-3), där det framgår att vår kår består av tänkande varelser. Detta besvaras av Socialstyrelsen med »anser Socialstyrelsen ... i enlighet med rekommendationer från vårdhygienisk expertis«. Är den Eminensbaserade medicinen på väg tillbaka eller är det bara i vissa fall som en professionell läkarkår ska låta bli att tänka själv?

Robert Svartholm
distriktsläkare, Boden; informationsläkare,
Norrbottens läkemedelskommitté
polarull.svartholm@telia.com

REFERENSER

1. Eberhard D. I trygghetsnarkomanernas land. Stockholm: Prisma; 2006.
2. Botkyrka kommun. Riktlinjer Skolhälsovården Botkyrka: Botkyrka kommun; 1976.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.

Överdrivna råd om balanit i standardbok – informationscentralen en resurs

■ Nyföddas »fysiologiska fimos« övergår, när synekierna släpper, till retraherbar förhud hos 50 procent av 1-åringar och 90 procent av 3-åringar. När förhuden släpper från ollonet är balanit vanligt. Var 20:e pojke, oftast 2–5 år gammal, drabbas.

Jag hade en 4-årig pojke med sin andra balanit. Jag ville stämna av om mina kunskaper var ringrostiga eller om något nytt tillförts i de skolmedicinska råden. Jag konsulterade därför senaste upplagan av »PM Praktisk medicin« (sidan 608) [1], en bok som finns på nästan varje akutmottagning, jourcentral eller vårdcentrals- och läkarexpedition.

Jag blev förvånad över bokens förslag att använda klorhexidinlösning och, om

detta inte hjälper, ögonsalva med kloramfenikol (Chloromycetin). Jag tänkte på den tidigare användningen av ögonsalva med aciklovir (Zovirax) på icke godkänd indikation vid munherpes, detta innan penciklovir (Vectavir) kom, och på den tidigare utbredda användningen av fusidinsyra (Fucidin) vid lokala hudinfektioner, en användning som kan ha bidragit till resistensutveckling av stafylokokker [2].

Jag konsulterade därför PubMed respektive Läkemedelsinformationscentralen i Linköping (LiLi) och frågade:

- Finns dokumenterad effekt för klorhexidin och kloramfenikol vid balanit?
- Kan det finnas negativa effekter av

medlen, biverkningar eller risk för resistensutveckling?

Klorhexidin. Sökning på PubMed för klorhexidin + balanit genererade ingen artikel om dokumenterad effekt. Där emot en referens till en fallbeskrivning av kontaktallergi, sannolikt utlöst av klorhexidin [3]. Det påpekas att topikal reaktion av klorhexidin oftare ger irriterande dermatit än allergisk, men att även anafylaktisk reaktion har rapporterats. Den kliniska erfarenheten av att använda klorhexidin på slemhinnor, särskilt i pediatrik, är att applikationen kan vara smärtsam för barnet.

Kloramfenikol. LiLi påpekar först: »Den allvarligaste biverkan man kan få av kloramfenikol är aplastisk anemi, och det kan inträffa oavsett administrationsväg. Risken är emellertid liten vid okulär användning.« Den torde till och med vara extremt liten, men agranulocytos redovisas i Fass som en sällsynt biverkan. LiLi finner även fallrapporter om kontaktallergi.

Vid en sökning i litteraturen kunde LiLi inte hitta någon referens där man använt kloramfenikol topikalt på andra indikationer än okulära. I en »European guideline« för balanopostitis påpekar LiLi att behandlingen är beroende av orsaken till inflammationen, men »inte vid ett enda av dessa tillstånd rekommenderas kloramfenikol topikalt«.

I en rysk studie av purulent balanopostit fann man att 97 procent hade fakultativt anaeroba och aeroba bakterier, men den isolerade mikrofloran var resistent mot de flesta bredspektrumantibiotika. Med hänvisning till Rorsmans »Dermatologi, venereologi« (6:e upplagan, 2000) påpekar LiLi att candida kan vara aktuell och föranleda imidazol/hydrokortisonkräm. Vid fimos och stark svullnad rekommenderas systemisk tetracyclinbehandling, dock inte till barn under 8 år.

Vetenskapliga studier som den ryska kan vara baserade på selekterade patienter i en miljö med annat antibiotiketryck än i Sverige. Den exemplifierar dock att resistensproblematiken finns vid antibiotikabehandling av balanit.

Etiologi och klinik för en och samma diagnos kan skilja sig avsevärt; mellan ett universitetssjukhus och en vårdcentral, mellan behandling av vuxna respektive barn. Det vetenskapliga underlaget för behandlingsråden i »PM Praktisk medicin« är dock magert. I boken görs ingen åtskillnad mellan handläggningen av barn och vuxna, t ex diabetiker. Det är

allvarligt när en »klassisk« informationskälla för distrikts- och akutmottagare ger råd som kan skada. »PM Praktisk medicin« borde lägga in en rättelse i nuvarande osålda upplaga och revidera kommande. Varför krångla till behandlingen av banala tillstånd som en yttlig infektion under förhuden, där behandling med mekanisk rengöring med hjälp av vatten i de allra flesta fall ger bot?

Konklusion

- Generellt bör man undvika bredspektrumantibiotika på grund av risken för resistensutveckling.
- Det finns ingen dokumentation för nyttan av klorhexidin och kloramfenikol vid balanit.
- Det finns anledning att vara kritisk till även nyreviderade läroböcker använda brett i sjukvården.

- Råden i standardverk kan falla inom lägsta evidensgrad, hänvisning till s k auktoriteter (grad 5).
- Läkemiddelsinformationscentraler är ett värdefullt stöd för den kliniskt verksamme läkaren.

Bengt Järhult

distriktsläkare, Öxnehaga vårdcentral/
Primärvårdens FOU-enhet; knuten till
Läkemedelsrådet i Jönköping
Bengt.Jarhult@lj.se

REFERENSER

1. PM Praktisk Medicin 2005. Uddevalla: Three Doctors Förlag AB; 2005.
2. Info från Läkemedelsverket 2002:3. www.lakemedelsverket.se
3. Barraza V. Connubial allergic contact balanitis due to chlorhexidine. Contact Dermatitis. 2001; 45:45.

Passa tiden!

■ Det klagas allmänt på väntetider i vården, både i kön till behandling och vid mottagningsbesök. Som pensionerad läkare blir man själv förr eller senare patient och får uppleva detta på nära håll. Väntetider efter utsatt tid vid planerade mottagningsbesök är ofta trekvart till fulla timmen.

Det vittnar om bristande respekt för den vårdsökandes tid och förbrukar i onödan hans/hennes psykiska energi. Vederbörande mottagningsläkare skulle sannolikt inte komma tre kvart för sent till ett möte med sin mäklare, personliga bankman eller äkta hälft. När man diskuterar problemet med nu verk samma kolleger rycker de ofta på axlarna och säger sig vara ett offer för systemet, tydande på att man gett upp att försöka påverka sin egen arbetssituation.

Om jag åter vore klinikchef skulle jag försöka komma tillrätta med mottagningsväntetider på följande sätt:

- Olika patienter behöver olika lång tid på mottagningen. Därför avskaffas de standardiserade mottagningsstiderna och ersätts med tiominutersmoduler som tilldelas varje patientbesök i den omfattning som är nödvändigt med hänsyn till patientens diagnos och personlighet.
- Central »mekanisk« patientbokning avskaffas. Läkarna får själva planera sina mottagningar och boka in sina patienter via datorn, eftersom de bäst känner sina patienters varierande be-



Foto: IBL

»And time is running backwards And so is the bride« (Bob Dylan).

hov av mottagningstid (under förutsättning att man vinnlagt sig om kontinuitet i vården) och också vet när de själva kommer att vara i tjänst. Bokning av nästa återbesök görs i samråd med patienten innan pågående konsultation avslutats. Bokning av nybesök görs också av läkaren själv på grundval av remissinnehållet.

- Högst tio minuters väntetid accepteras. Vid försening informeras patienten regelmässigt om orsaken. Bli väntetiden för någon patient längre än en halvtimme så att han/hon blir berättigad till återbetalning av patientavgiften, dras motsvarande summa av på den ansvarige mottagningsläkarens lön. Det är troligen ett effektivt korrektionsmedel eftersom de flesta kolleger inte rycker på axlarna åt sin lönenivå.

Ulf Lindsjö

pensionerad f d klinikchef, Uppsala
ulf.lindsjo@hotmail.com