

Enögt om vilka som är lämpliga läkare

■ Åsa Nilsson debatterar både i Läkartidningen 51–52/2007 (sidorna 3896–8) och 1–2/2008 (sidan 62) angående lämplighet att bli läkare för en person med nazistsympatier, som fällts i domstol för delaktighet i mord. Denne har nu visat sig ha förfalskat sitt gymnasiebetyg, vilket kanske inte kommer som någon överraskning.

En viss enögdhet kan drabba oss alla emellanåt, men Åsa N har dragit in flera argument och rena felaktigheter som inte kan passera utan kommentar.

Hon gör en parallell med att en patient, som fått information, kanske inte skulle vilja bli behandlad av en homosexuell student/läkare. Jag antar hon menar en samkönad patient.

Det är häpnadsväckande ur alla synpunkter. Det luktar instäng om sådana argument år 2008.

I så fall skulle kvinnor inte heller vilja bli behandlade av heterosexuella män, det är den enda logiska konsekvensen. Det kan ju inte rimligen finnas större risker för övergrepp i homo- än i heterosexuella sammanhang, eller hur?

Sexualitet har ju (från läkarens sida) inget med, eller i, konsultationen att göra, undantag medför katastrofala konsekvenser som framgått av färska exempel.

Åsa N skriver att primärvården borde ta emot alla studenter eftersom man får betydande inkomster för att vara arena för grundutbildningen. Egenartat argument!

Vet Åsa N att primärvården i många år haft sammanhängande veckoperioder (7 arbetsdagar) med kandidater närvarande 100 procent av tiden hos läkaren, för 3 000 kr. per student och vecka?

År det mycket? Samtidigt lider vi av svår brist på allmänläkare på grund av låg status och hög arbetsbelastning.

Detta trots att arbetet är så mångsidigt och givande. Det går ut över både vården och studenterna på vårdcentraler med många vakanser. De nya vårdavtalen i Stockholm ger primärvården ännu mindre betalt för samma patientarbete.

De nya utbildningsavtalen skrivs däremot så att vi nu får lika mycket betalt som sjukhusen får, dvs 1 000 kr. per student och dag, vilket knappast är orimligt. Även allmänläkare har specialistutbildning, Åsa!

Med tanke på det merarbete kandidaterna genererar (om det ska bli meningsfullt), får vi minska antalet läkarbesök för att hinna med vilket medför inkomstförluster på minst 500 kronor per patient. Nettot blir inte stort.

Dessutom utnyttjas aldrig dessa pengar för lönepåslag eller dylikt. De går till intern-

REPLIK:

Det fanns inga luckor i studentens CV

■ Enligt Kjell Nyman debatterar jag (LT 51–52/2007 och 1–2/2008) »angående lämplighet att bli läkare för en person med nazistsympatier, som fällts i domstol för delaktighet i mord».

Min uppfattning är att det inte alls är den debatten jag har givit mig in i. Jag har velat diskutera två frågor:

1. Den mycket relevanta frågan som ursprungligen väcktes av Niels Lynöe (LT 48/2007, sidorna 3597–8), nämligen vilken information som är rimlig att ge en patient som i undervisningssyfte ska undersökas av en student.
2. Vem som avgör vilka personer som får utbilda sig till exempelvis läkare, psykolog eller sjuksköterska.

Fråga 1 handlar om vilka egenskaper hos en student



Åsa Nilssonnes tidigare inlägg var införda i 51–52/2007 och 1–2/2008.

utbildning och konferenser för all personal på vårdcentralen.

Att vi sedan inte anser att det är lämpligt att utbilda människor till läkare som har begått tunga oprovocerade våldsbrott tror jag att flertalet av oss i primärvården står för. Någonstans vid denna typ av brott bör gränsen för lämplighet kunna sättas utan att äventyra rättssäkerhet

för vare sig student eller patient.

En sista reflektion beträffande intagningen till KI. Det är svårt att förstå hur man kan bortse från att en vuxen individ har en livshistoria (CV) innehållande 10 år av oredovisad tid utan att någon frågar om det.

Kjell Nyman
allmänläkare,
Lisebergs vårdcentral, Älvsjö
kjell.nyman@sll.se

som skulle kunna leda till att patienten avböjer att medverka i undervisningen.

Sådana faktorer bör vi informera om, anser Niels Lynöe, så att patienten kan fatta ett underbyggt beslut att medverka eller inte medverka. Niels Lynöe anser att den enda relevanta faktorn är grov brottslighet.

Mitt antagande är att det kan finnas flera skäl till att en patient inte skulle känna sig bekväm med en viss student. Jag nämnde sexuell läggning som exempel, inte för att jag tror att patienten skulle vara orolig för att utsättas för sexuella trakasserier, utan för att homosexualitet fortfarande inte är accepterat av alla, av personliga, kulturella eller religiösa skäl.

Vidare antar jag att det kan finnas patienter som exem-

pelvis skulle välja bort en student med hepatit eller en som är HIV-positiv.

Jag anser att det är orimligt att överlåta till patienten att välja bort enskilda studenter (se tidigare inlägg). Vi lärare måste se till att våra studenter uppför sig korrekt på alla sätt, mer än så anser jag inte att patienten kan begära.

Fråga 2 handlar om vår lagstiftning. Lagstiftningen reglerar tillträdeskraven för olika utbildningar. Vem som ska utbildas är således inget som en enskild högskola, eller en enskild lärare, själv får bestämma.

Om Konstfack plötsligt inte vill ta emot kvinnor, eller om KTH inte vill utbilda australier, så har de ändå inte rätt att välja bort de studenterna vid antagningen. Inte heller enskilda lärare får be-

stämna sig för att bara undervisa studenter av någon särskild sort.

När det gäller brottslighet har vi enligt gällande lag i Sverige inte rätt att kontrollera ifall personer som vill utbildas sig vid exempelvis Karolinska institutet är straffade. Ifall vi ändå får reda på att någon har begått brott får vi inte neka den personen tillträde till våra utbildningar av det skälet.

Vill vi ha en ändring på det (exempelvis inga fler morddömda studenter), då är det lagstiftningen som måste ses över, och det kan vi naturligtvis verka för.

Min poäng har varit att det inte är upp till var och en av oss, personligen, att avgöra ifall vi ska undervisa en student eller ej. Min åsikt är att vi måste bete oss professionellt och följa de lagar som styr vår verksamhet. Oavsett vad vi tycker rent privat. Det är så ett rättssamhälle byggs och underhålls.

Ytterligare två kommentarer: Jag utgår ifrån att Kjell Nyman inte på allvar tror att jag inte vet att allmänläkare har specialistutbildning.

Hur mycket KI kan betala dem som utbildar våra blivande läkare är en mångfasetterad fråga, men allmänläkarna får i alla fall samma ersättning som alla andra.

Till sist undrar Kjell Nyman hur de som intervjuar sökande kunde bortse ifrån 10 års oredovisad tid för den aktuella studenten. Det gjorde de naturligtvis inte. Den som sitter på öppen anstalt kan både studera och arbeta, och även på slutan anstalt går det att studera. Som tidigare framgått fanns inga luckor i det CV som intervjuarna hade att gå efter.

Åsa Nilsson
professor i medicinsk psykologi, institutionen för klinisk neurovetenskap (CNS), sektionen för psykologi, Karolinska institutet, Stockholm
asa.nilsson@ki.se

Liten förskrivning av generiskt lamotrigin och gabapentin

■ Generikareformens ikraftträdande 2002, som medförde generikabyte på apoteken, har inneburit mycket lägre samhällskostnader. En särskild grupp utgörs av läkemedel som på grund av snävt terapeutiskt fönster inte får bytas mellan original och generiskt preparat av apoteken [1].

De försäljningsmässigt stora preparaten gabapentin och lamotrigin ingår i denna grupp. För antiepileptiska preparat kan små skillnader i läkemedelskoncentrationerna medföra signifikanta skillnader i behandlingseffekt och biverkningar. Därför fastställde LäkeMedelsverket under 2004 respektive 2005 att gabapentin och lamotrigin inte är utbytbara. Detta innebär också att de inte fick bytas på övriga indikationer.

Mellan den 1 oktober 2006 och den 30 september 2007 uppgick öppenvårdsförsälj-

ningen i riket av lamotrigin till ca 138 miljoner och av gabapentin till ca 86 miljoner kronor [2]. Tabell I visar att övergången mellan original- och generikapreparat är liten och mycket varierande mellan landstingen [2]. Ett byte av originalläkemedel till generiskt lamotrigin och gabapentin skulle i Sverige motsvara en sänkning av årskostnaderna med ca 100 miljoner kronor.

Endast 20 till 30 procent av dygnsdoserna av lamotrigin och gabapentin i Uppsala län receptföreskrevs via neurologikliniken. Psykiatri är den stora förskrivaren av lamotrigin och primärvården för gabapentin. Enligt LäkeMedelsverkets bedömning är det vid förskrivning vid bipolär sjukdom och vissa former av neurogen smärta möjligt med övergång till generika.

Vid epilepsi måste riskerna med byten vägas mot andra

kostnader och förlust av livskvalitet, t ex anfallsgenombrott med förlust av körkortstillstånd och biverkningar. Det italienska epilepsisällskapet rekommenderar [3] att inte byta preparat hos anfallsfria patienter, men att överväga generikapreparat vid nysättning och vid otillräcklig anfallskontroll. Dokumentet kan tjäna som diskussionsunderlag.

Så länge det finns betydelsefulla prisskillnader mellan originalpreparat och generika som inte får bytas av apotek finns det anledning för enskilda förskrivare och landstingsorganisationerna att mera ingående diskutera sina förskrivningsmönster.

Peter Mattsson

överläkare, docent i neurologi, ordförande i LäkeMedelsrådet, Akademiska sjukhuset, Uppsala
peter.mattsson@neurologi.uu.se

Thomas Lindqvist

apotekare, farm dr, LäkeMedelsnheten, Landstinget i Uppsala län

TABELL I. Gabapentin och lamotrigin förskrivet som generikum under kvartal 3 år 2007, beräknat som andel av totala antalet försålda definerade dygnsdoser.

Landsting	Lamotrigin	Gabapentin
Skåne	28	52
Västra Götaland	21	54
Kronoberg	19	49
Norrbottnen	16	35
Södermanland	16	46
Västerbotten	14	39
Uppsala	13	26
Blekinge	13	46
Halland	13	38
Örebro	10	26
Gävleborg	10	42
Kalmar	9	63
Jämtland	8	39
Värmland	8	28
Östergötland	7	51
Västmanland	6	25
Gotland	5	32
Västernorrland	5	26
Stockholm	3	24
Dalarna	3	21
Jönköping	3	49
Riket	14	41

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Peter Mattsson har erhållit arvode för föreläsningar/utredningsarbeten av GlaxoSmithKline AB, Pfizer AB, AstraZeneca AB och Sanofi-Aventis AB och medverkat i klinisk prövning med NeuroSearch A/S och Quintiles AB. Peter Mattsson och Thomas Lindqvist är medlemmar av LäkeMedelskommittén i Landstinget i Uppsala län.

REFERENSER

- LäkeMedelsverket. Utbytbara läkemedel. http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NormalPage_283.aspx
- LäkeMedelsstatistik. Stockholm: Apoteket AB.
- Perucca E, Albani F, Capovilla G, Bernardina BD, Michelucci R, Zaccara G. Recommendations of the Italian League against Epilepsy working group on generic products of antiepileptic drugs. *Epilepsia*. 2006;47 Suppl 5:16-20.