

Patientsäkerheten bör styra läkemedelsvalet

Terapivalet är viktigt när Du vill behandla! I många lägen är läkemedel en viktig komponent. Vad skulle vi göra utan läkemedel?

Vi ser att många inläggningar på sjukhus orsakas av felaktig läkemedelsbehandling; kanske 20 procent av de akuta intagningarna på vissa kliniker orsakas av interaktionsstörningar eller överdoseringar eller underbehandling. Man kan gissa att fler mår dåligt hemma av samma skäl. Vad kostar inte detta i kronor och onödigt lidande!

En kostnadseffektiv läkemedelsbehandling kan bara relatera till priset för DDD (definierade dygnsdoser) när vi blivit perfekta i vår diagnostik och styrning av multipla terapier. Vi är långt därifrån idag.

VarFÖR lade man ner Spri-term?

Jag är säker på att om ett försäkringsbolag hade varit huvudman för sjukvården hade man inte lagt ner Spri-term med dess innovativa interaktionsanalysmodul.

Hur många vet om att Spri tog fram ADB-stöd, som kan implementeras i ex-

isterande medicinska journalsystem, som lärmar vid olämpliga kombinationer/doseringar av läkemedel och assisterar läkaren att tillsammans med patienten finna rätt »mix» med hänsyn till både pris och samlad prestation? Är rätt politik att konkurrensutsätta ett sådant ADB-stöd? Vem är då kunden? Hur motiverar man att ett sådant ADB-stöd begravs?

Vår kompetens utnyttjas inte

Jag är övertygad om att de största hälsomässiga och ekonomiska vinsterna i ett solidariskt sjukvårdssystem måste byggas på en verkligt god kvalitet i prevention, diagnostik och behandling. Samhället utbildade oss alla. Men när vi väl fått vår legitimation är det faktiskt riktigt dåligt ställt vad gäller erbjudanden om fortsatta utbildningstillfällen från våra arbetsgivare. Detsamma gäller vår medverkan, vid sjukvårdens planering och utformning.

50 procent av sjukvårdskonsumtionen kan sannolikt relateras till livsstilsfaktorer såsom alkohol, andra droger, rökning och stress. Här – inte minst på våra skolgårdar – finns förstås slagfältet

för den resultatinriktade sjukvårdspolitikern. DDD är knappast ammunition i den striden.

I optimering av läkemedelsanvändning bör prisfrågan inte få vara huvudsaken. Viktigare är att producenterna erbjuder ett samlat kunskapssystem för läkare och patienter så att målet med läkemedelsbehandlingen kan uppnås och biverkningsriskerna minimeras.

Internet är ett lovande medium för sådana system. Då är förstås jag tacksam för expertis som kan hjälpa mig att bedöma riskerna för t ex diabetesutveckling och annat otyg med olika behandlingsalternativ. Patientsäkerheten borde alltså styra läkemedelsvalet.

Göran Svensson
allmänläkare, Åhus
www.lakare.nu

Vitamin B₁₂ – favorit i repris

Det är glädjande att många med mig funderar över betydelsen av tillsatser i läkemedel, i detta fall B₁₂-injektioner [1-3]. Jag vill än en gång påminna om licenspreparaten Mekobalamin (metylkobalamin), som är fritt från både sesamolja, och aluminiummonostearat. Preparaten finns inte med i Fass och tillverkas av Apoteket Produktion & Laboratorier, Umeå.

Mekobalamin har visat sig vara av värde för patienter som har svårt att bilda metylgrupper, och preparatets höga koncentration kan ha betydelse [4]. Mekobalaminbrist anses ligga bakom skadorna på nervsystemet vid B₁₂-brist [5].

Susanne Merz
socioonom, Solna
write.me@mail.bip.net

Referenser

1. Merz S. Kommentar: Samarbete behövs med patienten. Läkartidningen 1999; 96: 4904.
2. Lökk J. Vitamin B₁₂ och vårt behov av aluminium. Läkartidningen 2000; 97: 2795.
3. Bolander-Gouaille C. Kommentar: Alternativ till aluminiumhaltiga medel finns. Läkartidningen 2000; 97: 2785.
4. Regland B. Kommentar: Varierande effekt av B₁₂-injektioner. Läkartidningen 1999; 96: 4409.
5. Kristensen B, Norberg B, Sandström H. Neurologiska symptom vid B₁₂-brist. Pharmacia & Upjohn informerar om B₁₂-brist. Stockholm: Pharmacia & Upjohn, 2000.

Replik om karpaltunnelsyndrom:

Vi byggde på studier där personerna undersökts kliniskt och neurofysiologiskt

Kristian Borg och Ulf Lindblom kommenterar i Läkartidningen 41/00 (sidan 4634) vår artikel om prevalensen för kliniskt säkerställt karpaltunnelsyndrom (Läkartidningen 14/00, sidorna 1668-70).

Vår artikels kommentarer angående tidigare litteratur gällde populationsbaserade studier i vilka personerna med symptom av karpaltunnelsyndrom undersökts kliniskt och neurofysiologiskt. På detta sätt kan diagnosen av karpaltunnelsyndrom göras med högsta möjliga säkerhet.

I den studie som nämns i inlägget baserades diagnosen av karpaltunnelsyndrom enbart på enkät (till 813 personer, varav 626 svarade) och efterföljande telefonintervju med 54 symptomatiska personer.

Vår studie baserades på enkät till 3 000 personer (2 466 svarade) samt klinisk och neurofysiologisk undersökning av 262 symptomatiska personer.

I dessa två studier beräknades prevalensen (95 procents konfidensintervall) för karpaltunnelsyndrom med diagnosen ställd vid telefonintervju respektive direkt intervju och klinisk undersökning till 2,1 procent (1,1–3,6 procent) respektive 3,8 procent (3,1–4,6 procent).

Den observation som framförs i inlägget är intressant men jämförelsen medger ej säkra slutsatser.

Isam Atroshi

med dr, överläkare, ortopediska kliniken Hässleholm–Kristianstad, Kristianstad sjukhus