

Använd läkemedlen rätt!

Utvecklingen på läkemedelsområdet går fort, och för allt fler diagnoser kan vi erbjuda effektiva läkemedelsbehandlingar. Samtidigt hörs ofta signaler om att användningen av läkemedel är bristfällig.

Överanvändning, felanvändning, olika förskrivningar av olika läkare, patienten förstår inte ordinationen – listan kan göras lång. Felanvändningen ger negativa konsekvenser, medicinskt och ekonomiskt.

De viktigaste aktörerna för en god läkemedelsbehandling är patienten och läkaren. För att nå bra behandlingsresultat och god patientsäkerhet krävs att läkaren har hög kompetens samt tillämpar evidensbaserade riktlinjer. Det krävs också att patienten blir väl informerad av läkaren, att tid avsätts och en god relation skapas.

Ett bra behandlingsresultat förutsätter att läkaren kan överblicka patientens samtliga ordinerade läkemedel. Så är oftast inte fallet i dag. Om patienter har två eller tre behandlande läkare som inte följer samma läkemedelslista och ordinerar olika läkemedel – vilken ordination ska patienten följa?

Apoteket AB driver ett projekt med sk läkemedelsprofiler som farmaceuten registrerar åt patienten, i avsikt att ge kvalificerad information. Det är bra att man vill bidra till en förbättrad läkemedelsanvändning, men man måste skilja på rollerna! Profilerna är ytterligare en läkemedelslista som komplicerar bilden för patienterna. Farmaceutens information måste utgå från den lista som läkaren tillhandahåller.

Läkemedelsbehandling handlar inte enbart om ett visst läkemedel. En bra behandling kräver kunskap om patientens sjukdom och den diagnos för vilken läkemedlet är ordinerat. Den enda som har en sådan helhetsbild är läkaren.

För att läkaren ska kunna få överblick över patientens mediciner och informationen till patienterna bli tydlig och enkel krävs att en gemensam läkemedelslista upprättas. Denna lista måste finnas inom sjukvården som en del av journalen och användas på samma sätt som övriga journaluppgifter. Patienten ska aldrig behöva tveka om vad informationen ska användas till.

Ett ytterligare åtgärdsområde för att höja kvaliteten i läkemedelsbehandlingen är att varje läkare vid konsultationen

har tillgång till effektivt förskrivningsstöd. Där ska finnas läkemedelsinformation och behandlingsriktlinjer som kan kopplas ihop med patientens läkemedelslista och andra journaluppgifter av värde för förskrivningen.

Dessutom ska förskrivningsstöden innehålla redskap för att elektroniskt rapportera biverkningar. Vi vet att biverkningsrapporteringen i dag är bristfällig, detta måste läkarna förbättra.

Landstingen måste inse konsekvenserna av att de inte utvecklar IT-stöden på ett bra och tillräckligt snabbt sätt. Det krävs att landstingen nu intensifierar arbetet med att ta fram datoriserade förskrivningsstöd.

Det pågår en statlig utredning om uppföljning inom läkemedelsområdet som lämnar sitt betänkande till regeringen i maj. Den innehåller flera delar – en för förskrivarna och patienterna mycket angelägen del är möjligheten till en gemensam läkemedelslista i journalen. Oavsett var i landet en patient söker vård ska läkaren kunna få del av dennes läkemedelslista. Detta är en patientsäkerhetsfråga!

I veckans nummer av Läkartidningen finns två artiklar som bra beskriver behovet av att snarast inrätta datoriserade förskrivnings- och beslutsstöd. Flera landsting har redan kommit långt, vilket är lovande, men det krävs att alla landsting arbetar aktivt med frågan.

Det som krävs för att läkarna ska kunna utveckla och förbättra läkemedelsanvändningen och ta sitt fulla ansvar är således att tre viktiga krav uppfylls: inrättande av förskrivningsstöd, tillgång till en gemensam journalbaserad läkemedelslista samt tid för ett förtroendefullt möte mellan patient och läkare.



Eva Nilsson Bågenholm

Eva Nilsson Bågenholm
2:e vice ordförande i Läkarförbundet
eva.nb@swipnet.se

Nödlösning på gång?

Planerna på en vidareutbildning för specialistsjuksköterskor fortskrider av allt att döma vid Mitthögskolan i Östersund. I dagarna redovisade projektledningen en studie av vad läkare och

Kommentar

sjuksköterskor i Jämtland, Västerbotten och Västernorrland anser om fördelningen av arbetsuppgifter när det gäller vården av äldre.

En majoritet – 71 av de 125 läkare som svarat – anser inte att det finns uppgifter som nu utförs av läkare men som skulle kunna utföras av en sjuksköterska. 31 läkare anser dock att det finns sådana uppgifter, främst i primärvården men i mindre utsträckning i den kommunala vården. Bland 163 tillfrågade distrikts- och sjuksköterskor finns en knapp majoritet som anser att sköterskor redan måste utföra vissa läkaruppgifter. Man kan fråga sig om dessa siffror verkligen ger ett stöd för tankarna på utbildning av en ny grupp yrkesutövare.

Snarare blir intrycket att siffrorna och kommentarerna återspeglar problemet med läkarbrist i glesbygdens primärvård och i den kommunala äldrevården. Det är mot läkarbristen åtgärderna måste sättas in om patienterna i första ledet skall få möta bästa tillgängliga medicinska kompetens. Allt annat är nödlösningar. •

Fler arbetsgivare

En mångfald av arbetsgivare i vården är bästa sättet att komma till rätta med sektorns stora framtida behov av personal, anser Upsala Nya Tidning (lib):

Nyklipp

»Lösningen heter konkurrensutsättning och privata alternativ. Hur skickligt facket än förhandlar kommer det ändå inte att handla om mer än några enstaka procentenheters löneökning, och de svåra arbetsförhållandena kommer att bestå.

Så länge det bara finns en arbetsgivare att söka sig till kommer också lönerna att vara låga. Med fler arbetsgivare att välja mellan kommer det att vara möjligt att förhandla till sig högre löner och bättre arbetsvillkor.

I sin strävan att kunna knyta så bra personal som möjligt till sig skulle även arbetsgivarna vara beredda att erbjuda just detta. Det är således möjligt att hitta lösningar på vårdens rekryteringsproblem, men så länge det inte sker kommer det tyvärr nog att vara fortsatt svårt att fylla platserna på landets vårdgymnasier. •