

Men i Europa finns också problem, som syns i data från övervakningssystemet EARS-Net (som publiceras på den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC:s webbplats). När det gäller andelen patienter som får MRSA, meticillinresistent *Staphylococcus aureus*, hamnar till exempel Tyskland på 10–25 procent och Spanien på 25–50 procent. Med sådana data i ett framtida betygssystem är det dock oundvikligt, enligt Andreas Heddini, att vissa länder missgynnas.

– Det är orealistiskt att tro att rörligheten av patienter och tjänster kommer att begränsas. Isolering fungerar inte. Ett betygssystem som accepteras av vårdindustrin kan bli en framåtskridande kraft, eftersom kvalitetsindex kan skapa incitament, säger han.

Reaktionerna på hans artikel i BMJ har hittills varit »försiktigt positiv«. Ingen från WHO eller EU har dock reagerat på förslaget. Ändå ser han EU som »den perfekta plattformen« att först genomdriva ett sådant arbete på, men även organisationen World Medical Tourism Association skulle enligt honom kunna ha ett ansvar för frågan.

Men det finns också de som har invändningar mot att enbart använda sig av kvalitetsjämförelser och andra registerliknande former. En av dem är Boel Andersson-Gäre vid Hälsohögskolan i Jönköping. Hon är projektledare för den svenska delen av det EU-finansierade forskningsprojektet QUASER, som står för Quality and safety in European union hospitals.

– Kartläggningar och jämförelser är viktiga, men de leder inte till så mycket förändring i sjukvården om de inte kombineras med förändringsstrategier. Det är ofta manifesta strukturer som avgör vilka effekterna blir, och i en del kulturer finns det en risk att siffror smusslas undan, spe-



Andreas Heddini



Boel Andersson-Gäre

ciellt om öppenheten riskerar att få ekonomiska konsekvenser, säger Boel Andersson-Gäre.

Därför behövs, enligt henne, kunskap på ett djupare plan om hur man arbetar med förändring och ledning inom sjukvårdssystemen i olika länder.

– Det räcker således inte med punktmätningar av data utan vi behöver också förstå vilken beredskap det finns att hantera och åtgärda olika problem. Kartläggning av mätetal över situationen i dag kan fungera som en trigger att börja arbeta med frågorna, men förmågan till att förhålla sig till resultaten och förbättra blir avgörande för vad som sedan faktiskt sker, säger hon.

Syftet med det nystartade projektet QUASER är att undersöka klinisk effektivitet, patientsäkerhet och upplevelse av sjukhusvården i Sverige, England, Norge, Nederländerna och Portugal. Några sjukhus i varje land ska studeras och resultatet ska på lång sikt, förhoppningsvis, leda till att samarbetet över gränser blir bättre, till exempel att ta hand om frågor som spridning av resistent infektioner. Boel Andersson-Gäre är för övrigt mycket kritisk till den vanliga föreställningen inom EU att sjukvårdssystemet är homogent.

– Så är det ju inte. Sjukvårdsorganisationerna skiljer sig enormt mycket åt mellan länder, därför blir det problem att föra folk över gränser, säger hon.

LT har sökt företrädare för World Medical Tourism Association för en kommentar, men inte lyckats.

Agneta Borgström

Läkemedelsstrategin klar:

## Förskrivning av generika i sikte

Rätt läkemedel till rätt patient vid varje enskilt tillfälle. Det är den höga ambitionen i den nationella läkemedelsstrategi som regeringen och Sveriges Kommuner och landsting kommit överens om.

Målet med den nationella läkemedelsstrategin är att lyfta fram var insatser behövs för att läkemedelsanvändningen ska bli mer effektiv och patientsäker. Man pekar ut sju insatsområden som centrala:

- Skapa en bättre och säkrare ordinationsprocess och lägga grunden för generisk förskrivning genom nationellt samordnade IT-stöd.
- Öka samsyn och förståelse för ordinerad behandling.
- Utveckla kunskap om och riktlinjer för läkemedel och läkemedelsanvändning för de patientgrupper där detta är mest eftersatt.

- Minska utveckling och spridning av antibiotikaresistens genom en kombination av lokala och globala insatser.
- Utveckla långsiktigt hållbar prissättnings-, prioriterings- och finansieringsmodell för samtliga läkemedel.
- Upprätta en process för ordnat och effektivt införande samt utöka uppföljning av läkemedels användning och effekter.
- Minska läkemedels påverkan på miljön lokalt och globalt.

För varje område föreslås åtgärder samt vilken aktör som har huvudansvaret för att de genomförs.

Michael Lövtrup

**Läs mer** En längre version av artikeln finns på Lakartidningen.se

### »Jag är nöjd med utfallet«

Mikael Rolfs, anestesiläkare och ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse, har suttit med i styrgruppen för den nationella strategin. Från ett läkarperspektiv är han nöjd:

– Jag är nöjd med utfallet. Läkemedelsstrategin formulerar ett förändringstryck genom att olika aktörer tilldelas ett specifikt ansvar för olika frågor, säger Mikael Rolfs.

För läkares del föreslås i strategin bland annat en bättre utbildning i läkemedelsfrågor, SK-kurser under ST-utbildningen. Men Mikael Rolfs hoppas även på mer genomgripande förändringar. Under lång tid har han förespråkat att Sverige likt många andra länder övergår till att förskriva läkemedelssubstans i stället för läkemedelsnamn:

– Den nationella läkemedelsstrategin tar oss ett steg närmare en generisk förskrivning. Den benar upp de steg som

måste tas, från substansregister till lagändringar, säger han.

I princip skulle ett förslag till ändring vad gäller generisk förskrivning kunna laggas redan nästa år, påpekar Mikael Rolfs.

– Förarbetet med att se över lagstiftning/reglering måste börja nu för att inte ändring av lagstiftning ska försena införandet av just generisk förskrivning.

**Innehåller den nationella strategin några nackdelar för läkarkåren?**

– Det är oklart vad TLV:s (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) möjlighet till att följa upp förskrivning ner på nivån enskild förskrivare är tänkt att leda till – vad för slags granskning och vad dessa uppgifter ska användas till.

Marie Närlid



Mikael Rolfs