

## Generisk förskrivning – för patientsäkerheten

II I Läkartidningen 32–33/2005 (sidan 2241) skriver Anders Cronlund, utbildningschef vid Läkemedelsakademien, att huvudskälet till generisk förskrivning är läkemedelskostnaderna.

För mig är huvudskälet patientsäkerheten. Jag har träffat på en patient som samtidigt tagit de synonyma läkemedlen Glucophage och Metformin, liksom läkare som förskrivit både Neurontin och det synonyma Gabapentin till en patient.

För att generisk förskrivning skall ge

hög patientsäkerhet krävs att »fantasinamnen« på läkemedel avskaffas. Cronlund tar exemplet Lipitor. Jag anser att fantasinamn som Lipitor aldrig ska användas. Redan från början ska läkemedlen ha generiska namn; i detta fall skulle det ha varit Atorvastatin Pfizer.

Förvirringen kring de läkemedel som innehåller ramipril har länge varit stor bland patienterna. Patienter som behandlats med Pramace började plötsligt få Triatec expedierat från apoteket. När

patienterna nästan lärt sig att medlen med dessa två namn var synonyma och att de inte skulle ta båda sorterna samtidigt, fick de även Ramipril Sandoz.

Hur mycket säkrare hade det inte varit om medlen från början hade hetat Ramipril Astra och Ramipril Aventis?

**Peter Rosenberg**

*familjeläkare, Gävle;*

*medlem av läkemedelskommitté*

*peter.rosenberg2@comhem.se*

## Storbritannien jagar afrikansk vårdpersonal

II En stor del av de läkare och sjuksköterskor som utbildats i Afrika söder om Sahara rekryteras till arbeten i Storbritannien. Under 2003 utfärdade Storbritannien 5 880 arbetstillstånd åt sjukvårdspersonal från Sydafrika, 2 825 från Zimbabwe, 1 510 från Nigeria och 850 från Ghana.

Nära en tredjedel av de yrkesverksamma läkarna i Storbritannien är utbildade utomlands, jämfört med cirka 5 procent av de tyska eller franska läkarna. Genom brittiska samväldet är det relativt enkelt att få uppehålls- och arbetstillstånd i Storbritannien. Dessutom har de flesta engelsktalande länder i Afrika vårdutbildningar som är formade efter det brittiska systemet.

### Nytta och problem

De läkare och sjuksköterskor som lämnar sina afrikanska hemländer för Storbritannien fyller en viktig funktion i den brittiska hälso- och sjukvården. Dessutom innebär flyttningen att de personligen får en avsevärt bättre standard.

Problemet är att sjukvården i de flesta subsahariska länder går på kryckor. Ett av de största problemen är bristen på kvalificerad personal. I Tanzania upp-

fyller bara 32 procent av sjukvårdspersonalen de formella kvalifikationerna för tjänsten. Prognoserna tyder knappast på någon förbättring. Om läkare och sjuksköterskor utbildats med knappa resurser, är varje »avhopp« till länder på norra halvklotet ett problem som förvärrar krisen.

### Kraftig utbyggnad av NHS

Storbritannien har byggt ut den offentliga sjukvården (National Health Service, NHS) kraftigt efter Labours senaste valseger 2001. Detta har också medfört en betydligt ökad rekrytering av vårdpersonal. Så ökades nyrekryteringen av sjuksköterskor till exempel från 14 000 under 2002 till över 27 000 under 2003. Nästan hälften av dessa var utbildade utanför Storbritannien.

År 2001 antog Storbritannien etiska regler som skulle minska läkar- och sjuksköterskeflykten från fattiga länder. Men flykten har inte minskat. Enbart från Ghana har antalet utvandrare läkare fördubblats sedan de etiska riktlinjerna antogs.

Medan NHS inte får rekrytera sjukvårdspersonal direkt från Afrika, är det tillåtet för den privata marknaden.

Många läkare och sjuksköterskor kommer in i Storbritannien på så sätt.

Storbritannien har under de senaste fem åren spenderat 560 miljoner pund för att stärka sjukvården i Afrika. Detta innefattar även utbildningen av läkare och sjuksköterskor. Men om alla sjuksköterskor och läkare som utbildats i Afrika och som nu är verksamma i Storbritannien i stället skulle ha utbildats där, skulle enbart detta ha kostat dubbelt så mycket.

Även om Storbritannien rekryterar många läkare och sjuksköterskor från Afrika så rekryterar USA ännu fler. Under 2002 fanns det i USA över 5 000 yrkesverksamma läkare som utbildats vid afrikanska universitet.

### Brittiska läkarförbundet har reagerat

Rekryteringen har fått det brittiska läkarförbundet att reagera och att kräva att skadorna orsakade av rekryteringen minskas.

**Anders Jeppsson**

*läkare, chefsrådgivare,*

*Health Reform Secretariat, Ministry*

*of Health, Dar es Salaam, Tanzania*

*anders@hspstz.org*

# ANNONS

## Specialistläkare behövs i den öppna vården

II Svensk sjukvård lider idag av svårillgänglighet och köbildning.

Den slutna vården på sjukhus belastas av en tung rutinsjukvård med en åldrande befolkning. Till detta kommer krävande omorganisationer samtidigt som datoriseringsarbete och en ökande administration tar alltmer tid. Dessutom bedrivs forsknings- och utvecklingsarbete i en ökad utsträckning. Allt detta sammantaget ger mindre tid för patientvård. Problemet är uppenbart, och ropet på nationell vårdgaranti blir en naturlig konsekvens.

### Ökat tryck

Den öppna vården har även den bekymmer med en ökad efterfrågan och ett ökande tryck från patienter. Distriktsvården är den naturliga hemvisten för behandling av alla åkommor som inte omhändertas på en högre vårdnivå. Distriktsläkarna är oftast allmänläkare. Detta är en relativt ny specialitet, som har byggts ut i en så snabb takt att läkarna många gånger inte hunnit eller haft tillfälle att skaffa sig en fördjupad utbildning. Många är därmed de åkommor som föranleder en remiss till den redan överbelastade slutenvården. Ökad väntetid blir följd. Klyftan är uppenbar.

### Specialistmottagningar i öppen vård

I skiktet mellan den öppna och den slutna vården har det på sina håll inrättats specialistmottagningar i öppen vård. Dessa mottagningar fungerar eller är tänkta att fungera som en instans mellan den öppna distriktsvården och den slutna sjukhusvården.

Hit kan allmänläkarna remittera fall för bedömning och konsultation på ett enkelt och obyråkratiskt sätt. Specialisterna är kunniga inom sitt område och väl förtrogna med gällande behandlingsrutin. Därmed kan dessa specialister lätt slussa vidare de patienter som kräver åtgärd på en högre vårdnivå, själva åtgärda det som passar eller sända svar till remitterande läkare med förslag till åtgärd. Med instruktiva svar blir denna dialog efter hand en form av indirekt efterutbildning.

### Förslag

Svensk läkarkår går mot en ökad pensionering och 40-talisterna är många. Åtskilliga av dessa läkare är specialister. Den stora mängd kunskap och erfarenhet som finns lagrad hos dessa riskerar att helt försvinna från patientvården. Denna kapacitet bör tas till vara!

Förslaget är därför: Erbjud de läkare som står inför en nedtrappning och sluta

av sin läkargärning att fortsätta som konsulter på specialistmottagningar.

Specialistläkarmottagningar finns redan idag, såväl i läkarhus som i offentligt upphandlad regi. Om ekonomiska resurser ska satsas så kan en samordnad utbyggnad av specialistmottagningar utanför sjukhusen bli en förmedlande länk mellan den slutna och den öppna vården. Den kommer även att ge ett ef-

fektivt tillskott av specialistvård med minimal byråkrati, hög kvalitet och hög patientgenomströmning till en mycket rimlig kostnad.

Vågar de ansvariga sjukvårdshuvudmännen se denna möjlighet?

**Hans Fredin**  
ortoped, Malmö  
hansfredin@tele2.se

## Svenska distriktsläkare kan inte jämföras med allmänläkare i andra länder

II Nu har det åter kommit en av dessa OECD-rapporter där »produktiviteten« i svensk sjukvård jämförts med samma i andra europeiska länder (refererad i Läkartidningen 26–27/2005, sidan 1964). Får jag rekommendera OECD att möjligen göra ett studiebesök för att ta reda på fakta?

På de offentliga vårdcentralerna i Sverige sorteras patienterna av sjuksköterskor. Sjuksköterskorna tar hand om enklare fall såsom förkylningar, småsår etc. Detta innebär att enbart de »tung« patienterna kommer till läkare.

Ett sådant system finns inte i andra länder och inte heller inom den privata vården. Där hjälper sjuksköterskan läkaren på mottagningen, kallar in patienterna, river av papper på britsen etc. Vi har ingen hjälp på de offentliga vårdcentralerna. Vi kan alltså konkludera att privatläkarna i Sverige och i andra länder är = 0,5 sjuksköterska + 0,5 svensk offentlig distriktsläkare.

Men det finns mera som är skumt i jämförelsen. Jag har själv cirka 1 000 patientbesök om året på jourläkarcentralen. Dessa besök räknas inte med i min statistik! Dessa försiggår nämligen ett annat ställe än på vårdcentralen! När man nu vet att många offentliga läkare tar ut jourkompensation, så börjar man ju förstå en del.

I Danmark finns inga barnavårdscentraler. Den danska praktiserande läkaren, och de flesta europeiska, vaccinerar själv barnen, mäter och väger dem etc. De vaccinerar också själva patienterna mot influensa. En injektion = ett besök. I Sverige utförs detta arbete av sjuksköterskor.

### Orsaker till minskad »produktivitet«

Jag har arbetat i Sverige sedan 1970. Systemet med sorterande sjuksköterskor fanns inte då. Vi börjar nu förstå varför »produktiviteten« har minskat med åren.

Jag vill också påstå att vårdtyngden

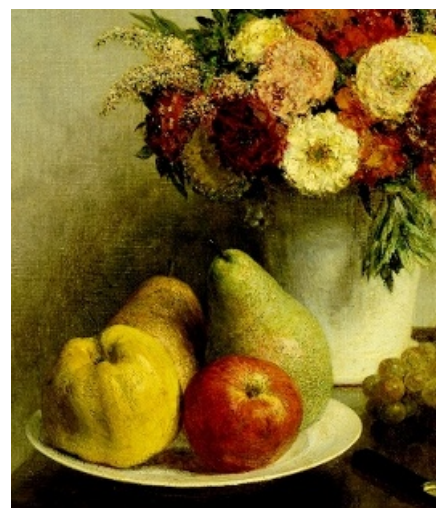


Foto: IBL

Meningsfulla jämförelser måste vara rättvisa. (Målning av Henri Fantin-Latour 1836–1904; bilden är beskuren.)

hos de patienter vi tar hand om har ökat alltmer. Sjukhusen skickar ju ifrån sig allt fler patienter till oss.

Jag har arbetat som provinsialläkare, husläkare, familjeläkare, distriktsläkare och allmänläkare sedan 1970. Under tiden har kollegorna i Danmark hela tiden kallats för praktiserande läkare och i England för GP. Inflationen i titlarna i Sverige vittnar om en politisk klåfingrighet där varje ny regering har »reformerat« oss. Nu skall jag avslöja en mycket stor hemlighet: Jag och mina kollegor har hela tiden haft samma arbete! Kanske har man blivit allt tröttare av alla reformerna ...

Kan inte våra företrädare tala om för de olika myndigheterna att man inte kan jämföra offentliga distriktsläkare med privata läkare i Sverige? Att man inte kan jämföra ett läkarbesök hos de offentliga distriktsläkarna i Sverige med besök hos läkare i öppen vård i andra länder?

**Poul Christensen**  
distriktsläkare, Malmö

## Pseudosjukskrivningar – vems är felet?

Utan tvivel har det idag gått inflation i utfärdande av sjukintyg. Sjukskrivning skall ses som ett kraftfullt instrument i den medicinska behandlingsarsenalen. Omkring 50 procent av alla intyg saknar emellertid strikt medicinsk indikation.

Visst är det så att sjukpenning har kommit att användas i stor omfattning i samband med bl a arbetskonflikter och nedläggning av arbetsplatser. Dessutom har kommuner alltmer kommit att utnyttja sjukskrivning som ett sätt att reducera utbetalningar av socialbidrag. Det innebär att sjukpenningssystemet successivt glidit över till att bli ett komplement till det sociala transfereringssystemet.

### Vems är felet?

Det kan givetvis diskuteras vems fel detta är. Det finns journalister – se referat från Läkarförbundets seminarium i Almedalen i Läkartidningen 28–29/2005

(sidan 2050) – som driver tesen att felet ligger på läkarna och då i synnerhet läkare verksamma inom primärvården.

Problemet är mer komplext än så. Man bör vara medveten om att läkare också påverkas av framväxande värderingar i ett samhälle. Läkare är nog den yrkeskår som varit mest utsatt för de-savouering från det politiska systemet. För att rätt förstå hur detta problem vuxit fram måste man blicka tillbaka många årtionden. Det finns en klar parallell till denna utveckling med pseudodiagnoser på sjukintyg och läkarnas försämrade position inom sjukvården.

### »Medicinsk« arbetskonflikt

Vad är det som ligger bakom att en arbetskonflikt blir ett medicinskt problem? Sverige har en av västvärldens mest omfattande arbetsrättslagstiftningar. Konflikter på arbetsplatsen bör därför lösas inom ramen för denna. Varför går folk sjukskrivna månad ut och må-

nad in när den egentliga orsaken är att de inte kan finna ett passande arbete eller flytta till en annan ort efter genomgången omskolning? Vi har en arbetsmarknadsstyrelse som saknar motsvarighet i andra länder och där denna typ av problem sorterar.

Hur kan det då komma sig att det blivit ett medicinskt problem? Det stora flertalet läkare är helt införstådda med den felaktiga handläggningen i denna typ av ärenden. Nästan ingen, eller bara ett mycket litet antal, orkar dock ta strid med det politiska systemet.

Inom ramen för detta system har det utvecklats en kutym att envar som anser sig vara i behov av en sjukskrivning har rätt att kräva en sådan. Härmed är det sagt var någonstans grundproblemet ligger och därmed lösningen.

**Lennart Nässberger**

MD, Lund

[lennart.nassberger@reticulum.se](mailto:lennart.nassberger@reticulum.se)

## Erinran om en erinran

HSAN tilldelade nyligen en distriktsläkare en erinran för att remissvar ej bevakats.

Fortfarande har datajournalen klara brister. Det finns ett bevakningssystem i t ex Vania-journalen, men då skall sekreterarna manuellt lägga in bevakning av varje remiss i datorn så att avsända remisser ihågkoms och svar efterfrågas efter lämplig tid.

När vi byter system nästa höst – vad sker med eventuella befintliga påminnelser i systemet? Manuell kontroll? På pappersjournalen sattes en lapp om röntgen eller px. Sedan lades journalen i egen hög för sig tills svaret anlant. De som hade hand om högarna visste ungefärlig tid tills svaret borde komma – det vet inte datorn. Nu skrivs t ex inte röntgensvar ut med automatik utan det skall bevakas i datorn och sedan tas ut av remitterande kliniks sköterskor eller sekreterare för att granskas och leda till svar och åtgärd.

### Vem bevakar?

Vem ansvarar för att våra arbetsrutiner vid övergång från pappers- till datajournal eller vid byte mellan olika datajournalssystem fungerar så att de nya journalssystemen inte medför att svar blir liggande utan åtgärd? Är det den enskilde läkaren – som vid miss får erinran av HSAN? Kanske sjukvårdshuvudmannens dataavdelning – som inte lyder under HSAN. Eller är det möjligen Social-



Foto: IBL

Säkerheten i datajournalerna kan bli bättre, menar skribenten.

styrelsen i dess roll som tillsynsmyndighet som ska kräva att säkerheten vid användning av datajournal blir god och att svar av olika typ inte blir liggande bortglömda. Bilar tyggodkänns avseende bl a säkerheten, men sjukvårdens datajournalssystem är det tydligen inte så noga med!

Jag frågade en kirurg om alla prov på t ex bröstcancer och fick som svar att de inte går att hålla i minnet utan medför behov av papperskopior av journal till rond.

Ett alternativ kunde vara bärbara, trådlösa datorer som kunde medföras vid sängen under rondan – under fullgod sekretess. När får vi se det? (Jag iakttar ofta terminaler med öppna journalsystem som någon glömt för att gå in till operation eller blivit kallad via sökaren. Sekretess?)

Jag har upplevt ett missat röntgensvar som kollega beställt på grund av hemoptys – visade sig vara lungcancer – men det gick inte att få fram i efterhand om bilderna visats på röntgenrond, och papperssvaret hade sorterades in utan signering. Risker att detta upprepas är ännu större med datajournal utan rimliga kontrollsystem.

### Vem ansvarar för att kraven uppfylls?

Krav bör därför ställas på datajournaler angående tillgänglighet, användarvänlighet och säkerhet – att uppfyllas innan de får tas i bruk. Vem ansvarar för krav, utveckling och certifiering – före inköp? För en enskild medarbetare i vården är möjligheten att påverka detta mycket liten. HSANs utdelade erinringar är tänkvärda och motiverade, men frågan är om de väcker tankar eller leder till åtgärder hos dem som egentligen är ansvariga för vår sjukvårds säkerhet.

**Mats E Nilsson**

överläkare, öron-, näs- och halskliniken,

Östersunds sjukhus

[mats.e.nilsson@jll.se](mailto:mats.e.nilsson@jll.se)