

mänmedicinska institutionerna, Svenska distriktsläkarföreningen (DLF) och Svenska privatläkarföreningen (SPLF) med framgång drivit utvecklingen för en kontinuerlig fortbildning för allmänläkare. Gösta Tibblin och Christina Fabian understryker i olika inlägg i Läkartidningen vikten av att finna organisatoriska former för denna samverkan i enlighet med UEMO-dokumentet om »continuing medical education» (CME).

Vi delar helt denna uppfattning. Vi anser att den pågående diskussionen om gränsdragningen till kommersiella intressen är nödvändig för att lyckas med detta. Vi måste gemensamt skapa trovärdighet för att övertyga landstingen och staten om betydelsen av att satsa på en fortbildning utifrån de behov som framkommer i allmänläkarens praktiska arbete med patienter.

Följ gällande regler!

Det är för denna trovärdighets skull, som det är så betydelsefullt att vi följer våra egna uppställda regler för vårt förhållande till industrin. Det är inte bra att nyckelpersoner i våra föreningar genom sin aktiva medverkan legitimerar arrangemang som inte följer regelverket.

Vi anser det mycket angeläget att SFAM såsom huvudansvarig för fortbildningen snarast tar ett konkret initiativ för att skapa en organiserad samverkan inom den allmänmedicinska professionen. •

Receptregister måste användas rätt:

KVALITETSUTVECKLING – EJ SANKTIONSGRUND

Det delbetänkande från HSU 2000 angående läkemedel, »Reform på recept», som nyligen lagts fram innehåller, förutom finansieringsförslagen, en del viktiga och inte helt okontroversiella förslag som berör den enskilde läkaren. Hit hör bl a registreringen av förskrivare, recept och förskrivningsorsaker.

Producentobunden information om läkemedel ges idag på flera sätt. Läkemedelsverkets skrifter finns tillgängliga för varje förskrivare. Apoteken ordnar på många håll regelbundna träffar med förskrivare, och då gäller det främst presentation av nytillskotten på läkemedelsmarknaden. Utbildningsaktiviteter från läkemedelskommittéerna om rationellt läkemedelsval förekommer.

De flesta läkare försöker nog så gott det går att vara uppdaterade och rationella vid förskrivning av läkemedel. En förutsättning för att själv kontrollera detta är återföring av receptstatistik, men det är få läkare som har någon klar uppfattning om hur den egna förskrivningens volym och profil egentligen ser ut.

En förbättring i det avseendet är den återföring av egen receptstatistik som läkare i vissa landsting numera kan beställa från apoteket. Den lider dock av bristen att representera endast tre månaders förskrivning och inte hela årets, och den kommer dessutom något sent för att vara användbar.

Läkemedelskommittéernas roll föreslås bli förstärkt

Förslaget i delbetänkandet innebär att läkemedelskommittéernas roll förstärks, vilket är positivt då de hittills haft en rätt tillbakadragen roll. Deras arbete har ju mest bestått i att rekommendera val av synonympreparat. Tyvärr har dessa rekommendationer inte följts särskilt väl och några mer omfattande eller systematiska uppföljningar eller utbildningsinsatser har det i de flesta landsting inte funnits resurser till.

Om läkemedelskommittéerna nu enligt förslaget får ökade resurser för egen kunskapsutveckling, för uppföljning av

DEBATT

»Man kan starkt ifrågasätta om en enskild förskrivares siffror över huvud taget skall vara tillgängliga för någon annan än förskrivaren själv. Detaljuppgifter om läkemedelsval och diagnos bör inte utan synnerliga skäl vara tillgängliga för vare sig landsting, läkemedelskommitté eller chefsöverläkare.»

förskrivning och, framför allt, för information och utbildning av förskrivarna, är det ett steg i rätt riktning. Det förväntas då att bättre och billigare läkemedel kommer att skrivas ut och att även andra behandlingsalternativ vägs in innan man beslutar om kostsam läkemedelsterapi. Men vilka medel kommer att användas?

Registrering av recept och enskilda förskrivare

Det mest kontroversiella i utredningens förslag är registreringen av enskilda förskrivare, recept och förskrivningsorsaker. Det torde inte bli lätt att få accept för detta om det inte finns garantier för att uppgifterna används rätt, dvs för kvalitetsutveckling och inte som underlag för kontroll, sanktioner eller direktiv angående val av behandling.

Man kan starkt ifrågasätta om en enskild förskrivares siffror över huvud taget skall vara tillgängliga för någon annan än förskrivaren själv. Detaljuppgifter om läkemedelsval och diagnos bör inte utan synnerliga skäl (missstanke om missbruk av recepträtt etc) vara till-

Författare

GÖSTA ELIASSON
distriktsläkare, Vårdcentral Centrum, Falkenberg.

gängliga för vare sig landsting, läkemedelskommitté eller chefsöverläkare.

Men, å andra sidan – det är viktigt att uppgifter om *kostnaderna* för läkemedel är tillgängliga. Det är rimligt att uppdragsgivaren har kontroll över och kan vidta åtgärder för att minska dessa kostnader.

Om kostnaderna för en förskrivare på ett markant sätt avviker från medeltalets bör denne kunna ges tillfälle att förklara och motivera avvikelserna. Detta kan ske genom att man frivilligt presenterar delar av sitt eget, mer detaljerade material så att läkemedelsval, diagnoser, åldersfördelning, områdeskaraktäristika m m kan relateras till förskrivningen och därmed sättas in i sitt sammanhang.

Kontroll och utveckling

I förslaget skriver man att information om förskrivningsorsak skulle förbättra möjligheterna till kvalitativa analyser av läkemedelsterapi och ingå i det kvalitetsssäkringsarbete som varje förskrivare är skyldig att svara för. Men som jag förstått saken är det som skall reformeras och kontrolleras i det här sammanhanget den *ekonomiska* sidan av läkemedelshanteringen.

Om utredningen dessutom hävdar att man via kontroll av enskilda förskrivare och genom av landstingen tillsatta och övervakande läkemedelskommittéer skall utveckla kvaliteten på den sjukvårdande *behandlingen* har man hamnat snett. Kostnadskontroll och kvalitetsutveckling hör inte alls ihop.

Ansvaret för terapival, för kvalitets- och metodutveckling liksom för forskning har alltid vilat på professionen själv. Alla känner här delaktighet och ett gemensamt intresse, och så bör det få förbli. I annat fall hämmas både utveckling och engagemang.

Uppgiften för uppdragsgivaren blir i sammanhanget att stimulera och underlätta för professionen att skapa sina förebilder, råd, guide-lines och konsensus om sjukdomars behandling och rationell läkemedelsterapi. Enskilda förskrivare bör förses med instrument eller material för egen uppföljning, som kan jämföras med större eller mindre grupper och bilda underlag för kvalitetsförbättringar.

Hur skapas bättre förskrivningsvanor?

Erfarenheten visar tydligt att om en varaktig förändring av ett ogynnsamt handlingsmönster skall uppnås, t ex vid läkemedelsval, måste denna process försiggå i tre steg, där nästa steg förutsätter etableringen av det tidigare.

Det första steget är *kunskapen* om problemets existens och vad som kan göras åt det. Det andra steget är *viljan*



till förändring och det tredje själva *handlingen*, t ex en aktiv modifiering av beteendet. Utan dessa tre steg i nu nämnd ordning uppstår ingen attitydförändring, ingen motivation, inget intresse.

Om man bortser från rent ekonomiska morötter är viljan till förändring starkt beroende av känslan av delaktighet och meningsfullhet. Medlemmarna i läkemedelskommittéerna måste därför väljas bland personer som har mandat att föra förskrivarnas talan. De måste vara förankrade i verksamheten, kunna kommunicera och ha förtroende inom förskrivargruppen. Dessa kolleger får inte uppfattas som verksamhetsfrämmande myndighetspersoner.

Diskussioner om terapival kan med fördel föras i de kollegiala sk FQ-grupper som nu finns etablerade inom allmänmedicinen. Inom dessa nätverk finns en unik atmosfär av förtroende och tillit, där även svaga sidor hos deltagarna tillåts komma fram. När problemen medvetandegjorts och förändringar upplevs som rationella kommer viljan till handling.

Metoderna för inomprofessionell registrering finns. En för primärvården användbar uppföljningsmodell – Audit Project Odense – har hämtats hit från Danmark, där den visats kunna ge effekter på läkemedelsval vid luftvägsinfektioner.

Jag är övertygad om att gemensam registrering och jämförelse av uppföljningsresultat inom kollegiala grupper har kraft nog att både förändra attityder och motivera till rationellt terapival.

Förskrivningsorsak

Många kommer att uppfatta angivandet av förskrivningsorsak på receptet som krångligt och tidskrävande. Det finns emellertid många skäl att internt registrera orsaken till en förskrivning. Genom att använda samma klassifikation som i patientjournalen vinner man tid vid receptskrivning.

Det är alltså angeläget att systemet med förskrivningsorsak väl ansluter sig till den nya ICD-10-klassifikationen som införs i Sverige 1997. Det kommer att finnas en speciell primärvårdsklassifikation med utvalda termer som är relevanta för allmänmedicinen. •



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19