slag till nationellt 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens inom slutenvård som företrädare för Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) lade fram i Läkartidningen 46/2010 (sidorna 2864-5).

Den kliniska nyttan av diagnostiska metoder måste ständigt omprövas. Vid vilken tidpunkt kommer våra svar att göra störst nytta, och vilken vetenskaplig bas har vi för bedömningen av våra analyssvar? Precis som tidigare ska detta vara en grund för klinisk forskning, där vi har en unik roll att kunna ge stöd åt våra kollegor. Den mer interaktiva kliniskt mikrobiologiska avdelningen är sannolikt också en mer attraktiv arbetsplats för yngre kollegor och kan tjäna patienten bättre än vad den gör i dag. Bästa kollegor i patientnära arbete, ställ krav på era mikrobiologiska laboratorier och sjukhusledningar! Svensk sjukvård behöver en snabbare och mer kliniskt förankrad mikrobiologi.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

TABELL I. Utmaningar och förslag till förbättringar av klinisk mikrobiologi i Sverige.

Utmaning	Förslag till förbättring
Lång transporttid till laboratoriet	Tätare transporter
	Decentralisering av utförandet av vissa analyser
Långsam diagnostik	Analysera prov efter hand
	Bemanna kvällar och helger
	Klinisk mikrobiolog tillgänglig på telefon årets alla dagar
	Införande av nya metoder för snabb bakterie-/virusdiagnostik
	Öka andelen preliminärsvar
Svaren når inte vårdgivare i tid	Hela vården ska ha tillgång till elektroniska svar
	Tydlighet och överblickbarhet i journalsystemen
	IT-system ska slå larm när viktiga svar kommit
Kliniska mikrobiologer för långt från patientarbetet	Större synlighet och engagemang i vården
	Ökad konsultfunktion
	Rekrytering av yngre kollegor med patientintresse
	Dubbelspecialisering, kliniska specialiteter

REFERENSER

1. Ozenci V, Tegmark-Wisell K, Lundberg C, Wretlind B. Rapid culture and identification: a practical method for early preliminary laboratory diagnosis of sepsis. Clin Microbiol Infect. 2008;14(2):177-80.
2. Clerc O, Greub G. Routine use of point-of-care tests: usefulness and application in clinical microbiology. Clin Microbiol Infect. 2010; 16(8):1054-61.
3. Beavers T, Wheeler JG. Collaborative medicine: weaving the microbiology laboratory into clinical practice. MLO Med Lab Obs. 2010;42(10):20-2.
4. Brittain-Long R, Westin J, Olofsson S, Lindh M, Andersson LM. Prospective evaluation of a novel multiplex real-time PCR assay for detection of fifteen respiratory pathogens – duration of symptoms significantly affects detection rate. J Clin Virol. 2010;47(3):263-7.
5. Yang S, Rothman RE. PCR-based diagnostics for infectious diseases: uses, limitations, and future applications in acute-care settings. Lancet Infect Dis. 2004;4(6):337-48.

apropå! Förväxlingar, felmedicineringar och felaktiga förskrivningar

Generisk förskrivning – nu!



Collage: Ewa Knutsson

Vilse i läkemedelsdjungeln?

Länge har en diskussion pågått om att införa generisk förskrivning i Sverige. Inte mycket har hänt sedan 1990-talet när dessa tankar initierades trots att dagens förskrivningssystem innebär problem såväl för den förskrivande läkaren som för patienterna. Med förhållandevis kort tid som aktiv i klinisk verksamhet kan jag konstatera att nuvarande läkemedelsbenämning innebär onödiga besvär för förskrivaren och allvarliga hälsorisker för patienten. Misstag och förväxlingar är vanliga.

Jag har träffat alldeles för många patienter som dosökat fel sorts läkemedel, alldeles för många som avslutat fel sort och alldeles för många med svårigheter att komma ihåg vilka läkemedel som används till vad och varför. Det är också alldeles för många patienter som har svårigheter att förstå vilket läkemedel doktorn menar när det som diskuteras inte är det samma som sedermera ges över disk på apoteket. Förvirringen blir inte mindre av att patienterna går hem med läkemedelslistor från sjukhusens avdelningar med andra namn på preparaten än de som används i primärvården.

Allvarliga felmedicineringar där patienter av misstag tagit dubbla vätskedrivande sorter, för mycket kalium eller betablockerande läkemedel i för hög dos tillhör tyvärr vardagen, och patienter har fortsatt med det läkemedel de haft hemma från tidigare ordinationer efter att ha fått ett nytt från apoteket i tron att de fått ytterligare en behandling. Dessutom minskar följsamheten till ordinationer när patienterna inte längre känner att de har kontroll över, eller grundläggande kunskap om, sin medicinering.

Tyvärr är kunskapen inte heller tillräcklig i läkargruppen – att upptäcka en och samma aktiva substans ordinerad med flera olika varumärken på samma medicinlista är ingen ovanlighet. Årliga uppdateringar om vilka varumärken som för stunden lokalt ska användas, vilket är ett resultat av upphandling, kan ytterligare förvirra. Nya namn på inkörda preparat, inte sällan på sådant som används i akutsammanhang, dyker upp när man minst anar det. Samma substans har olika varunamn beroende på i vilken styrka den ska ges, och det förekommer olika namn på vad som ska användas i slutenvård och i öppenvård och på vad patienten ska ha med sig hem efter avslutad sjukhusvård.

Generisk förskrivning skulle omedelbart lösa flera av dessa problem. Den förskrivande läkaren skulle ha mindre bryderier kring vilket varumärke som ska användas och skulle lättare kunna kontrollera vad som verkligen ordineras, och i vilken dos. Dessutom är de pedagogiska vinsterna i förhållande till patienterna avsevärda.

Genom att förklara vilket generikum som används skulle patienternas kontroll och säkerhet kring sin medicinering öka och missförstånd och felbehandlingar minskas. Kostnaderna för läkemedel och framför allt onödiga läkemedelsskador skulle också minska. Systemet skulle förenkla för både patient och läkare. Ta patientsäkerheten på allvar – inför generisk förskrivning redan i dag!

David Svaninger
AT-läkare, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås
david.svaninger@gmail.com

