

2015-10-26

Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
103 33 Stockholm

Stiftelsen NEPI:s yttrande avseende remiss SOU 2015:32 "Nästa fas i e-hälsoarbetet" – S2015/2282/FS

NEPI har genom denna remiss fått möjlighet att lämna synpunkter till Socialdepartementet beträffande SOU 2015:32 "Nästa fas i e-hälsoarbetet".

NEPI är en oberoende stiftelse inrättad genom beslut av Sveriges riksdag 1993. Verksamheten finansieras genom avkastning från stiftelsekapitalet och stiftelsens styrelse utses av Apotekarsocieteten samt Svenska läkaresällskapet. Stiftelsen NEPI har ett brett nätverk inom hälso- och sjukvård, apotek, universitet, läkemedelsföretag och myndigheter. Enligt stadgarna ska NEPI *"främja forskning och utveckling främst inom läkemedels-information, läkemedelsepidemiologi och läkemedelsekonomi"*.

NEPI:s synpunkter i korthet

Utredningen presenterar en bred och omfattande genomlysning av flera dimensioner av e-hälsoarbetet. Stiftelsen NEPI begränsar sig i detta remissvar till frågor som berör förslag kring samlad läkemedelslista, det vill säga del av kapitel 9 Tillämpning av gemensam informationsstruktur m.m.; kapitel 10 Förbättrad informationshantering i läkemedelsprocessen; samt delar av kapitel 16 Konsekvensanalys.

Särskilt förtjänstfullt är det faktum att utredningen på flera ställen lyfter betydelsen av att *"patienten själv på ett enkelt och säkert sätt kan få en samlad information av sina egna ordinationer så att hen får bättre förutsättningar att använda läkemedlen på rätt sätt¹"*.

Detta är i linje med stiftelsen NEPI:s återkommande önskemål att i förändringar i lagstiftning,

¹ 10.2.2 sidan 279

IT-stöd och arbetssätt utgå från vad som behövs för att patienten ska kunna genomföra läkemedelsbehandlingen på ett säkert sätt i hemmet.

Det föreslagna nationella registret skall enligt utredningens förslag innehålla uppgifter om enskilda patienters läkemedelsordinationer. Det framgår ej vilken information som anses kan vara del av en ordination och därmed råder oklarhet kring vilka uppgifter som kan få föras från vårdsituationen till det nationella registret. Vidare noterar NEPI att det föreslagna registret kan komma att omfatta i princip nästan samtliga personer boende i Sverige och dessutom vara tillgänglig av ett mycket stort antal personer i deras arbete inom hälso- och sjukvården samt apoteksverksamhet. Hur behörighetskontroller och loggning skall ske finns ej specificerat och det är svårt att se hur kraven på säkerställd patientintegritet skall kunna säkerställas.

NEPI ifrågasätter ansatsen att samtliga patienter oavsett behov skall omfattas av ett obligatoriskt nationellt register. Den direkta nyttan med en gemensam läkemedelslista uppstår först vid flera simultana läkemedelsbehandlingar från olika vårdgivare, i andra fall kan behoven uppfyllas inom vanlig journalföring. Ett alternativ vore att som för dosförpackade läkemedel se en gemensam läkemedelslista som ett möjligt val för patienter med behov av en mer samordnad hantering av läkemedelsordinationer. I sådana fall de som så tillåter få sina läkemedel hanterade via en gemensam läkemedelslista medan övriga patienter, framför allt de patienter med få läkemedelsbehandlingar och/eller fåtal vårdgivare hanteras som idag.

Stiftelsen NEPI:s synpunkter kring den gemensamma läkemedelslistan och de 3 steg som utredningen beskriver sammanfattas i tabell 1.

Steg 1

Den förändring i nuvarande lagstiftning som beskrivs som ”steg 1” tillstyrkes. Detta steg innebär att den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvård ska få ha direktåtkomst till receptregistret och alltså med patientens tillstånd ska kunna ta del av information om giltiga sparade recept med kvarvarande giltighetstid genom det egna patientjournalssystemet. Denna förändring underlättar arbete med fördjupade läkemedelsgenomgångar och ger möjlighet att makulera recept som om expedierade kan vara skadliga för patienten, även om recepten är utfärdade från annan vårdgivare, eller från samma vårdgivare men utanför sammanhållen journalföring.

I samband med genomförande av ”steg 1” bör också belysas behandlande legitimerad läkares rätt att inte bara ändra en annan förskrivares ordination utan även makulera redan skickad e-recept. Detta är nödvändigt utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv och i linjer med en

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

legitimerad läkares uppdrag men kan kollidera med tidigare tolkning av rättsligt läge från föregångare till e-hälsomyndigheten att ett utfärdat recept (på papper) var att betrakta som patientens egendom.

Steg 2

Stiftelsen NEPI tillstyrker EJ ett genomförande av ”steg 2” i enlighet med utredningens förslag. Detta gäller såväl ett initialt begränsat projekt kring en nationell databas över samlade utfärdade samt expedierade recept (2a) som en senare fas med tillägg av rekvirerade läkemedel som administrerats till patienter i öppen vård så att den nationella databasen omfattar samtliga läkemedel administrerade i öppen vård (2b). En samlad bild av patientens pågående läkemedelsbehandling är en viktig del i varje bedömning av en patients hälsotillstånd och pågående behandling. En sådan lista i form av kontinuerligt uppdaterade läkemedelsordinationer skulle vara av stort värde för läkare som bedömer patienten och ordinerar läkemedel, men också för expedierande farmaceut. Framför allt skulle den enskilde patienten få ett nödvändigt verktyg för att dagligen kunna genomföra läkemedelsbehandling i hemmet genom egenadministrering. Utredningen beskriver inte ett sådant förhållningssätt utan snarare hur i dag befintliga informationsmängder skall kunna göras tillgängliga i olika situationer, vilket inte uppnår samma effekt.

I stället bör en fördjupad nytto- och riskanalys genomföras utifrån valda legala avgränsningar. En sådan analys bör genomföras i nära samverkan med företrädare för såväl patienter som berörda professioner. Lika viktigt är att personer ansvariga för utveckling och lokal förvaltning av lokala patientjournaler, samt företrädare för leverantörer av patientjournalssystem, med insikt i de praktiska svårigheterna förknippade med dessa frågor deltar. Såsom framgår av detta långa remissvar så har utredningen ej belyst en rad frågor kring tekniska möjligheter och begränsningar inom IT-infrastruktur i hälso- och sjukvården, utan i stor utsträckning utgått från IT-infrastruktur i läkemedelskedjan utanför vårdens system.

Ambitionen i steg 2 är vällovlig och avser att samla alla läkemedelsordinationer i den situation då en patient kan ha flera samtidiga vårdgivare, det vill säga all öppenvård. En fördjupad nytto- och riskanalys är nödvändig innan beslut om genomförande framför allt eftersom utredningen ej närmare analyserar hur ordinationer skall dokumenteras i en sådan databas och vilka arbetsformerna skall vara. Det finns en uppenbar risk att tre sinsemellan inkompatibla informationsmängder (expedierade recept, giltiga recept, ordinationer i journal) tillgängliggörs utan att de tydliga kopplingar finns med som är nödvändiga för att gränssnittet ska kunna ge en

kontinuerligt uppdaterad ordinationslista. Om dessa farhågor besannas innebär projektet ett kostsamt projekt utan att kunna ge den nytta som många förväntar sig av en gemensam läkemedelslista.

Om projektet å andra sidan kan åstadkomma en gemensam läkemedelslista som fungerar som en kontinuerligt uppdaterad lista över en patients läkemedelsordinationer så skulle en sådan gemensam läkemedelslista ha ett stort värde genom att direkt kunna användas som underlag för:

- ordination i hälso- och sjukvården,
- expedition av läkemedel vid öppenvårdsapotek, samt
- patientens egen administrering i hemmet av expedierade läkemedel.

Inte minst det sistnämnda vore en stor fördel och i enlighet med målsättningar inom utredning och framförda från bland annat stiftelsen NEPI.

Tyvärr lyfter utredningen inte patientens behov av att kunna få denna information strukturerad på ett sådant sätt att den kan förstås av patienten. För att åstadkomma detta krävs att information om patientens ordinationer finns sammanställda i ordinationskedjor och kopplade logiskt till expedierade förpackningar. Att göra information om enskilda ordinationer och expeditioner tillgängliga legalt och tekniskt är inte tillräckligt för att åstadkomma detta. Det krävs såväl förändrade arbetssätt i hälso- och sjukvården² som en fördjupad processmodell för läkemedel i öppen vård med fokus på patientens behov. Av utredningen i övrigt framgår tyvärr ej vikten av att på sikt ta detta steg och därför tidigt i arbetet vara tydlig med denna inriktning.

Utredningen lämnar också en rad frågor obesvarade som har betydelse för nytto- och riskanalys av det föreslagna steg 2. Frågan om hur markering av "privat" i den gemensamma läkemedelslistan skall tolkas i förhållande till spärrning av uppgifter i patientjournalen är en sådan. Det gäller också behovet att i den lokala patientjournalen dokumentera patientens samlade läkemedelsordinationer som underlag för beslut om en viss åtgärd (även när åtgärden inte rör läkemedelsordination); tillgång till information om patientens samlade läkemedelsordinationer för beslutstöd i vården. för lokal uppföljning och kvalitetssäkring; samt för utveckling av framtida gränssnitt för dokumentation av underlag för beslut i patientjournal. Även krisberedskap och hantering av driftstörningar behöver belysas ytterligare.

² Utredningen lyfter detta kortfattat genom att på sidan 288 referera till en artikel i Läkartidningen: Hoffman M, Lövström R. Läkarens olika roller och ansvar för patientens läkemedelslista. Läkartidningen 2015;1112:C949 samt på sidan 295 till Sveriges läkemedelskommittéer (2009), Patientens samlade läkemedelslista – ansvar och riktlinjer för hantering i öppen vård.

Steg 3

Stiftelsen NEPI tillstyrker EJ ett genomförande av "steg 3" i enlighet med utredningens förslag. I stället bör en fördjupad nytto- och riskanalys genomföras.

Steg 3 innebär en nationell databas över patientens samlade läkemedel administrerade oavsett vårdform, alltså inkluderande även ordinationer inom slutenvård. En sådan utvidgning av gemensam läkemedelslista ger begränsad nytta då patienten vid slutenvård endast har en enda vårdgivare som kan ordinera behandlingar. Att göra denna information tillgänglig för andra vårdgivare innebär därför inte att aktuella ordinationer blir mer fullständiga. Det som sker är istället att läkemedelshistoriken kan bli mer fullständig genom att läkemedel som ordinerats elektroniskt i patientjournal under en slutenvårdsepisod blir tillgängliga att ta del av direkt i den gemensamma läkemedelslistan.

Enstaka läkemedelsordinationer givna under slutenvårdsepisod kan vara värdefulla att ha kännedom senare i vårdförloppet men tilläggsnyttan är begränsad vid sammanhållen journalföring då mer detaljerad information kopplad till ordinationen och bakgrunden till denna kan nås direkt i patientjournalen. Information kan i flertalet andra fall till delar nås genom nationell patientöversikt och mer i detalj genom journalutdrag.

Ordinationer inom slutenvård är mer komplexa än i öppen vård samt ändras frekvent. De kan också upplevas som mer integritetskänsliga av patienten då det oftare handlar om allvarliga och livshotande tillstånd. Samtliga ordinationer journalförs inte heller digitalt då det inte är förenligt med arbetssätt i vissa situationer i slutenvård. Tolkning av beslut behöver i högre grad än ordinationer i öppen vård relateras till patientspecifik information för att kunna hanteras som underlag i vården.

Sammantaget innebär denna utvidgning av gemensam läkemedelslista begränsad nytta – som dessutom till stora delar kan uppnås på andra mer effektiva sätt – till sannolikt avsevärda kostnader.

Forskning

Stiftelsen NEPI välkomnar förbättrade möjligheter till uppföljning av hur läkemedel används i befolkningen och hur detta påverkar befolkningens hälsa (forskningsområdet läkemedelsepidemiologi). Utredningen lyfter att ett ändamål med personuppgiftsbehandlingen i förslaget är att *"registrera och redovisa uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning*

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet till Socialstyrelsen.”³ Det framgår dock inte närmare vilka uppgifter som skall få användas för detta ändamål, till exempel ordinationsorsak, och huruvida dessa uppgifter rutinmässigt skall föras till hälsodataregistret läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen eller hanteras på annat sätt.

En gemensam läkemedelslista i form av kontinuerligt uppdaterade läkemedelsordinationer skulle inte bara vara en stor hjälp för behandlande läkare och annan vårdpersonal, expedierande farmaceut eller för patienten själv för att genomföra behandlingen själv i hemmet. Det skulle också, om informationen skulle kunna föras till hälsodataregistret läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen, innebära en världsunik forskningsdatabas där förändringar i ordinationer – i motsats till utfärdande av och expedition av recept – skulle kunna följas och relateras till andra faktorer och utfall. Kombinerat med uppgift om ordinationsorsak skulle värdet av ett sådant register mångfaldigas.

Tillgång till administrering av rekvisitionsläkemedel i öppen (mottagningar med mera) respektive slutna vård på individnivå vore också mycket värdefullt för läkemedels-epidemiologisk forskning. Det senare skulle underlättas genom genomförande av steg 2a och steg 3 i enlighet med utredningens förslag. Stiftelsen NEPI vill dock poängtera att insamling av uppgifter, och uppbyggnad av komplicerade och därmed dyra IT-strukturer måste motiveras med direkt patientnytta eller effektivare vårdprocesser.

Uppföljning av viktiga rekvisitionsläkemedel kan och bör istället under tiden fördjupad nytto- och riskanalys genomförs (och om den leder till att steg 2a eller 3 ej genomförs) hämtas direkt tillsammans med relevant annan information om patientens sjukdom och annan behandling direkt från patientjournaler och vårddatalager genom särskilda forskningsprojekt godkända av etisk prövningsnämnd.

³ 10.7.7 Ändamål med personuppgiftsbehandlingen, sida 340 samt 350.

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

Detaljerade synpunkter

A. Information om patientens läkemedelsbehandling är en integrerad del av patientens sjukdomshistoria, utredning och behandling

Utredningen utgår från ett alltför begränsat sätt att se på information om läkemedelshistorik samt om aktuell läkemedelsbehandling. Denna information används inte enbart vid ställningstagande till patientens läkemedelsbehandling, eller vid ordination av läkemedel av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med rätt att ordinera läkemedel.

Stiftelsen NEPI förordar en reviderad analys av problembild och lösningsförslag med gemensam läkemedelslista. Denna bör utgå från ett bredare perspektiv på nyttan med information om läkemedelsbehandling i hälso- och sjukvården; samt bör belysa konsekvenser för arbetssätt i patientjournaler samt utveckling av patientjournalssystem inklusive lokala beslutstöd för behandling och utredning (och inte enbart för läkemedelsordinationer).

1) Patientens läkemedelsbehandling används i många situationer – inte enbart vid ordination eller administrering av läkemedel

I hälso- och sjukvård är information om patientens historiska och aktuella läkemedelsbehandling en integrerad del av bedömningar av patienters hälsotillstånd, utredning och behandling. Denna information används i sin helhet, eller till delar, i ett stort antal situationer av många olika professioner inom hälso- och sjukvård, inte bara legitimerade yrkesutövare.

Hälso- och sjukvårdspersonal som har att ta ett delat ansvar för en patients vård behöver upprepade gånger under en vårdprocess ha tillgång till relevant information om patientens sjukdomshistoria, inklusive patientens läkemedelsbehandling, för att rätt kunna bedöma patientens samlade behov av vård och omvårdnad och därmed kunna utföra sina arbetsuppgifter.

2) Underlaget för beslut om en viss åtgärd behöver dokumenteras i patientjournalen – det innefattar också patienten samlade läkemedelsbehandling

Vid ordination av läkemedel, men också vid beslut om andra åtgärder inom vården, behöver den information kring patientens tillstånd och behandling som beslutsfattaren hade tillgång till och baserade sitt beslut på kunna dokumenteras i patientjournalen.

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

Detta underlag innefattar normalt patientens samlade aktuella ordinationer, samt vid behov läkemedelshistorik.

Utredningen föreslår att *"uppgifter om ordinationer som omfattas av journalföringsplikten ska journalföras genom att uppgifterna lämnas ut till den gemensamma läkemedelslistan."*⁴ samt att *"direktåtkomsten till uppgifter, som tillförts den gemensamma läkemedelslistan av andra vårdgivare eller tillståndshavare, som regel bara får avse uppgifter som registrerats de senaste 24 månaderna"*⁵.

Detta innebär att ordinationer som görs i patientjournalen visserligen kan kopplas logiskt till andra uppgifter i patientjournalen. Däremot kan uppgifter om patientens pågående läkemedelsbehandling hämtad genom direktåtkomst till den gemensamma läkemedelslistan vid e-hälsomyndigheten inte på samma sätt kopplas logiskt till andra beslut som dokumenteras i patientjournalen. För detta krävs separat manuell dokumentation i patientjournalen. Detta är tidskrävande och kan leda till felaktigheter. Det är också i utredningen oklart om detta är tillåtet, särskilt i de fall delar av den gemensamma läkemedelslistan har betecknats som "privat" av patienten.

3) Beslutstöd i vården behöver finnas i patientjournalen

Kliniska beslutstöd som en del av, eller djupt integrerade, i patientjournalerna utvecklas snabbt. Utredningen belyser ej detta utan diskuterar huvudsakligen erfarenheterna av ett stöd för expedition av läkemedel vid öppenvårdsapotek (EES, elektroniskt expertstöd). Detta är ej anpassat till vårdens behov och inte heller till de möjligheter som koppling till patientspecifik information i patientjournalen ger⁶.

För beslutstöd i patientjournalen vore möjligheten att kunna synkronisera informationen om läkemedelsordinationer mellan patientjournal och den gemensamma läkemedelslistan genom direktåtkomst vara av värde.

Beslutstöd i den lokala patientjournalen kan av flera skäl ej ersättas av nationella beslutstöd enbart kopplade till den gemensamma läkemedelslistan. Ett sådant nationellt beslutstöd kan inte kopplas till patientspecifik information endast tillgänglig i patientjournalen som andra diagnoser, andra pågående behandlingar, laboratorievärden eller utredningsresultat.

⁴ 10.7.11 Utlämnande av uppgifter till den gemensamma läkemedelslistan, sida 357.

⁵ 10.7.12 Utlämnande genom direktåtkomst, sida 362.

⁶ 9.5.2 Behovet av beslutstöd är stort, sida 265.

Några viktiga aspekter kring dagens och framtidens kliniska beslutstöd är att de behöver:

- stödja val mellan olika behandlingsformer, inte bara för läkemedel,
- fungera både i öppen- och slutenvård vid likartade beslut,
- ha tillgång till patientspecifik information som t ex andra diagnoser, behandlingar, laboratorievärden,
- ha tillgång till patientens samlade läkemedelsordinationer även för ställningstagande till annat än enbart läkemedelsbehandling
- dokumentera presenterad information samt vidtagna åtgärder i patientjournalen, samt
- släcka omhändertagna/bedömda signaler för att undvika onödigt merarbete, oro och frustration samt larmtrötthet.

Vidare behöver de utöver patientspecifik information även ha tillgång till ämnesspecifik information samt beslutsriktlinjer i form av algoritmer⁷. Förvaltning av källor och termer behöver vara kostnadseffektiv och reglerad. Principerna kring öppna data är en viktig strategi för att underlätta detta och kan få stor betydelse för förvaltning av kunskapskällor till kliniska beslutstödssystem⁸.

I uppdraget till utredningen citeras en rapport från Läkemedelsverket där funktionerna i EES utvärderades. I denna rapport framhölls bland annat att det *"finns många fördelar med att beslutstödssystem är nationella"*⁹. Stiftelsen NEPI vill framhålla att det väsentliga är att beslutstödssystem vilar på nationellt förvaltade och kvalitetsgranskade kunskapskällor¹⁰ samt på en gemensam nationell informationsmodell och terminologi. Det finns däremot inget absolut egenvärde i att ett beslutstödssystem är nationellt.

Generellt är det viktigt att skilja på nödvändiga informationsmängder (patientspecifik respektive ämnesspecifik information samt regelverk i form av algoritmer) och den mjukvara som skapar ett gränssnitt i ett kliniskt beslutsstöd. Utredningen håller mestadels på ett förtjänstfullt sätt isär dessa begrepp. I ett bakgrundskapitel där

⁷ 9.5.1 Besluts- och kunskapsstöd, sida 263. Se Lövström R, Hoffmann M, Gustafsson LL. Kliniska beslutsstöd kan ge hjälp i den komplexa vården. Läkartidningen 2014;111:C3HT.

⁸ E-delegationen. Vägledning för vidareutnyttjande av offentlig information. <http://www.edelegationen.se/Stod-och-verktyg/Oppna-data-psi/>

⁹ Bilaga 1.

¹⁰ Kunskapskälla: En informationskälla som bearbetas och förvaltas av ansvarig medicinsk kompetens. Inkluderar såväl datoriserade som icke-datoriserade kunskapskällor.

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

exempel på befintliga beslutstöd ges blandas dock begreppen ihop¹¹. Rena informationsmängder för användning i beslutstöd, t ex Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) och delar av Janusinfo, presenteras felaktigt som beslutstöd.

4) Avancerade beslutstöd finns redan i dagens lokala patientjournaler

Enklare beslutstöd som interaktionskontroll med hjälp av kunskapskällan Sfinx finns sedan många år i vårdens patientjournaler och används vid ordinationer i både öppen och slutna vård. Men det finns flera exempel på avancerade kliniska beslutstödsystem i patientjournaler och allt fler införs successivt.

Stockholms läns landsting har sedan flera år drivit en utveckling som varit anpassad till regionens situation med flera olika patientjournalssystem. Genom att utveckla beslutstöd presenterade via en särskild applikation – Janusfönstret – har så som utredningen beskriver flera olika funktioner successivt introducerats i vården trots olika patientjournalssystem hos vårdgivaren.

Tredjepartslösningar för integration eller samverkan med patientjournalssystem finns också från fristående leverantörer. Ett av flera exempel är InfCare HIV som hanterar och presenterar viktig information för att ta ställning till behandling av patienter med diagnosen HIV och används brett framför allt vid kliniker för infektionsmedicin¹².

Särskilt intressant är att för närvarande införs ett generellt och anpassningsbart beslutstöd avseende olika behandlingar (inklusive läkemedel), utredning, samt varnings- och uppmärksamhetsinformation i de 8 landsting/regioner som använder Cambio Cosmic¹³. Beslutstödet kan använda olika delar av patientspecifik journal i patientjournalen, inklusive läkemedelslistan, och ge råd och anvisningar utifrån detta. Det baseras på nationell informationsstruktur och internationell terminologi samt öppen programvara för riktlinjer (openEHR: Guideline Definition Language). Beslutstödet kan uppdateras och anpassas för nya situationer utan behov av programvaruuppdatering. Andra landsting/regioner har planer på andra men liknande.

Vid ett pilotprojekt inom Region Östergötland har till exempel patienter med diagnosen förmaksflimmer utan behandling med antikoagulantia automatiskt fått sin risk för

¹¹ Bakgrund. Exempel på befintliga beslutstöd, sida 122-123.

¹² Health Solutions <http://infcare.com/hiv/sv/> och http://www.healthsolutions.se/Homepage/Download-File/f/338293/h/ab72405f3db05634f574da4d2855c5b6/RealQ_HIV_ENG

¹³ Cosmic Clinical Decision Support <http://www.cambio.se/vara-losningar/Produkter/COSMIC-Clinical-Decision-Support/>

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

stroke bedömd av systemet utifrån sjukdomshistoria. Vårdpersonal som möter patienten uppmärksammas direkt av beslutstödet på behov av åtgärd utifrån nationella behandlingsrekommendationer och vidtagna åtgärder dokumenteras automatiskt¹⁴ ¹⁵. Kostnadseffektiviteten i denna tillämpning av beslutstödet har utvärderats av Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden¹⁶. Sådana beslutsstöd förutsätts använda patientspecifik information från patientjournalen, inklusive patientens aktuella läkemedelsbehandling vilken förutsätts dokumenteras i den lokala patientjournalen.

¹⁴ Janzon M. Kliniskt beslutsstöd för strokeprevention i ett regionalt elektroniskt patientjournalssystem. Presentation vid Vitalis-konferens 2015. <http://www.vitalis.nu/PageFiles/50340/A7-ons-1130-Janzon.pdf>

¹⁵ Hoffmann M. Läkemedelsverkets rapport om ordnat införande och strukturerad uppföljning. Bilaga III: Följsamhet till riktlinjer och rekommendationer kring läkemedel. Läkemedelsverket 2013, sida 47-8. https://lakemedelsverket.se/upload/nyheter/2013/OISU_NLS_6-2/Bilaga_III_OISU_6.2.pdf

¹⁶ TLV. Kunskapsunderlag: Hälsoekonomisk utvärdering av datoriserat kliniskt beslutsstöd för strokeriskvärdering, 2014. http://www.tlv.se/Upload/Medicinteknik/Kunskapsunderlag_datoriserat_kliniskt_beslutsstod_strokeriskvardering.pdf

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

B. Otydlig nyttoanalys

Utredningen refererar till projektet samlad läkemedelslista (tidigare NOD – nationell ordinationsdatabas) vid Inera. Därefter gör utredningen legala och därmed tekniska avgränsningar utan att närmare analysera vare sig om detta kan påverka tidigare målbild och den realiserbara nyttan med förslagen, eller om det kan medföra risker för projektet (tekniskt, legalt, ekonomiskt och vad gäller patientsäkerhet).

Stiftelsen NEPI ifrågasätter om den marginella nytta som kan finnas att sammanställa läkemedelshistorik från tillfällena när patienter varit inskriven vid vårdinrättning motiverar en utvidgning av projektet som medför stora risker (legalt, tekniskt, ekonomiskt och för genomförande i sin helhet). Det kliniska behovet av tillgång till läkemedelshistorik vid slutenvårdstillfällena kan redan idag tillfredsställas med hjälp av sammanhållna journalföring samt tillgång till epikriser via nationell patientöversikt. Uppföljning av läkemedelsstatistik kring rekvisitionsläkemedel kan lösas med andra lösningar.

Stiftelsen NEPI förordar istället den danska lösningen där den gemensamma läkemedelslistan låses för ordinationer i öppen vård under den tid patienten är inskriven vid en vårdinrättning (sluten vård), för att sedan uppdateras och låsas upp för ordinationer i samband med utskrivning av en patient från vårdinrättning.

Stiftelsen NEPI föreslår att på så sätt frigjorda resurser istället används för att utveckla målbilden för det föreslagna "steg 2". En översyn av ordinationsprocessen och arbetssätt i läkemedelskedjan behöver göras med mål att den gemensamma läkemedelslistan kan fungera som en kontinuerligt uppdaterad lista över patientens aktuella läkemedelsordinationer istället för att tillgängliggöra ytterligare inkompatibla datamängder.

Huvudmålet bör vara att en sådan gemensam ordinationslista kan fungera som underlag för ordination av läkemedel i hälso- och sjukvården, expedition av läkemedel vid öppenvårdsapotek samt framför allt som direkt underlag för patientens egen administrering av läkemedel i hemmet. En sådan läkemedelslista bör också ge patienten möjlighet att med fritext i "Hälsa för mig" komplettera med information kring intagna receptfria läkemedel, naturläkemedel med mera.

1) Målbilden för en nationell gemensam läkemedelslista ot tydligt beskriven i utredningen

Det finns en avgörande skillnad mellan att å ena sidan att göra information om en patients läkemedel tillgänglig legalt och tekniskt och å andra sidan göra den tillgänglig i ett sådant format att den kan förstås och stödja effektiva och säkra arbetssätt samt kan underlätta för patienten att genomföra läkemedelsbehandling i hemmet på ett säkert sätt.

Att information finns tillgänglig innebär inte att informationen kan struktureras på ändamålsenligt sätt i IT-system

Utredningen beskriver i "steg 1"¹⁷ hur en tredje informationsmängd i form av elektroniskt sparade giltiga e-recept ska göras tillgänglig för förskrivare genom direktåtkomst (utöver redan expedierade läkemedel samt ordinerade läkemedel i patientjournalen). Detta är en fördel i vissa situationer som vid fördjupad läkemedelsgenomgång eller behov av att se och vid behov kunna makulera samtliga giltiga e-recept.

Kvarstår gör dock problemet att de tre informationsmängderna innehåller skild information i inkompatibla format samt att enbart tillgång till alla tre informationsmängder inte i sig ger praktiska möjligheter att arbeta effektivt. För att åstadkomma detta krävs att informationen i de tre informationsmängderna kan kopplas och struktureras som en ständigt uppdaterad lista över patientens läkemedelsordinationer samt vilka förpackningar i hemmet som dessa motsvarar.

Realiserande av nytta av samlad läkemedelslista kräver förutom förändrad lagstiftning och anpassade IT-stöd även förändrade arbetssätt i läkemedelskedjan

Utredningen beskriver ett "steg 2"¹⁸ med en gemensam läkemedelslista i form av ett nytt register med ett innehåll som i huvudsak motsvarar innehållet i nuvarande receptregister och läkemedelsförteckning. Denna läkemedelslista blir enligt utredningen

¹⁷ 10.5 Förslag till justeringar i befintlig lagstiftning, sida 311.

"Utredningen föreslår som en tillfällig lösning (steg 1) att receptregisterlagen ska ändras så att legitimerad yrkesutövare i hälso- och sjukvården ska få ta del av uppgifter om recept i receptregistret genom direktåtkomst."

¹⁸ 10.6 Steg 2: En läkemedelsprocess som stöds av att staten tar ett särskilt ansvar för att säkra tillgänglig information, sida 312-3. *"Det är förvisso möjligt att utveckla befintlig lagstiftning, men utredningen anser att det är nödvändigt - och på sikt mer hållbart att istället ta fram en helt ny lagstiftning som reglerar en gemensam läkemedelslista. Mer konkret innebär det att staten (riksdag och regering) bör införa en ny lagstiftning och ge en statlig myndighet (E-hälsomyndigheten) i uppdrag att lagra och tillgängliggöra en informationskälla för läkemedelsprocessen."*

den nationella informationskälla som alla ansvariga aktörer måste arbeta mot, både för att ta del av och för att dokumentera nödvändig information. Utredningen beskriver detta som en sammanläggning av de två nuvarande registren men beskriver ej om och i sådana fall hur de skilda informationsmängderna skall kopplas logiskt för att uppfattas som en fortlöpande uppdaterad ordinationslista (så som ambitionen med läkemedelslistan är i de flesta patientjournaler).

Stiftelsen NEPI har under lång tid efterlyst en tydlig långsiktig målbild att i patientjournalen kunna arbeta med en läkemedelslista över patientens alla aktuella läkemedelsordinationer inklusive ordinationsorsak och behandlingsändamål. Det är i princip samma krav som behöver ställas på dokumentation av ordinationer i dagens läkemedelslista/ordinationslista i patientjournalen i såväl öppen som slutenvård¹⁹. I patientjournalen är i flertalet fall läkemedelslistan utformad som en ordinationslista. Detta är en förutsättning för att läkemedelslistan i öppen vård vid inskrivning vid vårdinrättning (slutenvård) ska kunna konverteras till att visa utdelningstillfällen utan manuell uppdatering av samtliga ordinationer. Motsvarande gäller vid utskrivning till öppen vård.

En sådan lista över kontinuerligt uppdaterade ordinationer skulle

- underlätta ställningstagande inom vården till en patients läkemedelsbehandling,
- vara ett bättre underlag för kliniska beslutsstöd, samt
- fungera som ett underlag (istället för ett antal recept) för farmaceut att expediera de läkemedel som behövs för att patienten skall kunna genomföra behandlingen genom administrering i hemmet.

Framför allt skulle en lista utformad på detta vis innebära ett direkt och omedelbart stöd för patienten kunna genomföra behandlingen på avsett sätt på egen hand eller med stöd av resurspersoner i hemmet, ett behov som också lyfts i utredningen utan att frågan hur det ska hanteras beskrivs: *"Slutligen är det nödvändigt att också patienten själv på ett enkelt och säkert sätt kan få en samlad information av sina egna ordinationer så att hen får bättre förutsättningar att använda läkemedlen på rätt sätt."*²⁰

¹⁹ Hoffman M, Lövström R. Läkarens olika roller och ansvar för patientens läkemedelslista. Läkartidningen 2015;1112:C949 samt på sidan 295 till Sveriges läkemedelskommittéer (2009), Patientens samlade läkemedelslista – ansvar och riktlinjer för hantering i öppen vård.

²⁰ 10.2.2 sidan 279

2) Begreppen öppen och sluten vård och deras relation till läkemedelsordinationer definieras ej i utredningen – detta leder till tolkningsproblem kring förslagen

I utredningen hanteras begreppen öppen respektive sluten vård ej helt entydigt. Därigenom blir problemanalys och lösningsförslag svårtolkade. Vad som innefattas i "steg 2" respektive "steg 3"²¹ kan därför tolkas olika beroende på förförståelse hos läsaren.

Vår tolkning är att enligt utredningen skall i "steg 2" vara tillåtet att i den gemensamma läkemedelslistan även dokumentera ordinationer i öppen vård som ej expedieras på öppenvårdsapotek, t ex sådana läkemedel som rekvireras till vårdinrättningar som t ex specialistmottagningar, vårdcentraler och vaccinationsmottagningar för att administreras till patienter i öppen vård²². Exempel som nämns i utredningen är läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Andra viktiga exempel är behandling med cytostatika respektive immunologiska läkemedel i form av injektion eller infusion i öppen vård.

Utveckling i form av ett "steg 3" innefattar alla läkemedelsordinationer "oavsett var i hälso- och sjukvården ordinationerna görs och oavsett på vilket sätt läkemedlet lämnas ut till patienten".

Se definitioner hämtade från Socialstyrelsens termbank i bilaga 1. Observera att vid ordination av läkemedel för administrering i hemmet i samband med utskrivning från vårdinrättning är läkemedelsbehandlingen att betrakta som öppenvård.

3) En respektive flera vårdgivare samtidigt

För tydlighetens skull föreslår NEPI att hantering av ordinationer inom den gemensamma läkemedelslistan ej beskrivs utifrån begreppen öppen respektive sluten vård som ofta misstolkas i läkemedelssammanhang. Istället bör omfattning av, och eventuella steg i genomförandet, beskrivas utifrån de två situationer med helt åtskild nytta som finns när det gäller läkemedelsordinationer och dessa i sin tur kopplas till begreppen öppen och sluten vård.

²¹ 10.8 Steg 3: Behov av fortsatt utvecklingsarbete, sida 379.

"Det långsiktiga målet är att den gemensamma läkemedelslistan ska innehålla information om alla ordinationer oavsett var i hälso- och sjukvården ordinationerna görs och oavsett på vilket sätt läkemedlet lämnas ut till patienten. Denna inriktning har också det pågående NOD-projektet, vilket framgår av projektets vision som beskrivits tidigare."

²² 10.7.2 Inledande bestämmelser i den nya lagen, sida 316.

Möjlighet till flera vårdgivare samtidigt

Den avgörande nyttan med en gemensam läkemedelslista finns i de situationer då patienten kan ha flera vårdgivare parallellt utan att dessa behöver ha kunskap om att de ordinerar läkemedel till samma patient. Denna situation uppstår då en patient har flera vårdgivare, t ex inom primärvård och öppenvård vid specialistmottagning och då det saknas en sammanhållen journalföring och/eller patienten har vårdgivare inom flera olika landsting.

Denna situation uppstår också när en patient utöver recept från andra förskrivare även administreras läkemedel i öppenvård vid besök på t ex specialistmottagning, vårdcentral, vaccinationsmottagning. I denna situation får patienten läkemedel som rekviderats till vårdinrättningen. Det finns därför skäl att utreda hur en gemensam läkemedelslista på sikt kan breddas till att omfatta även sådana läkemedel som administreras i öppen vård utan att de expedieras vid ett öppenvårdsapotek (se ovan om "steg 2").

Endast en vårdgivare möjlig

När en patient är inskriven vid en vårdinrättning kan patienten per definition bara ha en vårdgivare som då har det samlade ansvaret för patientens samtliga behandlingar, inklusive redan pågående (det vill säga innan vårdtiden ordinerade) läkemedelsbehandlingar.

Informationen om läkemedel givna under en slutenvårdsepisod har ett annat format än ordinationer i öppen vård; ändras ofta frekvent (ibland flera gånger dagligen) samt är svåra att tolka utan åtföljande daganteckningar som sätter läkemedelsordinationen i relation till ofta snabbt skiftande hälsotillstånd eller utredningsresultat.

Vid inskrivning vid en vårdinrättning uppdateras normalt befintliga dokumenterade och gällande läkemedelsordinationer i patientens journal utifrån patientens anamnes. Därefter konverteras denna information automatiskt till ordinationslista med utdelningstillfällen anpassade till aktuell vårdinrättning. I samband med utskrivning konverteras ordinationslistan till öppenvårdsformat och utskrivande läkare kompletterar ordinationerna samt skickar vid behov e-recept.

4) Ingen åtskillnad görs mellan nytta med läkemedelshistorik respektive nytta aktuella ordinationer

Nyttan med samlad läkemedelslista är i första hand att ge underlag för att bedöma patientens samlade aktuella ordinationer i den situation då patienten har, eller kan ha, flera olika vårdgivare parallellt. Då denna situation inte är relevant vid en slutenvårdsepisod så begränsas nyttan med att tillgängliggöra läkemedel ordinerade under en slutenvårdsepisod till att göra läkemedelshistorik för denna direkt tillgänglig.

Värdet av att komplettera en samlad nationell läkemedelslista med läkemedelshistorik från en eller flera slutenvårdsepisoder är begränsad och detta behov kan bättre och utan extra kostnader eller risker för projektet lösas genom hantering av slutenvårdsjournal antingen genom sammanhållen journalföring eller utbyte av information genom journalutdrag och/eller epikriser / utskrivningsberättelse.

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

C. Avsaknad av riskanalys för förändring och eventuell utvidgning i förhållande till Ineras projekt samlad läkemedelslista

Utredningen föreslår att vårdgivaren kan uppfylla kraven på journalföring av uppgifter om en patients ordinationer genom ett utlämnande av uppgifterna till den gemensamma läkemedelslistan, det vill säga till den nationella databasen. Det framgår ej behovet av att i patientjournalen ha informationen inte bara tillgänglig med minimal åtkomsttid utan också logiskt kopplad till andra informationsmängder i patientjournalen, viktiga för att förstå bakgrund till beslut, stödja beslutsstöd eller bilda underlag för lokal kvalitetssäkring och uppföljning.

Stiftelsen NEPI förordar att en fördjupad riskanalys av effekterna av att det samlade beslutsunderlaget i form av läkemedel som patienten ej ordinerats från den lokala patientjournalen förutsätt inte dokumenteras lokalt.

Denna riskanalys bör beröra såväl hur arbetssätt kan påverkas framför allt vad gäller åtkomsttider; spärrfunktioner bör hanteras; vilken information från den gemensamma läkemedelslistan som får dokumenteras manuellt i den lokala patientjournalen; hur beslutstöd och uppföljning kan påverkas; samt aspekter på kris och beredskapsfrågor särskilt gällande minskat värde av lokala läskopior vid problem med tillgång till patientjournalen.

Riskanalysen bör ta höjd för utvecklingslinjer vad gäller patientjournaler, arbetssätt i dessa samt lokala beslutstödsfunktioner i både öppen och slutna vård (ej begränsat till läkemedelsbeslut då läkemedelsordinationer kan vara avgörande för andra beslut i vården).

Riskanalysen bör genomföras i nära kontakt inte bara med hälso- och sjukvårdspersonal utan med personer med medicinskt, legalt och tekniskt ansvar för förvaltning av lokala patientjournalssystem, samt med journalsystemsleverantörer.

Möjligheten att genomföra fortlöpande synkronisering mellan patientens journal och den gemensamma läkemedelslistan bör utredas vidare särskilt då detta var en möjlig förutsättning för de integrationer mellan patientjournalssystem och e-dos som var färdigutvecklade redan 2009²³.

²³ Åtkomst till ApoDos via journalssystem. Pascalprojektet. Sjukvårdsrådgivningen, SKL, 2009.

http://www.inera.se/Documents/TJANSTER_PROJEKT/Pascal_ordinationsverktyg/05%20Rapporter/PASCAL-002_Delrapport_Åtkomst_till_ApoDos_via_journalssystem_ver1_0.pdf

Dessa integrationer var avsedda för ordination av läkemedel till patienter med dosförpackade läkemedel men togs ej i drift/ur drift i

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

1) Ökad teknisk och legal komplexitet innebär ökade kostnader samt större risk för projektet

Utredningen uttalar att det långsiktiga målet är att inkludera alla patientens läkemedelsordinationer oavsett var dessa gjorts och hur läkemedlen administrerats. Någon nyttoanalys redovisas ej utan enda framförda skälet är att i detta tydligen är den långsiktiga visionen uttalad inom projekt Nationell ordinationsdatabas/samlad läkemedelslista vid Inera. Dock saknas även i detta projekt en tydlig nytto-risk analys av en sådan utvidgning.

Förändringar av legala och därmed tekniska lösningar jämfört med projekt samlad läkemedelslista vid Inera innebär nya risker för projektet. Val av legal och teknisk komplexitet kan innebära högre kostnader samt längre utvecklingstid. Detta kan i sin tur äventyra hela eller delar av projektet utan att detta kan motiveras av ökad nytta. Detta gäller särskilt utvidgningen i föreslagna "steg 3" till att tillgängliggöra *historik* över läkemedelsordinationer i slutenvård enligt samma premisser som för samtida *aktuella* behandlingar i öppen vård (se punkt B2-B4 ovan) utan att göra en nytto-riskanalys av denna utvidgning.

2) Konsekvenser av att lokal patientjournal ej kommer att innehålla information om ordinationer från annan vårdgivare ej beskrivna

Lagförslag saknas kring hur information som hämtats från den gemensamma läkemedelslistan får dokumenteras, sparas och hanteras vidare i den lokala patientjournalen, om detta får ske automatiskt via synkronisering av datamängder, eller hur eventuella spärrar i patientjournal respektive den gemensamma läkemedelslistan skall påverka varandra.

Sammantaget kan detta leda till problem kring dokumentation, hantering av integritetskänsliga uppgifter samt arbetssätt i vården och kan äventyra redan befintliga, och utveckling av framtida, kliniska beslutsstöd i patientjournalerna. Även om de i den lokala patientjournalen gjorda ordinationerna finns lokalt sparade så kommer det inte som idag finnas behov av att komplettera den lokala patientjournalen med kunskap om

samband med att Apotekens servicebolag i samband med sammanslagning av de 11 dosreceptregistren till ett enda nationell dosregister förändrade de webbtjänster som integrationerna var beroende av. Inom dåvarande NOD-projektet sågs möjligheten att detta nationella dosregister skulle utgöra starten för NOD och att integration med journalsystem därmed skulle kunna finnas tillgänglig redan från starten av NOD.

andra läkemedel som patienten är ordinerad och som kan hämtas från nationell patientöversikt, journalutdrag från annan klinik eller genom patientens anamnes.

Underlaget i den lokala patientjournalen kommer således bli mindre omfattande än idag om den inte kompletteras med uppgifter från den gemensamma läkemedelslistan. Detta får även konsekvenser för beredskap för nationella, regionala eller lokala störningar som kan drabba åtkomst till information i patientjournalerna.

3) Utveckling av patientjournaler påverkas

Arbetsätt och dokumentation i patientjournaler är under utveckling. En generell tendens är att lämna fritextdokumentation till förmån för mer strukturerad och om möjligt automatisk dokumentation. Exempel på det detta är t ex att i samband med ett fattat beslut så kan patientjournalen automatiskt generera en daganteckning genom att koppla beslutet till den patientspecifika information som beslutsfattaren tog del av i samband med beslutet.

Alternativt kan funktioner finnas där beslutsfattaren markerar vilka informationsmängder som var relevanta för det fattade beslutet. Exempel på sådana informationsmängder är förutom signaler från beslutsstöd i vården även sådan patientspecifik information som detaljerad diagnosinformation, andra relevanta diagnoser, andra pågående icke-farmakologiska behandlingar, tidigare och pågående läkemedelsbehandlingar, laboratoriefynd, aktuellt lokalt resistensläge hos misstänkt bakterieagens, patientspecifika önskemål med mera. Beslutsfattarens kännedom om patientens samlade läkemedelsbehandling i form av den gemensamma läkemedelslistan är också en sådan väsentlig informationsmängd att koppla till beslut.

4) Lokal uppföljning och kvalitetssäkring kan försvåras

Uppföljning av användning av läkemedel fokuserar alltmer på mer komplexa situationer. Beslut att använda ett läkemedel som de nyare biologiska läkemedlen och effekterna av detta behöver värderas utifrån en närmare kunskap om patientens sjukdomstillstånd än vid traditionell uppföljning av enklare substanser. Data kan då behöva analyseras utifrån förutsättningar som inte kunnat definieras i förväg och baserat på integritetskänsliga uppgifter som ej kan föras till en gemensam läkemedelslista.

Vid lokal uppföljning av kvalitet i vården behövs också att sjukvårdshuvudmannen eller verksamhetsansvarig har rätt att få ta del av patientinformation. Kvalitetssäkring av den

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

egna verksamheten är ett tillåtet skäl för tillgång och analys av patientspecifik information lokalt lagrad i patientjournalen idag men ej för att få tillgång till information i nationella register som läkemedel som patienten är under behandling med men som ej är ordinerade i den lokala patientjournalen. Denna fråga är ej belyst i utredningen.

5) Svarstider, krisberedskap och reservrutiner ej belysta

Idag finns uppgifter om patientens läkemedelsordinationer som ordinerats från den lokala patientjournalen och övrig läkemedelsbehandling som funnits kännedom om dokumenterad i den lokala patientjournalen med samma åtkomsttid som övrig patientinformation. Utredningen förutsätter att vid alla bedömningar av patienter inom hälso- och sjukvården i öppen vård av personal med behörighet, inte bara vid ordinationer av läkemedel, skall information om aktuella ordinationer av läkemedel samt historik hämtas från en nationell databas. Även små fördröjningar med märkbar åtkomsttid kommer att upplevas som ett problem i den vardagliga vården.

Allvarligare är att vid driftstörningar – antingen vid nationella servrar eller i nätverk utanför vårdgivare – så kan det uppstå situationer där alla patienter som skall bedömas i vården samtidigt kommer att sakna tillgång till den gemensamma läkemedelslistan. Om en konsekvens av den gemensamma läkemedelslistan blivit att det i den lokala patientjournalen ej dokumenterats vad som kommit till kännedom om patientens ordinationer från andra vårdgivare så kan journalerna komma att innehålla mindre information än idag. Vid lokala driftstörningar kommer samma situation uppstå vid användning av läskopia av patientjournal.

Sammantaget innebär detta att en gemensam läkemedelslista kan innebära ökade risker vid driftstörningar nationellt, regionalt eller lokalt genom sämre tillgång till information om patientens läkemedelshistorik och aktuella behandlingar.

Problem i samband med driftstörningar liksom potentiella problem med åtkomsttider kan inte garanterat undvikas genom större och redundanta system, bara minskas, och då till ökade kostnader för infrastruktur. En möjlig lösning skulle vara att dubbelriktad synkronisering av information i patientens lokala patientjournal och den gemensamma läkemedelslistan skulle genomföras vid varje vårdtillfälle. Etablerad teknik finns för att säkerställa sådan synkronisering av olika informationsmängder och var också en förutsättning för vissa patientjournalssystem integration med ApoDos (se inledning till punkt C).

Linköping dag som ovan

Mikael Hoffmann

Chef för stiftelsen NEPI – nätverk för läkemedelsepidemiologi

Tidigare objektsägare för patientjournalen vid landstinget i Östergötland 2005-2011.

Bilaga 1 – Begreppen sluten respektive öppen vård

Svårtolkade och används ofta i föråldrad betydelse utgående från organisation. Definitionerna är hämtade från Socialstyrelsens termbank:

slutenvård

<http://socialstyrelsen.item.se/showterm.php?fTid=785>

= Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.

Bedömningen av vilka tillstånd som kräver sluten vård varierar över landet.

Sluten vård bedrivs dygnet runt och kräver inskrivning.

öppenvård

<http://socialstyrelsen.item.se/showterm.php?fTid=784>

= Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar.

Öppen vård bedrivs i allmänhet under dagtid. Vid behov av övernattnings leder det i regel till inskrivning i sluten vård.

hemsjukvård

<http://socialstyrelsen.item.se/showterm.php?fTid=743>

= Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.

Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering.

Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet.

Skilj från öppen vård.

Om vi utgår från detta så innebär det att vi vid ett sjukhus kan ha flera olika typer av vård:

- Patienten är inskriven vid en vårdinrättning (=slutenvård)
- Patienten kan behandlas i öppenvård vid akutmottagning eller poliklinik utan att vara inskriven, t ex få en infusion av ett potent läkemedel mot cancer, benskörhet eller annat (=öppenvård).
- Patienten kan vid utskrivningen från vårdinrättning övergå från slutenvård till öppenvård. Vid utskrivningen ordinerar läkemedel för administrering i hemmet och recept skickas vid behov (öppenvård)

Adress

Stiftelsen NEPI
Avd för hälso- och sjukvårdsanalys
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping

Besöksadress

Universitetssjukhuset, ing 75
SE-581 83 Linköping

Internet

info@nepi.net
www.nepi.net
Twitter: @lakemedel
Instagram: lakemedel

Telefon

+46 (0)70 608 20 28

Telefax

+46 (0)10 103 76 62

Tyvärn beskrivs ibland felaktigt all vård som bedrivs vid en "slutenvårdsinrättning", ett sjukhus, som "slutenvård". Dvs man inkluderar recept som skrivs vid utskrivningen och behandling som ges polikliniskt i slutenvård.

Ibland blandas begreppen ihop på annat sätt. Det händer att likhetstecken sätts på så sätt att recept på läkemedel = öppenvård samt rekvisition av läkemedel = slutenvård. Men i själva verket förekommer det att recept utfärdas för läkemedel som hämtas ut och ges polikliniskt på mottagning (det är fortfarande då öppenvård) och också tvärtom att rekvisitionsläkemedel beställs hem och ges på mottagning (det är då öppenvård men i läkemedelsstatistiken klumpas detta ihop med slutenvårdsleveranser och kallas då ibland för slutenvårdsläkemedel).

För att ytterligare komplicera det så förekommer det att läkemedel som ej omfattas av förmån skrivs på recept och inte hanteras via förmån på vanligt sätt utan att kostnaden faktureras direkt till sjukvårdsinrättningen enligt särskild överenskommelse. Detta är fallet vid en del undantagshantering som landstingen tagit på sig i samband med tidigare överenskommelser om statens bidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna. De här läkemedelsexpeditionerna har över tid först hanterats som rekvisitionsläkemedel och nu alltmer som receptläkemedel och har därför också ibland kallats "slutenvårdsläkemedel" trots att behandlingen givits i öppen vård.