

Bilaga 2 – Exemplet förskrivningsorsak

Socialstyrelsens har i sin rapport Förskrivningsorsak vid läkemedelsordination från 2006 väl beskrivit såväl de krav och behov som finns – såväl legala, för uppföljning och för att patienten skall vara välinformerad – kring förskrivningsorsak vid läkemedelsordination¹. I rapporten finns bakgrunden samt tidigare försöksverksamheter beskrivna.

Förskrivningsorsak (egentligen ordinationsorsak, då det gäller såväl vid ordination inom slutenvård som vid förskrivning på recept, se bilaga 3 Definitioner) är en viktig och nödvändig uppgift när läkemedels effekter - såväl nytta som biverkningar - ska utvärderas i det enskilda patientfallet. Den är också ofta viktig när effekter av läkemedels användning i samhället studeras. Ändamålet med förskrivningen, som enligt Läkemedelsverkets föreskrift ska anges på receptet, är otillräckligt preciserat och kan inte användas som förskrivningsorsak.

De uppgifter om förskrivningsorsak som ska anges av förskrivaren i journalen kan komma till nytta på följande sätt:

- användas av behandlande läkare vid behandling och uppföljning av hans/hennes patienter,
- som information till patienten för att underlätta hennes/hans delaktighet i, och följsamhet till behandlingen,
- ingå i en gemensam läkemedelslista såsom läkemedelsförteckningen och en framtida nationell ordinationsdatabas,
- användas vid lokalt kvalitetsförbättringsarbete, samt
- användas för statistik, epidemiologiska undersökningar och forskning via läkemedelsregistret.

Trots detta motsätter sig alltså Sveriges läkarförbund i ett aktuellt policydokument rutinmässig dokumentation av förskrivningsorsak²:

"I samband med att Läkemedelsreformen trädde i kraft år 1997 och det s.k. receptregistret inrättades, infördes bestämmelsen om att receptregistret får innehålla förskrivningsorsak. En förutsättning för registrering var dock att ett kodsystém utvecklas. Något sådant system har inte utvecklats och förskrivningsorsak registreras därmed inte. Inom läkarkåren har förslaget mött motstånd framför allt för att det hotar patientens integritet och skulle vara allt för tidsödande.

...

Läkarförbundet menar att det centrala i den här diskussionen måste vara patientnyttan – dvs. det måste stå klart att registreringen sker i syfte att förbättra vård och behandling. Registrering av information om vården enbart för nationella register innebär enligt vår mening merarbete utan tydlig nytta för patienten eller vårdgivaren. Erfarenheten visar också att det finns

en uppenbar risk för bristfällig kvalitet i informationen. Därför avstyrker vi registrering av förskrivningsorsak på recept för nationellt register. Förutsatt att patientens integritet kan garanteras kan vi dock se ett värde i begränsade projekt över tid och terapiområden. ”

Läkarförbundet bejakar alltså nyttan i det direkta patientarbetet men avvisar på grund av bedömningen att det:

- hotar patientintegriteten att föra denna information från vården till register
- bristfällig kvalitet på angiven förskrivningsorsak
- kodsysteem saknas
- tidsödande

De tre sista punkterna är beroende av varandra. Om ett kodsysteem för förskrivningsorsak som är intuitivt och bygger på generell diagnoskodstruktur saknas, om journalsystemen inte har ett gränssnitt som aktivt stödjer och underlättar angivande av förskrivningsorsak så blir resultatet sannolikt bristfällig kvalitet på angiven förskrivningsorsak. Om förskrivaren uppfattar att huvudskälet till registreringen är central uppföljning (och kontroll) och inte för att återföra information till förskrivare och patient så ökar risken för bristande följsamhet samt bristfällig kvalitet i angivande av förskrivningsorsak.

Socialstyrelsen har i sin rapport angivit följande förslag kring fortsatt arbete kring förskrivningsorsak:

- Förskrivningsorsak bör anges som den direkta orsaken till att läkemedlet förskrivits och inte som den bakomliggande sjukdomen.
- Förskrivningsorsaker bör förses med en kod ur KSH97 och lämplig detaljeringsnivå bedöms vara en utvidgad primärvårdsversion med det preliminära namnet KSH97P+.
- Listor med förslag på vanliga förskrivningsorsaker tas fram för varje läkemedelssubstans eller terapigrupp som förskrivare erbjuds att välja från.
- Till förskrivningsorsakerna kopplas också förslag på text som anger ändamål med behandlingen för att förenkla för förskrivaren.
- I pilotförsök testas dessa förslag särskilt med avseende på datakvalitet och genomförbarhet.

Frågan om förskrivningsorsak på recept diskuteras för närvarande inte brett. Socialstyrelsens rapport är relativt okänd utanför de som närmast arbetar med frågan.

Förslag

► *För debatten utifrån huvudskälet - patientsäkerhet*

Drivande i debatten kring förskrivningsorsak på recept har varit individer och organisationer som även haft intresse för uppföljnings- och i vissa fall kontrollfrågor. Både avsändare och formuleringar i sig har därför mest fokuserat på behovet av kvalitetsarbete och uppföljning.

En nödvändig förutsättning för att nå målet ökad patientsäkerhet och förenklad beslutssituation för förskrivaren är att det finns en samsyn från alla parter kring att förskrivningsorsak behövs för patientens och förskrivarens skull.

► *Dialog med förskrivarnas organisationer kring förändrade förutsättningar i och med gemensamma patientjournaler*

Utöver de av läkarförbundet angivna skälen till varför man motsätter sig registrering av förskrivningsorsak finns inom förskrivarkåren sannolikt en misstänksamhet mot kontroll och övervakning av förskrivare. Vidare saknas i stor utsträckning erfarenhet av gemensamma sammanhållna elektroniska patientjournaler. Merparten av förskrivarna har hittills arbetat i pappersjournaler eller i elektroniska patientjournaler som varit begränsade till en vårdcentral eller ett sjukhus och där man normalt bara haft tillgång till information om läkemedel förskrivna från eller ordinerade på den egna enheten.

Det är viktigt för alla inblandade att inse att med gemensamma sammanhållna patientjournaler med det informationsutbyte som möjliggörs av den nya Patientdatalagen kommer förskrivare snart att i den egna journalen få information om och ta ställning till förskrivningar och ordinationer från andra enheter. Det kommer då sannolikt snabbt komma krav från förskrivarna själva att journalsystemen kan stödja en dokumentation om varför en patient fått ett visst läkemedel, helt enkelt för att underlätta arbetssituationen.

Med en sådan gemensam insikt bör det finnas goda grunder för att redan nu gemensamt förbereda system för att enkelt kunna dokumentera varför ett visst läkemedel ges, samt möjlighet att i anslutning till detta i fritext ange behandlingsmål.

En viktig språklig kommentar är att det *inte* handlar om registrering av förskrivningsorsak! Det handlar om att ange eller dokumentera orsaken till varför patienten får ett läkemedel i den gemensamma patientjournalen så att patienten och den vårdpersonal patienten möter i framtiden kan fatta så riktiga beslut som möjligt.

► *Bygg en databas över diagnos – förskrivningsorsak – ändamål*

En möjlig vision för ett framtida beslutstödsystem skulle således kunna vara att läkaren efter val av läkemedelssubstans alternativt produkt får upp en lista på föreslagna förskrivningsorsaker strukturerat enligt till exempel KSH97 (som Socialstyrelsens rapport föreslår) men i hierarkisk nivå med de 5-6 vanligaste i översta nivån och övriga i en nivå under. Det bör framgå vilka av dessa förskrivningsorsaker som ansluter till registrerade indikationer för vald produkt och vilka som inte gör detta. Vidare bör tidigare registrerad förskrivningsorsak vid tidigare förskrivning av aktuell substans till samma patient presenteras som standardvärde.

I ett sådant system är det inte nödvändigt att på sikt begränsa förskrivningsorsaken till primärvårdsversionen av KSH97 (eller annat diagnoskodsysteem) då förskrivaren intuitivt kan navigera i en hierarkisk struktur. Begränsningen till primärvårdsversion i Socialstyrelsens förslag bygger sannolikt på en undermedveten fokusering på rapportering till uppföljningsregister. I själva verket ökar behovet av specificerad förskrivningsorsak inom specialistklinikens verksamhet. Ska ett system stödja förskrivarens arbete bör det då också utgå från behoven som förskrivaren har.

En sådan databas kan byggas stegvis antingen avgränsat till vissa indikationsområdet/patientgrupper och/eller till detaljeringsnivå för att sedan successivt utvecklas. Databasen bör framtagas av myndighet i nära samverkan med Svenska läkarsällskapet och dess sektioner³. Distribution sker lämpligen via Svensk informationsdatabas för läkemedel – SIL.

► *Ställ krav på ett utvecklat gränssnitt i patientjournaler*

Med en modell för databas och vision för presentation av innehållet (se ovan) kan krav från sjukvårdshuvudmännen ställas på journalsystemleverantörerna att utveckla funktionalitet vid ordination av läkemedel (för såväl utdelning inom slutenvård som förskrivning på recept). Fokus bör vara på den direkta nyttan för patienter med angivet ändamål på läkemedelslistor och recept samt för förskrivare som vid patientkontakt enkelt kan få uppfattning kring varför tidigare förskrivare ordinerat läkemedel.

Utvecklingen av ett gränssnitt kan inte påbörjas förrän det finns ett konsensus kring satsning på en gemensam databas samt strukturen på denna.

På sikt bör gränssnittet utvecklas med möjligheter till lokala val kring vilka förskrivningsorsaker som på en klinik bör presenteras som första handsval samt koppling till patientens registrerade besöksorsaker/diagnoser.

- ▶ *Prioritera möjligheten att använda insamlad information i det direkta patientmötet och i lokalt kvalitetsarbete*

Det handlar inte bara om att motivera ansträngningen med att dokumentera förskrivningsorsak med att det finns nytta i beslutsituationen. Informationen måste också kunna användas i det lokala kvalitetsarbetet, framför allt för att förbättra kvaliteten i den egna vården men också för att ge förskrivarna själva tolkningsföreträde kring den insamlade informationen.

- ▶ *Hantera möjligheten att använda insamlad information om förskrivningsorsak vid rapportering till kvalitetsregister och annan samlad uppföljning men bara utifrån förutsättningen att det primärt insamlas för den enskilde patientens nytta.*

Innehåller patientjournalerna viktig information med god kvalitet som klokt använt kan användas till att förbättra uppföljning och forskning, och därmed i förlängningen även hälso- och sjukvården så kan diskussionen om vilken information som under vilka förutsättningar får föras ut från patientjournalerna enklare föras.

¹ Förskrivningsorsak vid läkemedelsordination. Ett led i arbetet för förbättrad läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen (2006-107-25). Stockholm 2006.

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7168370C-83C2-40A3-9A7C-ACC7C5B96A97/6785/200610725.pdf>

² <http://www.slf.se/templates/Page.aspx?id=22189>

³ <http://www.svls.se/>