

ceptfunktionen fungerar således inte som vilken blankett som helst. I Sverige finns åtminstone 60 användarenheter (vårdcentraler eller dylikt) som inte alls kan anpassa sin teknik till det nya receptet. Så säger i alla fall konstruktören till ett av programmen på marknaden. Återstår alltså bara för användarna att antingen kassera sin utrustning eller att först registrera recepten i datorn och sedan skriva ut dem för hand. Detta dubbelhanterande kan knappast öka säkerheten.

Läkemedelsverket borde förstå att man genom den föreslagna receptblankettens utformning påtvingar sjukvården stora onödiga kostnader, kanske t o m kapitalförluster. Varje enhet, som använder modern teknik för sin recepthantering, måste hyra in konsulter för att ändra i sina program.

Läkemedelsverket vill också i sina anvisningar att vi läkare frivilligt skall använda deras nya recept vid förskrivning av andra läkemedel där missbruk kan förekomma. Det blir nog svårt att få gehör för detta, som verket nu har agerat.

Om du som läser detta har något ansvar för sjukvårdens kostnader är det angeläget att du reagerar nu. Du kanske kan få Läkemedelsverket att ändra sig. Du kan då spara en icke ringa slant till ditt landsting och förhindra mycket förtret och att pengar kastas i sjön till ingen nytta.

Göran Aare
husläkare i Näsby Park
i Täby

Ny receptblankett fungerar inte i vardagsvården

Vi distriktsläkare på Vårdcentralen i Åtvidaberg har med oro tagit del av den nya receptblanketten för narkotiska preparat som Läkemedelsverket ämnar introducera i april. Blanketten har varit ute på remiss till olika instanser, men vi finner att man dåligt har beaktat hur den kommer att fungera i vardagssjukvården.

Vi har flera allvarliga invändningar mot blanketten:

Mindre tillförlitliga journaluppgifter

För det första har snart de flesta vårdcentraler i riket dato-

riserat sin journalhantering och receptskrivning. Det finns olika typer av system, men det vi använder och det som totalt dominerar i Östergötland (BMS) kan stödja en typ av receptblankett. Om vi nu får två blanketter med olika utseende tvingas vi alltså skriva den nya för hand, går miste om den automatik som gör att receptet skrivs in i journaltext, läkemedelslista m m. När man då tvingas skriva in dessa uppgifter på nytt i journalen under stressade betingelser finns stora risker att detta missas med mindre tillförlitliga journaluppgifter som följd. Vi förlorar en del av de effektivitetsvinster vi gjort med datoriseringen! Möjligen skulle man kunna lösa detta tekniskt, men det kommer att kosta stora pengar. Bekostar Läkemedelsverket detta?

Mindre säker hantering

För det andra kommer det att leda till mindre säker hantering av receptblanketterna om de ska användas till förskrivning av bensodiazepiner och till och med av vissa ickenarkotiska analgetika.

I nuläget förvaras nämligen receptblanketter utan förtryckt inskränkning för narkotika grupp II-III inlåsta i medicinskåpen på våra vårdcentraler. Endast några få personer är betrodda med nycklar dit. Om nu läkemedelsgruppen vidgas drastiskt till preparat vi förskriver varje dag måste blanketterna förvaras på våra expeditioner, tas fram, läsas in och tas fram igen flera gånger per dag. Vi är säkra på att inläsningsdisciplinen inte alls kommer att bli lika god efter en tid. De blanketter som det går att förskriva tunga narkotiska preparat på kommer att finnas lätt tillgängliga. Läkareförbundet avrådde i sitt remissvar från att den nya blanketten skulle användas för bensodiazepiner. Borde inte det ha stor tyngd?

Vi vädjar till ansvariga på Läkemedelsverket: försvåra inte vårt arbete på detta sätt – ett arbete som vi sköter på ett ytterligt ansvarsfullt sätt varje dag.

Bidra inte till att minska säkerheten i recepthanteringen på det sätt som föreslås.

Inför gärna nya blanketter för narkotiska preparat grupp II-III, men se till att blankettens rutor och linjer är identis-

ka med den andra för våra datorskrifters skull.

Detta är ingen liten sak för oss utan ytterst viktig och påverkar vårt dagliga arbete i hög grad – kör bara inte över oss som i fallet med sjukintygen alldeles nyligen. Vi vill ha en dialog med Läkemedelsverket före beslut! Det mullrar i kåren!

Bo Forsman
Christina Littke
Björn Tilling
Maria Olafsdottir
Larry Rosenbaum
samtliga distriktsläkare,
Åtvidaberg

Replik: Nya blanketter för ökad säkerhet

Den nya säkerhetsblanketten införs för att försvåra illegal förskrivning av särskilda läkemedel. Blanketten är obligatorisk vid förskrivning av narkotika, men rekommenderas också för förskrivning på recept av andra läkemedel som ofta förfalskas. Förfalskningar kan vara av olika typ. Ibland är hela receptet förfalskat, dvs om förfalskaren har fått tag på en blankett.

En annan form av förfalskning är då mängden eller styrkan ändrats på ett från början legalt recept. På den nya blanketten har därför en rad säkerhetshöjande åtgärder införts, t ex numrering och ett gnuggskydd på fälten för läkemedel, styrka och mängd. Fälten för förtydligande av mängd och styrka gjordes i detta sammanhang större för att underlätta ifyllandet av blanketten.

Vid den sedvanliga remissbehandlingen inför ändringen av receptföreskriften framfördes inga synpunkter på utformningen av blanketten. De nya receptblanketterna tillhandahålls kostnadsfritt av Apoteksbolaget. (Se även Information från Läkemedelsverket nr 6/95 för mer information).

Datoriserade recept-förskrivningsrutiner

Många vårdcentraler har idag datoriserade receptskriv-

ningsrutiner. Alla företag som finns registrerade hos Spri som leverantörer av journalprogram informerades om förändringen och provblanketter sändes ut strax före jul för att företagen skulle kunna förbereda en anpassning av programmen. Företagen har inte flaggat för några svårigheter med uppdateringen, och denna typ av revidering ingår i vissa fall i företagens serviceåtagande, dvs medför ingen merkostnad för köparen. De vårdgivare som har system med direktöverföring av recept till apoteken har undantagits från kravet på den nya blanketten.

Enligt de uppgifter Läkemedelsverket erhållit är det datsystem som Göran Aare använder ett system som inte längre säljs, men ett annat företag erbjuder konvertering till annat, modernare, program till en låg kostnad.

Det finns ett behov av att försvåra förfalskning av recept på läkemedel med missbrukspotential, av Läkemedelsverket klassade som särskilda läkemedel. Hanteringen av två typer av blanketter är nödvändig för att kunna öka säkerheten i recepthanteringen och göra det svårare att illegalt komma över läkemedel.

Den nya blanketten för sjukskrivning kan Läkemedelsverket inte kommentera.

Inger Näsman
apotekare,
Läkemedelsverket,
Uppsala

Säkerheten i svensk sjukvård – en funktion av antalet signaturer!

Man brukar tala om att ej se skogen för bara träen. Socialstyrelsen har i och med sitt SOSFS 1995:19 bara sett små buskar. Sannolikt tror befattningshavare där, författare till alstret, att svensk sjukvård speglas av eller är de anmälningar som styret ser i en strid ström.

Numera skall nämligen system vidimera varje utgivet piller och injektion. Blankettentusiasterna runt riket där ärenom sett nya möjligheter till nya större och än mer komplicerade temperaturkurvor och läkemedelslistor. Ett sådant lakan är »Örebromodellen» som

vecklas ut i flera led och på en annan ledd än journalpapperen i övrigt. Här kan vi nu alla, läkare och systrar signera flitigt. Patienten får alltid rätt antal piller av rätt sort och styrka. alla dessa patienter som tidigare skadats eller avlidit på grund av att syster ej signerat varje piller som delats ut kommer nu att vara ett minne blott och ett av svensk sjukvårds huvudproblem är avklarad.

Svåröverblickbara jättelakan

Att sedan doktorn inte får någon som helst överblick i dessa jättelakan på olika ledd anses inte vara ett säkerhetsproblem, inte heller att man, eftersom ett medikament står på en sida av lakanet och ett annat på en annan sida, får än svårare med interaktioner.

För många år sedan hittades på vårt lasarett en mängd piller i en sängstolpe! Något sådant kan faktiskt komma att inträffa även i denna dag med läkemedelslakan, syster-signaturer och allting. Enligt förordningen skall syster också se till att patienten tar sitt läkemedel innan hon signerar. Detta påbud säger blott att författarna till Socialstyrelsens alster ej har sett något av svensk sjukvård sedan de kanske var ute i densamma någon gång på 1960-talet. Den vanligaste vårdtiden på exempelvis en medicinklinik är en dag numera, vilket kanske säger något om medicinalpersonalens arbetssituation. Ingen syster hinner stå vid sängen och kontrollera hur gamla Anna försöker få i sig sina piller.

Patienten då!

Därför tycks det mig angeläget att Socialstyrelsen fullföljer sin tankegång med signaturer och ställer som krav att patienten själv också skall signera att han/hon tagit sin medicin – självklart en signatur/piller. I den mån patientens tillstånd är sådant att en signatur ej kan komma ifråga får en god man utses som signatör.

Gamla Anna i exemplet ovan ligger inne på sjukhuset en vecka av årets 52. De övriga veckorna gör hon som hon vill med sina piller och »compliance» i öppen vård är som den är och ett problem av en helt annan dignitet än pillerdelningen på sjukhuset. Försök göra något åt detta i stället för att försvara sjukhusarbetet och försämra säkerheten i den slutna vården.

Johan Asplund
överläkare, Falun

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

Replik:

Risken för misstag ska minimeras

För dem som ännu inte haft tillfälle att ta del av Socialstyrelsens föreskrift »Läkemedelshanteringen inom landstingens m fl hälso- och sjukvård (SOSFS 1995:19)» eller i likhet med Johan Asplund endast hastigt ögnat igenom den, kan det finnas behov av några tillrättlägganden och förklaringar.

Föreskriften kräver eller rekommenderar inte en viss typ av blanketter utan bara att ordinationer och administrering av läkemedel ska dokumenteras på ett sådant sätt att risken för misstag minimeras.

Något generellt krav att sjuksköterskan före signeringen skall kontrollera att patienten intagit sina perorala mediciner finns inte heller i föreskriften. Att sådana rutiner kan vara lämpliga till exempel beträffande vissa psykiatriska patienter torde vara allmänt accepterat, och det har inte ansetts nödvändigt att särskilt påpeka detta i föreskriften.

Johan Asplund oroar sig också över Socialstyrelsens bristande förankring i dagens sjukvårdssituation.

Förhoppningsvis kan det lugna honom något att få veta att de som arbetat med föreskriften varit kliniskt aktiva in på 1990-talet. För att ytterligare knyta an till nutida förhållanden har vi blett Per Olof Osterman att kommentera insändaren utifrån det arbete som

bedrivits under senare år vid Akademiska sjukhuset för att förbättra säkerheten i läkemedelshanteringen.

Olof Edhag
överdirektör,
Socialstyrelsen

Kommentar:

Bättre läkemedelsdokumentation ökar patient-säkerheten

Onekligan har läkare och sjuksköterskor traditionellt något olika syn på utformningen av den ideala läkemedelsdokumentationen. Läkaren har behov av enkelhet, överblickbarhet och ofta information i relation till andra data, exempelvis temperaturkurvan. För sjuksköterskan är läkemedelslistan ett arbetsredskap som ska hjälpa henne ge ordinerade läkemedel i rätt dos, rätt form, på rätt sätt och i rätt tid.

Johan Asplund ironiserar över »alla dessa patienter som tidigare skadats eller avlidit» på grund av utebliven sköterskesignering. Det är sant att det i regel finns goda marginaler när det gäller fel i läkemedelshanteringen, endast undantagsvis dör patienten. Trots det måste konstateras att felfrekvensen är så stor i sjukvården att ändå många patienter varje år allvarligt skadas eller avlider av felaktig läkemedelsbehandling.

Läkemedelskomplikationer utgör troligen majoriteten av

de iatrogena skadorna på sjukhus. Enligt Harvard Medical practice Study drabbades 4 procent av intagna av behandlings-skador, varav 19 procent läkemedelsorsakade [1]. Av intagna vid universitetssjukhus i Boston drabbades 6 procent av läkemedels-skador och ytterligare 5 procent råkade ut för tillbud [2]. Av allvarliga och livshotande komplikationer bedömdes 42 procent möjliga att förhindra. Sådana fel uppstod främst i samband med ordinationen. 1992 prövade tre vårdavdelningar vid Uppsala akademiska sjukhus, rapportering av läkemedelsincidenter. På en månad registrerades 36 incidenter, varav några allvarliga.

Riskerna för allvarliga fel ökar

Alltmer potenta läkemedel används nu till allt sjukare patienter. Dessa byter ofta vårdgivare inom och mellan kliniker och sjukhus. Vårdenheter vårdar patienter från flera specialiteter. Riskerna ökar för allvarliga fel i läkemedelsbehandlingen, något som måste mötas med genomtänkt strategi.

Ett av de effektivaste sätten att höja säkerheten är att införa endos-system för iordningställande och överlämnande av läkemedel, vilket vi genomfört på vårt sjukhus.

På läkemedelskommitténs initiativ har vidare en sjukhusgemensam läkemedelslista framtogs, ett grunddokument varur patientens samlade läkemedelsbehandling framgår. I utarbetandet medverkade många praktiskt verksamma läkare och sjuksköterskor. Hos oss får varje klinik själv bestämna listformat (storlek, stående eller liggande), om man önskar koppling till temperaturkurva etc. Grundstrukturen måste dock vara den sjukhusgemensamma med enhetligt sätt att ordinera och signera. Omfattande utbildning har givits handledare – läkare och sjuksköterska från varje enhet. Manual är under framtagande.

Stor förändring

Ett så stort förändringsarbete som införande av enhetlig läkemedelsdokumentation kan inte ske utan gnissel här och var. Optimal användning av läkemedelslistan kan innebära att både läkare och sjuksköterskor får kompromissa och modifiera arbetsrutinerna. Genom omfattande utbildningsinsatser kan dock förståelse skapas för att en sjukhusgemensam struktur på läkemedelslistan, i enligt