

En illusion att dagens elektroniskt lagrade prosa gagnar patientsäkerheten

■ Det är med glädje som jag tagit del av Linda Morfeldts reflektioner rörande våra nuvarande system för journalföring (LT 45/2009, sidorna 2949-50). Äntligen är det ytterligare någon som reagerar över dagens brist på ändamålsenlig registrering av de medicinska problem och åtgärder som rör varje enskild patients behandling och säkerhet. Det finns, som framhålls i debattinlägget, ingen som helst parallellitet mellan sjukvårdens teknikutveckling och dagens journalutformning.

Även om våra registreringar av journaldata numera, på de allra flesta håll, sker i elektronisk form har strukturen inte förbättrats nämnvärt under 2000-talet. Fördelen med den elektroniska lagringen av data är att vi i dag lättare kan nå informationen – om än den är lika svårgenomtränglig som tidigare. Men den finns på plats, och det är den enda egentliga vinsten.

Det är emellertid häpnadsväckande att landets stora läkarkår och den omfattande IT-expertisen, liksom våra välutbildade sekreterare, inte kunnat initiera eller utveckla en produkt som bättre tillgodoser den moderna sjukvårdens krav på dokumentation, säkerhet och resultatredovisning.

Undertecknad insåg tidigt detta behov och utvecklade för njurstenspatienterna (vilka har tillhört mitt huvudsakliga ansvarsområde under mer än 20 år) en strukturerad och standardiserad journal byggd på programmering i en databas (4th Dimension, ACI). Denna elektroniskt lagrade information erbjöd, förutom att den i varje ögonblick kunde ge en aktuell sammanfattning av varje patients sjukvårdsproblematik, be-



Illustration: Airi Ilstie

handling och vårdplanering, även möjligheten att automatiskt skriva ut en informativ epikris under en given tidsperiod. Dessutom kunde en kostnadsberäkning genomföras för alla de åtgärder och vårdinsatser som varit aktuella under perioden. Detta system användes som journal för patienter med njurstenssjukdom i Linköping under tiden 1988–1998 [1].

Ett motsvarande journalregister har jag därefter utvecklat vid Karolinska universitetssjukhusets njurstenssjukdom i Huddinge, och där tillämpas detta sedan nära 10 år tillbaka. Tyvärr har kravet på samtidig dokumentation i sjukhusets officiella journalsystem gjort informationen av data i njurstensregistret mindre komplett än vad som vore önskvärt och vad som är möjligt. För resultatregistrering, bevakning och uppföljningskontroller är systemet helt ovärderligt.

Jag har tidigare (2002) i Läkartidningen beskrivit grunddragen i detta system [2] och ska därför inte här mera orda om dess detaljer. Något nämnvärt intresse från sjukhusets IT-expert eller journalkonstruktionsgrupp har dock inte kunnat noteras under de gångna åren.

Att fortsättningsvis driva tesen att dagens elektroniskt lagrade prosa gagnar patientsäkerheten och den medicinska utvecklingen är en illusion. Allt mer tid måste tillbringas vid datorerna för att tränga in i den tidigare sjukhistorien, och därmed tvingas

man läsa just den repetitiva information som Linda Morfeldt så tydligt beskriver. Till yttermera visso tillbringas dagens sjuksköterskor och annan vårdpersonal åtskillig tid med att fylla det elektroniska systemet med mer eller mindre ändamålsenliga texter. För kvalitetskontroller är man tyvärr, i de flesta fall, fortfarande huvudsakligen hänvisad till manuella genomgångar av journaldata.

Måhända har nu tiden äntligen kommit för att på allvar starta utvecklingen av ett modernt, säkert och informativt journalsystem, som är i paritet med den övriga teknikutvecklingen inom modern sjukvård. Förhoppningsvis kommer ett sådant system – som naturligtvis inte kommer att se dagens ljus över en natt – även att tillgodose våra tillkortakommanden ifråga om kvalitetsregistrering. Det är min förhoppning att den fortlöpande registreringen av data i ett sådant framtida journalsystem blir ett lagarbete för alla de personalkategorier som svarar för patientens vård, behandling och säkerhet.

Endast genom kombinationen av ett ändamålsenligt journalsystem och ett välutvecklat lagarbete kommer framtidens sjukvård att bli både säkrare och effektivare.

Hans-Göran Tiselius
professor i urologi,
Karolinska institutet
och Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
hans.tiselius@karolinska.se

REFERENSER

1. Tiselius HG, Eriksson I, Karsk B, Lindgren L, Alexandersson C. Våra erfarenheter av ett databaserat journalsystem. Med Mac. 1994; 3:13-6.
2. Tiselius HG, Karlsson M, Thunblad K. Dynamisk patientjournal är ovärderlig för högkvalitativ vård. Läkartidningen. 2002;99: 4280-2.

Frihandelsavtal fördyrar läkemedel

■ Invånare i Guatemala nekas tillgång till generiska läkemedel för behandling av leukemi, glaukom och andra allvarliga sjukdomar, till följd av frihandelsavtalet Dominican Republic-Central America-United States Free Trade Agreement (CAFTA-DR).

Enligt en aktuell studie innebär frihandelsavtalet ett stöd till läkemedelsindustrin genom att patienter och sjukhus tvingas köpa avsevärt dyrare märkesläkemedel i stället för billigare generika [1].

Avtalet utsträcker tidigare gällande monopolskydd utöver såväl USA:s patentlagstiftning som det regelverk som förhandlats fram inom WTO (TRIPS). Som ett resultat är generiska läkemedel som är tillgängliga i USA nu förbjudna i Guatemala och andra medlemsländer i CAFTA-DR. Vissa läkemedel (Vfend jämfört med Tazzi-W) är mer än 8 400 gånger dyrare än motsvarande generika! Motsvarande regler gäller läkemedel i andra länder som är signatärer till CAFTA-DR: Costa Rica, Dominikanska republiken, El Salvador, Honduras och Nicaragua.

Studien belyser problemen med att tillerkänna läkemedelsindustrin ett ökat monopolskydd under frihandelsavtalen. USA, men även EU och Japan, har kraftfullt drivit frågan om att ge läkemedelsindustrin utökade privilegier i samband med sådana avtal.

Anders Jeppsson
läkare och antropolog,
institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, Malmö
Anders.Jeppsson@med.lu.se

REFERENS

1. Shaffer ER, Brenner JE. A trade agreement's impact on access to generic drugs. Health Aff (Millwood). 2009;28:w957-68.