

Brister i IT-system för läkemedel

Att få fram oberoende och kvalitetssäkrade system är sjukvårdens ansvar



YLVA BÖTTIGER, docent, överläkare, klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset; institutionen för laboratoriemedicin, Karolinska institutet, Stockholm ylva.bottiger@ki.se

I detta nummer av Läkartidningen presenterar Erik Lexne och medarbetare en enkätstudie, där landets läkemedelskommittéordförande svarat på frågor om hur tillgång, funktion och förvaltning av elektroniska läkemedelstjänster ser ut i landstingen. Artikeln visar på stora variationer inom landet. Det handlar alltså om hur vi i dag, i olika tekniska lösningar, ordinerar läkemedel i slutet och öppen vård, hur vi dokumenterar läkemedelsbehandlingen och vilka hjälp- och stödfunktioner som finns för att underlätta och kvalitetssäkra både arbetet och behandlingarna.

Dessa datoriserade system påverkar i hög grad det dagliga arbetet i vården genom att vara mer eller mindre användarvänliga och tidskrävande. De påverkar våra tankesätt genom att strukturera och presentera information på olika sätt. Sist men inte minst påverkar de kunskapsutvecklingen i sjukvården genom att bidra med mer eller mindre välgrundad, balanserad och uppdaterad information till användarna [1].

Sammantaget är jag övertygad om att IT-utvecklingen är av godo. De elektroniska läkemedelstjänsterna ska kunna leda till en säkrare, bättre och mer kostnadseffektiv vård, genom enklare och tydligare journalföring, säkrare ordinationer och bättre uppföljningsmöjligheter [2, 3]. Det finns ingen väg tillbaka; den datoriserade sjukvården är här. Men jag instämmer också i de farhågor och frågor som artikelförfattarna framför.

Dagens system har införts utan standardiserade kravspecifikationer eller tillsynsregler. Läkarna – med det medicinska ansvaret för och kunskandet kring de vårdprocesser som ska stödjas av systemen – har inte på ett systematiskt sätt varit delaktiga i utvecklingen eller förvaltningen. Varför? På grund av

aningslöshet, svårigheter att identifiera de rätta kompetenserna eller helt enkelt beroende på brist på tid och resurser i vår slimmade sjukvårdsapparat?

Att delta i skapandet, vidareutvecklingen och kvalitetssäkringen av de elektroniska läkemedelstjänsterna bör ses som en naturlig läkararbetsuppgift. Likaså bör arbetet med att ta fram, värdera, presentera och uppdatera oberoende information till grund för nödvändiga kunskapsstöd ses som en naturlig del i dagens sjukvårdsproduktion.

Det är ett arbete som i dag redan görs vid landets kliniskt farmakologiska avdelningar, men med liten förståelse för finansieringsbehovet. Det saknas helt enkelt kunskap om hur man ska prissätta kunskapstjänster. Kunskapstjänster skulle kunna generera »pinnar« eller DRG-poäng på samma sätt som blindtarmsoperationer.

Det finns starka intressen utanför sjukvården, främst företrädna av läkemedelsindustrin, att leverera olika datorlösningar till sjukvården. Dessa lösningar har många gånger potential att höja systemens kvalitet och användarvänlighet. Man kan dock av flera olika skäl invända mot att partsintressen, tex läkemedels-, IT- eller apoteksindustrin, tillåts täcka kvalitetsluckor. Partsintressen påverkar oundgängligen den information som förskrivaren får tillgång till, vilket kan vara kostnadsdrivande. Det finns en risk att konkurrensen snedvrids mellan olika företag. Dessutom blir sjukvårdens inflytande över tjänsterna oklart.

Jag vill därför understryka det som Lexne och medförfattare framför: det är sjukvårdens ansvar att utveckla och underhålla producentoberoende kunskapsdatabaser. Att detta ska ske med stöd i, och i nära samarbete med, den akademiska forskningen är en självklarhet, liksom att informationen ska vara enhetlig i hela vårdkedjan, från läkemedelsvalet till utlämnandet av läkemedlet på apoteket.

För att vården ska ta vara på informationsteknologins möjligheter krävs ett fortlöpande kvalitetsarbete. Huvudmannen måste vara lyhörd för medarbetarnas synpunkter på funktionen och

ha en beredskap för att snabbt rätta till avvikelser. Om nuvarande svagheter inom elektroniska läkemedelstjänster uppfattas som »barnsjukdomar«, måste huvudmannen tillsammans med leverantörerna av datorsystemen skyndsamt åtgärda identifierade brister för att minska frustrationen och öka förtroendet hos användarna.

Att integrera medicinskt och tekniskt kunnande med kunskapen om hur man bäst förmedlar mottaglig information via olika kommunikationskanaler är ett nytt, spännande fält med särskilda kompetenskrav. Hur undviker man tex att överlasta mottagaren med budskap som inte alltid känns relevanta i vår redan informationsöverlastade värld? Kanske är tiden till och med mogen för en ny medicinsk specialitet: medicinsk informatik?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Författaren är medicinskt ansvarig i Sverige för interaktionsdatabasen SFINX.*

REFERENSER

1. Eiermann B, Bastholm Rahmner P, Korkmaz S, Landberg C, Lilja B, Shemeikka T, et al. Knowledge bases for clinical decision support in drug prescribing – development, quality assurance, management, integration, implementation and evaluation of clinical value. In: *Advances in decision support systems*. Vienna: In-Tech Publisher. In press.
2. Morfelt L. Registreringsträsket – en följd av uråldrig journalföring. *Läkartidningen*. 2009; 106:2949-50.
3. Smith DH, Perrin N, Feldstein A, Yang X, Kuang D, Simon SR, et al. The impact of prescribing safety alerts for elderly persons in an electronic medical record: an interrupted time series evaluation. *Arch Intern Med*. 2006;166:1098-104.

SAMMANFATTAT

Elektroniska läkemedelstjänster kan bidra till en säker, ändamålsenlig och kostnadseffektiv vård, men har hittills införts utan standardiserade kravspecifikationer eller systematisk kvalitetsuppföljning.

Utvecklingen av välfungerande datorsystem för ordination och dokumentation av läkemedelsbehandling samt oberoende och kvalitetssäkrade kunskapskällor är ett ansvar för sjukvården och bör ses som en naturlig del av sjukvårdsuppdraget.