



Svenska Läkaresällskapetets svar på Remiss avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso-och sjukvården m.m. Dnr 4.1.1-14967/2016

Svenska Läkaresällskapet är en professionell sammanslutning med syfte att främja medicinsk forskning, utbildning, etik och kvalitet, för utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Svenska Läkaresällskapet har fått förslag till nya föreskrifter på remiss, och fått förlängd svarstid t o m 15 oktober.

Sammanfattning

Svenska Läkaresällskapet välkomnar nya föreskrifter, bättre anpassade till de behov som finns i dagens hälso- och sjukvård. Läkaresällskapet stödjer huvuddragen i förslag till föreskrift men vill framföra följande synpunkter på remissversionen, se detaljerad tabell men hänvisning till respektive kapitel/paragraf.

De motiv som anges för förändringarna är

- Ökad patientsäkerhet
- Mer effektiv, jämlik och samhällsekonomisk läkemedelshantering och användning i hälso- och sjukvården och tandvården.

Förändrad organisation i vården

Det är i hög grad ändamålsenligt att som Socialstyrelsen föreslår anpassa föreskrifterna till en förändrad organisation av vård där mer avancerad behandling kan genomföras i öppen vård i hemmet respektive i hemsjukvård. Det är de praktiska arbetsätten och ansvarsförhållanden som ska styra föreskrifterna, inte vilken distributionsform läkemedlen har. Vi vill i detta sammanhang betona att den vård som ges vid sjukhus omfattar både slutna vård av inskrivna patienter, och öppen vård för patienter vid mottagningar eller kortare vistelse vid vårdenhet som inte föranlett inskrivning.

IT och e-hälsa

För att uppnå en säkrare och effektivare läkemedelsbehandling behöver föreskrifterna kombineras med ett flertal andra åtgärder, framför allt inom e-hälsa. Beroende på utveckling av IT-stöd kan det behövas beredskap på snabba revideringar i föreskrifterna för att inte bara möjliggöra, utan även stödja, nya stöd för säkra arbetsätt (se särskilt kommentar 6 kap 11§).

Behov av bättre stöd till patienten för egenadministrering

Förslaget till föreskrifter avser hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Svenska läkaresällskapet vill framföra att för att patientens skall kunna genomföra egenadministrering i hemmet ställs stora krav på informationsöverföring från vård och apotek till patient, anhöriga och i förekommande fall stödpersonal i hemmet. I detta sammanhang bör särskilt framhåvas att en samlad läkemedelslista kan om den beskriver för varje tidpunkt de samlade aktuella ordinationerna logiskt kopplade över tid till patientens sjukdomar så är detta ett stöd inte bara för vårdpersonal och expedierande farmaceut på apotek. Det är också rätt utformat ett stöd för patienten att genomföra behandlingen i hemmet utifrån expedierade läkemedelsförpackningar.

Begreppet ordinationer

Det är viktigt att betona att en ordination av ett läkemedel innebär att ta ansvar inte bara för själva behandlingen i förhållande till patientens sjukdom och andra behandlingar, utan även för uppföljning av behandlingens effekter. Ansvaret för en ordinator upphör inte förrän den ordinerade behandlingen är genomförd och uppföljd, alternativt att någon annan behörig hälso- och sjukvårdspersonal övertagit ansvaret. Vidare är en ordination av läkemedel inte bara påbörjande av behandling utan begreppet omfattar även varje dosändring, förlängning eller avslutande av behandling eller ändring av mål med behandling. Även en oförändrad ordination kan betraktas som ett ställningstagande och i princip jämföras med en ordination enligt föregående. Det är också viktigt att påpeka att behov av en uppföljning av behandling kan föreligga även efter det att administrering av läkemedlet är avslutat då effekter kan kvarstå under tid därefter.

Generisk ordination

Svenska läkaresällskapet är mycket positiv till att Socialstyrelsen i föreliggande förslag till föreskrifter ger möjlighet att ordinera läkemedel inte enbart utifrån handelsnamn utan även generiskt med substansnamn. I detta sammanhang vill vi betona att en patient inskriven för vård vid en vårdinrättning står under medicinsk övervakning och att möjligheterna att ordinera generiskt därför är avsevärt vidare än vad som är möjligt vid receptföreskrivning med egenadministrering i hemmet.

Svenska läkaresällskapet vill i detta sammanhang också lyfta behovet av att kunna ordinera läkemedel generiskt vid receptföreskrivning. Så som tidigare framförts är ett logiskt första steg att göra generisk ordination möjligt vid föreskrivning av läkemedel inom en utbytesgrupp (där läkaren ej motsätter sig utbyte).

Uppföljning av ordinationer

Socialstyrelsen beskriver i sin konsekvensanalys att de utökade dokumentationskraven i 6 kap 10§ inte ger en ökad administrativ belastning för läkarna. Detta är en felbedömning då det tillförs nya arbetsuppgifter som inte alltid kan ske per automatik med hjälp av IT-stöd.

En planerad och dokumenterad uppföljning av ordinationer är en viktig del av ordinationsprocessen för att säkerställa att den givna behandlingen är ändamålsenlig och säker. En sådan dokumentation i strukturerat format gör det också möjligt att vid receptföreskrivning stödja patientens behov av kontakt med vården för bedömning och ställningstagande till förnyat recept.

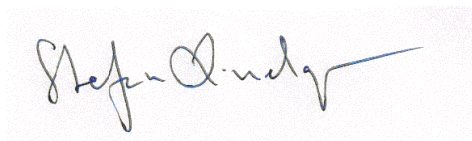
Svenska läkaresällskapet vill betona att en sådan uppföljning inte får bli en administrativ åtgärd som utan direkt nytta för patienten innebär extra arbetsuppgifter för läkaren. Det finns möjlighet för flertalet av ordinationer att i elektroniska patientjournalssystem utveckla en funktion där uppföljningsdatum kan påföras utan aktiv åtgärd från läkaren. Detta skulle

särskilja behandlingar som avser avslutas när medicinska ansvaret för ordinationen upphör från de som avser fortsätta efter ställningstagande till effekt.

Behov av helhetssyn

Bedömningen av denna remiss utgår från detta helhetsperspektiv på ordination som Svenska läkaresällskapet anser bör bara grunden för forskrifter om ordination och hantering av läkemedel. Socialstyrelsen beskriver detta till del men det vore av värde med ett ytterligare förtydligande av ansvarsfrågan i allmänna råd till föreskrifterna.

Stockholm den 14 oktober 2016



Stefan Lindgren
Ordf Läkarsällskapet



Mikael Hoffmann
Ordf Läkemedelskommittén

Bif Svar från Sektionen för Läkemedelslära

Kommentarer till enskilda delar av förslaget:

| Förslag | Ställnings- tagande | Kommentar |
|---|------------------------|--|
| Ändring i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel | Tillstyrkes | |
| Upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:22) om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel | Tillstyrkes | Ej nödvändigt då motsvarande innefattas i förslag till ny föreskrift om läkemedelshantering 6 kap. 4§. |
| Definitioner (3 kap.) | | |
| Uppdelning mellan administrering och överlämnande av läkemedel | Tillstyrkes | Ändamålsenligt. Behov av klarläggande i vården. Kan föranleda behov av anpassning av journalsystem för korrekt dokumentering. |
| Hemsjukvård | Kommentar | Hemsjukvård förutsätter kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal. Behöver i definition särskiljas från öppenvård i form av egenadministration av läkemedel i hemmet. |
| Ledningssystem och lokala rutiner för läkemedelshantering (4 kap.) | | |
| Krav på extern kvalitetsgranskning | Bör revideras | Extern ej definierat. Avses anställd hos samma vårdgivare men vid annan enhet? Formella kompetenskrav? |

Ledningssystem (5 kap.)

| | | |
|----|---------------|---|
| 3§ | Bör revideras | Står: ”Bestämmelser om läkares, tandläkares, tandhygienisters och barnmorskors behörighet att förordna läkemedel ...” Bör stå: ”Bestämmelser om läkares, tandläkares, tandhygienisters, barnmorskors och sjuksköterskors behörighet att förordna läkemedel ...” |
|----|---------------|---|

Ordination av läkemedel (6 kap.)

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| 2§ Lämplighetsbedömning | Tillstyrkes med kommentar | Förtydligande av tidigare föreskrift. Föreskriften relaterar ej till begreppet ”Varnings- och uppmärksamhetsinformation” som är direkt tillämpligt i hälso- och sjukvården kring lämplighetsbedömning, bl a vad avser punkterna 1, 5-7. Relationen bör förtydligas i allmänna råd. |
| | Kommentar till konsekvensanalys | Beskrivs vilka informationsmängder som finns, eller kan finnas tillgängliga beroende på tekniska IT-lösningar. Bör förtydligas i allmänna råd att förskrivaren utöver detta har ett ansvar att på olika sätt, inklusive patientanamnes, komplettera denna information så långt som möjligt. |
| 3§ Läkemedelsordinationer till barn | Tillstyrkes med kommentar | Ordination till barn särskilt problemfyllt område. Dock finns likartade problem och behov av stöd i många andra patientsituationer, fr a hos äldre multisjuka. Kanske mer generell formulering som ”barn och andra särskilt utsatta patientgrupper”? I allmänna råd som citeras specificeras vilka uppgifter som barnspecifika beslutsstöd ska kunna hantera. I utveckling av beslutsstöd finns dock möjlighet att utveckla andra stödfunktioner. Det bör tydligare framgå att detta är fråga om minimikrav på framtida möjligheter. |
| 4§ Information om utbyte av läkemedel på apotek | Tillstyrkes med kommentar | Möjligheten till generisk förskrivning med angivande av namn på utbytesgrupp framfört önskemål från förskrivarorganisationer. Generellt bör termen ”bytas ut på apotek” ej användas då det angivna handelsnamnet i dagens system inte är den vara som förskrivande läkare specifikt ordinerat. Handelsnamnet används (om ej utbyte förhindras) |

enbart för att indikera utbytesgrupp. Det är därför mer relevant för förskrivare att till patient ange att förskrivningen avser en viss substans, men att på apotek kommer val av tillverkare ske (utifrån Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämndens beslut).

| | | |
|--|---------------------------|---|
| 5§ Planering av avslut eller uppföljning av läkemedelsbehandling | Bör revideras | Förslaget är i linje med Svenska läkaresällskapets syn på vad en ordination omfattar ur ett ansvarsperspektiv. Dock innebär skrivningen att en tolkning är att en formell dokumentation om avslutning alternativt uppföljning av behandling alltid måste ske i patientjournalen. Detta innebär krav på en administrativ åtgärd oavsett om denna tillför information eller ej. Sådan dokumentation bör därför behöva ske enbart i de fall detta ej klart framgår av situation och inte kan stödja automatiskt av IT-stöd. Exempel på det första är flertalet kortvariga behandlingar, t ex antibiotika, och av det andra långvariga behandlingar som överstiger ett recepts giltighetstid (idag maximalt 1 år). I dessa fall kan egenskaper automatiskt påföras i ett journalsystem. T ex kan en ordination för blodfettsänkande läkemedelsbehandling under ett år som utgångsvärde automatiskt få att behandlingen 1/ sannolikt ska fortsätta och 2/ att bedömning av effekt och biverkningar ska ske innan den tid löpt ut för vilken läkaren tagit ansvar för behandlingen (= receptets giltighetstid). |
| 6§ Muntliga läkemedelsordinationer | Bör revideras | Dagens elektroniska patientjournalsystem medger i flertalet fall ordination på distans inom hälso- och sjukvården men också från hemmet för t ex en jourhavande. Texten bör således kompletteras med ”eller är förhindrad att genomföra en ordination i patientjournalen på distans.” |
| 7§ Generella direktiv om läkemedelsbehandling | Tillstyrkes | |
| 8§ | Tillstyrkes med kommentar | Bör i allmänna råd förtydligas att med punkt 1 avses att ta ställning till om något inträffat i patientens hälsotillstånd som kan medföra behov av läkarbedömning. |

9§ Dosjustering

Bör revideras

Bör framgå att det inte är ett generellt uppdrag utan att det är beroende av patientens individuella mål- eller måtvärden och av att det finns ett dokumenterat etablerat arbetssätt inom verksamheten kring detta. I konsekvensanalys lyfts dosanpassning till följd av läkemedelsinteraktioner som ett exempel i detta sammanhang. Detta är olämpligt. Dosanpassning vid interaktioner kräver ställningstagande till både de interagerande läkemedlens dosering och mål med behandlingen. Dosjustering vid läkemedelsinteraktioner är att betrakta som en fullständig ordination och kräver därför rätt att ordinera/förskriva båda de interagerande läkemedlen. I allmänna råd står att ”Justering av en dosering kan vara aktuell vid behandlingar med insulin eller blodförtunnande läkemedel.” Det finns ett flertal läkemedel (t ex dabigaran, rivaroxaban och apixaban) som används på samma indikation som inte ska styras av provtagningsresultat och därför inte heller ska dosjusteras av sjuksköterska.

Bör stå: ”Justering av en dosering kan vara aktuell **exempelvis** vid behandlingar med insulin eller warfarin.”

Det är också viktigt att lyfta sjuksköterskans roll när det gäller användning av vid behovsmedicinering som kan ses som en speciell form av dosjustering för ett eller flera specifikt angivna läkemedel (dokumenterade som ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling). I dessa situationer är det helt avgörande att sjuksköterskan korrekt kan tolka den medicinska situationen, det vill säga bedöma när ett behov föreligger. Även för läkemedel ordinerade av läkare till en specifik patient måste den som delar ut läkemedlet till patienten ha medicinsk kunskap att värdera om läkemedlet är rimligt i förhållande till den aktuella situationen. Något som var rimligt vid ordinationstillfället, kan senare vara olämpligt. Patienten kan till exempel ha drabbats av en komplikation. För att uppmärksamma detta krävs medicinsk och patientinriktad grundutbildning. Det kan till exempel handla om att bedöma när den kliniska situationen gör att en behovsordination av furosemid behöver ges, eller när patienten behöver behandlas med smärtläkemedel som är ordinerade vid behov.

När det gäller läkemedel har alltså sjuksköterskor en avancerad och självständig roll, som bygger på deras medicinska kunnande. Sjuksköterskor kan också specialisera sig, och på det sättet få en än mer självständig roll. Som narkosköterska sköter man till

exempel stora delar av narkosen själv. Det är också viktigt att lyfta specialistsjuksköterskors roll att följa upp och delvis sköta behandling inom områden som diabetes, astma/KOL och hjärtsvikt på särskilda mottagningar.

| | | |
|---|---------------------------|--|
| 10§ Dokumentation av läkemedelsordinationer | Tillstyrkes med kommentar | <p>Patientjournaler bör så långt som möjligt stödja dokumentation av läkemedelsordination med strukturerad ordination utifrån internationell standard. Att dokumentera strukturerat i patientjournalen är också bra, men inte liktydigt med strukturerad ordination.</p> <p>I allmänna råd bör det framgå att dokumentationen så långt som möjligt bör gör göras i elektroniska patientjournaler. Enbart elektroniskt är för ospecifikt. Socialstyrelsen kommenterar här ej ordination av dosförpackade läkemedel där ordination via gränssnittet Pascal till dosregistret ej är att betrakta som journalhandling då uppgifter i dosregistret är jämförbara med läkemedelsförteckningen och därför rensas efter som längst 26 månader. Detta kräver i dag dubbeldokumentation vilket introducerar andra risker.</p> |
| 11§ | Bör revideras | <p>Bra att föreskriften möjliggör för ordination med såväl läkemedelsnamn (fantasinamn/handelsnamn) som aktiv substans.</p> <p>Bör tydligt framgå att p. 9 om uppföljning inte skall behöva leda till tvingande åtgärd om detta ej är nödvändigt för att förstå sammanhanget. Se också appendix för djupare resonemang kring detta. Vad som avses med strukturerat format framgår ej. Se även kommentar 10§.</p> <p>Nuvarande och föreslagna text fungerar konserverande kring rutiner för ordination av injektioner och infusioner utifrån försök att förebygga misstag i pappersjournaler. Det finns möjlighet att i en elektronisk ordinationsmodul bygga in stöd för att säkerställa att enklare och mer intuitiva ordinationer blir lika säkra som dagens komplexa rutin. Med andra kringåtgärder kan en ordination om t ex 1000 ml 5% glukos med 40 mmol Na och 20 mmol K under 8 timmar vara lika säkert som dagens mycket mer detaljerade krav. Att ta höjd för detta är viktigt för att underlätta dagligt arbete och få god följsamhet till ordinationsstöd.</p> |
| 14§ | Tillstyrkes | Se vad ovan (6 kap. 6§) anförts kring att elektronisk |

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| | med kommentar | ordination på distans så långt som möjligt gör ersätta muntlig ordination på distans. |
| 16§ | Tillstyrkes med kommentar | En tredje punkt bör komplettera paragrafen: ”Generella direktiv om läkemedelsbehandling tidsbegränsas och utvärderas inför förnyelse.” |

Behörighet att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel (7 kap.)

| | | |
|------|---------------------------|---|
| §1-7 | Tillstyrkes med kommentar | Ändamålsenlig uppdelning/förtydligande. Saknar fördjupad diskussion kring att överlämnande av läkemedel också innebär en möjlighet av hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens att bedöma patientens tillstånd, inklusive reaktioner på pågående behandling. Den tid som ett överlämnande tar kan alltså användas aktivt i många situationer för att fördjupa/förbättra det medicinska omhändertagandet om den som överlämnar läkemedlet har rätt kompetens. |
| 4§ | Bör revideras | I Sverige är sedan 1950-talet en barnmorska en legitimerad sjuksköterska (treårig universitets-/högskoleutbildning) med en specialistutbildning till barnmorska. Finns verkligen barnmorskor som inte är sjuksköterskor längre? |

Iordningsställande och administrering eller överlämnande av läkemedel (8 kap.)

| | | |
|----|---------------------------|--|
| 2§ | Tillstyrkes med kommentar | När en ordination sker direkt i en elektronisk patientjournal av behörig hälso- och sjukvårdspersonal är den att betrakta som signerad automatiskt. Förekommer verkligen signering i dessa situationer? Är det inte bara då det rör sig om komplettering av en muntlig ordination eller en ordination som avser framtida tidpunkt? Behöver eventuellt formuleras om. |
| 3§ | Tillstyrkes | Ändamålsenligt med förtydligande p. 6 & 7. |
| 4§ | Tillstyrkes | Ändamålsenligt förtydligande. |
| 8§ | Bör revideras | Behov av språklig revidering. Svårtolkat. |
| 9§ | Tillstyrkes | Bra förtydligande kring infusion. |

- 10§ Tillstyrkes med kommentar Svårigheter med flera av dagens journalsystem men bra med tydliga krav som kan införas. Journalsystem byggs utifrån föreskrifter. Särskilt behov särskilja iordningsställande och administrering vid signering. Biologiskt läkemedel är ett ötydligt definierat begrepp. Läkemedelsverket anger i särskild förteckning 1043 substanser och dubbelt så många läkemedel, inklusive insulin och heparinoider. Om avsikten är att vissa biologiska läkemedel ska dokumenteras med batchnummer bör det framgå vilka som avses på ett entydigt sätt.
- 11§ Bör revideras Bör omformuleras så att endast verksamhetschef med rätt att ordinera läkemedel kan fatta sådant beslut, t ex: ”Verksamhetschefen, under förutsättning att denne är läkare, annars för verksamheten medicinskt ansvarig läkare, ska ansvara för ...” Likvärdiga läkemedel ej entydigt begrepp. Men kan hanteras så här under verksamhetschefens ansvar då patienten är inskriven och under medicinsk uppsikt. Konsekvensanalysen berör inte de bakomliggande skälen till detta, och inte heller att detta ej är samma situation som i öppen vård då patienten ej kan observeras. Observera att paragrafen talar om likvärdiga läkemedel och konsekvensanalysen om generiska läkemedel. Det senare en delmängd av det förra. Behöver förtydligas i Allmänna råd.

Delegering av iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel (9 kap.)

- Generell kommentar Konsekvensanalysen till kapitlet berör ej den stora skillnaden mellan när patienten är inskriven eller befinner sig på en mottagning med tillgång till mer kvalificerad personal och under uppsikt - jmf med behandling i hemmet utan motsvarighet. Viktig distinktion som gör att förslaget är för långtgående. Saknar fördjupad diskussion kring att överlämnande av läkemedel också innebär en möjlighet av hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens att bedöma patientens tillstånd, inklusive reaktioner på pågående behandling. Den tid som ett överlämnande tar kan alltså användas aktivt i många situationer för att fördjupa/förbättra det medicinska omhändertagandet om den som överlämnar läkemedlet har rätt kompetens. Att överlämnandet/administreringen av läkemedel kan delegeras till annan personal bör ses över även i

hemsjukvård. Personal utan medicinsk utbildning har i många fall inte kompetens nog att avgöra om hälsotillståndet hos vårdtagaren har förändrats så pass att läkemedlet inte bör ges utan att läkare kontaktas.

Det bör också förtydligas att läkare inte ska kunna delegera administrering av läkemedel till vårdpersonal utanför den egna organisationen.

3§ Bör revideras ”Verksamhetschefen, under förutsättning att denne är läkare, annars för verksamheten medicinskt ansvarig läkare, ska ansvara för ...”

Läkemedelsgenomgångar (11 kap)

Generella kommentarer Bör revideras Det är en läkare som ansvarar för läkemedelsgenomgångar. Detta bör vara tydligt i samtliga paragrafer, så att en lösryckt paragraf ej kan missuppfattas. Gäller fr a §§11,13 & 16. Se över nomenklatur. I samband med att dessa föreskrifter togs fram så framfördes kritik från vården att etablerade beteckningar som läkemedelsavstämning resp. läkemedelsgenomgång ersattes av beteckningarna "enkel läkemedelsgenomgång" och "fördjupad läkemedelsgenomgång". Detta innebar annan terminologi, otydlighet kring vad som är ansvar vid all ställningstagande till pat behandling i vården (läkemedelsavstämning) och vad som var extra insats. De nya beteckningarna stämmer inte heller överens med internationell nomenklatur - medication reconciliation resp medication review. Förtydliga gärna kring läkemedelsavstämning att det i normalfallet ingår i läkarens ansvar vid bedömning av en patient och också innebär att patientens läkemedelsbehandling ska dokumenteras. Generellt bör Socialstyrelsen innan detaljerade förklaringar införs kring skilda moment först beskriva vilket ansvar förskrivaren har för dessa moment i det normala patientmötet.

3§ Bör revideras Åldersavgränsningar helt ologiska. Många patienter som är yngre kan ha stora behov av läkemedelsgenomgång och äldre med många kan sakna behov. Det handlar om en behovsanalys som behöver göras i vården av ansvarig läkare. Ska något anges ska det

ges som kriterier för screening - inte tvingande.

- 4§ Bör revideras Har en patienten misstänkta problem med läkemedelsbehandlingen i hälso- och sjukvården så SKA detta bedömas och vid behov korrigeras. Det är inte fråga om ett ”erbjudande”. Onödigt att från Allmänna råd räkna upp vissa men inte andra skäl i föreskrift. Låt de allmänna råden stå för sig själva. Känner man inte till vilka problem en läkemedelsbehandling kan ge upphov till och som kan föranleda behov av särskild bedömning, då är man inte heller kompetent att genomföra en sådan bedömning.
- 5§ Bör revideras Varför läkemedlet ordinerats kan betyda ordinationsorsak och/eller mål med behandlingen. Två olika saker. Vad avses? Om möjligt båda två förstås men svårt uppnå. Målsättningen bör dock vara klar. Om ej mål med behandling finns med så är det svårt att se om behandlingen är ändamålsenlig eller ej. Ordinationsorsak är också viktig uppgift i vården, på apotek och för patienten i hemmet för att knyta ihop olika läkemedel för samma sjukdom, samt samma läkemedel över tid. Onödigt räkna upp vissa men inte andra skäl i föreskrift. Låt de allmänna råden stå för sig själva.
- 6§ Bör revideras Läkemedelsrelaterade problem bristfälligt definierat och används fr a inom farmaci där inte problemen oftast kan lösas direkt. Behöver rejäl genomgång så det är entydigt vad som menas om det ska vara med. Självklarhet inom vården att patienten ska informeras och vara delaktig samt att problem ska undanröjas/lösas av medicinskt ansvar. Denna skrivning är överflödig.
- 7§ Bör revideras Patientens behov av tillgång till läkemedelslista, utskrivna eller i elektronisk form via Hälsa för mig, viktigt. I övrigt överflödig detaljreglering för föreskrift.
- 8§ Bör revideras Överflödig detaljreglering för föreskrift.
- 9§ Bör revideras Vad skiljer detta från övrig journalföringsplikt? Patientens problem ska dokumenteras, vidtagna åtgärder ska motiveras och dokumenteras i patientjournalen oavsett åtgärden är läkemedelsgenomgång eller ej.

| | | |
|-----|---------------|--|
| 10§ | Bör revideras | Överflödlig detaljreglering för föreskrift. |
| 11§ | Bör revideras | Mycket av detta ingår också i en normal läkemedelsavstämning = förenklad läkemedelsgenomgång. T ex ska varför ett läkemedel ordinerats vara känt eller eftersökas; även de övriga punkterna är normalt förskrivare/läkaransvar - det som skiljer är bara att här ska en extra insats göras eftersom det fallerat. Men det är viktigt att inte ge intrycket att detta INTE ingår i ordinarie ansvar. Patienten ska alltid vara informerad och medverka till vård. Vad skiljer här? Som mycket annat i detta kapitel kan detta hänföras till allmänna råd. |
| 12§ | Bör revideras | Överflödlig detaljreglering för föreskrift. |
| 15§ | Bör revideras | Läkaren ska alltid journalföra vad man hittat, beslutat om, ändrat och varför man ändrat i läkemedelsbehandlingen. Finns redan i föreskrifter. Förtydliga det i stället. |

Kontroll och förvaring samt rekvisition av läkemedel (12 kap.)

| | | |
|----|---------------------------|---|
| 1§ | Tillstyrkes med kommentar | Vad gäller för hantering av dessa läkemedel när vårdpersonal tagit över ansvaret men de inte förvaras i särskilda förråd? Bör beskrivas i Allmänna råd. |
|----|---------------------------|---|