

ILLUSTRASJONSFOTO: LIV FRIS-LARSEN



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Å bruke medisiner kan være fali det!

Særlig når vi blir gamle, bruker mange medisiner og ikke kan styre dem selv.

AV KARIN FRYDENBERG

Fastleger skriver ut mange millioner dagsdoser medisiner, samhandler med mange om formidling av resepter og klargjøring av medisiner til den enkelte pasient, og setter liv og helse hos pasientene i fare hvis ikke vi har god kvalitet og kontroll.

Hvem har oversikten når pasienten blir for syk eller for glemsk til å kunne styre medisinene sine? Har vi gode nok rutiner for riktig medikamentforskrivning? Det er det etter hvert godt dokumentert at vi ikke har.

Det er farlig å bli gammel og syk og bruke mange medikamenter. Kanskje med unntak av at man i noen kommuner har satt faste medisinlister og samarbeid rundt kvalitetssikring av dem i system. Oppsummeringen fra Sør-Fron i boken til slutt viser hvordan de har løst det.

Mange undersøkelser viser at forbedringspotensialet for legemiddelhåndtering er stort

I Trondheim viste en studie fra 2003 (1) over feil i medikamentkortene at i 90 prosent av journalene til hjemmesykepleien og fastlegen var det forskjeller i antall medikamenter. Ca ¼ av medisinene var forskrevet av andre enn fastlegen. Tilsvarende fra Skedsmo kommune i 2004 (2) viser at for

over 60 prosent av pasientene var det ikke samsvar mellom fastlegenes lister over faste medisiner og hjemmesykepleiens.

I en undersøkelse fra Tromsø i 2007 (3) konkluderes med at nødvendig informasjon om pasientens legemiddelbruk var vanskelig tilgjengelig, at informasjonsoverføring mellom helsepersonell i kommunen var mangelfull og skapte frustrasjoner, og at pasientsikkerheten ikke var tilfredsstillende. Flere prosjekter pågår, bl.a. Kollegabasert terapiveiledning ved UiO.

Den allmennmedisinske journalen er vårt arbeidsverktøy. Vi har i 10–20 år hatt elektronisk pasientjournal og mulighetene for oversikt og struktur er til stede. Det krever imidlertid en nitidighet og nøyaktighet i journalføringen som ofte er vanskelig å gjennomføre i praksis. Vår hverdag som allmennleger er ofte hektisk og med mange avbrudd som også forstyrrer vårt systematiske journalopptak. Telefoniske doseendringer av medisiner, blir kanskje ikke journalført. Viktige henvisninger som bør skrives raskt, prioriteres foran bearbeiding av epikriser og ny informasjon om pasienten.

Alt dette og mye mer gjør at den ideelle elektroniske journal, alltid ajourført med tidligere sykdommer og faste medisiner, aldri lever lenge.

KASUS 1:

Ola kom nylig til meg for første gang, 76 år gammel, allerede en eldet mann med en lang sykehistorie og med mange medikamenter som han selv ikke husket. Han kommer gående inn med rullator, med stort besvær p.g.a. stive hofter, han har atrieflimmer, og jeg lurer på om han bruker blodfortynnende medisiner, han vet ikke.

Jeg hadde fått tilsendt journal fra tidligere fastlege, men uten medikamentliste. Han hadde vært innlagt i sykehus for noen måneder siden uten at epikrise forelå. Han husker ikke så mye fra sykehusoppholdet, men mener at han ble lungetappet og etterpå var han tre uker på sykehjemmet. Jeg begynner å lete etter opplysninger fra sykehuset og hjemmesykepleien.

- medikamentlisten fant jeg hos hjemmesykepleien. Det er i alle fall garantert gjeldende medikamentliste, for de har nylig gitt ham ukedose.
- epikrisen ble fakset dagen etter fra sykehuset, der var det ingen opplysninger om warfarin, hvorfor har han ikke det?

Det viser seg at sykehuslegen også mener at han bør ha det. Så får han warfarinbehandling etter at vi har etablert en trygg linje mellom ham, hjemmesykepleien og fastlegen for oppfølging av INR.

KASUS 2:

Fredrik er alkoholisert, uføretrygdet, 60 år gammel og har etter hvert fått dårlig korttidshukommelse. Han har levd nokså isolert i skogen. Så fikk han plass på aldershjemmet, men han reiste ofte til «hytta» si i skogen. Jeg kjenner ham godt gjennom mange år. Mange alvorlige sykdommer, bl.a. insulin-krevende diabetes mellitus, astma, angst og atrieflimmer.

- Han faller, får stadig dårligere korttidshukommelse og dårlig regulert diabetes.
- Innlegges så med rask atrieflimmer.
- Utskrives uten trimipramin og zopiclone om kvelden og langtidsvirkende insulin er redusert fra 50+36 enheter til 30. Dette vet ikke jeg, for epikrisen kommer raskt, men ikke før etter en uke.
- Hjemmesykepleien fortviler fordi han ikke sover, er veldig urolig og bl.s. er skyhøyt. Etter utskrivelsen har han nemlig gått tilbake til sin gamle vane med store doser sjokolade.

Medikamentene korrigeres, og han får det bedre, både med sin diabetes og sin angst. Ingen livstruende hendelser, men problemene kunne vært unngått ved bedre kommunikasjon ved utskrivelsen.

Det farefulle ved medikamenthåndteringen

- Mangelfull føring av medikamentliste
- Mangelfull kommunikasjon med pasienten
- Mangelfull kommunikasjon mellom pasientens hjelpere
- Mangelfulle kunnskaper om medikamentene og indikasjonene

Mangelfull føring av medikamentliste

Studiene viser store sprik mellom fastlegens og hjemmesykepleiens medikamentlister. Ajourførte, korrekte lister over faste medisiner er vanskelig å gjennomføre. Vi glemmer å føre inn når vi endrer, vi glemmer å stryke gamle me-

disiner og doseendringer føres ikke inn. Pasienten slutter selv p.g.a. bivirkninger, legevakt gjør endringer, andre leger gjør endringer når pasienten er til spesialistundersøkelser, ved innleggelser i sykehus o.a. *Hvordan sikre at vi oppdaterer faste medisiner?*

Mangelfull kommunikasjon med pasienten

Ved oppstart av behandling med nye medisiner trengs tydelig og god informasjon til pasienten. Det kan hende vi samtidig gir mange andre beskjeder om dose, bivirkninger, undersøkelser og annen behandling. Informasjon om opptrapping av behandling med flere medisiner, kan bli misforstått som at pasienten skal slutte med de gamle medisinene. Når pasienten bruker mange medisiner, kan det være vanskelig å skjønne hvorfor og for hva man bruker dem. Informasjon om synonympreparater kan være krevende. Noen tar både original og synonympreparat samtidig, fordi de ikke vet at det er samme medisin. Legen kan også være forvirret over generiske og originale navn. *Hvordan sikre god informasjon til pasienten?*

Mangelfull kommunikasjon mellom pasientens hjelpere

Hjelperne er både pårørende, hjemmesykepleien, sykehjemmet, sykehuset og fastlegen. Felles for disse er at de ikke har den hukommelsen den relativt friske pasient har om tidligere sykdommer og medisiner, om utprøving av medisiner, om allergier og andre medikamentreaksjoner. Det blir altså straks mye mer risikofyllt når vi må gå om tredje person eller når pasienten av forskjellige grunner ikke kan følge så godt med selv. Dette er ofte pasienter som bruker mange forskjellige medisiner, er i behandling hos flere forskjellige leger og kan ha hyppige innleggelser i sykehus. Det innebærer mange endringer i medikamenter, mange parter som skal kommunisere og mange utøvere av det oppdraget det er å gi medisiner via hjemmesykepleien. Vi må ha klare samhandlingslinjer hvis dette skal gjennomføres trygt. Men hvem vet hvilke medisiner pasienten til enhver tid bruker når pasienten nettopp ble utskrevet fra sykehus, epikrise ikke foreligger, sykehuset har sendt ut medikamentliste til hjemmesykepleien, men ikke til fastlegen, og sykehuset synes å ha glemt noen faste medisiner? Hjemmesykepleien ringer fastlegen, men fastlegen vet ikke hva som ble gjort på sykehuset. Selv om hun har oppdatert medikamentlisten før innleggelsen, var det kanskje en øyeblikkelighjelpsinnleggelse fra legevakt, og de hadde ikke informasjon om tidligere medisiner. *Hvordan sikre at det bare er én medikamentliste?*

Mangelfulle kunnskaper

Det siste punktet om mangelfulle kunnskaper hos forskriver har flere aspekter. Jeg skal ikke behandle de sidene som går på legens faglige kunnskaper om legemiddeleffekt og interaksjoner, men kort nevne at kunnskaper om pasien-

ILLUSTRASJONSFOTO: GUY ERWOOD



tens mulighet til selv å følge opp sine medisiner eller at pasientens hjelpere gjør det, er en viktig del av vurderingene rundt forskrivningen. Vet legen om pasienten vil kunne huske å gå til blodprøvekontroller som er nødvendig ved en del forskrivninger? Kunnskaper om pasientens hjemmemiljø kan være viktig, likeså om allergi eller intoleranse.

Fire hovedpunkter for å kvalitetssikre disse manglene:

- Faste medisiner må førest i medikamentlisten i den elektroniske journalen.
- Det er fastlegens medikamentliste som er den gjeldende.
- Hjemmesykepleien skal ha medikamentliste fra fastlegen underskrevet av denne og med dato. Ved alle endringer skrives ny.
- Ved utskrivning fra sykehus sammenholder fastlegen egen og sykehusets liste, og etter gjennomgang skriver fastlegen ny liste til pasienten eller hjemmesykepleien.

Noen underpunkter som kan hjelpe oss i kvalitetssikringen

- Medikamentliste kontrolleres ved alle konsultasjoner.
- Alle endringer føres inn.
- Generisk navn skrives såfremt det er mulig.
- Pasienten får med oppdatert medikamentliste ved alle konsultasjoner.
- Fastlegen har ansvar for at medikamentlisten stemmer, men samarbeidspartnerne og pasienten selv, hvis han har mulighet til det, har ansvar for å meddele fastlegen alle endringer.
- Pasienter som er satt på warfarin skal ha avtalt kontroll hos fastlegen eller via hjemmesykepleien før utskrivning. De skal alltid ha med seg INR-kort utfyllt fra sykehuset.

Diskusjon

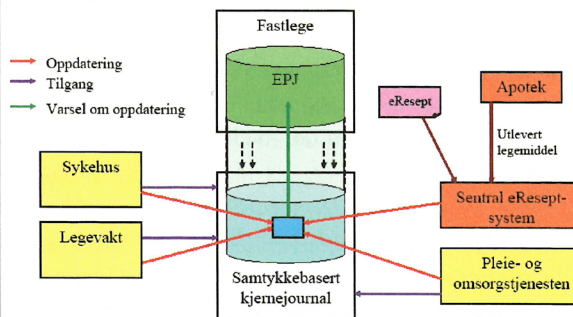
Mange vil hevde at disse reglene er rigide og urealistiske, men det er etter hvert mye dokumentasjon på at medikamentlister og forskrivning er altfor dårlig kvalitetssikret, og at det ofte skjer uheldige hendelser og nestenulykker p.g.a. dette. Derfor er det helt nødvendig å finne systemer som kan sikre medikamentforskrivningen mye bedre enn i dag. Bente Thorsen skrev i Utposten nr. 6 om endring av rutiner på Aker US for utskrivning av pasienter på Marvan fordi man hadde sett mange potensielt farlige situasjoner (4).

Det å alltid føre generisk navn er ikke vanlig i dag, og å innføre nye regler på dette område må forventes å bli vanskelig. Vi har fått mange synonympreparater som godtas på lik linje med originalpreparatene, men mottar ofte klager på dårligere effekt ved en del synonympreparater. Likevel innebærer det store antall preparater med litt forskjellige navn og forskjellig forpakning, en stor risiko for feil. Pasienter tar av og til dobbel dose, både original- og synonympreparat, leger tar feil av navn, glemmer hva pasienten fikk sist, og slurv fører til feil.

Det å gi pasienten oppdatert medikamentliste hver gang de er hos oss, innebærer litt ekstra arbeid, men er første skritt på veien til at vi oppdaterer medikamentlisten, har oversikten selv og hjelper pasienten til å kunne ha oversikt.

Når hjemmesykepleien styrer medikamentutdelingen, må de ha medikamentlisten ved alle endringer og i underskrevet stand slik at det er dokumentert at legen har godkjent den. Reseptfornyelser må kun skrives ut fra medikamentlisten i den elektroniske journalen. Da får vi en kvalitetssikring av at riktige medisiner brukes.

Samtykkebasert kjernejournal er ment å være en nærmere definert del av journalen som pasienten har samtykket til at flere deler av helsevesenet har elektronisk tilgang til. Medisinkort som del av denne journalen er det første man nå gjør forsøk med å søke å få til teknisk og praktisk i Stavanger og Trondheim. Her skal fastlegen være kontrolløren og koordinatoren av medisinkortet. Formålet er å minske risikoen for feilmedisinering.



KITH

Samtykkebasert kjernejournal • Torbjørn Nystadnes

KITH FRA KITH, TORBJØRN NYSTADNES

I Stavanger og Trondheim gjøres fyrtårnprosjekter med samtykkebasert kjernejournal og elektronisk medisinkort (5). Se boks på side 10 for forklaring.

Når helsenett fungerer og vi har innført samtykkebasert kjernejournal for de pasientene som trenger tilrettelagte tjenester, vil medikamentforskrivningen kunne bli tryggere. Men det vil også der være nødvendig at de som går inn og bruker systemet, gjør det nøyaktig og korrekt (shit in – shit out).

Det blir en annen stor utfordring å få alle som gjør endringer i pasientens medisiner til å melde dette til fastlegen. Tanken bak samtykkebasert kjernejournal bygger på denne forutsetningen. Man ønsker å ha en elektronisk kjernejournal hvor de som gjør endringer hos pasienten, kan melde det i kjernejournalen. Fastlegen skal så godkjenne endringene og sikre informasjon til dem som har ansvar for utdeling av medisiner, enten det er pasienten selv, hjemmesykepleien, sykehjemmet eller sykehuset ved innleggelser.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: frydrein@online.no

Skal dette gjennomføres, må vi forut for innføringen ha en gedigen innsats og kvalitetsforbedring både av journalføring og samarbeid på tvers av linjene og mellom etatene i kommunen. Når fastlegens medikamentliste skal være den gjeldende, må den få en helt annen kvalitetskontroll enn den har i dag. Samarbeidet med hjemmesykepleien og sykehuskollegene om medisinalistene må også kvalitetsforbedres og kontrolleres. Vi fastleger må sette av tid og ressurser til dette viktige arbeidet.

Litteratur

1. Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Rygh E. Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. Tidskr Nor Lægeforen nr. 13-14, 2007; 127: 1766-9
2. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasienten? Tidskr Nor Lægeforen nr. 6, 2004; 124: 810-2
3. Jensen SA, Øien T, Jacobsen G, Johnsen R. Feil i medisinkortene en helserisiko? Tidskr Nor Lægeforen nr. 24, 2003; 123: 3598-9
4. Thorsen B. Overlevering med risiko: Utskrivelse fra sykehus for pasienter som bruker Marevan. Utposten nr 6, 2007.
5. www.kith.no Samtykkebasert kjernejournal.

MEDIKAMENTHÅNDTERING slik vi gjør det i Sør-Fron kommune:

I Sør-Fron, som er en liten kommune med ett legesenter og en hjemmetjeneste/sykepleie å forholde seg til, har vi løst problemet med medisinalister på følgende måte:

Det er alltid fastlegens medisinaliste som er gjeldene, og som skal benyttes av hjemmesykepleien når de skal legge dosetter.

- Dersom medikamentliste følger pasient hjem fra sykehus og hjemmesykepleien får denne før legen, faxes/bringes denne til legen ved første anledning (dvs. første vanlige arbeidsdag).
- Legen går gjennom listen/ kontrollerer mot den gamle og tar stilling til om endringen virker hensiktsmessig.
- Tar evt. kontakt med sykehuset dersom det er endringer en ikke forstår eller er uenig i. Det samme gjelder naturligvis dersom legevakt eller andre har gjort endringer som hjemmesykepleien har fått beskjed om, og ikke fastlegen.
- Hjemmesykepleien får ny oppdatert og signert medisinaliste fra fastlegen samme dag, og bruker i fortsettelsen bare denne.

Vi har også et system for bestilling av medisiner:

- Hjemmesykepleien bestiller medisiner for (ca.) 3mnd for sine pasienter, og supplerer naturligvis ved behov. Bestillingen skjer ved at de faxes gjeldende medisinaliste til legesenteret med påskrift om hvilke medisiner pasienten trenger og hvilket antall de ønsker.

senteret med påskrift om hvilke medisiner pasienten trenger og hvilket antall de ønsker.

- Helsesekretær tar ut aktuelle resepter og skriver samtidig ut ny medisinaliste.
- Helsesekretærene kan ikke ta ut resepter på annet enn det som er lagt inn som fast- eller behovs-medisin. Kun fastlegen kan tilføye noe til disse listene.
- Fastlegen signerer reseptene, gjennomgår medisinalisten og signerer den.
- Reseptene sendes apoteket, hjemmesykepleien får medisinerne direkte derfra.
- Signert medisinaliste sendes hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien i Sør-Fron har alltid (unntatt få dager i forbindelse med helg etc.) signert og oppdatert medisinaliste fra fastlege som de forholder seg til. Dette er en kvalitetssikring, og vi vet at det ikke flyter div. ulike lister rundt i systemet!

Representant fra hjemmesykepleien, apoteket og legesenteret har årlige møter, og referatene fra disse møtene fungerer som skriftlige retningslinjer for samarbeidet.

Dette fungerer godt, synes vi. Jeg forholder meg også til andre kommuner, men er mer usikker på hvordan det forholder seg der.

Rita Hansen Møller