

Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennt medisinen 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.



Samordning av medisinlister – bør vi opprette en nasjonal felles medisinliste?

■ BENT ASGEIR LARSEN *fastlege i Halden. Konsulent i Helsedirektoratets Kjernejournalprosjekt*

I vår elektroniske journal (EPJ) er listen over pasientens faste medisiner et av de mest sentrale elementer. eResept-programmet har valgt å kalle denne listen «Legemidler i bruk» (LIB) fordi listen skal inneholde fortegnelse ikke bare over hva pasienten bruker fast, men og hva som doseres som en kur og hva som pasienten bruker ved behov. Ideelt sett skal den listen som vi har registrert i vårt journalsystem være den korrekte listen over de legemidler som pasienten også faktisk bruker. Dessverre viser det seg at dette langt fra er tilfellet.

Det er et klart problem at det i dagens situasjon finnes flere medisinlister, i fastlegens EPJ, hos private spesialister, på sykehus, i apotek, i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Disse listene må hele tiden samordnes og det er ved flere studier påvist til dels alvorlige mangler og feil i denne samordningen. Rognstad og Strand (2004) viste at hos hele tre av fire pasienter var det avvik mellom det fastlegen hadde registrert og det hjemmesykepleien hadde i sine lister (1). Jensen og medarbeidere (2003) påviste avvik i 90 prosent (!) mellom fastlegens og hjemmesykepleiens medisinlister (2). Bakken og medarbeidere (2007) påviste klare mangler i informasjonsoverføring vedrørende medikasjon mellom behandlende lege og hjemmetjenesten (3). Også ved innleggelse i sykehus er det påvist avvik i medikasjonsopplysningene. Rabøl og medarbeidere (2006) viste at det var avvik mellom innleggende leges opplysninger om faste legemidler og pasientens egne opplysninger i 63 prosent av innleggelsene, i 40 prosent av tilfellene hadde avvikene behandlingmessig betydning (4). I en studie fra Canada (2005) undersøkte man om det var feil i pasientens medisinliste på kurven i forhold til reell medikasjon ved innleggelsestidspunktet (5). Hos 54 prosent ble det oppdaget feil i medisinlisten på kurven i forhold til pasientens reelle bruk. Den vanligste feilen var at et legemiddel ble uteglemt ved føring av kurven.

I 38 prosent av tilfellene kunne det ha resultert i potensielt ubehag eller fare for pasienten. Utilstrekkelig tilgjengelig informasjon for legen som tok opp journalen anføres som hovedårsak til feil.

Det er heller ikke i dag noen metoder for automatisk samordning mellom de enkelte listene og selv med dagens moderne elektroniske kommunikasjon sendes legemiddelopplysninger i svært liten grad i strukturert form. Selv om epikrisen sendes elektronisk til oss sendes fortsatt opplysningene om hvilke legemidler pasienten skal bruke etter utskrivning i fritekstformat slik at vi manuelt må oppdatere vår liste i EPJ for at endringene

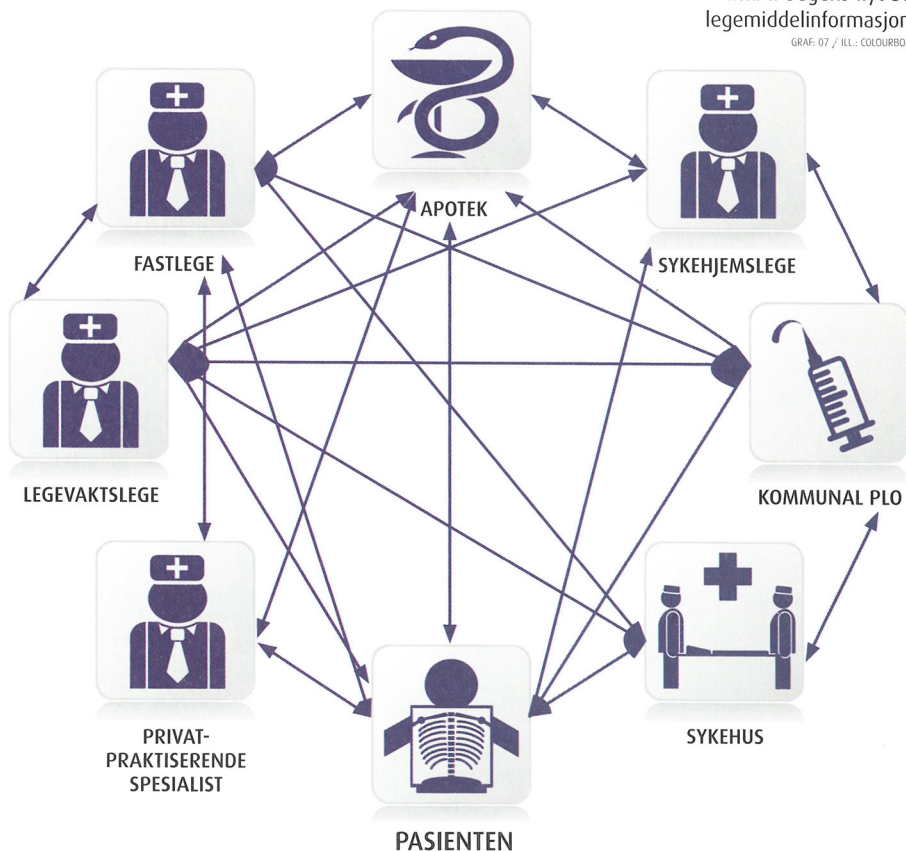
som er foretatt skal bli registrert. Denne prosessen gir stor risiko for feil.

De fleste av oss bruker i dag mye tid på å samordne den enkelte pasients «Legemidler i bruk»-liste. Listen må manuelt oppdateres hver gang vi mottar epikriser/beskjeder om endringer gjort av andre leger. Den oppdaterte listen må deretter distribueres til de andre aktuelle parter som benytter denne, eksempelvis pleie- og omsorgstjenesten, multi-doseapotek m. fl.

Dagens medisinliste er således et «håndarbeid» uten noen form for automatisk samordning.

FIGUR 1. Dagens flyt av legemiddelinformasjon

GRAF: 07 / ILL.: COLOURBOX



Samordning av pasientens medisinlister

Som nevnt er i dag all samordning av medisinlistene en manuell og tidkrevende prosess som gir store muligheter for feil. Med dagens tilgjengelige teknologi bør dette kunne gjøres på en bedre måte.

Man kan teoretisk tenke seg følgende muligheter for en bedre samordning av medisinlistene:

1. Det lages rutiner for automatisert synkronisering av medisinlistene hos de enkelte aktører. I praksis vil dette si en synkronisering når det mottas melding fra annen aktør om endring i «Legemidler i bruk». Denne samstillingen må enten skje hos hver enkelt aktør, eller man konstruerer et system hvor fastlegens EPJ oppdateres automatisk og derfra sendes en oppdatert liste til andre aktører. EPJ-løftet i regi av Norsk Forening for Allmenntilleggsmedisin har igangsatt et arbeid med utvikling av et slikt samstemmingsverktøy for bruk i legenes EPJ (6).
2. Det lages en nasjonal «sentral medisinliste» (legemidler i bruk -liste) som lagres i en sentral database hvor alle som gjør endringer i pasientens legemiddelbruk forpliktes til å sende en oppdatering. Denne listen vil da bli «mal» for alle lokale lister. Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid

med en nasjonal kjernejournal. En liste over pasientens aktuelle legemidler er et sentralt element i en kjernejournal. Teoretisk kan man tenke seg at denne listen med tiden kan utvikles til å bli en slik «sentral medisinliste».

Danmark oppretter «Fælles medicinkort»

Danmark startet utvikling av et «Fælles medicinkort» i 2009. Det skal være i full drift i løpet av 2011. Danmark har allerede etablert en reseptformidler for elektroniske resepter og forskrivende leger har lenge hatt tilgang til «Personlig Elektronisk Medicinprofil». Denne profilen gir opplysninger om en pasients resepter siste to år. I begrunnelsen for innføring av «Fælles medicinkort» heter det (7):

– På den Personlige Elektroniske Medicinprofil kan man finne en borgers sidste to års resepter, hvilket er et godt utgangspunkt for en læge til at bedømme en borgers aktuelle mediciner. Men der er nogle uhensigtsmæssigheder f.eks:

- Nogle borgere har rigtig mange resepter, hvoraf mange er gengangere eller medicinen er skiftet til et andet mærke (apotekerne er forpligtet til at udlevere billigste produkt) – hvorved det for en læge kan blive en temmelig uoverskuelig liste.

- En læge og en borger kan aftale at stoppe eller ændre doseringen af en behandling med et lægemiddel, hvilket man ikke kan se, når man kun har rezepterne at gå ud fra.

I januar 2011 er en helseregion i drift med «Fælles Medicinkort» (FMK) og et EPJ-system har utviklet ferdig integrasjon. Øvrige systemer skal settes i drift i løpet av 2011. Det er i løpet av 2012 planlagt integrasjon med journalsystemet som benyttes av kommunal pleie- og omsorgstjeneste.

FMK vedlikeholdes og oppdateres slik:

- En lege kan kopiere opp til FMK den listen over legemidler som pasienten bruker som han har registrert i sitt EPJ-system etter samtale med pasienten og kontroll av at denne listen er korrekt.
- Når en lege forskriver et legemiddel eller endrer på en ordinasjon av et legemiddel som er registrert i hans EPJ-system blir endringen automatisk også sendt til FMK.
- Når en pasient utskrives fra sykehus vil sykehuslegen oppdatere FMK med opplysninger om de legemidler som pasienten skal fortsette å bruke.

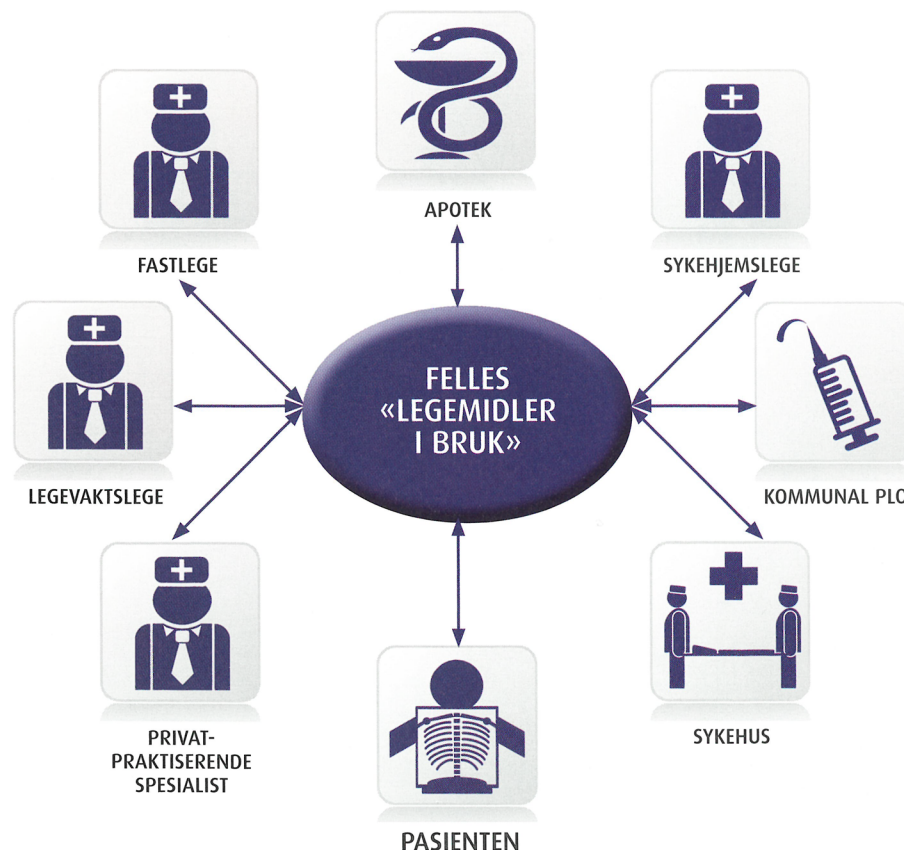
Ved innleggelse på sykehus oppdateres sykehusets interne journalsystem med opplysninger fra FMK, deretter «suspenderes» FMK så lenge pasienten er innlagt. Ved utskrivning oppdateres FMK og suspensjonen oppheves.

Hvis en lege forordner et legemiddel uten å være koblet opp mot FMK (eks håndskrevet resept i sykebesøk) vil dette legemiddelet bli registrert på FMK når resepten innleveres på apotek. Resepten vil da forefinnes på FMK som en «løs resept» og neste behandlende lege som oppdaterer FMK må ta stilling til om dette legemiddelet skal registreres som i fast bruk på FMK.

Bør vi innføre en nasjonal felles medisinliste?

Legemiddelinformasjon deles i dag med meldingsbasert informasjonsutveksling. Det vil si at avsender definerer hvem som skal få informasjonen. Dette har noen opplagte svakheter. For det første er det vanskelig for avsender av legemiddelinformasjonen å forutsi hvem som i fremtiden vil trenge denne informasjonen, for det andre har man ingen garanti for hvordan og når mottager oppdaterer sin lokale medisinliste i forhold til den mottatte informasjonen. Dette kan resultere både i at helsepersonell som trenger informasjonen ikke har den, og at den medisinlisten som benyttes ikke er oppdatert til tross for mottatt informasjon. Det siste problemet kan løses med utvikling av mer automatiserte synkroniseringsrutiner, mens mangel på informasjon vanskelig kan løses med dagens system.

FIGUR 2. Felles medisinliste. GRAF: 07 / ILL.: COLOURBOX



Nasjonal kjernejournal vil kunne løse problemet med mangel på informasjon. Innføringen av denne adresserer nettopp svakhetene ved den meldingsbaserte informasjonsutvekslingen ved at man lager et system hvor informasjon kan hentes når det er behov for den. Men vil innføringen av en ny medisinliste bare øke problemet med mangelfull synkronisering av de eksisterende medisinlistene? Hvis kjernejournalens medisinliste ikke inneholder fullstendig informasjon vil dette kunne bli en ny kilde som også må samordnes med de øvrige legemiddelopplysningene som behandleren har om pasienten.

Innføringen av eResept med Reseptformidleren som en sentral nasjonal formidler av reseptopplysninger samt innføring av Nasjonal kjernejournal med en historisk liste over pasientens legemiddelbruk åpner opp for helt nye muligheter i samhandlingen mellom helsepersonell om pasientenes legemiddelbruk. Ved å la kjernejournalens medisinliste utvikle seg i en retning som muliggjør en sentral nasjonal medisinliste over den enkelte pasients «legemidler i bruk» vil dette kunne avhjelpe mange av dagens problemer med samordning av de mange lokale medisinlister som finnes om hver pasient. Det er sannsynlig at dette på sikt også vil redusere feil i legemiddelbruk som skyldes svikt i legemiddelinformasjon.

Det er selvsagt mange spørsmål som reiser seg av etisk, personvernmessig og praktisk karakter når vi vurderer innføringen av kjernejournal og en mulig sentralisert medisinliste. For tiden ligger Helse- og Omsorgsdepartementets forslag til lovendringer i forbindelse med Nasjonal kjernejournal ute på høring (8). Her er mange slike problemstillinger diskutert. Jeg vil oppfordre alle interesserte kollegaer til å være med i diskusjonen om hvordan vi vil at de teknologiske mulig-

heter som nå vil åpne seg skal utnyttes. Bør vi for eksempel følge danskernes eksempel og utvikle et system hvor informasjon om alle innbygges faste medisiner lagres i et sentralt register? En slik utvikling vil ha opplagte fordeler, men kanskje og noen betenkeligheter: Tiden er nå inne for å ta denne diskusjonen.

REFERANSER

1. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Apr 18;124(6):810-2. Tilgjengelig fra: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15039817.
2. Jensen SA, Oien T, Jacobsen G, Johnsen R. Feil i medikamentkortene - en helseisiko? Tidsskr Nor Laegeforen. 2003 Dec 18;123(24):3598-9. Tilgjengelig fra: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=14691515.
3. Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Rygh E, Hjortdahl P. [Insufficient communication and information regarding patient medication in the primary healthcare]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007 Jun 28;127(13):1766-9. Tilgjengelig fra: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17599123.
4. Rabol R, Arroe GR, Folke F, Madsen KR, Langergaard MT, Larsen AH, et al. [Disagreement between physicians' medication records and information given by patients]. Ugeskr Laeger. 2006 Mar 27;168(13):1307-10. Tilgjengelig fra: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16579882.
5. Cornish PL, Knowles SR, Marchesmo R et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med 2005; 165: 424-9.
6. www.refepj.no
7. http://www.sdsd.dk/Det_goer_vi/Faelles_Medicinkort/FAQ_om_FMK.aspx#1 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/etablering-av-nasjonal-kjernejournal/horingsnotat.html?id=651189>

bent@karrestad.no



Receptkøb Ordinationer Sygehuseleveringer

Medicinskab Medicinbilsrud Cave

Hjælp

På denne side kan du se alle de ordinationer, som er ordineret elektronisk og sendt elektronisk. Ordinationer som er udskrevet på papir, fax- eller telefonrecept er ikke elektroniske og findes derfor ikke i Medicinprofilen. Disse ordinationer indberettes først ved ekspedition på apoteket. Ordinationer slettes efter 2 år.

Fra dato: Til dato: Lægemiddelnavn:

Filter Nulstil

Åbne ordinationer

Listen viser alle dine åbne ordinationer. Klik på en ordination i listen og få vist yderligere oplysninger om den valgte ordination og se, hvilke udleveringer, der eventuelt er foretaget på ordinationen. Ved klik på en ordination får du også adgang til flere funktioner på den valgte ordination, eksempelvis at bestille en udlevering eller inaktivere en aktiv ordination.

Dato	Lægemiddel	Behandling	Dosering
30.01.2007	Kaleorid	Kaliumbilsrud	1 tablet daglig
30.01.2007	Cipralex	Mod angst	1 tablet daglig
30.01.2007	Panellin	Mod infektion	1 tablet 2 gange daglig
30.01.2007	Diproderm	Mod eksem	Udvortes 2 gange daglig

Antal poster 4

Afsluttede ordinationer

Listen viser alle dine afsluttede ordinationer. Når en ordination er afsluttet, kan du ikke få flere udleveringer på ordinationen. Klik på en ordination i listen og få vist yderligere oplysninger om den valgte ordination og se, hvilke udleveringer, der eventuelt er foretaget på ordinationen.

Dato	Lægemiddel	Behandling	Dosering
30.01.2007	Fucicoort	Mod inficøret eksem	Udvortes flere gange daglig
30.01.2007	Panodil Retard	Mod smerter	2 tabletter 2 gange daglig
30.01.2007	Idotyl	Forebyggende mod blodprop	1 tablet 3 gange daglig

Antal poster 3

Utposten

- blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim • MOBIL: 907 84 632 • FAX: 63 97 16 25 • E-POST: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN • Det koster kr. 500,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

NAVN

ADRESSE

POSTNR/STED

