

Sovemedisin, Vekkemedisin, Drømmemedisin

■ **BENNY ADELVED** fastlege, Storbyen legesenter, Sarpsborg og praksiskonsulent ved ortopedisk avdeling, Sykehuset Østfold

Med lukkede øyne og lent mot en billettautomat forsøkte jeg å holde på morgentrettheten jeg ennå kjente i kroppen etter å ha stått opp en time tidligere enn min daglige rutine tilsa. Håpet var på ny å kunne gli inn i søvnen under togreisen til Oslo. Planen var å komme meg inn på toget så fort som mulig før den sure novemberluften vekket meg mer enn høyst nødvendig. Hvem kunne regne med frosne jernbanskinner, snømasser og alternativ busstransport og derav forsinket ankomst til konferansen? Nei, ingen bonussøvn på toget den gangen.

«Dette må da være noe for deg...?!» sa min sjef, halvt bedende da hun merket min avmålte interesse for konferansen. Tittelen, «Nettverksbasert Læringsseminar for Samstemming av Legemiddellister», ga ingen indikasjon på at dette egentlig var starten på en prosess som ville kreve både sin mann og tid. Konferansens mål og delegatenes oppdrag var følgende: å forhindre 1500 unødvendig dødsfall pr år som følge av feilaktig medisinhåndtering. 1500 dødsfall pr år! – hadde jeg ikke hørt denne statistikken før? Jo, fra en kollega i Gjøvik hvor de hadde kartlagt forekomst av feil i epikriser tidligere samme år (1).

På toget tilbake fra konferansen var jeg definitivt våken. Jeg falt i tanker og forundret meg over statistikkens mysterier. Den er eksakt og gir et ganske nøyaktig bilde av en gitt situasjon, men gir samtidig leseren en følelse av distanse og fremmedgjøring av den enkelte skjebne. 1500 dødsfall i Norge betyr én pr uke i nedslagsfeltet for mitt lokalsykehus eller en pasient hvert tredje år i min egen fastlegepraksis. Unødvendige dødsfall er selvfølgelig uakseptabelt, men på det tidspunktet savnet jeg en ansvarsfølelse. På den andre siden kjentes ansvarsfølelsen desto sterkere da jeg tre uker senere satt med egenprodusert statistikk fra egen virksomhet som bekreftet resultatene fra Gjøvik.

«Dette må være noe for deg...!» sa jeg til min sjef mens jeg skjov rapporten over hen-

nes bord. Det faktum at annenhver pasient på Ortopedisk avdeling ved SØ får minst en feil medisin eller ikke får den medisin som de skulle hatt, var så alvorlig lesning at hun på sittende møte vedtok at min arbeidsgruppe fikk vidstrakt mandat til å utarbeide forslag til nye rutiner. I løpet av noen uker hadde gruppen skissert et detaljert forslag som skulle styre medikamentoversikten fra det tidspunkt pasienten kommer til akutten, gjennom sykehusoppholdet og til utskrivning.

Sykehuset jobber for å bedre sine rutiner som er vel og bra, men hva så med fastlegenes rolle? Fastlegen er tross alt den viktigste aktøren i samstemming av legemiddellister og alt er avhengig av at fastlegene fortløpende oppdaterer egne pasienters medisinliste i samsvar med innkommende epikriser. Jeg som fastlege bruker i snitt opp til 45 minutter daglig for å gå gjennom 15–20 epikriser og oppdatere den enkelte pasients legemiddelliste. Dette merarbeidet kommer i tillegg til en allerede full arbeidsdag og må dertil konkurrere med annet forefallende arbeid som gjøres etter ordinær arbeidstid. Man trenger ikke å være statistikkanalytiker for å skjønne at dette systemet ikke lar seg kvalitetssikre med mindre alle de 4000 fastlegene i landet arbeider inntil 45 minutters dugnad hver dag.

Usikkerheten knyttet til dagens praksis frarøver meg nattesøvnen. Men istedenfor sovmedisin til meg velger jeg meg tanken på drømmemedisinen. Med enkle IKT-løsninger kan legemiddellisten hos fastlegen kontrolleres automatisk mot innkommende elektroniske epikriser og varsle fastlegen som deretter korrigerer endringene. På den måten har man fullstendig samstemt legemiddelliste med noen få tastetrykk.

FAKTA

Gjøvik sykehus, 2009.



- Minst en medikamentrelatert feil i 53 prosent av henvisningene.
- Minst en medikamentrelatert feil i 49 prosent av epikrisene.
- Bare 21 prosent har legemiddelliste ved akutt innleggelse.

Sykehuset Østfold (SØ), ortopedisk avdeling 2011



- Minst en medikamentrelatert feil i 50–70 prosent av innleggeselsnotat, kurve eller epikrise.
- Bare 4 prosent har legemiddelliste ved akutt innleggelse.

Forslag til nye rutiner ved ortopedisk avdeling, SØ

1. Innføring av legemiddelanamneseskjema ved innleggelse.
2. Rutiner for avdelingssekretær som innen 24 timer etter innleggelse ringer fastlege.
3. Å ansette klinisk farmasøyt for gjennomgang av legemiddelliste for inneliggende pasienter.
4. Nye rutiner for utskrivningsnotat/epikrise.

benny@adelved.no

Forfatter Benny Adelved, tankefull over hvor hyppig det forekommer feil i legemiddellistene ved ortopedisk avdeling ved Sykehuset Østfold, der han er praksiskonsulent.

1 Frydenberg og Brekke Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggelsesskriv og epikriser. Tidsskrift for DNLF 9/10 2011