

Uoverensstemmelser mellem medicinoplysninger fra patienter og egen læge

Læge Rasmus Rabøl, læge Gry Rosenkjær Arrøe, læge Fredrik Folke, læge Kristian Rørbæk Madsen, læge Michael T. Langergaard, læge Annette Højman Larsen, praktiserende læge Tommy Budek & overlæge Jens R. Andersen

Nykøbing Falster Centralsygehus, Medicinsk Afdeling, Faglig Udvikling i Almen Praksis (FUAP), Storstrøms Amt og Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, Institut for Human Ernæring

Resume

Introduktion: Formålet med studiet var at undersøge graden af overensstemmelse mellem medicinoplysningerne fra egen læge og fra patienterne i forbindelse med indlæggelse på en medicinsk afdeling.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en prospektiv, ublindet kohorteundersøgelse. I alt 100 konsekutivt indlagte patienter på en medicinsk afdeling blev inkluderet, hvis de tog mere end to receptpligtige lægemidler. Der blev foretaget et supplerende medicininterview med patienterne kort efter indlæggelsen, og resultatet blev sammenlignet med medicinoplysningerne fra egen læge. Hvis der ikke forelå en skriftlig medicinliste fra egen læge blev vedkommende kontakttet telefonisk. Uoverensstemmelser mellem patientens og egen læges oplysninger blev noteret, og efterfølgende blev data analyseret blindt af to af forfatterne for at vurdere, om uoverensstemmelserne var klinisk relevante eller ikke-relevante for patienten.

Resultater: For 40% (95% konfidensinterval (KI) 30-50%) af de indlagte patienter var der klinisk relevante uoverensstemmelser mellem patienternes medicinoplysninger og oplysningerne fra egen læge. Samlet blev der fundet uoverensstemmelser for 63% af patienterne. Gruppen med klinisk relevante eller alvorlige uoverensstemmelser var ikke forskellig fra gruppen med fuld overensstemmelse mht. alder, køn, indlæggelsesmåde og antallet af receptpligtige præparater. Af de 41%, som blev indlagt af egen læge, medfulgte en skriftlig medicinliste hos 54%. Efterfølgende blev de praktiserende læger inviteret til et møde om problemet. Mødedeltagerne fandt det hensigtsmæssigt, at patienterne selv bærer medicininformation ved alle kontakter med sundhedsvæsenet.

Konklusion: Egen læges oplysninger om patienternes medicinstatus er upræcis, og der er behov for forbedringer. Uoverensstemmelserne er klinisk relevante for patienterne, og omfanget af dem er nedslående.

Medicinanamnesen er vigtig ved akut indlæggelse af medicinske patienter. En korrekt anamnese nedsætter risikoen for interaktioner samt over- og underbehandling og kan medvirke til at identificere medicinbivirkninger som indlæggelsesårsag

[1]. Desværre er det gentagne gange påvist, at medicinanamnesen ved indlæggelsen er mangelfuld, idet der er uoverensstemmelser mellem egen læges og patientens oplysninger [2-6]. I tidligere danske opgørelser er der påvist uoverensstemmelse mellem oplysninger fra egen læge og oplysninger fra patienten hos mellem 61% [4] og 79% [6] af patienterne, når dosisafvigelser ikke blev talt med. *Andersen et al* sammenlignede indlæggelsesjournalens medicinliste med egen læges oplysninger og oplysninger indhentet ved et struktureret interview med patienten 24 timer efter indlæggelsen. Her fandtes fuld overensstemmelse mellem alle tre lister hos 9% af patienterne [5]. I samme undersøgelse blev der foretaget en evaluering af den kliniske betydning af de ukorrekte medicinoplysninger, og det blev anslået, at korrekte oplysninger kunne have medført et mere hensigtsmæssigt indlæggelsesforløb hos omkring 20% af patienterne. *Cornish et al* fandt i et canadisk studie, at uoverensstemmelser i medicinlisterne hos 5,7% af de akut indlagte patienter havde alvorlige kliniske implikationer, defineret som nogle, der forårsagede potentielt ubehagelige eller skadelige virkninger [7].

Man har ved forskellige interventioner forsøgt at forbedre medicinanamnesen ved overgangen mellem primær- og sekundærsektoren. Det er flere gange påvist, at supplerende strukturerede interview under indlæggelsen kan gøre medicinanamnesen mere korrekt [1, 3, 5, 8]. Andre har forsøgt at forbedre kommunikationen mellem de praktiserende læger og sekundærsektoren ved at udstyre patienterne med personlige medicinkort. *Atkin et al* udstyrede 187 ældre patienter (>60 år) med medicinkort, men erfarede ved tre opfølgninger efter fire måneder, otte måneder og 12 måneder, at kortene ikke blev opdateret, at de blev smidt væk, og at kun en mindre del af patienterne (21%) fandt dem nyttige [9]. Anderledes positive var 45 ældre patienter, som i en undersøgelse fra 1991 fik uddelt medicinkort [10]. Af dem fortsatte 75% med at bruge kortene efter undersøgelsens afslutning.

De praktiserende læger har ansvar for at føre ordnede medicinoptegnelser. Desværre har man i både danske og udenlandske undersøgelser påvist, at der eksisterer store uoverensstemmelser mellem de praktiserende lægers og patienternes oplysninger om medicinstatus [2, 11-14, 15]. Ofte vanskeliggøres arbejdet af, at kommunikationen mellem sygehuspersonalet og de praktiserende læger er af varierende kvalitet [16], og af at flere læger er involveret i behandlingen af patienterne. *Barat et al* påviste således, at 31% af de 75-årige danske patienter fik udskrevet medicin fra mere end en læge [15].

Vi ønskede at undersøge omfanget af uoverensstemmelser

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

i medicinoplysninger fra praktiserende læger og patienter indlagt akut på en medicinsk afdeling.

Materiale og metoder

Undersøgelsen blev udført som en prospektiv, ublindt kohorteundersøgelse. Undersøgelsen blev udført på Medicinsk Afdeling, Storstrømmens Sygehus, Nykøbing Falster, fra januar til maj 2004. Patienter, som tog mere end to receptpligtige lægemidler, og som blev indlagt på hverdage på afdelingen, blev screenet med henblik på inklusion. Personer under 18 år, alvorligt syge eller patienter, som ikke kunne deltage i et interview blev ekskluderet. Alle patienter modtog mundtlig og skriftlig information, inden de accepterede at deltage i undersøgelsen. Der blev foretaget et supplerende interview med de inkluderede patienter kort efter indlæggelsen, hvor den aktuelle medicinstatus blev registreret. Hvis der ikke forelå en skriftlig medicinliste fra egen læge, blev vedkommende kontaktet telefonisk og bedt om at oplyse patientens nuværende medicinstatus. Hvis egen læge ikke kunne træffes, blev oplysningerne indhentet via lægens personale. Alder, køn, indlæggelsesmåde, medicinlisten fra primærjournalen, medicinlisten fra egen læge og medicinlisten fra interviewet blev registreret. For det enkelte præparat blev navn, dosis, doseringsrytme og *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC)-kode registreret. Det blev ligeledes registreret, om præparatet kunne købes i håndkøb. Kvantitative data blev vurderet ved hjælp af Mann-Whitneys signifikanstest (uparret rangsumtest) og χ^2 -test. Signifikansniveauet blev sat til 5%, og der blev udført en a priori-styrkeberegning. Forsøget er klassificeret som et kvalitetssikringsprojekt af den regionale videnskabetiske komité.

Data blev blindet gennemgået af to af forfatterne, og det blev vurderet, om uoverensstemmelserne var klinisk rele-

vante. Uoverensstemmelserne blev anset for at være klinisk relevante for patienten, hvis de drejede sig om: 1) afhængighedsskabende lægemidler, 2) lægemidler med potentielt alvorlige bivirkninger, 3) dosisdispensering og 4) at patienten tog større dosis end egen læge angav. Alle uoverensstemmelser med håndkøbspræparater, medicin som patienten selv havde fravalgt og tilfælde, hvor patienten selv havde reduceret dosis, blev ikke regnet for at være klinisk betydningsfulde. Efter opgørelse af resultaterne blev der sendt invitationer til de lokale praktiserende læger med indbydelse til et fokusgruppemøde. Her blev resultaterne fremlagt, og løsningsforslag blev foreslået og diskuteret. Ved mødet deltog seks ud af 52 praktiserende læger fra sygehusets optageområde.

Resultater

I alt 219 patienter blev screenet med henblik på inklusion i studiet. Af dem blev 100 patienter inkluderet. Gruppen af ekskluderede patienter adskilte sig ikke fra gruppen af inkluderede med hensyn til køn, alder, indlæggelsesmåde eller antal præparater. Patientkarakteristika fremgår af **Table 1**.

Der var uoverensstemmelser mellem patientens og egen læges medicinoplysninger hos 63% af patienterne. Klinisk relevante uoverensstemmelser mellem egen læge og patienten blev fundet hos 40% af patienterne. 41% af patienterne var indlagt via egen læge, og 54% af disse medbragte en skriftlig medicinliste fra deres læge.

Samlet fik patienterne ifølge de praktiserende læger 489 receptpligtige lægemidler. Af de 489 lægemidler bekræftede patienterne brugen af 83% (407). Patienterne oplyste ved det supplerende interview, at de indtog tilsammen 472 lægemidler. Egen læge bekræftede 409 af disse (87%). Egen læge og patient oplyste det samme antal lægemidler i 45% af tilfældene, mens 30% af patienterne oplyste færre og 25% flere lægemidler end

Table 1. Patientkarakteristika.

Karakteristika	Alle patienter	Patienter uden uoverensstemmelser	Patienter uden alvorlige uoverensstemmelser	Patienter med uoverensstemmelser	p-værdi ^a
Antal patienter	100	37	60	40	
Kønsfordeling, (k/m)	48/52	17/20	28/32	20/20	NS
Alder, år, median (spændvidde)	73 (40-93)	73 (58-93)	73,5 (53-93)	70 (40-88)	NS
Antal receptpligtige præparater ved indlæggelsen, median (spændvidde)	4 (2-17)	4 (2-10)	4 (2-10)	5,5 (2-17)	NS
Indlæggelsesmåde, %:					
112	34	35	28	42,5	NS
Ambulatorium	7	3	7	7,5	
Egen læge	41	49	43	37,5	
Selvhenvender	3	5	5	0	
Vagtlæge	14	8	17	10	
Ikke angivet	1	0	0	2,5	
Skriftlig medicinliste forelå ved indlæggelsen, %:					
Ja	22	32,5	25	17,5	NS
Nej	58	51,5	57	60	
Ikke angivet	20	16,0	18	22,5	

a) Patienter med uoverensstemmelser sammenlignet med patienter uden uoverensstemmelser og uden alvorlige uoverensstemmelser.

NS = nonsignifikant.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Eksempler på uoverensstemmelser. Alle tre patienter var indlagt af egen læge.

Patient nr.	Egen læges oplysninger	Patientens oplysninger	Kommentar
48 Kvinde, 67 år	Triatec, Canef, Hjertemagnyl, Eltroxin, Centyl m KCl, Kaleorid, Sotalol, Stilnoct	Triatec, Canef, Hjertemagnyl, Eltroxin, Nexium, Selozok, Marevan	Egen læge oplyste ikke om brug af Marevan. Oplyste i øvrigt to præparater (Centyl og Stilnoct), som patienten ikke længere tog
77 Kvinde, 88 år	Imovane, Remeron Smelt, Bisocor, Hjertemagnyl, Pinex, Contalgin, Laxoberal	Zopiclone, Remeron, Emconcor, Hjertemagnyl, Pinex, Contalgin, Dulcolax, Laktulose, Unikalk, Magnesia, Granon, Furix, Kaleorid, Penicillin, Fosamax	Egen læge oplyste ikke om brug af tre receptpligtige lægemidler (Penicillin, Furix, Fosamax). Contalgingodosis oplystes af patienten som tre gange højere
113 Kvinde, 84 år	Norvasc, Cozaar, Magnyl, Panodil, Actrapid, Brentacort, Nobligan, Oculac	Norvasc, Cozaar, Magnyl, Panodil, Mixtard 30/70	Egen læge oplyste ikke om Mixtard og kunne ikke oplyse dosis, men oplyste om tre præparater (Brentacort, Nobligan, Oculac), som patienten ikke brugte

egen læge oplyste. Inkluderes håndkøbspræparater, udgør fordelingen henholdsvis 33%, 31% og 36%. Egen læge kendte ikke til 33% af de håndkøbspræparater, som patienterne indtog. **Tabel 2** indeholder eksempler på uoverensstemmelser i medicinlister.

Ved fokusgruppemødet enedes man om forslag til forbedringer i kommunikationen om patienternes medicin. De praktiserende læger ønsker at modtage en telefax med opfordring til at indsende en opdateret medicinliste, når deres patienter indlægges. Desuden fandt gruppen det vigtig at øge opmærksomheden på seponering af medicinordinationer, især i de edb-systemer hvor ordination og seponering foregår på forskellige dataark, samt sikre, at medicinændringer, som sker under hjemmebesøg, bliver registreret. De praktiserende læger forhandler i øjeblikket med amtsrådsforeningen om et honorar til en »medicinkonsultation«, hvor patientens medicinliste gennemgås. Endelig enedes man om, at det kunne være hensigtsmæssigt, hvis patienterne selv medbragte medicinlisten ved kontakt til sundhedsvæsenet, ligesom det kendes fra vandrejournaler.

Diskussion

I denne undersøgelse bekræftes det, at der ved indlæggelsen findes store uoverensstemmelser mellem medicinoplysningerne fra egen læge og patienterne. En stor del af patienterne (63%) havde uoverensstemmelser i medicinlisterne, og hos 40% kunne uoverensstemmelserne kategoriseres som klinisk betydende eller alvorlige. Patienter, som havde uoverensstemmelser, adskilte sig ikke fra patienter uden uoverensstemmelser, hvad angår køn, alder, indlæggelsesmåde og antal lægemidler. En skriftlig medicinliste var tilgængelig hos 54% af de patienter, der var indlagt af egen læge, og egen læge kendte ikke til 33% af de håndkøbspræparater, som patienterne indtog.

Ved et efterfølgende fokusgruppemøde var der opbakning til at indføre personlige medicinkort, så patienten selv bærer medicininformation ved kontakten med sundhedsvæsenet. Desuden blev hospitalslægerne opfordret til at anmode egen

læge om en opdateret medicinliste, når patienterne blev indlagt. De praktiserende læger ønsker et honorar for en medicinkonsultation, hvor medicinlisten gennemgås og justeres.

Vores resultater er sammenlignelige med resultaterne af tidligere opgørelser, hvor der også er fundet store uoverensstemmelser i medicinoplysninger [2-7]. *Bourke & Foss* fandt i et dansk materiale uoverensstemmelser hos hhv. 61% og 79% af indlagte patienter, hvilket svarer godt til de 63%, som findes i denne undersøgelse. I tidligere undersøgelser har man påvist, at uoverensstemmelserne hyppigst drejede sig om udeladelser i medicinlisterne fra de praktiserende læger. I denne undersøgelse fandt vi derimod, at 30% af patienterne oplyste at tage færre præparater, end de praktiserende læger oplyste. Dette kan skyldes et problem med at registrere lægemidler som seponeret eller udløbet i de praktiserende lægers edb-systemer.

Vi fandt, at antallet af klinisk relevante uoverensstemmelser var større end i tidligere opgørelser. Tallene er dog svært sammenlignelige, da der ikke eksisterer en standardiseret metode til opgørelse af disse data. Vi har valgt den angivne definition af klinisk betydende uoverensstemmelser, da vi mente, at den definerede et mindstekrav til korrektheden af de praktiserende lægers oplysninger.

De praktiserende læger angav stor travlhed og fandt det til tider uoverskueligt at få overblik over patienternes medicin. Dette kan til dels skyldes, at 31% af de ældre over 75 år fik udskrevet medicin fra mere end en læge [15].

Vi har planlagt at indføre personlige medicinkort i optageområdet for Storstrømmens Sygehus, Nykøbing Falster. Tanken er, at patienterne selv bærer deres medicininformation, og de læger, som deltager i behandlingen af patienten, noterer ordinationer direkte på dette kort. I tidligere undersøgelser er der påvist stor tilfredshed blandt patienterne med sådanne tiltag, men de fleste forsøg har vist, at interessen for kortene aftager med tiden.

Et andet tiltag, som har potentiale til optimering af udvekslingen af medicinoplysninger, er Medicinprofilen (www.medicinprofilen.dk). Her gemmes data om alle recept-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

pligtige præparater, som patienten har købt på apoteket i de seneste to år. Alle apoteker rapporterer disse data til Lægemiddelstyrelsen, som har ansvaret for driften af databasen. Foreløbig har kun primærsektoren (med den enkelte patients accept) fået adgang til oplysningerne i databasen. Det er meningen, at også sekundærsektoren skal have adgang til databasen. Bliver dette en realitet, kan man sikre bedre medicinoplysninger ved indlæggelsen. Det er dog vigtigt at gøre sig klart, at oplysningerne, som findes i databasen, kun kan bruges til at få information om, hvad patienten har indløst recept på. Vi har stadig ingen gode redskaber til at måle, hvilken medicin patienterne egentlig indtager.

Korrespondance: *Rasmus Rabøl*, Christoffers Allé 57, DK-2800 Lyngby.
E-mail: rraeboel@dadlnet.dk

Antaget: 28. august 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Lau HS, Florax C, Porsius AJ et al. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49:597-603.
2. Price D, Cooke J, Singleton S et al. Doctors' unawareness of the drugs their patients are taking: a major cause of overprescribing? *BMJ* 1986;292:99-100.
3. Gonski PN, Stathers GM, Freiman JS et al. A critical review of admission and discharge medications in an elderly Australian population. *Drugs Aging* 1993;3:358-62.
4. Bourke JL, Bjeldbak-Olesen I, Nielsen PM et al. Enstrengt medicin håndtering. *Ugeskr Læger* 2001;163:5356-60.
5. Andersen SE, Pedersen AB, Bach KF. Medication history on internal medicine wards: assessment of extra information collected from second drug interviews and GP lists. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003;12:491-8.
6. Foss S, Schmidt JR, Andersen T et al. Congruence on medication between patients and physicians involved in patient course. *Eur J Clin Pharmacol* 2004;59:841-7.
7. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005;165:424-9.
8. Beers MH, Muneke M, Storrie M. The accuracy of medication histories in the hospital medical records of elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1183-7.
9. Atkin PA, Finnegan TP, Ogle SJ et al. Are medication record cards useful? *Med J Aust* 1995;162:300-1.
10. Grymonpre R, Sabiston C, Johns B. The development of a medication reminder card for elderly persons. *Can J Hosp Pharm* 1991;44:55-62.
11. Claué C, Elkington AR. Informing the hospital of patients' drug regimens. *BMJ* 1986;292:101.
12. Torible SJ, Hogan DB. Medication use and rural seniors - who really knows what they are taking? *Can Fam Physician* 1997;43:893-8.
13. Bikowski RM, Ripsin CM, Lorraine VL. Physician-patient congruence regarding medication regimens. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1353-7.
14. Atkin PA, Stringer RS, Duffy JB et al. The influence of information provided by patients on the accuracy of medication records. *MJA* 1998;169:85-8.
15. Barat I, Andreassen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:615-22.
16. Rubak SLM, Mainz J. Kommunikation mellem alment praktiserende læger og sygehuse. *Ugeskr Læger* 2000;162:648-53.

Kombinationsbehandling med acetylsalicylsyre og nonsteroidale antiinflammatoriske lægemidler

Afdelingslæge Lene Ørskov Reuther & overlæge Stig Ejdrup Andersen

H:S Bispebjerg Hospital, Klinisk Farmakologisk Enhed

Resume

Hos patienter i lavdosis acetylsalicylsyre (ASA)-behandling kan der opstå behov for at kombinere lavdosis ASA med et nonsteroidt antiinflammatorisk lægemiddel (NSAID) eller vice versa. Dermed melder følgende spørgsmål sig: Hæmmer NSAID den kardioprotektive effekt af lavdosis ASA? Kan lavdosis ASA helt erstattes af NSAID? Og medfører kombinationen af lavdosis ASA og NSAID en øget risiko for bivirkninger? I denne oversigtsartikel søges disse spørgsmål besvaret ud fra en gennemgang af litteraturen.

Acetylsalicylsyre (ASA) og nonsteroidale antiinflammatoriske lægemidler (NSAID) minder meget om hinanden i virkningsmekanisme og effekt, men alligevel er der væsentlige forskelle.

Både ASA og de konventionelle NSAID-præparater (f.eks.

ibuprofen, diclofenac og naproxen) hæmmer cyklooxygenase 1 (COX-1)- og cyklooxygenase 2 (COX-2)-isoenzymerne, hvorved bl.a. trombocytternes aggregationsevne hæmmes. Hæmning af COX-1-aktiviteten reducerer omdannelsen af trombocytmembranens arakidonsyre til thromboxan A₂ (TXA₂). Fordi TXA₂ stimulerer trombocytaktivering, medfører nedsat COX-1-aktivitet og hæmmed TXA₂-syntese en hæmning af trombocytternes aggregationsevne. Hæmning af COX-1-aktiviteten reducerer også omdannelsen af endotelcellemembranens arakidonsyre til prostacyclin [1]. Mens lave doser af ASA kun hæmmer den overvejende trombocytrelaterede TXA₂-syntese, så hæmmer større doser ASA (over 300 mg) også den overvejende endotelcellerelaterede prostacyclinsyntese og COX-2-aktiviteten [1]. Hæmning af COX-2-aktiviteten svækker især syntesen af de prostaglandiner (bl.a. PGE₂), der har betydning for inflammation og smerte [1].

COX-1/COX-2-selektiviteten varierer mellem de forskellige NSAID-præparater. In vitro har meloxicam, nabumeton, og etodolac f.eks. en betydelig COX-2-selektivitet sammenlignet med de øvrige konventionelle NSAID-præparater [2].