

Dosisdispensering som årsag til fejlmedicinering ved sektorovergang

Charlotte Lysen¹, Carsten Hendriksen², Mette Straarup Faxholm³ & Lene Ørskov Reuther¹

KASUISTIK

1) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, 2) Afdeling for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg Hospital, og 3) Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Maskinel dosisdispenseret (dd) medicin blev indført i 2001. I maj 2010 fik ca. 44.500 danskere dd medicin. Elementer af en MTV-rapport fra 2005 har vist, at der i forbindelse med sektorskift (indlæggelse og udskrivelse) er en potentiel risiko for fejl ved håndtering af patienternes dd medicin [1]. Formålet med indførelsen af dd medicin var at sikre »større sikkerhed, mindre medicinspild og færre lægemiddeludgifter samt bedre compliance« [2].

I Region Hovedstaden er der udarbejdet en vejledning for, hvorledes man ved indlæggelse og udskrivelse håndterer patienter, der i primærsektoren får dd medicin.

Følgende sygehistorier belyser, at dd medicin kan være forbundet med en ikke ubetydelig risiko for fejlmedicinering. Sygehistorierne er fremkommet ved audit af medicin håndtering ved sektorovergang fra hospital til kommune.

SYGEHISTORIER

I. En 62-årig kvinde, der var blevet behandlet med dd lithiumcarbonat 450 mg × 1 dagligt, blev indlagt tre gange på fire måneder med lithiumforgiftning. P-lithium var på indlæggelsestidspunkterne hhv. 1,8 mM, 1,0 mM og 1,2 mM (referenceinterval: 0,5-0,8 mM). Under hver indlæggelse blev lithiumcarbonatbehandlingen stoppet, P-lithium blev under indlæg-

gelsen fulgt ved gentagne målinger, og lithiumcarbonatbehandlingen blev genstartet på reduceret dosis, dvs. 300 mg × 1 dagligt ved udskrivelsen. Ved de to første indlæggelser blev det ikke opdaget, at patienten fik dd medicin i primærsektoren. Således blev patienten, trods relevant behandling af lithiumforgiftningen og reduktion af dosis, udskrevet til samme forgiftende dosis, som hun var blevet indlagt med. Ifølge vejledningen skulle hospitalslægen have kontaktet apoteket mhp. dosisreduktion af dd lithiumcarbonat, for at ændringerne kunne blive effektueret. Ved tredje indlæggelse blev patientens gentagne forgiftningstilfælde opdaget i forbindelse med et auditprojekt.

Afdelingen blev kontaktet og orienteret om, at patienten fik dd lithiumcarbonat, og at apoteket skulle kontaktes telefonisk ved ændringer i dosis, hvilket herefter blev effektueret.

II. En 96-årig kvinde blev indlagt efter fald i hjemmet. Under indlæggelsen blev der påvist hyperkalcæmi og forhøjet parathyroideahormon (PTH). Der blev rejst mistanke om en mulig malign årsag til patientens hyperkalcæmi, og samtidig seponeredes vanligt D-vitamin og kalk. Det blev ikke opdaget, at patienten fik dd medicin i primærsektoren. Hun blev udskrevet til eget hjem med ambulant kontrol af blodprøver (kalcium og PTH) og stillingtagen til fortsat udredning, såfremt blodprøveresultaterne fortsat var forhøjede efter seponering af D-vitamin og kalk.

Ved hjemmebesøg i forbindelse med et auditprojekt blev det opdaget, at patientens D-vitamin og kalk ikke var blevet seponeret efter hensigten. Såfremt denne fejl ikke tilfældigt var blevet opdaget og lægemidlerne seponeret ved hjemmebesøget, havde patienten angiveligt fortsat været i behandling med D-vitamin og kalk, og ved blodprøvekontrol var der formentligt fortsat blevet fundet hyperkalcæmi, hvilket kunne have medført yderligere (uhensigtsmæssig) udredning af patienten.

DISKUSSION

Det er kendt, at det kan være vanskeligt at afdække patientens aktuelle medicinforbrug i forbindelse med sektorovergang. Den behandlende læge kan – uden



patientsamtykke – anvende den personlige, elektroniske medicinprofil (PEM'en) til at identificere, hvad patienten har indløst af receptpligtig medicin inden for de seneste to år [3]. En begrænsning ved PEM'en er, at dosisændringer og seponeringer ikke fremgår, medmindre lægen aktivt indberetter det. Til identifikation af, om en borger får dd medicin i primærsektoren er PEM'en modsat et godt værktøj, der sammen med en grundig anamnese og evt. medfølgende oplysninger fra pårørende, egen læge, hjemmepleje eller plejehjem kan være et godt supplement til at afdække den aktuelle medicinstatus. Adgang til PEM'en kræver en digital signatur, hvilket rummer flere problemstillinger, bl.a. er det stadig ikke alle læger i sekundærsektoren, der har eller anvender en digital signatur.

Manglende synlighed af, om patienten ved indlæggelsen får dd medicin, og evt. manglende viden om håndtering af dd medicin under indlæggelse og i

forbindelse med udskrivelsen gør, at dd medicin som illustreret i sygehistorierne kan blive en kilde til fejlmedicinering i stedet for at opfylde formålet, nemlig at reducere risikoen for fejlmedicinering. Det er derfor vigtigt med en entydig håndtering af dd medicin og entydig kommunikation herom mellem sektorerne.

KORRESPONDANCE: Lene Ørskov Reuther, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, 2400 København NV.
E-mail: lreu0001@bbh.regionh.dk

ANTAGET: 9. december 2010

FØRST PÅ NETTET: 11. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. MTV rapport. Maskinel dosisdispensering i primær sektoren: Elementer af en medicinsk teknologivurdering. 2005. www.apotekerforeningen.dk/pdf/dosispak/Dosisdispensering_rapport.pdf.
2. Rapport fra Lægemiddelstyrelsens arbejdsgruppe om klinisk farmaci. Brug medicinen bedre. 2005. <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/publikationer/netpub/rapporter/brug%5Fmedicin%5Fbedre/>.
3. Bekendtgørelse af sundhedsloven nr. 913 af 13.07.2010, §157 stk. 2.

Usikker effekt af helbredstjek på arbejdspladsen

Anne Rytter Hansen & Jes Søgaard

Arbejdspladsen ses i stigende grad som arena for sundhedsfremmende indsatser, og et udbredt tiltag er helbredstjek. Et helbredstjek skal afdække det enkelte individs sundhedsstatus med henblik på målrettet opfølgning i form af samtaler eller anden indsats. Men faktisk kender vi ikke effekten af helbredstjek, og vi ved ikke, om det er en omkostnings-effektiv metode til fremme af sundheden blandt ansatte, hvilket har givet anledning til debat. I et samfundsmæssigt perspektiv er arbejdspladsen et sted, hvor man potentielt kan nå befolkningsgrupper, som det ellers kan være svært at få kontakt med. Omvendt risikerer man at finde f.eks. let forhøjede, men normale værdier for risikofaktorer, og det kan lede til unødige bekymring og unødvendige efterfølgende lægebesøg.

Hvad enten man er tilhænger af helbredstjek på arbejdspladser eller ej, foregår det i praksis. I et par publikationer er den videnskabelige litteratur for effekten af sundhedsfremme på arbejdspladsen blevet gennemgået [1-3]. Men der er til vores kendskab ikke tidligere lavet en oversigt over videnskabelige studier, hvor man undersøger effekterne af helbredstjek med fysisk måling på arbejdspladser. Formålet

med denne artikel er derfor at gennemgå internationale studier af helbredstjek på arbejdspladser og give et overblik over den eksisterende viden om helbredseffekten og de økonomiske konsekvenser af helbredstjek på arbejdspladser.

METODE

Der findes ikke en definition af helbredstjek. Indholdet af helbredstjek varierer i praksis, men grundlæggende indeholder de en kombination af selvrapporterede data, fysiske målinger og en opfølgende samtale med sundhedsfagligt personale. Vi har her søgt efter litteratur om effekten af helbredstjek, hvor helbredstjek forstås som en indsats, hvor der er foretaget mindst én fysisk måling af testpersonerne. Ofte vil målingen være efterfulgt af en eller anden form for intervention i form af rådgivning om ændring af livsstil i større eller mindre omfang på individeller gruppebasis eller i form af henvisning til egen læge.

Vi søgte efter videnskabelige artikler i databaserne Infomedica, PubMed, Cochrane, DSI-Bib, SWEMed, CRD York DANbib, Forskningsdatabasen, OHE-databasen samt tidsskrifterne Ugeskrift for

STATUSARTIKEL

Dansk Sundhedsinstitut