

En valid medicinanamnese synes umulig under de nuværende forhold ved indlæggelse på akutmodtagelse

At en læge i gennemsnit bruger 45 min pr. patient på journalskrivning alt inklusive (diktering og elektronisk patientmedicinering taget i betragtning) er vel ikke så uventet, men at 29% af denne tid går med afbrydelser, og at selve medicinamnensen i gennemsnit tager 2,2 min giver anledning til refleksion.

Selvom artiklen af *Ghanzanfar et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger [1] ikke har til hensigt at vurdere, om disse forhold giver anledning til fejl, og vi derfor ikke har disse data, synes det evident, at man umuligt – disse forhold taget i betragtning – kan forvente en korrekt medicinanamnese eller i øvrigt refleksion over forhold som bivirkninger eller interaktioner.

Problemer med korrekt medicinering specielt ved sektorovergange har været meget diskuteret og er erkendt problematiske. Dette har bl.a. medført, at krav om medicingennemgang ved indlæggelsen nu er indført i Den Danske Kvalitetsmodel. Dette krav synes imidlertid at være umuligt at opfylde, såfremt den afdeling, som dette studie er baseret på, er repræsentativ for akutmodtageafdelinger i almindelighed. Det er ikke kun tiden til medicinanamnese, der er afgørende for en korrekt lægemiddelbehandling. Det er også en vurdering af, om indikationerne stadig er til stede, om »symptomer« i virkeligheden er bivirkninger, om der er ubehandlede tilstande, om der er forhold vedrørende kompliance, der skal tages forbehold for osv. Med 29% af tiden brugt til afbrydelser må en nærværende dialog med patienten under ovennævnte forhold være umuligt eller meget vanskelig at gennemføre. Selvfølgelig vil nogle af disse forhold blive samlet op senere under indlæggelsen, men ofte udskrives patienten hurtigt med konklusioner og behandlinger, der i værste fald – ved forkerte lægemiddeloplysninger – er misvisende og i al fald ikke er til patientens bedste.

Det er et interessant fund, at der kun spares 0,6 min på medicinamnensen, hvis patienten har en medicinseddel med fra egen læge, klinisk farmaceut eller plejehjem.

For tiden ansættes mange farmaceuter til at sikre en ordentlig medicinanamnese på akutafdelingerne. Erfaringer viser, at de ofte anvender minimum 40 min pr. patient til dette [2, 3] og formentlig er uforstyrret set i forhold til lægens arbejdsvilkår. Det kan derfor ikke undre, at der via farmaceuterne opnås en bedre

viden om patienternes lægemiddelbehandling. Det er en hjælp for lægerne at få denne information, men det ændrer ikke ved, at det alligevel er lægen, der efterfølgende skal vurdere indikationer og bivirkninger samt ordinere og seponere. Med det flow, der er på akutmodtagerafsnittene, vil farmaceuten oftest ikke kunne nå at gennemgå alle patienters medicineringer – og ofte er der ikke en farmaceut til stede i weekenderne og om natten, så det påhviler alligevel den journalskrivende læge, at finde ud af, hvad patienten får af medicin. Det er oplagt, at når Det Fælles Medicinkort kommer, må det nødvendigvis blive en stor hjælp, men det løser næppe hele problemet.

Studiet af *Ghanzanfar et al* viser med al tydelighed, at præmissen for en god lægemiddelbehandling (anamnese, vurdering etc.) i øjeblikket lader noget tilbage at ønske. Det må være muligt og nødvendigt at give lægen bedre arbejdsforhold, mindre forstyrrelser, mere tid og bedre hjælpemidler til journaloptagelse, herunder medicinanamnese. F.eks. kunne det være et krav, at sekretæren sikrede et udprint af den personlige elektroniske medicinprofil inden journaloptagelse, så lægen havde information om patientens receptpligtige medicin. Desuden indføres der i øjeblikket mellem kommuner (plejehjem og hjemmepleje) og hospitaler MedCom-aftaler, der bl.a. indeholder aftaler om en indlæggelsesrapport, hvor patientens medicinstatus er anført. I Region Hovedstaden indførtes dette den 3. december 2012. Sammen med en opstramning af kravet til information om patientens medicin, når en læge via den centrale visitation indlægger en patient, kunne dette bidrage til et hurtigere overblik over patientens samlede medicinering. Disse tiltag kan dog næppe stå alene.

Måske er tiden også inde til en vurdering af, hvilken faggruppe der i givet fald skal tilføres resurser mhp. optimering af medicinamnensen, således at patient og samfund på bedst mulige måde kan sikres størst mulig kvalitet og sikkerhed i behandlingen. Dette studie bidrager til at kvalificere debatten på området.

LITTERATUR

1. Ghanzanfar MN, Honoré PH, Nielsen TRH et al. Journaloptagelse ved indlæggelsen er tidskrævende med mange afbrydelser. Ugeskr Læger 2013;175:871.
2. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older. Arch Intern Med 2009;169:894-900.
3. Farmaceuter i akutafdelingen på Hillerød Hospital. København: Region Hovedstadens Apotek Klinisk Farmaceutisk Service, 2012.

LEDER

Hanne R. Christensen

KORRESPONDANCE:

Hanne R. Christensen,
Klinisk Farmakologisk
Afdeling,
Bispebjerg Hospital,
Bispebjerg Bakke 23,
2400 København NV. E-mail:
hanne.rolighed.christensen@
regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk