

## Korrekt medicinering af patienterne er en lægefaglig kerneydelse

For tiden breder der sig en opfattelse af, at hvis vi blot ansatte farmaceuter på forskellige afdelinger på hospitalerne, ville vi undgå mange medicineringsfejl. I dette nummer af Ugeskrift for Læger publiceres en artikel fra Sygehus Lillebælt, der viser, at medicineringsfejl i en akut modtageafdeling er hyppige og ofte alvorlige, men de kan identificeres af farmaceuter [1]. I denne undersøgelse så farmaceuten det antal journaler, som vedkommende kunne overkomme i et givet tidsrum. Det er ikke angivet, hvor lang tid der blev brugt pr. journal. Resultatet er ikke overraskende, fordi det bekræfter, hvad der er påvist i mange undersøgelser. Jeg mener, at uanset om man gav resurser til læger eller farmaceuter, ville en tilførsel af ekstra resurser i en travl hverdag medføre en forbedring af det, der fokuseres på, i dette tilfælde medicineringsprocessen. Nu mener forfatterne heller ikke, at deres undersøgelse er bevis for, at farmaceuter skal være en fast del af normeringen på den akutte modtagelse. Dertil er der for mange ubesvarede spørgsmål. I de randomiserede undersøgelser, der er foretaget, hvor man sammenligner brug af farmaceuter versus gængs praksis, er resultaterne ikke entydige, når man ser på, hvad der gavner patienterne. I flere undersøgelser kan man overhovedet ikke påvise nogen klinisk relevant effekt af farmaceuternes indsats [2, 3].

Tiden er kommet, til at man må forlange gode randomiserede undersøgelser, der belyser, hvilken klinisk relevant effekt patienterne opnår ved tilførsel af ekstra resurser. Man kunne passende randomisere mellem tilførsel af farmaceuter eller tilførsel af læger. Undersøgelserne skal blandt andet tage højde for, at vi skal have en stabil medicineringsproces 24 timer i døgnet 365 dage om året.

Hvis vi så vender blikket mod [1] og ser på de forskellige medicineringsfejl, ville det være nærliggende at se på, hvilke fejl der burde kunne undgås ved velfungerende it-systemer. Ultimativt gælder det om at give lægen det bedst mulige beslutningsgrundlag, når behandlingen af patienten ordineres. 34% af fejlene ses i relation til medicinafstemning. Vi har stadig et håb om, at et velfungerende fælles medicinkort ville kunne hjælpe betydeligt med denne problemstilling. Et elektronisk medicineringssystem, hvor man

har indbygget muligheden for advarsler, ville formentlig kunne forhindre yderligere 34% af fejlene som f.eks. voksendosis til et barn samt hindre utilsigtede interaktioner.

I [1] er der en medicineringsfejl, der omhandler velbeskrevne sygdomsbilleder som f.eks. colitis ulcerosa, hvor der mangler en relevant medicinordination. Denne fejl udgør 15% af fejlene [1]. Jeg er helt klar over, at dette er i overensstemmelse med, hvorledes man kan definere medicineringsfejl, men her synes jeg, at det drejer sig om noget helt andet og langt mere alvorligt. Jeg synes, at det kan karakteriseres som svigt af den lægefaglige kerneydelse, nemlig svaret for korrekt behandling af patienten. Det er en ydelse, som altid skal være i orden, uanset hvilke støttestrukturer der er til rådighed. Vi skal sikre os, at lægerne har de fornødne kompetencer, således at de altid kan træffe det korrekte valg i forhold til medicinering, uanset hvornår og hvor der er behov for det.

Hvis man lægger tallene sammen for, hvad velfungerende it-systemer burde kunne afhjælpe, 68% af fejlene, og hvad der i mine øjne er den lægefaglige kerneydelse, 15% af fejlene, er der relativt få problemstillinger, farmaceuten skal holde øje med. Jeg vil foreslå, at man nøje undersøger, hvor man får mest for pengene, hvis man vil tilføje yderligere resurser til at sikre medicineringsprocessen, uanset om det er i en travl akutmodtagelse eller i en sengeafdeling.

### LITTERATUR

1. Mogensen CB, Thisted AR, Olsen I. Medicineringsfejl i en akut modtageafdeling er hyppige og ofte alvorlige og kan identificeres af farmaceuter. Ugeskr Læger 2013;175:1327.
2. Lisby M, Thomsen A, Nielsen LP et al. The effect of systematic medication review in elderly patients admitted to an acute ward of internal medicine. Basic Clin Pharmacol Toxicol 2010;106:422-7.
3. Kripalani S, Roumie CL, Dalal AK et al. Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge. Ann Intern Med 2012;157:1-10.

### LEDER

Steen Werner Hansen

### KORRESPONDANCE:

Steen Werner Hansen,  
Direktionen,  
Herlev Hospital,  
Herlev Ringvej 75,  
2730 Herlev.  
E-mail: swh@dadlnet.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk