

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

- survival and safety and implementation for early treatment. *Crit Care Med* 2005;33:1-19.
- Abraham E, Laterre P-F, Garg R et al. Drotrecogin alfa for adults with severe sepsis and low risk of death. *N Engl J Med* 2005;353:1332-42.
 - Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G et al. Intensive insulin therapy in the medical ICU. *N Engl J Med* 2006;354.
 - Brunkhorst FM, Engel C, Bloos F et al. Intensive insulin therapy and penta-starch resuscitation in severe sepsis. *N Engl J Med* 2008;358:125-39.
 - National Institutes of Health. Glu-control study: comparing the effects of two glucose control regimes by insulin in intensive care unit patients. [Hppt://clinicaltrials.gov/show/NCT00107601](http://clinicaltrials.gov/show/NCT00107601) (1. november 2008)
 - Toft Sørensen H, Lash TL, Rothman KJ. Beyond randomized controlled trials: A critical comparison of trials with nonrandomized studies. *Hepatology* 2006;44:1075-82.

Medicinproblemer ved sektorskifte

Ledende overlæge Hanne Rolighed Christensen & praktiserende læge Bjørn K. Krølner

Bispebjerg Hospital, Klinisk Farmakologisk Afdeling, og Almen praksis, København

Den rigtige medicin i den rigtige dosis til den rigtige patient på det rigtige tidspunkt og på den rigtige måde er efterhånden et lidt slidt »slogan«, men ikke desto mindre basale principper for al medicinering. Brud på principperne er hyppige, og begås ikke kun af læger og andre aktører i plejen og behandlingen, men også af patienterne selv. Viden om den samlede medicinering til en given patient kan være meget vanskelig og undertiden ganske tidskrævende at opnå [1-3]. Ved sektorovergange – når patienter indlægges eller udskrives fra hospital – er medicineringen særlig følsom for mangel på kommunikation og dokumentation, og fejl kan opstå. Formålet med denne artikel er at adressere og fokusere på specielle problemstillinger vedrørende lægemiddelbehandling ved sektorskifte og angive mulige løsninger på oplagte problemområder. Meget er gjort – også lovgivningsmæssigt – men området er desværre stadig problematisk, fejlbehæftet og kræver fortsat stor opmærksomhed.

Baggrund

Lægemedelforbruget er stigende. Årsagen er bl.a. ny evidens for behandlingsgevinster og ændrede indikationer, der gør selv lettere sygdomstilfælde og risici behandlingsattraktive. Stadig flere patienter er i behandling med mange lægemidler dagligt – såkaldt polyfarmaci. Generisk substitution samt skift mellem analogpræparater som følge af forskellige lægemiddelrekommandationer i primær- og sekundærsektoren, gør det svært – undertiden umuligt – for både hospitalsafdelinger og almen praksis at bevare overblikket over en aktuell behandling. Hertil kommer, at patienten ofte tager håndkøbsmedicin, naturlægemidler eller kosttilskud, som lægen ikke er vidende om, og som patienten ikke altid selv opfatter som medicin. Der er ofte mange behandlere involveret, som ikke

nødvendigvis kommunikerer med hinanden om medicinen. Konsekvensen kan være, at man overser, at et givent symptom er en lægemiddelbivirkning eller -interaktion og ikke indikation for tillæg af yderligere lægemidler. Uden præcis, opdateret viden om og dokumentation af patientens aktuelle lægemiddelbehandling er informationsudveksling mellem sektorerne ikke meningsfuld.

Konkrete problemstillinger

Ansvar for patientens samlede medicinering

Ingen synes at påtage sig det overordnede ansvar for patientens samlede lægemiddelbehandling. Den praktiserende læge forsøger, men er afhængig af information fra patienten selv samt fra hospitaler/ambulatorier og andre behandlere. Ideelt set vil det imidlertid være naturligt, at dette ansvar placeres hos den praktiserende læge, der ofte livslangt er patientens gennemgående sundhedsfaglige kontaktperson. Bedre overblik over medicineringen i almen praksis kunne opnås ved systematisk medicingennemgang f.eks. en gang årligt, revurdering af indikation, dosis og evt. bivirkninger, når patienter får mere end 4-8 forskellige lægemidler, og tilbageholdenhed med reitering af recepter [4]. I et polyfarmaci projekt i Viborg Amt [5] har man foreslået principper for systematisk medicingennemgang (**Figur 1**). Studiet viste i øvrigt, at hver ottende lægemiddelordination skønnedes uhensigtsmæssig og medførte seponering, dosisændring eller nyordination!

Kommunikation

Det er velkendt, at kommunikation mellem forskellige aktører i sundhedsvæsenet er mangelfuld, også når spørgsmålet er om medicin. Ofte inkluderes information om lægemidler ikke i f.eks. epikriser og hospitalshenvisninger. Den elektroniske medicinprofil fra Lægemedelstyrelsen anvendes sjældent på sygehusene og ikke systematisk i primærsektoren. Flere faggrupper udveksler ikke rutinemæssigt medicinoplysninger om fælles patienter (f.eks. vagtlæger, praktiserende læger og praktiserende speciallæger). Mange tiltag er forsøgt – også elektronisk – omkring oplysninger om lægemiddelbehandling ved udskrivelsen både til patienten, der selvfølgelig bør udstyres

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

1. Gennemgangen foretages efter en systematisk metode af en kompetent fagperson
2. Medvirke til, at den enkelte patient får optimeret sin lægemiddelbehandling
3. Alle patienter får mulighed for at stille spørgsmål og diskutere lægemiddelrelaterede problemer
4. Alle ændringer, der igangsættes, er aftalt med patienten
5. Der følges op på igangsatte ændringer
6. Gennemgangen dokumenteres i patientens journal

Figur 1. Forslag til principper for systematisk medicingennemgang i almen praksis [5].

med en opdateret, signeret medicinseddel og til den praktiserende læge. Ingen fornægter vigtigheden af denne informationsudveksling, men god vilje er ikke nok.

Ved enhver medicinordination bør der være taget stilling til behandlingens varighed, kontrol og opfølgning efter evt. seponering, og tankesættet skal viderekommunikeres [6]. Princippet blev indført i det daværende Hovedstadens Sygehusfællesskabs medicinvejledninger, men blev ikke efterlevet godt nok. Fokus er i dag på medicingennemgang (f.eks. i *Operation Life*), men nok så væsentligt er det, hvilken medicin, der er rationel for patienten i den aktuelle situation. Der er altså behov for patientgennemgang og ikke kun medicingennemgang.

Lægemiddelstyrelsen har de seneste år arbejdet intenst med at skabe en it-løsning – et fælles medicinkort – som kan anvendes af alle aktører til onlineordination af lægemidler [7] Løsningen er på vej, men kræver fortsat stor velvilje fra både lægernes og administratorernes side. Der må skabes en national løsning, så alle de godt og vel 20 elektroniske patientmedicineringssystemer (EPM) vi har i Danmark og de næsten lige så mange forskellige systemer, der findes hos de praktiserende læger, sikres en synkron opdatering af aktuell lægemiddelbehandling, der er præsenteret på en hurtig, lettilgængelig og overskuelig måde. Dette er ikke tilfældet i øjeblikket og alle

gode kræfter må via de it- og EPM-ansvarlige sikre, at alle disse systemer kommunikerer tilfredsstillende, når det fælles medicinkort bliver tilgængeligt. Tastetryk er også tid.

Substitution af lægemidler

For at lette lægers arbejde med at finde det bedste og billigste ligeværdige lægemiddel til patienten, er der udviklet rekommandationslister for de fleste lægemidler. Dog er lægemidler til helt specielle sygdomme undtaget. Der findes rekommandationslister for hospitalerne og for almen praksis, og så findes der den overordnede nationale rekommandationsliste, der vurderer lægemidternes ligeværdighed ud fra effekt og bivirkninger/interaktioner og visse praktiske forhold [8]. Økonomiske hensyn, der i høj grad indgår i de »lokale« lister, er udarbejdet af de lokale lægemiddelkomiteer i samarbejde med regionens lægemiddelenheder.

Med de betydeligt stigende lægemiddeludgifter specielt i hospitalssektoren bør vi selv som læger gå foran og tage økonomiske hensyn, der hvor behandlingen efter al sandsynlighed er ligeværdig! En ulempe kan være, at der kan forekomme analogskift ved sektorovergange bl.a. fordi, der ikke altid er overensstemmelse mellem rekommandationslister i primær- og sekundærsektoren, eller fordi der er ordineret lægemidler, der ikke er med i rekommandationslisten. Der kan aldrig opnås fuldstændig sammenfald af listerne alene af den grund, at lægemiddelpriser i hospitalssektoren ofte forhandles for 1-2 år ad gangen, mens medicinpriserne skifter hver 14. dag i primærsektoren.

Disse skift kan virke forvirrende for patienten og kræver selvfølgelig hurtig og korrekt viderekommunikation til primærsektoren. Analogskift ved sektorovergange kan ikke fuldstændigt forhindres, men skiftene kan reduceres ved en stor grad af overensstemmelse mellem de rekommanderede lægemidler i de to sektorer (evt. en fælles liste) og ved større over-



Faktaboks

Der er ofte stort informationstab vedrørende lægemiddelbehandling ved sektorovergang.

Ansvar for patientens samlede medicinering bør ligge hos den praktiserende læge.

Information vedrørende lægemiddelbehandling herunder seponering af vanlig medicin samt opfølgning af behandling bør som minimum tilgå egen læge ved udskrivelse.

Jævnlig patientgennemgang bør gennemføres med henblik på rationel lægemiddelbehandling – specielt ved polyfarmaci.

Det er helt afgørende, at det nye fælles medicinkort kan kommunikere hurtigt og let med eksisterende systemer med henblik på opdateret lægemiddelbehandling og hurtig implementering.

Der bør altid være fokus på komplians- og bivirkningsproblemer ved uventet effekt/uventede symptomer.

Øget uddannelse i rationel medicinbehandling af alle involverede parter.

Større forståelse for patientperspektivet ved sektorskifte.

holdelse af listernes rekommandationer. Der synes at være behov for et vist holdningsbearbejdende arbejde og indsigt i dette område hos lægerne, herunder for en øget prisbevidsthed. Hospitalslægerne må forstå, at patienterne i mange situationer vægter det, hospitalet har ordineret, tungere end det, egen læge eventuelt vil substituere til efter udskrivelse. Der er også fra praktiserende lægers side udtrykt usikkerhed om konsekvenserne, hvis patienten får en hændelse umiddelbart efter et substitutionsskift, f.eks. akut myokardieinfarkt efter skift fra et statin til et andet.

Vedrørende generisk skift, har det været hævdet, at det medfører flere fejl og utryghed i befolkningen, hvilket dog aldrig er videnskabeligt bevist. Spørgsmålet er aktuelt ved at blive undersøgt i større kontrolleret undersøgelse for ministerielle penge.

Seponering

Hvis en patient ved indlæggelse er i en lægemiddelbehandling, der for hospitalslægen forekommer irrationel, kan der rejses tvivl om, hvorvidt hospitalet skal seponere. Der kan være specielle grunde til, at den praktiserende læge har påbegyndt netop denne behandling, evt. også med et andet analogpræparat end det anbefalede. Har hospitalslægen ansvar for den af egen læge påbegyndte behandling, hvis det ikke er relevant i forhold til det, patienten indlægges for? Et andet problem er, hvis hospitalslægen seponerer et »vanligt« læge-

middel og ikke husker at notere det i epikrisen, således at der med rette rejses tvivl hos hjemmepleje og egen læge om, hvorvidt det er glemt, ikke oplyst ved indlæggelsen eller med vilje seponeret og i givet fald hvorfor.

Som minimum må epikrisen oplyse om seponering af et vanligt lægemiddel og om årsagen hertil. Selvfølgelig seponeres ved oplagt fejlmedicinering ved indlæggelsen. I mange tilfælde ville det være en fordel med personlig kontakt til den praktiserende læge, men dette kan være tidskrævende og denne mulighed afprøves sjældent.

Komplians

Lige meget hvad lægen har ordineret/anbefalet, er det ikke sikkert, at patienter følger dette råd. Faktisk er kompliansen ofte kun omkring 50% [9]. Hvad patienten indtager af medicin, ved kun patienten selv. Kompliansen falder med antallet af lægemidler, der er ordineret, og bør altid tjekkes ved polyfarmaci og specielt ved manglende eller utilstrækkelig behandlingseffekt eller andre uforudsete hændelser.

Uddannelse

Undervisning og efteruddannelse er centralt både i forbindelse med ordination (læger) og medicinbehandling. Fællesmøder mellem hjemmepleje og praktiserende læger, samt mellem praktiserende læger og hospitalslæger omkring udvalgte patienter og medicineringsproblemstillinger har vist sig gennemførlige med stort udbytte for alle parter [4]. Gennem de senere år er der sket en arbejdsglidning, således at det nu ofte er social- og sundhedsassistenter eller medhjælpere, der dispenserer og administrerer medicin på hospitaler, plejehjem og i hjemmeplejen. Der kan opstå situationer, hvor personalet ikke generelt har den fornødne uddannelse/viden, der gør dem i stand til at opdage eventuelle medicineringsfejl/uoverensstemmelser. Uddannelsesprogrammer og et generelt kompetenceløft er nødvendigt, og der bør skabes mulighed for hurtig og kvalificeret hjælp til lægemiddelrelaterede problemstillinger fra lægemiddelrådgivningscentre. Dette gælder i øvrigt for alt personale, der er involveret i medicineringsprocessen.

Konklusion

Forsinket eller ukorrekt kommunikation vedrørende korrekt lægemiddelbehandling og opfølgning ved sektorskifte kan have negativ indvirkning på kontinuiteten af behandlingen, patientsikkerheden, patient- og lægetilfredsheden og resurseudnyttelsen [6]. Dette bør tages alvorligt, og der bør handles. Meget er gjort og gøres p.t. – herunder indførelsen af skærpede krav til information om lægemidler ved sektorskifte og kompliansvurdering gennem den forestående implementering af den nationale kvalitetsmodel, og det fælles medicinkort, der vil løse en del af problemerne vedrørende information om lægemidler, hvis kortet bliver ordentligt implementeret. Af andre tiltag kan nævnes det styrkede fokus på

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

polyfarmaci i primærsektoren, stærkere lægemiddelkomiteer og lægemiddelrådgivningscentre, større overholdelse af anbefalingslister, it-beslutningsstøtte, undervisning m.m. Men for virkelig at ændre og forbedre kvaliteten ved sektorskifte kræves en ændret opfattelse af lægens rolle og ansvar for patienten som helhed. Alle sundhedsansatte bør kunne se sundhedssystemet (sektorskiftet) fra patientens side. Implementering af dette via effektiv ledelse er første nødvendige skridt for en sådan ændret forståelse af lægerollen. Ansvar ligger først og fremmest på lægesiden. Meget lidt har været gjort for at sætte læger fra begge sektorer sammen med henblik på forståelse for hinandens ansvar og roller, således at de komplementerer hinanden i et enkelt og fælles behandlersystem. Det store pres, der ligger på alle læger i alle specialer, om at følge med i nye teknologiske fremskridt, behandlingsmetoder og patientkrav i eget speciale, mindsker desværre nok lægernes muligheder for og evner til i tilstrækkelig grad at se ud over »egen verden« [10].

Korrespondance: Hanne Rolighed Christensen, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: hrc01@bbh.regionh.dk

Antaget: 15. januar 2009
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Glintborg B, Andersen SE, Spang-Hanssen E et al. Disregarded use of herbal medical products and dietary supplements among surgical and medical patients as estimated by home inspection and interview. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14:639-45.
2. 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.
3. Lisby M, Nielsen LP, Mainz J. Errors in the medication process: frequency, type, and potential. *Int J Qual Health Care* 2005;17:15-22.
4. Vass M, Hendriksen C. Ældre og medicin. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2007;85:639-51.
5. Schrøder D. Systematisk medicingennemgang i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2007;85:161-73.
6. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA* 2007;297:831-41.
7. www.medicinkort.dk?id=692 (30. januar 2009)
8. Kampmann JP, Glintborg D, Bygsoe MJ. National Rekommandationsliste – hvad hviler den på? *Ugeskr Læger* 2009;171:780-3.
9. Lindberg MJ, Andersen SE, Christensen HR et al. Komplikationer ved behandling med lægemidler. *Ugeskr Læger* 2008;170:1912-6.
10. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (Equip). *Qual Health Care* 2001;10:33-9.

Forvekslinger af lægemidler

Stud.med. Rie Harboe Nielsen & overlæge Annemarie Hellebek

Hvidovre Hospital, Administrationen, og
Københavns Universitet, Institut for Diagnostiske Fag

Ifølge internationale opgørelser skyldes 8-25% af rapporterede medicineringsfejl forvekslinger mellem lægemidler [1, 2]. Fire procent af de overvågede dispenseringer i Danmark er fejlbehæftede, og heraf kan op til 60% skyldes forvekslinger [3]. Forvekslinger af lægemidler deles op i forvekslinger af lægemiddelnavne og forvekslinger af lægemiddelemballager [2]. Navneforvekslingerne opstår pga. lighed mellem generiske navne eller handelsnavne. Ligheden kan være ortografisk og/eller fonetisk [2]. Ortografisk lighed betyder lighed ved håndskrift, maskinskrift og/eller computertekst. Fonetiske navneforvekslinger sker, fordi to navne lyder ens. Dette er en risiko ved mundtlige ordinationer og ved diktat til båndoptager. Emballageforvekslingerne opstår pga. visuel lighed mellem inderemballage (som ampuller, blisterpakninger og hætteglas), yderemballage (som den æske, inderemballagen ligger i), omhældt medicin (løse plastposer) og ophældt medicin (optrukne sprøjter, væskeblandinger, løse tabletter, dosispakker).

Forvekslinger af lægemidler søges forebygget i godkendelsesprocessen af nye lægemidler.

Handelsnavne på nye lægemidler skal godkendes af sundhedsmyndighederne. For at undgå navneforvekslinger sammenlignes det generiske navn og salgsnavnet med navne på præparater, der allerede er på markedet, hvad enten lægemidler skal godkendes til det danske (gennem Lægemiddelstyrelsen) eller til det europæiske marked gennem den europæiske lægemiddelstyrelse (EMA). EMA har en *guideline* for godkendelse af nye lægemiddelnavne [4].

Lægemiddelpakninger bliver ikke godkendt af myndighederne på samme måde som lægemiddelnavne, men emballagen må ifølge lovgivningen ikke kunne give anledning til forveksling. Efter implementering af patientsikkerhed i Danmark har flere producenter fået pålæg om at ændre emballage [5].

Efter godkendelse af et lægemiddel kan eventuelle problemer med forvekslinger rapporteres i Danmark, i enkelte andre EU-lande og i Nordamerika. Rapporterne danner i Nordamerika grundlag for advarselstyper [6]. Lignende lister findes aktuelt ikke i EU. Der findes enkelte eksempler fra USA på ændring af navne som følge af forvekslinger, men ingen fra EU [7].

Formålet med denne artikel er at undersøge omfang, art og