

Lys i mørket

Statusartiklen om medicinafstemning af *Birkeland et al* [1] sætter fokus på et område, som har stor betydning for både patienter og læger.

For patienterne er det essentielt, at den medicin, der er registreret i det fælles medicinkort (FMK), også reelt er den medicin, der anvendes.

For lægerne er det af vital betydning, at de kan stole på, at den registrerede medicin også udtrykker det sande billede af patientens medicinstatus.

Lægeforeningens lægemiddeludvalg har gennem årene beskæftiget sig med området ud fra de juridiske konsekvenser, det får for den enkelte læge, hvis man overser fejl og mangler i patientens medicinskemaer. Specielt efter indførelsen af FMK har der været debat om lægens ansvar og forpligtigelser i forhold til validiteten af de registrerede oplysninger.

Lidt populært kan man sige, at før FMK var patientens medicinskema i en vis udstrækning et dunkelt be-lyst rum.

Med indførelsen af FMK blev der hængt en 100-wattpære ind i rummet. Alle kroge blev oplyst – derfor overskriften på denne leder – og pludselig erfarede man om medicin fra andre ordinerende læger, medicin, som man ikke var klar over, at patienten indtog.

Denne viden er jo helt essentiel i forhold til korrekt behandling, men afstedkom også en stor udfordring både fagligt og tidsmæssigt i det daglige patientarbejde.

En udfordring er, om lægemidlnes styrke og doseringstidspunkt er korrekt anført. Lægerne har nok ikke været de mest nidkære her – blot vi kunne få et overblik over den givne medicin, har det eksakte tidspunkt og doseringen ikke været det mest afgørende.

Kollegerne i almen praksis vil nikke genkendende til, at den holdning på ingen måde deles af vores samarbejdspartnere i kommunen. Her bliver der med en anderledes akkuratess bestandigt og dagligt gjort opmærksom på selv de mindste afvigelser – og det hvad enten det er receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin.

Tidsforbruget har vi ingen opgørelse af, men min egen fornemmelse er, at hver enkelt læge i almen praksis bruger minimum 30 minutter om dagen på at rette og ajourføre i FMK – og vores hjælpepersonale formentlig langt mere.

Så det er væsentligt at spørge, om det nytter noget. Er det til gavn for patienten, og reducerer det antallet

af fejlmedicineringer og genindlæggelser? I artiklen af *Birkeland et al* er der desværre ikke svar på det spørgsmål. Der foreligger ingen publicerede videnskabelige undersøgelser af anvendelsen af FMK i Danmark.

At journaler inklusive FMK skal være retvisende, hersker der næppe uenighed om – og mængden af anførte uoverensstemmelser, der refereres i artiklen [1], er da også skræmmende læsning. Men vi mangler en graduering af alvorligheden i uoverensstemmelser.

Sektorovergangene er en stor udfordring, og der påhviler her lægerne en særlig forpligtigelse til at ajourføre FMK, så kollegaen i den anden ende – hvad enten det er i almen praksis eller på sygehuset – kan stole på de foreliggende oplysninger.

Udfordringerne i sygehusvæsenet er ofte af teknisk art – i hvert fald i de områder, hvor Sundhedsplatformen anvendes. I primærsektoren er problemet, at patienterne i stor udstrækning indlægges uden for almindelig dagarbejdstid af andre læger end patientens sædvanlige læge. En vagtlæge, der indlægger men ikke kender patienten kan næppe forventes at kunne ajourføre FMK, så der er sikkerhed for, at det er retvisende for lægen i modtagelsen. Fagligt er vi læger i almen praksis forpligtede til at ajourføre FMK ved årskontrol af kronikere og ved indlæggelser, men det er stadig nødvendigt ved sektorskift at kontrollere, at patientens FMK er retvisende – uanset den anførte status i FMK.

Og hvad kan man så blive stillet til ansvar for ved den øgede indsigt, man har fået via FMK.

Når man spørger Styrelsen for Patientsikkerhed, gives følgende svar: »Som udgangspunkt har lægen et ansvar for at opdage åbenlyse fejl. Hvad der vil blive betragtet som en åbenlys fejl, vil være individuelt og bero på en konkret vurdering. For eksempel vil man ikke forvente, at den nyuddannede læge, der endnu ikke har opnået ret til selvstændigt virke, kan gennemskue, om dosis og behandlingsregime på et specielt gift- eller kræftlægemiddel er åbenlyst forkert«.

Lægeforeningen vil således følge nøje med i, hvordan de første sager – der jo må komme – vil spænde af, så retssikkerheden for vores medlemmer ikke bliver for individuel og kun beroende på konkrete vurderinger.

LITTERATUR

1. Birkeland SF, Gerdes LU, Tomsen DV. Medicinafstemning. Ugeskr Læger 2018;180:V12170918.

LEDER

Michael Dupont

Ugeskr Læger
2018;180:V70024

KORRESPONDANCE:

Michael Dupont,
Lægepraksis Dupont og
Johansen, Birkerød.
E-mail: dupont@dadlnet.
dk

INTERESSEKONFLIKTER:

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