

Fejl i medicinordinationer – toppen af et isbjerg?

REDAKTIONELT

Mellem 50 og 70% fejl i optegnelserne over, hvilken medicinsk behandling patienterne skal have på københavnske sygehuse, det er hvad *Andersen & Fog* (1) og *Senderovitz et al* (2) rapporterer. Selv for uoverensstemmelser, der ikke er banale, men som har betydende klinisk konsekvens, er det chokerende tal 40% af samtlige optegnelser (2).

Der er kun undersøgt for de uoverensstemmelser, der er i optegnelserne, dvs. mellem hvad der er noteret i lægejournalen, og hvad der er noteret i sygeplejerskernes kardex. Der er ikke undersøgt for fejl i lægernes ordinationer, misforståelser før notaterne indføres i journal eller kardex, fejl ved ophældning af medicinen, fejl ved udlevering af medicinen til patienterne, og fejl i de tilfælde hvor medicinen skal doseres efter fx patientens vægt. Der er heller ikke undersøgt for fejl, der relaterer sig til de særlige forhold, der er på en række specialafdelinger, anæstesiaafdelinger, intensivafdelinger, røntgen- og nuklearmedicinske afdelinger etc.

Der anvendes for ca. 1,2 mia. kr. lægemidler på danske sygehuse, svarende til 15% af de samlede medicinudgifter i Danmark, det er 3,2% af de totale udgifter i hospitalsektoren (3). De økonomiske implikationer af den store mængde fejl kan man kun gisne om.

Det må frygtes, at de to undersøgelser kun viser toppen af isberget, og at der bagved ligger dybe og fundamentale problemer, som ikke er klart erkendte. Problemet har været kendt siden 1965, som det fremgår af artiklernes referencer. Rent teknisk er det største og indlysende problem den multiple registrering: lægejournal, medicinkardex, medicinkort og bundkort. Vi ved, at indtastning af data fra videnskabelige undersøgelser giver en fejlprocent på op til 5, hvilket reduceres væsentligt ved dobbeltindtastning. I journalføringen på hospitaler er der multiple overføringer, ansvaret for journalføringen er ikke veldefineret, og forskellige faggrupper anser deres journalisering for primærdata.

Den multiple registrering bør ophøre, der bør kun være ét sted, hvor medicinordinationer optegnes på almindelige sengeafdelinger. Ansvaret for ordentlige optegnelser bør entydigt ligge på en enkelt faggruppe. Ifølge lægeloven er ansvaret for journalføring af lægemidler entydigt pålagt den for undersøgelsen, behandlingen mv. ansvarlige læge (4). Derfor bør det også være læ-

gerne, der tager initiativet og har ansvaret for, at journaliseringen fungerer ordentligt. Med moderne elektroniske medier og ved udnyttelse af Forskningsministeriets satsning på informationsteknologi burde det kunne lade sig gøre at indføre et system, der virker, selv for de udviklede processer der udføres på hospitaler. De underliggende problemer bør heller ikke undervurderes eller overses. Ændring af arbejdsrutiner er altid vanskelig og kræver ikke alene en teknisk løsning, men også undervisning, motivering, engagement m.m. Der er meget at rette op på. I universitetstiden er der ingen oplæring i ordentlig journalføring, i uddannelsesstillinger er der heller ingen systematisk oplæring i ordentlig journalføring, og hvis de seniore ledende læger har leveret en pædagogisk indsats over for de uddannelsessøgende læger, så har den ikke virket. Journalisering og orden i detaljerne kræver tid og en stædig vedholdenhed.

Den medikamentelle behandling er udbredt og vigtig på alle sygehuse. Udvikling af systemer for ordentlig journalisering af medicinordinationer bør prioriteres så højt, at den fungerer uden væsentlige fejl. En indsats på dette område bør prioriteres højt af hospitalsledelser, ledende og administrerende læger, af alle andre læger og i uddannelsessystemet. De nødvendige ressourcer skal prioriteres/tilføres, både til at udvikle et bedre system, til at motivere, undervise og hvad der i øvrigt hører med til en vellykket implementering.

Opgaven er stor og kompliceret, er ikke ordentligt analyseret og bør ikke undervurderes – slet ikke i et sundhedssystem som ligger i bunden i Europa, hvad angår tildeling af ressourcer i forhold til vores muligheder (BNP), og hvor krav om midler til forskning, uddannelse og patientbehandling fejes af bordet som sædvanligt lægeklynk. Forbedringen i journalisering skal nok vise sig at være direkte proportional med de midler, der prioriteres til opgaven.

HENRIK ENGHUSEN POULSEN

Litteratur

1. Andersen SE, Fog D. Skriftlig dokumentation af medicinordinationer. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 4059-62.
2. Senderovitz T, Christoffersen ABJ, Christensen H, Kampmann JP. Uoverensstemmelse mellem journal og medicinkardex. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 4055-8.
3. Mefa årsberetning 1996. Tal og data 1997. Medicin og sundhedsvæsen i Danmark. København: J.H. Schultz, 1997.
4. Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996.