

Fælles Medicinkort – eller Medicinlort

Giver FMK et reelt billede af patienters aktuelle medicinindtag

En fase 2 forskningsopgave af
Silja Als-Frederiksen & Mikael Caroc Warner

Fælles Medicinkort - eller Medicinlort

Introduktion:

Det Fælles Medicinkort (FMK) er et stort digitaliseringsprogram støttet af Fonden for Velfærdsteknologi (tidligere ABT-fonden). Parterne bag udvikling og implementering af Fælles Medicinkort er: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, National Sundheds-it, Sundhedsstyrelsen, MedCom og Danske Regioner - herunder 5 regionale projektgrupper. I 2014 færdiggjorde rigsrevisionen en rapport med alvorlig kritik af implementeringsprocessen, deriblandt manglende ledelse og pilottestning.

Det Fælles Medicinkort skal afspejle borgerens aktuelle medicinering og deles af alle sundhedsvæsnets parter gennem de forskellige it-systemer, samt kunne ses af patienten selv via sundhed.dk. FMK skal give alle behandlende det samme overblik over den samlede medicinering.

Målene er at skabe overblik og derigennem øge patientsikkerheden, således at fejlmedicinering elimineres. Desuden ønsker man at patienter selv får mulighed for et bedre overblik over egen medicin og tillid til, at medicinoplysninger er opdaterede.

FMK blev indført i 2011, og var fuldt implementeret hos både speciallæger, sygehuse og praktiserende læger i november 2014, mens kommunerne bliver koblet på i løbet af 2015.

Tidligere forskning har antydnet at enstrengede medicinsystemer reducerer medicineringsfejl og forventningen har været at ovenstående mål kunne nås ved implementeringen af FMK: Man bør derfor forvente, at der, i hvert fald rent teoretisk, er fuld overensstemmelse mellem de præparater der optræder på FMK og de præparater patienterne indtager, nu da FMK er fuldt implementeret.

Forfattere:

- Silja Als-Frederiksen,
1. Reservelæge, Almen
Medicin Hoved-
uddannelse fase 2,
Lægerne Sløjfen,
Ålborg.
- Mikael Caroc Warner,
1. Reservelæge, Almen
Medicin Hoved-
uddannelse fase 2,
Lægerne Hald, Røbjerg,
Hørsløw og Vase,
Hjørring.

Vejleder

- Jette Kolding
Kristensen, Speciallæge
i Almen Medicin, lektor,
Ph.D.

Gennem vores dagligdag i klinikken, primærsektor som sekundærsektor, møder vi, som læger, dog ofte en anden virkelighed, og derfor ønsker vi at med dette tværsektorsstudie at lave en status på, hvordan det står til med FMK. Hypotesen: "FMK giver på et hvilket som helst tidspunkt et billede af patientens reelle medicinindtag" opstilles og søges afprøvet.

Kommenterede [Gæ1]: hvem er vi?

Metodeafsnit:

Litteratursøgning

Til brug i indledende afsnit og diskussionsafsnit er der søgt litteratur på pubmed med søgeordet [shared medication record], desuden afgrænset søgningen ved: full text, Humans, 5 years, ydermere stillet krav til at søgeordet skulle indgå i titlen. Her fandt vi 2 artikler. 2 danske undersøgelse foretaget på danske sygehuse. Desuden har vi fundet information på SSI.dk vedr. FMK herunder rigsrevisionens rapport om implementeringen. Ydermere er der i diskussionen relateret til et andet forskningsprojekt af kvalitativ karakter, omhandlende holdningen til FMK blandt læger: FMK-den omstillingsparate læge. En kreativ litteratursøgning har været nødvendig grundet meget sparsomme publikationer på området.

Materiale

De indsamlede data i dette tværsektorsstudie bygger på en patientpopulation som repræsenterer et bredt udsnit af patienter fra tre uafhængige praksis i Nordjylland. Den ene praksis er beliggende i udkanten af en universitetsby, mens de to øvrige er beliggende i en større provinsby. Alle 3 er praksis, der repræsenterer alle sociale lag såvel som studerende, indvandrere samt en del patienter fra mindre landsbyer og landdistrikter. Der er tale om én samarbejdspraksis og to kompagniskaber, alle med flere læger, uddannelseslæger samt hjælpepersonale. Til sammen har de tre praksis 12 speciallæger + en række uddannelseslæger og lidt over 20.000 tilmeldte patienter. Praksis er primært udvalgt på baggrund af størrelse og beliggenhed. På grund af behovet for et vist antal patienter til projektet og et begrænset antal projektdage, har vi fravalgt at bruge mindre praksis og solopraksis. Oprindeligt indgik én ekstra praksis, men denne udgik, delvist på grund af tekniske vanskeligheder med opsætningen og printningen af FMK i det interne journalføringssystem, hvor vi var usikre på validiteten af data fra praksis, og delvist på grund af en vis modstand fra praksis, der sammen med ovennævnte tekniske problemer, medførte ekstra tidsforbrug. Da projektet er tidsbegrænset og deadline nærmede sig, valgte vi at udelade denne praksis.

Praksis og patient information

Forud for dataindsamlingen er der i hver praksis afholdt informationsmøde for personalet om undersøgelsens formål og metode, og de enkelte materialer er

gennemgået kort. Der er adviseret om projektet ved plakater i A3-format ophængt i venteværelset på forhånd (bilag 5). I 2 praksis blev projektet udelukkende udført af læger, mens den ene praksis også havde egentlige akutte sygeplejerskespor, hvorfor sygeplejerskerne deltog i projektet på lige fod med lægerne. Vi bruger i rapporten fællesbetegnelsen ”behandlere”, om de sygeplejersker og læger der har deltaget.

Inklusion- og eksklusionskriterier samt samtykke

I studiet blev alle patienter, som blev set af en behandler i konsultationen, i en på forhånd valgt 2-timers periode inkluderet.

Perioden er valgt ud fra, hvad der passede de enkelte praksis samt hvornår der var størst patientflow, men uden at skele til hvilke og hvor mange patienter, der var sat på de enkelte dage.

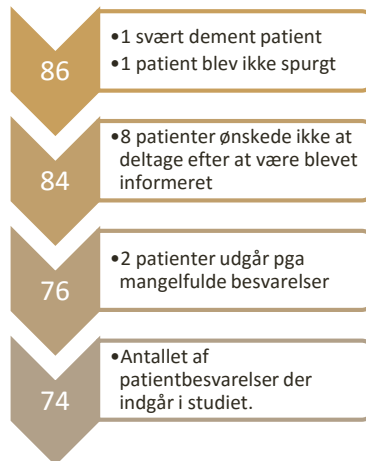
Alle inkluderede patienter blev mundtligt informeret om formål med undersøgelsen og ved positivt tilsagn fik de udleveret en FMK-udskrift med tilhørende spørgeskema, samtykkeerklæring og skriftlig information om studiet. Spørgeskemaet og samtykkeerklæringen blev udfyldt efter konsultationen med lægen eller sygeplejersken var afsluttet og uden at behandleren var til stede samtidig (bilag nr. 1+2). I den valgte 2-timers periode var mindst en af forfatterne til stede i praksis og bistod patienter med svar på spørgsmål om projektet og hjælp til at udfylde skemaet.

Eksklusionskriterier var patienter med svær demens, samt patienter der fik dosisdispenseret medicin på undersøgelsestidspunktet. I alt 86 patienter havde fremmøde i den angivne periode. Én blev ved en fejl ikke informeret om projektet af sin behandler, mens en havde svær demens. Figur 1 viser hvilke patienter der er udgået af studiet. I alt 74 patienter indgår i studiet, hvilket giver en deltagerprocent på 90%.

FMK- Spørgeskema

Patientens medicinkort blev udskrevet fra klinikkens FMK system, senest 24 timer før konsultationen og ikke vurderet af hverken behandlerne eller projektgruppen inden konsultationen. Der er ikke medtaget løse recepter. Hvert enkelt præparat på FMK-udskriften var nummereret fortløbende, og med til udskriften hørte et skema med numre svarende til FMK-udskriften. Et separat skema blev givet til hhv. patient og behandler (bilag nr. 2+3). Her blev patient og behandler bedt svare for hvert præparat separat:

- Om præparatet blev taget som foreskrevet.
- Om præparatet blev taget, men ikke som foreskrevet.



FIGUR 1: FLOWCHART OVER ANTALLET AF PATIENTER SET I PRAKSIS OG HVILKE DER ER UDGÅET SAMT ENDELIG ANTAL INKLUDERET I STUDIET.

- Om præparatet ikke blev taget.

Der var desuden for patienterne en mulighed for at svare ”ved ikke”, hvis de var usikre på det pågældende præparat. Behandleren havde ikke denne mulighed. Behandleren blev bedt om at udfylde spørgeskemaet, umiddelbart efter at patienten havde forladt konsultationen, uden at have gennemgået medicinlisten med patienterne eller vurderet patientjournalen mere end nødvendigt ved konsultationen. Dette var således lægens mulighed for umiddelbart at vurdere, om der var tydelige fejl i FMK som lægen havde styr på, men som ikke var registreret. Både patientens og behandlerens skema havde nederst mulighed for at anføre medicin som patienten tog, men som ikke var registreret i FMK. Endelig fik alle behandlere i de deltagende praksis udleveret et 2 siders spørgeskema om arbejdet med og holdningen til FMK helt generelt, samt barrierer for dette arbejde. Spørgeskemaet er udarbejdet af projektgruppen og pilottestet i en 12-mandsforening samt af enkelte praksismedarbejdere, der ikke var tilknyttet projektpraksis (bilag 4).

Dataanalyse

Efter besvarelse er lægernes skemaer indhentet og parret med patienternes skemaer, og de samlede besvarelser er givet fortløbende numre. Data er så registreret i regneark i anonymiseret form. Der er analyseret på følgende data: ”Antal præparater”, antal ”præparater taget som foreskrevet”, antal ”præparater taget, men ikke som foreskrevet”, antal ”præparater der ikke tages”, antal ”ved ikke”. For undergruppen ”præparater taget, men ikke som foreskrevet” er det ydermere blevet registreret hvorvidt der er tale om der er smertestillende præparater eller sæsonpræparater. Tilsvarende er det, i undergruppen af præparater der ikke tages, blevet registreret hvorvidt der er tale om antibiotika, dermatologiske lægemidler eller dobbeltordinationer.

Desuden er der foretaget en analyse af, hvor mange af præparaterne, som patienterne oplyser ikke at tage, og som behandleren ligeledes har vurderet, at patienten ikke tager, således at der er overensstemmelse mellem patient og behandler. Ydermere er der vurderet på, om der er præparater patienten oplyser at tage, men som lægen vurderer de ikke tager.

Endeligt er der set på hvilke præparater patienterne oplyser at tage, men som ikke står anført i FMK.

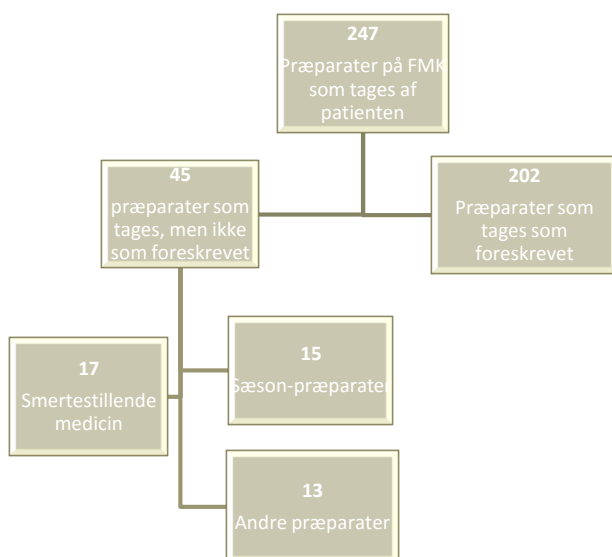
RESULTATER:

I undersøgelsen indgik i alt 148 spørgeskemaer fra 74 patienter og 17 behandlere. Hver behandler havde i gennemsnit 4,4 patienter (min 2-max 7) der blev inkluderet i projektet.

Der er i alt 312 præparater registreret på FMK for de 74 patienter i studiet. Patienterne har i gennemsnit 4,2 præparater registreret på FMK (0-20 præparater). 63 patienter har medicin registreret på FMK, mens 11 patienter ingen medicin har registreret. Resultaterne er opgjort og skrevet ind i tabel 1.

	Total antal præparater på FMK	Antal præparater patienten angiver at tage som foreskrevet	Antal præparater som patienten tager ikke	Antal præparater patienten tager, men ikke som foreskrevet	Ved ikke	Antal præparater patienten angiver at tage, som IKKE står på FMK
Antal præparater	312	202	61	45	4	13
Antal patienter som ovenstående gælder for	63	47	34	27	4	12

TABEL 1: FORDELINGEN AF ANTAL PRÆPARATER I ALT, PRÆPARATER SOM PATIENTERNE ENTEN TAGER, IKKE TAGER, ELLER TAGER ANDERLEDES END FORESKREVET I FMK, SAMT MÆNGDEN AF MEDICIN PATIENTEN TAGER, MEN SOM IKKE ER REGISTRERET PÅ FMK

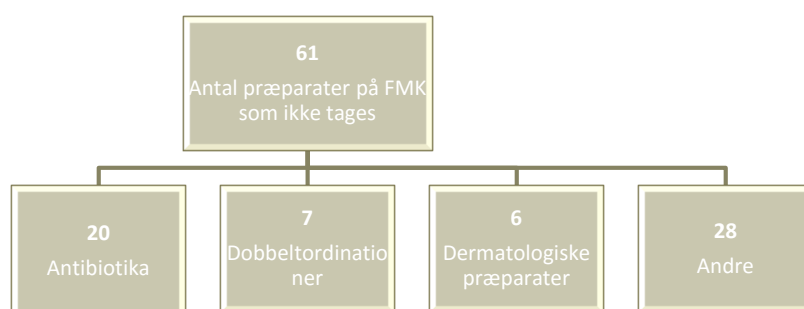


FIGUR 2: FORDELINGEN AF PRÆPARATER PÅ FMK SOM TAGES AF PATIENTEN.

Patienterne angiver at tage 247 præparaterne fra FMK, svt. 80% af den registrerede medicin. 202 præparater tages som foreskrevet i FMK svt. 65 % af den samlede registrerede medicin. 45 præparater fra FMK tages, men ikke som foreskrevet svt. 14 % af den samlede registrerede medicin. Tilbage er 20% af præparaterne som ikke tages og i 1% af tilfældene ved patienten ikke om vedkommende tager præparatet.

De præparater der tages, enten som foreskrevet eller ej, er samlet i *figur 2*. Af de præparater der ikke tages som foreskrevet udgør smertestillende præparater 38%, sæsonmedicin 33% og øvrige præparater 29%.

61 præparater fra FMK tages ikke af patienten, svt. 20% af den registrerede medicin. Disse kan ses i *figur 3* med underinddeling i antibiotika (33%), dobbeltordinationer (11%), dermatologiske præparater (10%) og øvrige (46%). I 41 ud af de 61 tilfælde, hvor der optræder præparater, som patienten ikke tager, vurderer behandleren korrekt svarende til 67% af gangene.



FIGUR3: FORDELINGEN AF DE PRÆPARATER SOM IKKE TAGES AF PATIENTEN

26 ud af 74 patienter angiver fuld overensstemmelse mellem FMK og deres reelle medicinindtag, svt. 35%. 10 af disse patienter har dog ingen præparater opgivet på FMK.

Således er der tale om at 16 patienter ud af 63 patienter, der får medicin, angiver fuld overensstemmelse mellem FMK og det reelle medicinindtag, hvilket svarer til 25 % af patienterne der har mindst et præparat registreret på FMK.

Ud af 26 som angiver at FMK stemmer er 5 medicinkort afstemt (i perioden juli 13-15). Ud af det samlede antal patienter forekommer denne konstellation, som jo er det ideelle hos 6,8 % af patienterne.

Tabel 2 viser, at overensstemmelsen mellem FMK og det reelle medicinindtag falder med stigende antal præparater. Der er således kun 21 % overensstemmelse i gruppen af patienter der får over 4 præparater, mens der er 91% overensstemmelse for gruppen med 0 præparater. Omvendt ser vi dog også at hyppigheden af medicinafstemning af FMK stiger med antallet af præparater.

28 patienters FMK er afstemt svarende til 38 % af de samlede FMK. Dette er sket i en periode fra november 2012 til august 2015 dvs. ca. 3 år. 12 patienters FMK er afstemt inden for det seneste år, svarende til 16% af de samlede FMK.

Antal præparater	Antal patienter	Andel af population %	FMK stemmer	FMK stemmer %	FMK afstemt	FMK afstemt %
0	11	15%	10	91%	1	9%
1 - 4	39	53%	11	28%	11	28%
5+	24	32%	5	21%	16	67%

TABEL 2: ANTALLET AF PRÆPARATER SAT I RELATION TIL OM FMK ER I OVERENSSTEMMELSE MED DET REELLE MEDICININDTAG OG HVOR VIDT FMK ER AFSTEMT

Den samlede opgørelse over besvarelserne til "spørgeskema til behandlere" kan findes som bilag 6 bagerst i rapporten.

Diskussion:

Metodeproblemer

I opbygningen af studiet har vi haft 2 problemstillinger:

Løse recepter har vi valgt at lade udgå af undersøgelsen efter nøje overvejelser. Frygten var at det blev alt for uoverskuelig, idet en del patienter har rigtigt mange løse recepter. Vores vurdering var at det ville medføre forståelsesproblemer for mange præparater med gentagelser og på den måde forplumre data, der således ville blive meget svære at regne på, i en mindre undersøgelse som vores. Desuden kunne de meget lange medicinlister, vi ville få, virke alt for uoverskuelige på patienterne og dermed påvirke deltagelsesprocenten. Vi vurderer ikke at der væsentlige problemer ved dette, men kan ikke udelukke at det har påvirket vores resultater, ikke mindst de præparater som patienterne tager ud over FMK. Vi har ikke dobbelttjekket om de præparater der står som ekstra medicin er tilstede under løse recepter.

Desuden vil patientens medicin fremgå af FMK ved sektorovergange, og selvom det er muligt at se de løse recepter, vil mange læger nok basere deres vurdering af patientens medicin på FMK frem for de løse recepter.

Én praksis måtte udgå af undersøgelsen. Dette skyldtes primært de tekniske problemer der blev fundet ved print af FMK. Det interne EDB systems

medicinmodul havde anden opbygning end de andre. Dette medførte, at man i forsøget på at opstille ordinationerne således at det kunne sammenlignes med de andre praksis, var nødt til at slette ordinationer samt kun at fremstille den medicin der forekom som fast. Desuden var printet væsentligt anderledes at se på og med en meget ringere oversigt, korrektionerne til trods. Det at slette ordinationer samt kun at fremstille den medicin der forekom som fast, kunne jo medføre bias i form af væsentlig bedre overensstemmelse, men også risiko for større mangler. Den manglende oversigt over ordinationerne kunne være medvirkende til nedsat deltagelse, men også betydelige forståelsesproblemer og dermed usikkerhed i besvarelsernes sammenlignelighed med de andre resultater.

Ydermere var der intern i praksis en fornemmelse af modstand idet der var angst for at patienterne ville opfatte manglende overblik over korrekt medicinering som problematisk og mistillidsskabende. Frygten var her at denne blev overført til patienterne og dermed kunne påvirke deltagelsesprocenten.

Typer og betydning af uoverensstemmelse i FMK

Formålet med dette studie var at belyse om der var overensstemmelsen mellem ordinationer på FMK og det aktuelle medicinindtag for alle patienterne. Her fandt vi at kun 35% af patienterne angiver fuld overensstemmelse, dette kan i selv virke skræmmende, men det er desværre næppe voldsomt overraskende. Når vi ekskluderer den gruppe patienter der ingen registreringer har på FMK, er andelen af patienter, der angiver overensstemmelse, og som samtidig får udskrevet minimum et medicinsk præparat, helt nede på 25%. Dette tal er noget mindre end vi havde forventet, og i dette afsnit vil vi prøve at diskutere de hyppigst forekommende typer af uoverensstemmelser samt se på den betydning de kan have.

Medicin der ikke tages:

Vi havde ud fra vores kliniske erfaring en forventning om at der ville forekomme ordinationer på FMK som ikke længere er gældende, eller som patienterne selv havde seponeret. Vi fandt i studiet, at over halvdelen af de patienter, der tog medicin (34 ud af 63), havde medicin registreret på FMK de IKKE tager. I alt havde de 34 patienter 61 præparater registreret, som de slet ikke tog, svarende til hvert femte præparat i hele undersøgelsen. Ud af disse tegner antibiotika, dobbeltordinationer og dermatologiske præparater sig for 54%.

Antibiotika er den hyppigst forekommende ordination, som ikke tages af patienterne, og står for 33% af tilfældene. Den er karakteriseret ved at være hyppigt forekomne hos både patienter der i det væsentlige er raske, men også hos patienter med en eller flere kroniske lidelser. Fejlen opstår ofte ved at den ordinerende læge ikke anfører slutdato, og er således en fejltype, der relativt let kan elimineres. Det vil i de langt de fleste tilfælde være en åbenlyst ikke gældende ordination, forudsat

at behandleren ikke stoler blindt på FMK, og på den baggrund vil vi forvente, at der kun i sjældne tilfælde sker fejlmedicineringer på denne baggrund.

Et andet hyppigt problem er dobbeltordinationer, som reelt set ikke bør forekomme på FMK, medmindre der er tale om en kombinationsbehandling, enten med samme præparat i forskellig dosis eller som fast + pn. Vi har valgt at forstå dobbeltordinationer som præparater med samme ATC-kode, dispenseringsform, samt dosis og indikation.

I vores undersøgelse er der registreret 9 dobbeltordinationer fordelt på 6 patienter, men ved 2 præparater angiver patienten at tage begge præparater. Vi mistænker at der har været et mindre forståelsesproblem i undersøgelsen omkring dobbeltordinerede præparater. Dette understøttes af de tidsmæssige sammenhænge mellem ordinationerne, hvor den ene kan ligge lang tid før det andet, og der kan således blot være tale om skift til et generisk identisk præparat fra en anden producent, hvor det første ved en fejl ikke er seponeret. Ligeledes understøttes det også af typen af præparater, eksempelvis 2 typer p-piller eller 2 gange ens Fluconazol med tidsmæssig forskydning. Det ændrer dog ikke på at dobbeltordinationerne optræder, men de kan således være et større problem end angivet af patienterne i undersøgelsen.

Dobbeltordinationer kan potentielt være farlige, hvis de optræder i FMK på baggrund af en fejl. Ofte vil den opmærksomme læge kunne fange de åbenlyse fejl, såsom antibiotika, inhalatorer, p-piller og lignende. Dette ses også af behandlernes besvarelserne, hvor der i næsten alle tilfælde er krydset af i ”patienten tager ikke præparatet” for dobbeltordinationen. Vi anser derfor umiddelbart problemet som værende af begrænset størrelse, men ved andre præparater og særligt ved sektorovergange, hvor lægen ikke kender patienten, kan der let opstå uklarheder og forvirring. Både hvis patienten ikke kan spørges eller ikke er klar over præcis hvilke ordinationer der er gældende, kan det potentielt være en helbredstruende problemstilling, der medfører ovemedicinering med for eksempel stærke analgetika eller benzodiazepiner.

I flere EPJ-systemer alarmeres der ved forsøg på at dobbeltordinere et præparat (inden for samme ATC-kode). Om dette er tilfældet for alle systemer er uvist, og selvom det må anses for et nyttigt værktøj, har det øjensynligt ikke løst problemet fuldstændig, idet fejlene stadig forekommer.

Løsningen på dette problem er ikke let, men måske ville en del af problemet kunne løses ved generisk ordination i FMK og således vil der ikke være behov for ny ordination ved dosisregulering eller pn-ordinationer. Eventuelt kan man tilføje en pn-funktion der kan krydses af. Dette vil desuden også klare en anden problemstilling belyst i spørgeskemaerne. Nemlig at det tidsmæssige overblik over en ordination går tabt i det øjeblik man må ordinere det på ny (hvis den ordinerede udgave udgår eller dosis ændres således at patienten skal have recept på ny styrke). Recepter vil så ligge under den enkelte ordination, men på forsiden af FMK vil kun fremgå den aktuelle samlede dosis samt eventuelle pn-ordinationer.

Ud over antibiotika og dobbeltordinationer optræder dermatologiske præparater også hyppigt som præparater der står i FMK, men som patienten ikke tager. Vi beskriver længere nede det problem der kan gøre sig gældende ved præparater der ordineres, men som ikke nødvendigvis tages fast hele tiden. Det samme kunne gøre sig gældende her.

Da vi lavede denne undersøgelse, forventede vi at anvendelse af FMK, betød at man som patientens læge har bedre forudsætninger for at kende den faktiske medicinering. Derfor valgte vi at se på resultaterne for overensstemmelse mellem læge og patient svar. Vi fandt, at ud af de 61 præparater patienterne angiver IKKE at tage, er lægen enig i 67 % af tilfældene. Dette vidner om, at man som praktiserende læge, formentlig kender sin patient og i vid udstrækning har en ide om den faktuelle medicinering. Ser vi derimod på det omvendte scenarie, hvor lægen tror patienten tager et præparat, men besvarelsen viser, at patienten ikke gør, ses dette kun i 9 % af de samlede ordinationer. Altså har lægen ved over 9 ud af 10 ordinationer styr på om præparatet tages eller ej. Det er dog vigtigt at understrege, at ved sektorovergange såsom indlæggelse på sygehus, vil en anden læge eller behandler ikke have det samme kendskab til patienten, og risikoen for fejl vil derfor øges.

Flere ordinationer var dog åbenlyst forældede eller på anden måde ikke særlig sandsynlige. Dette letter vurderingen af, hvad der er gældende for den enkelte patient, når man ser på et ikke opdateret FMK (vurderet ud fra afstemningsdato, præparatyper og datoer for ordinationer).

Der var dog også tilfælde som patientseponeret antidepressiv medicin og diabetesmedicin der enten ikke tages eller tages anderledes end foreskrevet, hvor de potentielle komplikationer er alvorlige, og hvor hverken egen læge eller andre behandlere har mange chancer for at vide, hvad patienten egentlig får af medicin for diverse sygdomme. Disse fejl er svære at gardere sig imod, når patienten ikke har rådført sig med læge, ved den givne medicinændring. Det understreger samtidig behovet for både at afstemme FMK regelmæssigt, samt fortsat at optage grundig medicinanamnese ved sektorovergange.

Medicin taget anderledes end foreskrevet:

Blandt patienter der tog den registrerede medicin, var der uoverensstemmelse med den dosis der var registreret og den dosis de rent faktisk indtog hos 14%. Altså blev 1 ud af 7 ordinationer således ikke taget som foreskrevet på FMK. Langt hyppigst er der tale om sæsonbetinget eller smertestillende præparater, der tilsammen står for over 2/3 af præparaterne i gruppen "tager, men ikke som foreskrevet".

Sæsonafhængig medicin definerer vi som præparater der ofte kun tages i en periode af året, fortrinsvis allergimedisin eller steroidcreme, og ofte ret "harmløse" typer af medicin. Patienterne kan være uddannet til kun at tage medicinen, når der er behandlingskrævende symptomer, og altså stoppe behandlingen, når den ikke

længere er nødvendig. Ligeledes starte den igen ved behov. Eller de kan blot selv have besluttet at ændre på dosis og tidsintervaller, på grund af ændrede symptomer eller andet.

Disse præparater kan vanskeligt tidsbegrænses ved ordinationsstart, og vi formoder at patienten sjældent informerer lægen om, hvornår medicinen præcist tages, hvorfor FMK let kan afvige fra den reelle indtagelse. Det er hensigtsmæssigt, at kunne se, at patienten lider af en eller anden form for allergi og i perioder tager medicin herfor, hvorfor ordinationen alligevel bør stå på FMK.

I studiet er der for denne gruppe tale om 15 præparater fordelt på 9 patienter og de udgør 33% af præparaterne i gruppen "tager, men ikke som foreskrevet".

En måde at eliminere denne type fejl på er hvis der i FMK blev oprettet en mulighed for kunne krydse af "sæsonafhængig medicin".

En anden præparattype hvor der er typisk kan være uoverensstemmelse mellem registreret dosis og det reelle indtag er smertestillende præparater. Denne gruppe præparater udgør 38 % i gruppen "tager, men ikke som foreskrevet". Vi modtog mange spørgsmål fra patienterne om netop denne type medicin, i forbindelse med praksisbesøgene. Ved at gennemgå de enkelte besvarelser, kan vi se, at det ofte er præparater ordineret som fast medicin og så ændret af patienten i takt med at behovet er faldet, oftest til en pn-ordination. En anden tendens er, at lægen i næsten halvdelen af tilfældene tror, at patienten ikke tager den fast ordinerede smertestillende medicin længere, men patienten tager altså præparatet, blot i ændret dosering. Der vil altså ofte være tale om knap så åbenlyse fejl, hvor patienten både tager præparatet anderledes end skrevet på FMK, og lægen samtidig slet ikke tror patienten tager præparatet. Muligheden for misforståelser ved sektorovergange vil således være markant for denne gruppe af patienter.

Et andet aspekt kan være den signalværdi analgetika har på os som sundhedspersonale: At man enten fejler noget alvorligt eller måske at der skal passes på risikoen for misbrug. Vi vurderer derfor at en fejlmedicinering af analgetika, kan være af mere kritisk karakter, alt efter styrke, gruppe og eventuelt anden nytilkommet sygdom hos patienten, og det er i høj grad nødvendigt med patientens oplysninger ift. Medicinering.

En fuldstændig eliminering af denne type fejl virker ikke realistisk, men igen handler det om god kommunikation med patienten, både i det daglige og ved sektorovergange. Hvor stopdatoer er mulige skal disse selvfølgelig anføres.

Præparater som patienterne tager uden om FMK:

12 patienter angiver at tage medicin ud over det som er lagt ind i FMK. Flere af disse er dog håndkøbsmedicin som Ibuprofen, paracetamol, allergimedicin eller kosttilskud købt i håndkøb. Ingen af disse patienter angiver at tage doser, der giver anledning til bekymring. Vi regner desuden med at disse præparater også tages lejlighedsvis af en del patienter, som har svaret negativt på spørgsmålet om at tage ekstra medicin ud over det som er angivet i FMK. Mange vil nok ikke anse sådanne præparater og kosttilskud som værende medicin, og i de fleste tilfælde giver de da

heller ikke anledning til bekymring. Otte af patienterne tager dog egentlig medicin, og fire af disse tager Ibuprofen i doser fra 600mg pr til 2400mg dagligt. Det kan dreje sig om medicin som er udskrevet tidligere og så bruges pr, men i de to tilfælde, hvor det bruges dagligt, må vi forvente at patienterne har tilgang til medicinen.

Herudover er der tre patienter, der tager henholdsvis Gabapentin, p-piller og Giona easyhaler uden det er registreret. For p-pillerne angiver lægen dog at vide at patienten får disse, men det er usikkert hvor de øvrige er udskrevet fra, og hvordan patienterne har fået adgang til medicinen. Endelig får én patient injektion Aclasta ambulant en gang årligt, uden at dette står i FMK.

Generelt må det siges at en stor del patienter får medicin ved siden af den registrerede. Nogle fejl kan opstå hvis ambulatorier ikke registrerer den medicin de udleverer, eller blot lægger den som en engangsordination. Andre fejl skyldes nok løse recepter. Endelig har de fleste læger nok oplevet patienter, der har lånt medicin af venner og familie, uden at rådspørge læge, men som ovenstående viser, kan det være potentielt farlige doseringer, der tages, og det er således vigtigt at spørge ind til anden medicin end den der står i FMK.

På trods af ovenstående problemer anser 12 ud af 19 behandlere i dette studie FMK som et nyttigt redskab i dagligdagen, mens kun 3 er uenige eller helt uenige i dette udsagn, og 17 ud af 19 behandlere anser det som et nyttigt redskab i kommunikationen med andre sektorer og sundhedspersoner. Spørges der til om FMK anses som et nyttigt redskab helt generelt er det hele 18 ud af 19 behandlere der svarer ”ja”. Et tidligere dansk studie fandt lignende resultater.¹

At nytteværdien af FMK vurderes ret høj blandt behandlerne kommer også til udtryk ved at 17 ud af 19 er enten delvist eller helt enige i, at deres motivation for at anvende FMK er høj.

Ud fra vores egen erfaring i sekundær og primær sektoren kan dette hænge sammen med flere faktorer.

De fleste af behandlerne i studiet har oplevet tider med papirjournaler, der ofte var mangelfulde, og hvor patientens medicinudskrift var en plasticpose med alle de medicinindpakninger, som de nogensinde havde fået udleveret. Det kan således ikke undre at holdningen, trods en del begynderfejl, er generelt positiv. Dette, selvom brugervenligheden vurderes meget svingende af de involverede behandlere. Én behandler i studiet mente dog, at FMK aldrig ville lette hverdagen.

Det er også vigtigt at huske at 80 % af den registrerede medicin i FMK blevet taget i en eller anden udstrækning og 65 % blev taget helt som foreskrevet. Samtidig er mange af de fejl, der optræder forholdsvis åbenlyse og kan let rettes. FMK giver altså et rigtig fint overordnet billede på medicinindtaget, men vores projekt viser klart, at det ikke kan stå alene, da der så vil være risiko for en lang række af fejlmedicineringer, hvoraf en del må anses som potentielt alvorlige.

¹ FMK den omstillingsparate læge

Afstemning af FMK

Hvad angår afstemninger af FMK viser resultaterne, at det står sløjt til. Vi har valgt ikke at skelne mellem primær- og sekundærsektorens afstemninger. Alle patienter bør afstemmes ved indlæggelse og ved udskrivelse, men vi kan ikke se om den praktiserende læge har afstemt før en indlæggelse, hvis afdelingen har gjort det efterfølgende. Vi kan dog se, at

I vores studie var FMK afstemt for 38 % af patienterne. Dette er gjort inden for en periode på ca. 3 år. Dog kan vi se at sandsynligheden for at FMK er afstemt stiger med antallet af præparater. Således er kun 9% afstemt hos de patienter, der ikke får medicin, mens 28% er afstemt hos de der får 1-4 præparater, og 67% er afstemte hos de der får 5 præparater eller derover.

Dette hænger sandsynligvis sammen med at de patienter med mest medicin oftest vil blive set i praksis, og oftest vil kræve medicinændringer, hvilket alt andet lige bør øge motivationen for at afstemme FMK samt lette afstemningen, da lægen jo så allerede arbejder i FMK-modulet. Endelig vil vi også forvente at de patienter, der får flest præparater, er de mest syge, og således oftest vil komme i kontakt med andre dele af sundhedsvæsenet, hvor det vil være vigtigt at få afstemt FMK.

Spørgeskemaet til behandlerne viser at der er stor uenighed både generelt samt internt i klinikkerne om hvorvidt der foreligger en egentlig instruks for afstemning. En del af denne uenighed kan skyldes at flere behandlere forholder sig til den mere generelle instruks omkring brugen af FMK. Der er dog ingen tvivl om at mere fokus på området, for eksempel ved at have en intern instruks, vil kunne øge afstemningsgraden markant, og også minimere en del af de fejl vi har beskrevet ovenfor. Alle kan også blive enige om at det er enkelt at afstemme et medicinkort uden præparater og at dette ville give store fremskridt i forhold til overblik for en stor gruppe af patienter, men vi mener ikke, at dette er det rigtige fokus at have. Vi mener, at arbejdet er givet bedre ud ved at lægge fokus på patienterne med polyfarmaci og få disse afstemt i forbindelse med, at man gennemgår medicinen sammen med patienten.

I spørgeskemaet er der spurgt til om man sikrer sig at FMK er afstemt når man udskriver ny medicin. 12 er delvist enige eller helt enige i dette, mens 2 er neutrale og 4 er delvist uenige. At langt størstedelen af behandlerne forholder sig positivt til dette spørgsmål stemmer dårligt overens med resultaterne i studiet, hvor kun 35% af de Fælles Medicinkort er afstemt. Muligvis kan dette resultat forklares med et ønske om at gøre det bedre, og det lover da, sammen med den generelt positive holdning til FMK, godt for fremtiden.

Problemstillinger af mindre karakter belyst i undersøgelsen

Vedrørende spiraler og andre engangsordinationer: Det er i nogle tilfælde en vigtig oplysning for patienten. Der er ganske rigtig tale om en engangsordination men

såfremt denne kunne bestå på FMK ville det en fordel, idet dette vil give en tidsramme for behandlingens varighed og påbegyndelse. Tidsrammen skulle kunne sættes individuelt for det enkelte præparat som slutdato. Selvfølgelig skal den seponeres i FMK når den fjernes, hvis ikke tidsrammen løber ud. Andre engangsordinationer kan også let blive til fejl på FMK og kunne profitere af en lignende tilføjelse i FMK. Eksempelvis fandt vi Aclasta givet i ambulatoriet, som ikke optrådte på FMK, sandsynligvis fordi det er lavet som en engangsordination.

Det store perspektiv

Set ud fra et større perspektiv kan der være flere forklaringer på FMK mangler, både menneskelige og tekniske. Her kan nævnes:

Tidsaspektet

En stressede hverdag, er i flere studier² påvist at være en væsentlig barriere for anvendelsen af FMK. I et andet studie er det dog vist at brugen af FMK ved indlæggelse ikke tager længere tid for at opnå fuld overensstemmelse ml. Ift. patienten medicin.³

Ansvar/kompetencer

Afstemning medfølger et ikke ubetydeligt, men for mange lidt uklart ansvar. Dette kan ubevidst eller bevidst have indflydelse på anvendelsen af FMK. I et studie⁴, lavet i den danske sekundær sektor, var vurderingen fra lægerne her, at det var den praktiserende læges ansvar at afstemme FMK. Dette begrundet med, at man ikke mente at man havde kompetencer til at vurdere alle patienternes ordinationer samlet. I et andet forskningsprojekt⁵ ses det, at dette synspunkt selvfølgelig også kan opstå hos den praktiserende læge, ved patienter med højspecialiseret behandling. I dette studie er der også diskuteret muligheden for individuelt for den enkelte patient at dele ansvaret for medicineringen. (svensk model).

Tekniske problemer/manglende oplæring og kendskab

I forbindelse med implementeringen blev der udbudt en lang række kurser i anvendelsen af FMK, men der har ikke været tiltag der evaluerer om FMK anvendes korrekt i den enkle klinik. Ansvar for om det lokale patientadministrative system fungerer efter hensigten har været overladt til det

² FMK-den omstillingsparate læge og Christensen et Al.

³ Munchk et. Al.

⁴ Christensen et Al.

⁵ FMK- den omstillingsparate læge

enkle systemhus og er ikke blevet testet af eksterne bedømmere inden implementeringen.

Dette er blot to af rigsrevisionens kritikpunkter⁶. Dette er også belyst som et problem/ønske i vores spørgeskema, ønsket om efteruddannelse i FMK samt klager over nedbrud. Det er desuden i et studie⁷ beskrevet hvorledes opstartsfasens store software-problematik har øget modstanden mod FMK. Dette kan fortsat være en aktuell faktor, idet vi under arbejdet med denne undersøgelse så hvor forskellig FMK kan være integreret i de lokale journal-systemer.

Ydermere bør der tilføres flere facetter til mulighederne/begrænsninger omkring ordinationerne, som hjælperedskab til anvendelsen. jf. løsningsforslag.

Trods FMK's mange udfordringer er der en positiv stemning over for anvendelsen af det.

Det er vigtigt at fokusere på at implementeringen sker løbende, og ligeledes bør man nok se på oprydningen. Rom blev ikke bygget på en dag, og det var urealistisk at tro, at FMK ville leve fuldt op til visionen fra første dag. I en travl hverdag med utallige krav fra mange sider, er medicinafstemning og opdatering blot et af mange andre krav, og kan ikke uden videre kræve en særlig plads.

Konklusion:

Vores hypotese om at "FMK giver på et hvilket som helst tidspunkt et billede af patientens reelle medicinindtag" må siges at være modbevist med dette studie.

Kun 38% af patienterne havde fuld overensstemmelse mellem det reelle medicinindtag og FMK, og kun 6,8% havde overensstemmende OG afstemte medicinkort. Vi har også beskrevet en række forskellige fejl i FMK, som vi har fundet ved dette lille studie. Lavede man et tilsvarende større studie, ville det nok åbenbare flere fejltyper.

FMK opfattes dog generelt af læger og behandlere som et godt redskab til at give et overblik over patienters medicinering og er et godt kommunikationsredskab ved sektorovergange, hvilket resultaterne også viser. 80% af den registrerede medicin blev taget i en eller anden udstrækning og 65% blev taget som foreskrevet.

Men studiet viser også at FMK ikke kan stå alene. Lægerne var ofte, men ikke altid i stand til at forudsige hvilken medicin, patienterne reelt indtog, og mange af de fejl vi har oplevet vil kunne fjernes ved at gennem medicinafstemning sammen med patienten. Det er derfor vigtigt at huske at ajourføre og gerne også afstemme FMK regelmæssigt i såvel den kliniske hverdag i praksis som ved sektorovergange til sekundærsektoren eller plejesektoren.

⁶ rigsrevisionens rapport.

⁷ FMK-den omstillingsparate læge

En anden vigtig lære er, at præparater, der udskrives til patienter, i størst muligt omfang bør have en slutdato. Dette vil kunne minimere en lang række af de fejl vi har set.

Endelig mener vi at en ændret opstillings- og ordinationspraksis i FMK, hvor præparaterne opstilles under deres generiske navn, og hvor dosis mv. kan ændres uden at der skal laves nye ordinationer, vil kunne eliminere nogen fejl, men også gøre FMK langt mere brugervenligt og sikkert.

Vi må slutteligt konkludere at der er tale om en løbende proces for ajourføringen og medicinafstemningen på FMK, som det var tilfældet for implementeringen. Det er vigtigt at holde sig for øje, at processen går langsomt, og at folk der mener, at FMK er løsningen på alle fejl og problemer ofte ikke arbejder med det til daglig. I et system hvor så mange menneskelige individer interagerer, vil der med usvigelig sikkerhed opstå fejl, og ofte vil nye muligheder og teknologi blot flytte fejlene et andet sted hen.

Når det er sagt, mener vi dog at FMK rummer potentialet til at blive en stor hjælp for både sundhedspersonale og patienter, og vi kan kun ønske at der vil blive forsket yderligere i de problemer og muligheder FMK frembyder i fremtiden.

Litteraturliste:

- www.ssi.dk. Søgt på FMK.
- <http://www.rigsrevisionen.dk/media/1999813/problemerne-med-at-udvikle-og-implementere-faelles-medicinkort.pdf>
- www.medcom.dk. søg på FMK
- www.speam.dk/files/21/fmk_den_omstillingsparate_læge.pdf
- Artikler:
- Munck et al.: shared medication record as part of medication reconciliation at hospital admission is feasible, May 2014
- Christensen et al.: Implementation of the shared medication record is difficult, Juli 2014

Bilag:

Bilag 1: Information og samtykkeerklæring

Giver det Fælles Medicinkort (FMK) et reelt billede af patienters aktuelle medicinforbrug

Det Fælles Medicinkort er et stort digitaliseringsprogram støttet af Fonden for Velfærdsteknologi. Parterne bag udvikling og implementering af Fælles Medicinkort er: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, National Sundheds-it, Sundhedsstyrelsen, MedCom og Danske Regioner - herunder 5 regionale projektgrupper.

Målene er blandt andet at fejlmedicinering reduceres samt en bedre sikkerhed for korrekt dosering. Herudover ønskes at patienter selv får mulighed for et bedre overblik over egen medicin og tillid til, at medicinoplysninger er opdaterede.

Vi er 2 læger under uddannelse til speciallæge i Almen Medicin (praktiserende læge), der er i gang med at undersøge, om der er overensstemmelse mellem den elektroniske registrering af patienters medicinindtag og deres faktiske medicinindtag.

I den forbindelse ønsker vi at få adgang til dit elektroniske medicinkort (FMK) og vil sammenholde dette med et spørgeskema, hvor du, som patient, skal vurdere de forskellige slags medicin som er registreret på det elektroniske medicinkort, samt stille dig nogle enkelte spørgsmål. Vi vil også stille din læge/behandler nogle uddybende spørgsmål om din medicin, således at vi kan se om der er overensstemmelse mellem dit og din læges svar. Svarene vil blive brugt til en opgave på specialeuddannelsen, og muligvis blive forsøgt udgivet som artikel senere.

Det er vigtigt at understrege at de medicinkort der udleveres godt kan indeholde medicin der er udløbet eller som lægen har stoppet i samarbejde med patienten, og at det således ikke nødvendigvis viser, hvad lægen mener at patientens medicinforbrug reelt er. Det fremgår af det medicinkort, som lægen ser, hvilke typer medicin som patienten ikke længere skal tage.

Der er fuld anonymitet både for dig og din læge/behandler.

Sammenlagt er der tale om ca. 5-10 minutters arbejde.

Dit samtykke giver udelukkende adgang til dit elektroniske medicinkort og ikke til den resterende del af din journal eller andre oplysninger om dig. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage.

Yderligere oplysninger om FMK kan fås her: www.SSI.dk søg på FMK

Ved spørgsmål om eller til undersøgelse kan vi kontaktes på mail: silja.braaten@rn.dk eller micw@rn.dk

Samtykkeerklæring.

Jeg har modtaget mundtlig og skriftlig information om at deltage i ovenstående projekt, om det Fælles medicinkort giver et reelt billede af patienters medicinforbrug og giver mit samtykke til at deltage i projektet svarende til den skriftlige information ovenfor.

Jeg giver tilladelse til brug af mit Fælles Medicinkort og de data der findes her samt i vedlagte spørgeskema i anonymiseret form.

Dato

Underskrift

Ønsker du information om resultatet af forskningsprojektet tilsendt, kan du skrive din email-adresse her under:

Bilag 2: Patientskema/FMK

Navn:
CPR-nummer:

Fælles Medicin Kort /Patient

Skemaet udfyldes ved at afkrydse den rubrik ud for præparatnummeret som tilsvarende det samme nummer på selve medicinkortet. Det er vigtigt, at du skriver navn og CPR-nummer på skemaet.

"Ved ikke" rubrikken bruges, hvis du ikke er sikker på om du tager præparatet (medicinen), eller ikke kender dosis/antal gange i døgnet. Hvis du derimod ved, at du tager præparatet anderledes end det står i medicinkortet, for eksempel hvis du ikke tager det hver dag eller i en anden dosis end det som står på medicinkortet, bruges "Tager præparatet – men ikke som foreskrevet" rubrikken.

Du skal kun udfylde det antal rubrikker der er nummereret på medicinkortet. Får du således 5 slags medicin, skal der kun svares på rubrik 1-5.

Tager du medicin der ikke står på medicinkortet kan det indføres i skemaet nederst på siden.

Ved tvivlsspørgsmål kan den projektansvarlige læge i klinikken spørges til råd.

Præparatnummer (medicin)	Jeg tager præparatet som foreskrevet	Jeg tager præparatet – men ikke som foreskrevet	Jeg tager IKKE præparatet	Ved ikke
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Medicin som du tager, og som IKKE er nævnt på medicinkortet:

Præparatnavn	Dosis og antal gange pr dag (hvis du er usikker skrives blot "ukendt")

Bilag 3: Lægeskema/FMK

Patientens navn:

Patientens CPR-nummer:

Fælles Medicin Kort /Læge

Skemaet udfyldes ved at afkrydse den rubrik ud for præparatnummeret som tilsvare det samme nummer på selve medicinkortet.

Hvis du ved, at patienten tager præparatet anderledes, end det står i medicinkortet, bruges "Tager præparatet – men ikke som foreskrevet"-rubrikken.

Du skal kun udfylde det antal rubrikker der er nummereret på medicinkortet. Får patienten således 5 slags medicin, skal der svares på rubrik 1-5. Overskydende rubrikker lades blot tomme.

Tager patienten medicin der ikke står på medicinkortet, men som du har kendskab til, kan de indføres i skemaet nederst på siden.

Ved tvivlsspørgsmål kan den projektansvarlige læge i klinikken spørges til råd.

Præparat nummer (medicin)	Patienten tager præparatet som foreskrevet	Patienten tager præparatet – men ikke som foreskrevet	Patienten tager IKKE præparatet
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Medicin som du mener patienten tager, men som IKKE er nævnt på medicinkortet:

Præparatnavn	Evt. dosis og antal gange pr dag (hvis du er usikker skrives blot "ukendt")

Bilag 4: Behandlerspørgeskema

Spørgeskema til behandlere:

Skemaet besvares med kryds i Ja/Nej-boksene. Ved øvrige udsagn bedes du vurdere hvor enig du er i udsagnet og sætte kryds under dette.

Stilling (sæt ring): læge / sygeplejerske

Answer du på nuværende tidspunkt FMK som et nyttigt redskab helt generelt?:

Ja	Nej
----	-----

Hvis nej, mener du så der er tale om en overgangsfase inden dette vil lette din hverdag?

Ja	Nej
----	-----

FMK er et nyttigt redskab i din dagligdag ift overblikket over dine egne ordinationer.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke

FMK opleves som et nyttigt redskab ift. kommunikationen af patienters medicin med andre sektorer og fagpersoner.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke

Min motivation for at anvende FMK er høj.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke

Jeg oplever altid at FMK efter kontakt til sygehus eller praktiserende speciallæge, hvor der er foretaget ændringer i patientens medicin, er afstemt.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke

Jeg oplever færre utilsigtede hændelser omkring patienters medicinindtag efter indførslen af FMK.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke

Jeg sikrer altid at medicinkortet er afstemt når jeg udskriver ny medicin til en patient.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke

Jeg synes at brugervenligheden i FMK generelt er god.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke

Har jeres praksis en fast instruks eller aftale om medicingennemgang generelt eller/og afstemning af FMK

Ja	Nej

I et dansk studie er flere sygehuslægers holdning, at det udelukkende bør være praktiserende læges opgave at afstemme medicinen. Er du enig i dette udsagn?

Ja	Nej

Nævn eventuelle barrierer for anvendelsen af FMK i din dagligdag:

FORSKNINGSPROJEKT

En undersøgelse af om der er overensstemmelse mellem det Fælles Medicinkort og patienters reelle indtag af medicin.

DAG D.

deltager din lægepraksis i et forskningsprojekt om det Fælles Medicinkort. Patienter, der har tid hos læge eller sygeplejerske denne dag kan blive spurgt om de ønsker at medvirke til projektet.

Yderligere information kan findes i teksten nedenfor eller ved at spørge en af de projektansvarlige læger, der vil være til stede i klinikken denne dag.

Ved spørgsmål om eller til undersøgelsen kan vi kontaktes på mail:
silja.braaten@rn.dk eller micw@rn.dk



Vi er 2 læger under uddannelse til speciallæge i Almen Medicin (praktiserende læge), der er i gang med at undersøge, om der er overensstemmelse mellem den elektroniske registrering af patienters medicinindtag og deres faktiske medicinindtag.

I den forbindelse ønsker vi at få adgang til dit elektroniske medicinkort (FMK) og vil sammenholde dette med et spørgeskema, hvor du, som patient, skal vurdere de forskellige slags medicin som er registreret på det elektroniske medicinkort, samt stille dig nogle enkelte spørgsmål. Vi vil også stille din læge eller behandler nogle uddybende spørgsmål om din medicin. Svarene vil blive brugt til en opgave på specialeuddannelsen, og muligvis blive forsøgt udgivet som artikel senere.

Der er fuld anonymitet både for dig og din læge/behandler. Sammenlagt er der tale om ca. 5-10 minutters arbejde.

Dit samtykke giver udelukkende adgang til dit elektroniske medicinkort og ikke til den resterende del af din journal eller andre oplysninger om dig. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage.

Yderligere oplysninger om FMK kan fås her: www.SSI.dk - søg på FMK.



Mikael Caroc
Warner



Silja Als
Frederiksen

Bilag 6: Spørgeskema til behandlere udfyldt.

Spørgeskema til behandlere:

Samlede opgørelse over besvarelserne af dette skema. 19 besvarelser for side 1, desværre kun 16 for side 2.

Skemaet besvares med kryds i Ja/Nej-boksene. Ved øvrige udsagn bedes du vurdere hvor enig du er i udsagnet og sætte kryds under dette.

Stilling (sæt ring): læge / sygeplejerske

Answer du på nuværende tidspunkt FMK som et nyttigt redskab helt generelt?:

Ja	Nej
18	1

Hvis nej, mener du så der er tale om en overgangsfase inden dette vil lette din hverdag?

Ja	Nej 1
----	-------

FMK er et nyttigt redskab i din dagligdag ift overblikket over dine egne ordinationer.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke
2	1	4	4	8	

FMK opleves som et nyttigt redskab ift. kommunikationen af patienters medicin med andre sektorer og fagpersoner.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke
	1	1	8	9	

Min motivation for at anvende FMK er høj.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke
1	1		6	11	

Jeg oplever altid at FMK efter kontakt til sygehus eller praktiserende speciallæge, hvor der er foretaget ændringer i patientens medicin, er afstemt.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke
4	9	3	2	1	

Jeg oplever færre utilsigtede hændelser omkring patienters medicinindtag efter indførslen af FMK.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke
	1	6	4		8

Jeg sikrer altid at medicinkortet er afstemt når jeg udskriver ny medicin til en patient.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke
2	1	1	11	1	

Jeg synes at brugervenligheden i FMK generelt er god.

Helt uenig	Delvist uenig	Neutral	Delvist enig	Helt enig	Ved ikke
	4	2	7	3	

Har jeres praksis en fast instruks eller aftale om medicinennemgang generelt eller/og afstemning af FMK

Ja 7	Nej 9
------	-------

I et dansk studie er flere sygehuslægers holdning, at det udelukkende bør være praktiserende læges opgave at afstemme medicinen. Er du enig i dette udsagn?

Ja	Nej 16
----	--------

Nævn eventuelle barrierer for anvendelsen af FMK i din dagligdag: