

Hver dag ekspederes ca. 100 000 resepter fra norske apotek. For å sikre optimal behandling må leger og farmasøyter kommunisere bedre

## Samhandling mellom fastlege og apotek

Leger ønsker tilbakemelding om uklarheter ved resepter, farmasøyter oppdager flere feil enn de melder til legene, begge forventer at den andre dokumenterer feil, og det savnes retningslinjer for håndtering av reseptkorrigeringer. Dette får Mandt og medarbeidere frem i en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (1). Årsakene til disse manglene er lite belyst. En annen fokusgruppeundersøkelse antyder at det fortsatt er barrierer i samarbeidet mellom allmennleger og farmasøyter (2). Hva kan gjøres for å bedre samarbeidet mellom lege og farmasøyt slik at det føles riktig for begge parter?

Samarbeid med farmasøyt er et sentralt tiltak for å redusere antall feil. På sykehus er det vist at farmasøyters deltakelse i legemiddelbehandling øker det kliniske utbyttet for pasientene (3). Farmasøyter i apotek er helsepersonell i henhold til helsepersonelloven. Majoriteten av reseptene forfattes utenfor sykehus, og etter all sannsynlighet er det derfor store helsegevinster ved å bedre samarbeidet mellom fastleger og apotek. Dokumentasjon av avvik er et viktig redskap for å korrigere feilen i flere ledd: Avvik må rettes før legemidlet leveres ut, pasienten må informeres uten at man ødelegger tiltroen til dem som vil hjelpe, og systemene må korrigeres slik at samme feil ikke begås på nytt. Tidspress angis ofte som årsak til manglende avviksdokumentasjon (1) og til feil forskrivning (4). Det er positivt at primærhelsetjenesten nå skal styrkes med flere fastleger, men også bemanningen på apotek må sikres. Dette må bli et offentlig ansvar.

Nyere journalsystemer og innføring av e-resept kan eliminere en del formelle feil. Automatisk oppdatering av legemiddelregisteret i alle modulene av journalsystemet kan gjøre at feil ikke fornyes (1). Fremtidige datasystemer burde også automatisk kunne angi billigste synonympreparat. Vi tror det fortsatt er forbedringspotensial her. Men innføring av e-resept hindrer ikke alvorlige feil som for eksempel at legemidlet blir skrevet ut til feil pasient fordi legen glemte utlogging fra forrige pasient (5). Derfor er det viktig å rette oppmerksomheten mot rutiner for samhandling mellom leger og apotek, slik som undersøkelsen til Mandt og medarbeidere gjør. For raskt å rette feil må kommunikasjonslinjene være åpne og direkte. Pasienten skal ikke brukes som budbringer om reseptkorreksjoner. Personlig kontakt blir aldri avleggs og er ekstra viktig når alvorlige reseptfeil skal rettes (1). Tett kontakt mellom legekantoret og apotek er enklere å få til i landdistrikt enn i de større byene. Da de fleste pasienter bor i byer med mange apotek, og noen pasienter har stor mobilitet, vil nettopp det å sikre åpen telefonlinje mellom apotekene og forskrivende leger eller legekantor være viktig for god samhandling.

I tillegg kan det etableres faste samhandlingsmøter på det lokale plan. Erfaringer tilsier at samarbeid både på overordnet nivå og pasientnivå forbedres ved en slik tverrfaglig arena. Et eksempel er Skedsmo kommune, der kommunelegen, to leger og representanter fra alle apotekene møtes regelmessig for å diskutere aktuelle saker og sende nyhetsbrev til legene i området (H. Ariansen & S. Rognstad, personlig meddelelse). Samarbeid mellom legekantor og apotek er dagsaktuell sett i lys av *St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen*. Her understrekes betydningen av forebyggende tiltak og samarbeid på tvers av omsorgsnivåene. Vi tror det blir like viktig å se på hvordan farmasøyter og leger sammen kan forebygge legemiddelrelaterte problemer, som kommunikasjon omkring

avdekkede reseptfeil. Vi vil spesielt fremheve samarbeid på to områder: legemiddelproblemer blant pasienter som får hjemmesykepleie og legemiddelhåndtering ved skifte av omsorgsnivå.

I forarbeidene til samhandlingsreformen slås det fast at gode medikamentrutiner for pasienter som har hjemmesykepleie er svært mangelfulle, til dels fraværende, spesielt i store kommuner. Fastlegen vet ofte ikke hvilke medisiner hjemmesykepleierne gir pasientene (6). Eldre pasienter er mest utsatt for, og sårbare overfor, legemiddelrelaterte problemer. Her ligger det et spesielt stort potensial i samhandling også med apoteket. I stedet for å fraskrive seg ansvar ved å si at dette får andre rydde opp i (lege – hjemmetjeneste) ville det tjene pasienten om det var rutiner for samarbeid med alle involverte parter: legen, hjemmesykepleieren og apotekfarmasøyten. I Mandt og medarbeideres fokusgruppesamtaler ble det påpekt ønske om rutiner både for rask direkte kontakt og for utvidet samhandling (1).

Legemiddelproblemer ved skifte av omsorgsnivå kan reduseres ved samarbeid mellom leger og farmasøyter f.eks. ved hjemmebesøk av farmasøyt til eldre pasienter etter utskrivning fra sykehus (7). Alle ledd i informasjonsoverføring fra lege til pasient må sikres. Kjedet er som kjent ikke sterkere enn det svakeste ledd: Bruksveiledning for legemidlet må ha informasjonsverdi og følge legemidlet. Men når apoteket ofte fester bruksanvisning til ytterste emballasje, er den neppe til nytte for pasienten når legemidlet er pakket ut.

Kommunikasjon mellom leger og farmasøyter bør utvides til noe mer enn samtaler om reseptfeil. God samhandling vil gi økt klinisk utbytte for pasientene og besparelser for samfunnet. Fokusgrupper egner seg for å avdekke ukjente forhold og skape nye hypoteser, men kan ikke gi svar på utbredelse og fordeling av feilaktig legemiddelbehandling. Selv om mer kunnskap alltid er velkommen, vet vi vel egentlig nok til å handle.

**Per Lagerløv**  
per.lagerlov@medisin.uio.no  
**Hedvig Nordeng**

*Per Lagerløv (f. 1949) er førsteamanuensis i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo, dr.med. og cand.pharm og spesialist i barnesykdommer og i allmennmedisin 1990–2000.*

*Hedvig Nordeng (f. 1972) er førsteamanuensis i samfunnsfarmasi ved Universitetet i Oslo, cand.pharm og dr.philos.*

### Litteratur

- Mandt I, Horn AM, Granås AG. Samhandling mellom allmennleger og apotek ved korreksjon av resepter. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1846–9.
- Huges CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. B J Gen Pract 2003; 53: 600–6.
- Viktil KK, Blix HS. The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. Basic Clin Pharmacol Toxicol 2008; 102: 275–80.
- Malone DC, Abarca J, Skrepnek GH et al. Pharmacist workload and pharmacy characteristics associated with the dispensing of potentially clinically important drug-drug interactions. Med Care 2007; 45: 456–62.
- Grimsmo A. Elektronisk resept – uten bivirkninger? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1740–3.
- Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasienten? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 810–2.
- Bergheim S, Jacobsen CD, Clausen F et al. Hjemmebesøk av farmasøyt etter utskrivning. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 567–9.