

»Farmaceutisk medicingennemgang« – en vanskelig størrelse!

Overskriften »Der er forskellige modeller for hospitalernes anvendelse af farmaceutisk medicingennemgang« af Bülow *et al* [1] kunne give det indtryk, at selv forfatterne af artiklen er blevet overrasket. Det er dog al ære værd, at man inden for egne rækker forsøger at afdække, hvad en »farmaceutisk medicingennemgang« (FMG) er, nu hvor ydelsen er implementeret på mange hospitaler. Forfatterne har, mhp. at kortlægge hvilke modeller til medicingennemgang der anvendes af farmaceuter på danske hospitaler, beskrevet, at der på 16 afsnit på 14 hospitaler udføres FMG.

I artiklen anvendes der begreber som medicinafstemning, medicingennemgang, farmaceutisk medicingennemgang, medicinanamnese og medicinlister, uden at disse ord beskrives. Dog er der refereret til en enkelt definition, der er baseret på én person i Region Hovedstaden: »struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling og foretage nødvendige ændringer«. Med den anvendte definition kan det undre, at dette formål kan nås, når man på kun fire ud af 14 hospitaler anvendte patientsamtaler, kun på fem ud af 14 anvendte den personlige elektroniske medicinprofil (PEM) og kun på ét hospital konsekvent anvendte patientens medbragte medicin som kilde til FMG. Vedrørende kompliance, bivirkninger, effektvurderinger og kontraindikationer er netop disse informationskilder helt afgørende. Patientsamtaler og PEM-data vurderes af forfatterne selv som værende de vigtigste kilder til høj kvalitet i en medicingennemgang, men de forholder sig i øvrigt ikke til den beskedne anvendelse af disse i FMG. I det hele taget er der en betydelig variation i anvendte kilder (ikke to er ens), tidsforbruget (fra ti minutter til to timer!), hvilket muligvis kan afspejle forskelligheder i kvalitet, implementering, aftaler etc., men uden at dette adresseres, hvilket er interessant også i forhold til resursetilførsel. Nogle udfører FMG, før lægejournalen er skrevet, og nogle gør det efter, hvilket uvilkårligt vil medføre forskellige leverancer.

Artiklen er en ren deskriptiv analyse, der kun i ringe omfang forholder sig kritisk til de beskrevne observationer af, hvad en farmaceutisk medicingennemgang kan forventes at indeholde og bidrage med,

eller en stillingtagen til, hvilke af de mange modeller der bør anbefales og i hvilke situationer. Den forholder sig således ikke til kvalitet, herunder implementering og effektvurdering. I nogle nyligt publicerede artikler diskuteres disse spørgsmål [2, 3], f.eks. nævnes, at kun 178 ud af 301 (51%) anbefalinger i FMG følges af lægerne. Det synes mere at være tilfældigheder, lokale kulturer/arbejdsgange og forskellige kompetencer, der er bestemmende for ydelsens karakter, end en systematiske gennemtænkt tilgang og vurdering af, hvilken model og værdi en FMG har på en given afdeling. I denne artikel demonstreres der en betydelig variation i metode og kildeanvendelse – også hvor evidens haves – hvilket ikke umiddelbart synes forståeligt.

Budskabet fra tidligere ledere i Ugeskrift for Læger [4, 5] om behov for en mere systematisk og kritisk gennemgang af FMG, herunder en vurdering af resurseanvendelse og diskussion af, hvilken faggruppe der til størst mulig gavn for patient og samfund skal varetage denne opgave, synes fortsat at være aktuelt. Effekten af og metoden til FMG skal vurderes, og forventningsafstemning med lægerne samt beskrivelse af implementering er nødvendig. Dette skal foregå efter almindelige videnskabelige metoder. Løbende refleksion og tilpasning af ydelsen, f.eks. efter implementering af det fælles medicinkort er påkrævet. Der er endnu et stykke vej at gå, som forfatterne også konkluderer, og det kan undre, at FMG er så udbredt, uden at der er en vis form for enighed om, hvorledes ydelsen opnåes. Igen rejses spørgsmålet om, hvordan vi skal opnå den rationelle farmakoterapi, som enhver patient på vore hospitaler har krav på, og hvem der skal gøre hvad.

LITTERATUR

1. Bülow C, Winther M, Schjerling L *et al*. Der er forskellige modeller for hospitalernes anvendelse af farmaceutisk medicingennemgang. Ugeskr Læger 2014;176:V11120680.
2. Mogensen CB, Olsen I, Thisted AR. Klinisk farmaceuters anbefalinger i Fælles Akut Modtagelse følges hyppigere hos medicinske end kirurgiske patienter. Ugeskr Læger 2013;175:2104.
3. Lundh A, Christensen K. Region bruger medicingennemgange trods svag evidens. Ugeskr Læger 2013;175:2741.
4. Hansen SW. Korrekt medicinering af patienterne er en lægefaglig kerneydelse. Ugeskr Læger 2013;175:1325.
5. Christensen HR. En valid medicinanamnese synes umulig under de nuværende forhold ved indlæggelse på akutmodtagelse. Ugeskr Læger 2013;175:869.

LEDER

Hanne Rolighed
Christensen

Ugeskr læger
2014;176:V64928

KORRESPONDANCE:

Hanne Rolighed Christensen,
Klinisk Farmakologisk
Afdeling, Bispebjerg Hospital,
Bispebjerg Bakke 23,
2400 København NV.
E-mail: hanne.rolighed.
christensen@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

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