

Medicingennemgang – kun en del af svaret

Der er udkommet en opdatering af Cochranerewiewet »Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality« [1]. Opdateringen er baseret på ti studier med i alt 3.575 patienter. Som i det første review har man fundet, at der ikke er evidens for, at medicingennemgang som enkeltstående intervention reducerer mortalitet eller antallet af hospitalsindlæggelser. Der er evidens for, at man ved medicingennemgang kan forhindre kontakter til akutafdelinger.

Der er behov for mere forskning, som inkluderer større populationer og strækker sig over længere tid. Det påpeges, at der i de studier, der indgår, ikke er anvendt en entydig definition af medicingennemgang.

Der, hvor man har indført systematiske medicingennemgange, er der hos klinikerne ikke nogen tvivl om, at det hæver kvaliteten af patienternes samlede behandling og mindsker deres risiko for at opleve alvorlige medicineringshændelser under indlæggelse. Dette understreger, at forskning i medicingennemgang generelt er udfordret af en lang række faktorer.

Den store variation i definitionerne af medicingennemgang er en svaghed for reviewet. I alle de inkluderede studier er der tale om en systematisk gennemgang af patientens samlede medicineringsproces, hvilket munder ud i anbefalinger til ændringer, som implementeres straks eller efter konference mellem læge og farmaceut.

Variationen i begrebet medicingennemgang knytter sig ikke til systematikken i den farmakologiske gennemgang, men til de data, der indgår i gennemgangen. I nogle studier medtager man rene »skrivebordsgennemgange«, hvor hverken patient, relevante kliniske data eller en læge med kendskab til patienten indgår. Disse teoretiske gennemgange bidrager med et spinkelt input til den samlede behandling.

I andre studier er samtale med patienten et væsentligt input til medicingennemgangen. Her opnås indsigt i patientens reelle kompliance og oplevede bivirkninger, som begge er væsentligt input i forhold til kvaliteten af medicingennemgangen. I enkelte studier suppleres med de relevante kliniske data, og her når man frem til et validt øjebliksbillede af kvaliteten af patientens samlede medicineringsproces.

Alle typer af medicingennemgang blandes sammen, når effekten af aktiviteten vurderes. Dette er et problem i forhold til at få et samlet billede og efterlader os uden solid evidens for, hvilke typer af medicingennemgang der giver mest klinisk værdi pr. investeret krone.

En anden væsentlig faktor, som vanskeliggør forskning i effekten af medicingennemgang, er, at de uhenigtsmæssigheder, der fanges af en medicingennemgang, *aldrig* kan ses isoleret fra den store mængde af mulige utilsigtede hændelser, der kan opstå i den meget komplicerede proces, som en medicineringsproces er. En medicingennemgang sikrer ikke sufficient medicinafstemning på tværs af sektorer og/eller aktører inden for den enkelte sektor. Selv i Danmark, hvor det Fælles Medicinkort teoretisk set giver os de bedste muligheder for at sikre et eksakt og tidstro billede af patientens medicineringsproces, er der fortsat store reelle problemer med at skabe et opdateret overblik over patientens medicin. Værdien af en god medicingennemgang kan således »udvaskes« af den samlede medicineringsproces ved et enkelt sektorskift.

De mulige fejlkilder, der kan opstå mht. dispensering og administration, er umulige at tage højde for i en medicingennemgang. Uanset om patienten selv står for at dispensere, eller om processen varetages af sundhedsprofessionelle, viser talrige undersøgelser, at der ofte opstår fejl [2].

Fremtidig forskning bør ikke kun omfatte større og mere længerevarende studier, men man bør også i langt højere grad inddrage en vurdering af værdien af forskellige typer af medicingennemgang. Endnu et fremtidsønske til forskningen på området er, at der arbejdes på at udvikle et forskningsdesign, hvor man tager højde for de meget komplekse sammenhænge, som medicingennemgang indgår i.

Vi kan ikke vente med at tage fat i problemerne med de stærkt polymedicinerede patienter, til vi får større indsigt i dette komplekse område. Generelt må man ty til den sunde fornuft og forholde sig systematisk til sine patienters samlede medicineringsproces. Vi må bruge og udvikle de redskaber og samarbejdsrelationer, der er udviklet på området og tage ansvar for at rydde op i medicinen hos den enkelte.

LITTERATUR

- Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD008986.
- Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.

LEDER

Dorthe Vilstrup Tomsen

Ugeskr Læger
2016;178:V68281

KORRESPONDANCE:

Dorthe Vilstrup Tomsen,
Kvalitetsafdelingen,
Nordsjællands Hospital,
Hillerød.

E-mail: dorthe.vilstrup.tomsen.01@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

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