

Audit om medicintjek i praksis



November 2016

Dansk titel – Audit om medicintjek i praksis ©DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2016
URL: <http://www.defactum.dk/>

Udgivet af: DEFACTUM®, november, 2016
Pernille Bjørnholt Nielsen, faglig leder/specialkonsulent

DEFACTUM
Olof Palmes Alle 15
8200 Aarhus N

E-mail: perbjoe@rm.dk
Hjemmeside: www.defactum.dk
Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk under udgivelser

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION	1
2. FORMÅLET MED AUDITTEN	1
3. METODE	1
4. RESULTATER	2
5. ANBEFALINGER	12
BILAG 1: MEDICINGENNEMGANGSSKEMA	12

1. Introduktion

Region Midtjylland har etableret en regional medicingennemgangsfunktion med henblik på at rådgive de praktiserende læger og bidrage til, at medicingennemgang bliver udført for flere patienter for at optimere den medicinske behandling. Lægerne indsender medicinliste, laboratoriedata samt diagnoser for de patienter, de ønsker gennemgået. En farmaceut gennemgår materialet på den enkelte patient, og udfylder en skabelon med svar til lægen. Svaret til lægen er en opstilling af de lægemidler patienten er i behandling med opstillet efter ATC-kode (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System). Derudover indholdsstof, handelsnavn, dosering, indikation, ændringsforslag, årsag til ændring og kommentarer. Se bilag 1 for eksempel på medicingennemgangsskema. Typisk er ikke alle lægemidler kommenteret på. Lægen får svar retur inden for fem hverdage.

Funktionen er forankret i Kvalitet og Lægemidler, Region Midtjylland og bemannes af farmaceuter fra Koncern Kvalitet. Farmaceuterne har mulighed for at få rådgivning af Klinisk Farmakologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital (KFA).

Funktionen er tænkt som rådgivning/sparring og et bidrag til patientsikkerheden via optimering af den medicinske behandling. Der leveres en række svar og råd som lægen kan plukke i efter behov. Funktionen er et tilbud til alle praktiserende læger i de 19 kommuner i regionen. Funktionen startede op marts 2014. 30 læger har benyttet tilbuddet mindst én gang siden da, og der er foretaget 111 medicingennemgange.

Målgruppen er polyfarmacipatienter i Region Midtjylland, som opfylder minimum to af nedenstående kriterier:

- Alder \geq 65 år
- \geq 6 lægemidler
- 2 ICD-10/ICPC diagnoser
- Behandling med lægemidler med snævert terapeutisk interval (eks: antikoagulantia, psykofarmaka, antiepileptika, antiarrhythmika)
- Akut eller kronisk nedsat nyre- og/eller leverfunktion
- Nedsat funktionsniveau (kognitivt og/eller fysisk)

DEFACTUM er ansvarlig for planlægning og gennemførelse af en audit med fokus på den faglige kvalitet af medicingennemgangen.

2. Formålet med auditten

Auditten har til formål at undersøge, vurdere og drøfte kvaliteten af den tilbagemelding farmaceuterne giver de praktiserende læger. På baggrund heraf er udledt en række anbefalinger til justering af praksis, som ses sidst i dette notat. Fokus er derved primært på, hvad der kan forbedres ved ordningen.

3. Metode

Audit er valgt som metode for at gennemgå sagerne på en struktureret måde, hvor der er mulighed for at drøfte tilbagemeldingen og kommentarerne på de udvalgte medicingennemgange. Auditten er inspireret af DEFACTUMs casebaserede auditmetode, men er på mange måder tilskåret den særlige problemstilling og reduceret i sit omfang grundet genstandsfeltet for auditten.

Auditpanelet består af fem fagpersoner, som repræsenterer forskellig faglighed. Der indgår to praktiserende læger, farmaceut (hospitalsapoteket), klinisk farmakolog og geriater. Fagpersonerne er valgt for at repræsentere forskellige faglige perspektiver. Derudover har to farmaceuter, der normalt er dem, der afgiver svar til lægerne været tilstede som observatører til mødet. De har således ikke kommenteret på sagerne, men har kunnet lytte til paneldeltagerne. Formålet med at inddrage farmaceuterne i mødet har været, at de selv har haft mulighed for at høre deltagerenes argumenter og begrundelser, med henblik på læring i forhold til funktionen. DEFACTUM har faciliteret mødet.

Paneldeltagerne har forinden mødet udfyldt et vurderingsskema for hver af de udvalgte sager. De tre vurderingsspørgsmålene er:

1. Er den faglig kvalitet tilfredsstillende?
2. Har svaret klinisk relevans?
3. Kan svaret suppleres med andre medicinske anbefalinger/kommentarer?

Svarskalaen har været:

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Kan ikke vurderes

Derudover har der til hvert spørgsmål været et felt til at uddybe begrundelsen kvalitativt, hvilket har været udgangspunktet for en struktureret drøftelse. Efter tur har hver deltager afgivet sit svar. Centralt for metoden er, at deltagerne har forberedt sig individuelt inden mødet, og har forholdt sig til det samlede materiale.

Der indgår otte sager som sagsmateriale, da der er udvalgt en sag fra hver af de otte læger, der har benyttet ordningen inden for det sidste halve år¹. Hver sag repræsenterer en patient. Derudover er sagerne valgt med en spredning i forhold til; sikring af at forskellige farmaceuter har lavet besvarelsener; at forskellige diagnoser er repræsenteret; forskellig kompleksitet er repræsenteret; at nogle sager er afsendt med skriftligt svar, mens andre samtidig er gennemgået ved besøg i almen praksis; og at de er tilfældig udvalgt blandt de tilgængelige sager, når de førnævnte kriterier har været opfyldt. Alle navne på læger, farmaceuter, og patienter er anonymiseret.

Paneldeltagerne har haft samme skriftlige sagsmateriale som farmaceuterne samt svaret som grundlag for deres vurdering. Den viden, der er dokumenteret, er derved udgangspunktet, og ikke hvad der ellers kunne have været af mundtligt korrespondancer mellem praktiserende læge og farmaceut.

4. Resultater

Hver af sagerne har haft 8-22 kommentarer, afhængig af patientens medicinlister, og hvad der er blevet fremhævet og afgivet kommentar på. De lægemidler på listerne som farmaceuterne har vurderet var relevante at kommentere på, er skrevet ind som svar.

Følgende afsnit opsummerer først de generelle perspektiver, og derefter panelets svar på de tre undersøgelsesspørgsmål. Generelt er den kliniske relevans vurderet lidt mere

¹ Enkelte deltagere har ikke forberedt sag 7 og 8

positivt end den faglige kvalitet på tværs af sager og paneldeltagere. Antalsmæssigt er der flere svar, hvor den faglige kvalitet er tilfredsstillende, end hvor den ikke er, men da fokus for auditten er et forbedringsperspektiv, fremhæves nuancerne omkring kritikpunkterne mere end detaljerne omkring de kommentarer, hvor der er enighed om, at svaret er fagligt korrekt.

Generelt omkring setup – vilkår for ordningen

I flere sager vurderer auditpanelet, at oplysningerne fra de praktiserende læger er mangelfulde. Især hvis Fælles Medicin Kort (FMK) ikke er ajourført, eller hvis der mangler journaloplysninger om vægt og lignende. Nogle sager mangler tydelighed omkring patientens diagnoser. Det har betydning for det svar, farmaceuten kan give. Eksempelvis kan der være tvivl, om patienten har kræft, osteoporose eller rygsmerter. Hvis der ved sagerne er vedlagt anvendelig anamnese og ajourført FMK, vil det være en stor hjælp i forhold til at kunne give et fagligt relevant svar, vurderer panelet. Det vil kvalificere farmaceuternes arbejde mere, hvis de kan undgå at indlægge en masse forudsætninger i deres svar, fordi de mangler helt centrale oplysninger. Således efterspørges en rammesætning for patientens status, og lægens årsag for henvendelse. Det kunne være i form af et kort oprids af, hvad patienten fejler, og oplysninger om hvorvidt henvendelse har et bestemt fokus. Hvad ønskes der kort og godt svar på, i forhold til hvad der er fokus på for den pågældende patient?

Auditpanelet efterspørger således et standardiseret skema, hvor centrale oplysninger skal være angivet. Det kunne eksempelvis være i forbindelse med omlægning af medicin, hvor oplysninger omkring smerter mangler. Der findes allerede et henvisningsskema, der opfylder disse krav, men erfaringen er dog, at ganske få benytter det. Paneldeltagerne efterspørger således generelt mere brug af skemaet.

På baggrund af de manglende oplysninger er et generelt kritikpunkt, at svarene under de givne vilkår let bliver et svar baseret på en række af forudsætninger: *"Det bliver let en hvis og hvis og hvis... så..."*

Et forslag går på at lade medicingennemgangen foregå sammen med patienten, da mange aspekter kan afklares i situationen. Audittens fokus er dog på, hvordan kvalitet og relevans vurderes under de givne betingelser.

Generelt om farmaceuternes svar

Til auditmødet gives der udtryk for en undren over, at der foretages medicingennemgang af patienter, som ikke er i en stabil fase. I en sag virker det til, at patienten lige er udskrevet fra kirurgisk afdeling, hvorfor noget let kan være lidt for præmaturligt at vurdere. Det kan også give anledning til for mange ændringsforslag, ifølge panelet.

Nogle medicinlister bærer præg af, at lægen ikke har ajourført FMK, inden listen er sendt ind. Der er derved nogle tilfælde, hvor præparater egentligt er seponeret, men stadig står på listen pga. en forglemmelse.

I andre tilfælde bliver det en præparat gennemgang, hvor der mangler et overblik over, hvad patientens samlede sygdomsbillede er. I denne sammenhæng nævnes samtidig, at ved brug af drop down menuer bliver svarene let meget faste, med risiko for ikke at favne hele budskabet. Et ønske er mere kvalitative kommentarer. Et modsatrettet synspunkt er, at lægerne netop gerne vil have det kort, så det ikke tager for lang tid at læse.

Panelet drøfter ved flere sager ønsket om en prioritering af svarene. En holdning er, at opdeling efter ATC-koder måske ikke er den rigtige sorteringsmåde. Nogle ønsker en tilgang, hvor det vigtigste står først. Farmaceutens svar kan derved være et svar på, hvad der er relevant at justere på først, da der i langt de fleste tilfælde er tale om polyfarmacipatienter med rigtig mange daglige præparater. Et andet synspunkt er, at en prioriteret rækkefølge ikke altid er nødvendig, idet lægen kender egen patient.

Samtidig efterspørges bedre formidling af svarene, især når der står mange spørgsmålstegn i kommentarfelterne, da det kan forvirre læseren.

Paneldeltagerne giver udtryk for, at der er flere eksempler på god information om aspekter, som kan være svære for lægen at følge med i og være helt opdateret på, svarene giver viden om, hvad der virker på hvilke måder, og giver læring til lægen, der modtager svarene.

I panelet giver en deltager udtryk for en holdning til, at det er en lægelig opgave, og ikke en farmaceutisk opgave med medicingennemgangen, fordi lægen sidder overfor patienten. Synspunktet er, at der er risiko for at svarene mangler klinisk relevans, hvis man ikke kender patienten. Et forslag går på, at det vil være optimalt, hvis farmaceuten inddrages i medicingennemgangen, mens patienten er til stede.

Faglig kvalitet

I det følgende gennemgås hvordan den faglige kvalitet er vurderet, samt hvor der er forbedringspotentiale.

Langt de fleste kommentarer på tværs af de otte sager vurderer panelet "I nogen grad" har en faglig tilfredsstillende kvalitet. I fire sager har enkelte paneldeltagere givet vurderingen "I høj grad" tilfredsstillende, og i fire sager har enkelte deltagere givet vurderingen "I mindre grad" tilfredsstillende. Sag 7 skiller sig i særlig grad ud, fordi panelet overordnet vurderer, at der ikke kan gennemføres medicingennemgang på det indsendte grundlag. Oplysningerne er mangelfulde og et perspektiv er, at farmaceuterne burde have afvist at forholde sig til den. Der indgår en del omkring smerter, hvor en vurdering er, at det burde tages direkte med smerteklinikken, hvor ekspertisen er til stede ved denne type af kompliceret behandling.

"Alt det med smerter skal vi ikke gå ind i, det skal tages direkte med smerteklinikken, hvis man er så meget i tvivl om smertebehandlingen, skal den ind til eksperterne på smerteklinikken, slet ikke til farmaceuterne" (sag 7)

"Jeg ved simpelthen ikke, hvad jeg skal sige til den, andet end at jeg synes, det var en rodet pærevælling af alt muligt, og jeg synes, jeg manglede nogle baggrundsoplysninger. En masse ting hvor jeg tænker, hvorfor får hun det? Det er en sjov sammenblanding af lidt af alt muligt, og jeg er helt enig, det stinker af [] smerteklink." (sag 7)

Der gives samtidig kritik af, at kommentarerne er meget generelle frem for konkrete. Panelet savner patientens perspektiv med de udfordringer eller bivirkninger, der eventuelt måtte være.

Formidling

I en sag er der forslag om henvendelse til endokrinologerne for afklaring i forhold til patient med lavt TSH. Kommentarteksten vurderes at være rodet placeret med risiko for forvirring. Teksten kunne med fordel fjernes.

Det vurderes, at der især er et forbedringspotentiale i forhold til at tydeliggøre, hvad pointerne med kommentarerne er, således at det ikke er op til læseren at gætte sig til dette.

Eksempler på mangelfuld eller irrelevant information er:

- Der er et forslag om ændret dosering af Pantoprazol på 120 mg dlg til 20 mg (sag 1), men det fremgår ikke, hvordan patienten skal komme ned på det pågældende niveau, hvilket paneldeltageren ønsker, at det gør. Bedre formidling af svaret er et ønske i denne sammenhæng
- Det samme gælder en kommentar om at PN øger INR værdien (sag 1), i kraft af at det er almen viden

Forbedringspotentiale

Panelet nævner en række tilfælde, hvor de ville have vurderet sagen anderledes end farmaceuten har gjort. Efterfølgende nævnes de centrale eksempler, hvor den faglige kvalitet ikke vurderes til at være helt tilfredsstillende.

- Morfin der forslås øget, uden at der er tilstrækkelige information til at træffe dette valg (sag 2)
- Stort tilskud af D-vitamin, som der ikke bliver kommenteret på (sag 3)
- Prednisolon med kommentar om: *"Bruges som kure i forbindelse med svær KOL"*, hvor vurderingen er, at patienten har gigt, og at lægemidlet måske er sat på listen med forkert indikation (KOL er angivet). Samtidig betragtes kommentaren som underlig i forhold til, at det ikke er angivet, hvad lægen skal gøre i relation hertil (ingen ændringsforslag vist)
- Berodual er sat på listen, men ingen kommentarer er givet hertil. Panelet undrer sig over fast behandling 4 gange dagligt (sag 2)
- Valg af D-vitamin, som kunne ændres til ren D3, som værende en bedre løsning end farmaceutens forslag (sag 2). Herunder er der et ønske om mere viden om, hvad patienten ellers spiser af kalk i forhold til, at der gives Unikalk tabletter
- *"Betablokker er ikke 1. valg ved hypertension giver CNS bivirkninger som uro og mareridt"*. Denne kommentar vurderes ikke at være korrekt i forhold til patientsagen samtidig vurderes pointen med mareridt at være irrelevant, idet lægerne ikke er bekymrede for uro og mareridt på en forholdsvis ung patient. Kommentaren fremstår derved som et standard svar, der er kopieret ind. Fokus på puls kunne være relevant i stedet for. Samtidig giver kommentaren anledning til at efterspørge supplerende oplysninger om patienten, der får 2-stof-behandling ift. blodtryk. Spørgsmålet er derved om valg af betablokker, kan findes i anden manglende baggrundsviden om patienten? (sag 5)
- Amitriptylin bliver ikke foreslået som seponeret i en sag, hvor patienten behandles for depression og smerter. Det vurderer en paneldeltager er en fejl (sag 5)

- Contalgin foreslås ændret i dosering med kommentaren: *"Husk laksantia! depotmorfin bør kun være i fastdosering, mens alm morfin IKKE bør være fast doseret. De 30 mg morfin kan evt. gives som Contalgin 10 mg ds: 2+0+1"*. Paneldeltageren vurderer, at dette er direkte forkert, da morfin til ældre bør være i små doser
- Forslag om spirometri ved indikation på astma. Paneldeltageren påpeger, at det ikke er praksis at lave spirometri på alle multisyge, og der burde være en anamnese i dokumentationen for at kunne give anbefalingen (sag 8).

Derudover er der en række tilfælde, hvor det kliniske svar kunne være givet mere uddybende eller anderledes.

Det gælder fx i en sag med en ikke velreguleret diabetiker, hvor der mangler behandlingsmål for patienten, hvorfor forslag om ændring af dosis vurderes som svært at tage stilling til. Panelets vurdering er, at der kunne være truffet et valg om, at niveauet var acceptabelt for den pågældende patient (sag 2). I en anden sag med en diabetes patient, er en paneldeltager uenig i den faglige vurdering ift. diabetesmedicinen. Patienten har i den pågældende sag et behandlingsmål og prøvesvarene viser, at patienten ikke er velbehandlet. Metformin dosis vurderes af paneldeltageren til ikke at være høj nok, og behandlingen bør ifølge vedkommende intensiveres. I svaret står der *"Overvej Compliance og samtale om kost"* (sag 5). Dette vurderes ikke at være tilstrækkeligt.

I en anden sag foreslås seponering af hjertemagnyl, hvor en paneldeltager fremhæver, at endokrinologerne giver hjertemagnyl til diabetikere, som patienten netop har en diagnose for i dette tilfælde (sag 5). I et andet tilfælde foreslås seponering af Cipramil med et skifte til Sertralin pga. manglende indikation (sag 6). Dette vurderer paneldeltageren er en forkert beslutning, når andre lægemidler samtidig seponeres. Det samme gælder seponering af Tramadol med forslag om skift til Contalgin i samme sag. Pointen fra paneldeltagerens side er, at der ikke skal justeres for meget i medicinlisten på én gang

Et eksempel på, at panelet vurderer antal doseringer anderledes end farmaceuten er en sag, hvor lægemidlet Trandolapril fremgår med en oplysning om, at lægemidlet kan doseres en gang i døgnet, hvor en paneldeltager foretrækker dosering to gange af antihypertensiva hos ældre patienter.

I en anden sag er der flere inhalationspræparater, men vurderingen er, at det for ældre mennesker kan være helt i orden, fordi de ikke altid er i stand til at bruge samme præparat hver dag grundet deres helbredstilstand. Vurderingen er derfor, at seponering, som farmaceuten foreslår, ikke nødvendigvis er den bedste løsning. I et andet tilfælde får en 84 årig kvinde folsyre, hvor farmaceutens forslag er ændring af dosis, mens en deltager i panelet mener, at det i stedet burde udfases pga. alder.

I samme sag vurderes det, at omlægning af paracetamol til 4 gange indtag pr. døgn er et uhensigtsmæssigt forslag, især fordi det i praksis er svært at få patienterne til at tage pillerne hver 6. time, da én dosis i givet fald falder i nattetimerne. I dette tilfælde er det mere et spørgsmål om, at det er en urealistisk praktisk anbefaling frem for, at den er faglig forkert. I to andre sager gør tilsvarende anbefaling om paracetamol sig gældende på fuldstændig samme vis.

Generelt er der nogle sager, som mangler baggrundsoplysninger om patienterne fx i en sag, hvor patienten er diabetiker med senkomplikationer, hvor der efterspørges viden fra øjenlægen, i forhold til at skulle tage stilling til hvilke præparater, der kan justeres på, for ikke at justere for meget på en gang. Et andet eksempel er en patient, som er på morfin, hvor der er forslag om højere dosis, men hvor det ikke fremgår, om patienten tager alle fire PN samtidig. Hvis dette er tilfældet, kunne det give mening at øge morfindosis. Hvis ikke kunne andre udfald være bedre løsninger (sag 2). Pointen med kommentaren er, at der mangler væsentlige oplysninger, for at kunne gennemføre et fagligt tilfredsstillende medicingennemgang, og at der indlægges nogle antagelser, som farmaceuten ikke har vished for holder.

I flere tilfælde fremhæves usikkerhed om eller manglende diagnoser, som havende betydning for om den pågældende anbefaling et korrekt fagligt set.

I en sag (sag 4) får patienten smertestillende medicin, men der er tvivl om, hvilken type af smerter patienten egentlig har, er det nervesmerter eller andre smerter, har patienten en kræftdiagnose, er det en terminal patient? osv. De tilgængelige oplysninger er ufuldstændige, hvor der eksempelvis er foreslået seponering af flere præparater, men panelet rejser spørgsmålet om, hvorvidt, dette kan anbefales ud fra de pågældende oplysninger. Samtidig er det generelt vurderingen, at det er fint, at der i sagen kommenteres på de smertestillende præparater. Især fordi patienten både får plastre og ketogan (hvor der er misbrugspotentiale), og fordi der er ordineret plastre, selvom patienten godt kan tage tablet morfin.

Særligt positivt

Noget af det som fremhæves som vigtigt at være opmærksom på, og som delvist kommenteres på (afhængig af sag) er kørekort, og hvilke udfordringer bestemt medicinering kan give i forhold til evnen til at køre bil samtidig.

Kommentarer omkring bivirkninger bliver vurderet i flere sager som positivt for den faglige kvalitet. Eksempelvis: *"Ved samtidig amitriptylin og Efexor, er der risiko for serotonerge bivirkninger"* (sag 5)

En supplerende kommentar er, at svaret ville være endnu bedre, hvis alle relevante interaktioner blev nævnt i dette tilfælde.

Kommentarer, hvor flere præparater til psykiske problemer er på medicinlisten, og farmaceuten har givet anbefalinger til valg af det ene eller andet præparat betragtes som god faglig kvalitet.

Klinisk relevans

Generelt vurderer panelet, at langt de fleste kommentarer er klinisk relevante. I en enkelt sag har kommentarerne overordnet fået vurderingen "I mindre grad" af en paneldeltager, mens de andre sager har fået vurderingen "I nogen grad" eller "I høj grad".

Efterfølgende redegøres for, hvorfor kommentarerne ikke alle får "I høj grad" relevant.

Der er kommentarer, som nogle af paneldeltagerne vurderer er for basale og derved irrelevante. Det gælder eksempelvis:

- Kommentarer om "*Risiko for brud og infektioner*" (kommentar til både Pantoprazol og Omeprazol). Vurderingen er, at lægerne godt ved det i forvejen (sag 1 og 8). Det samme gælder en kommentar om at analgetika kan give INR svingninger (sag 2)².
- Kommentar om Paracetamol ("*Metoclopramid (Emperal) øger abs. af paracetamol. ikke som PN->øger INR. Fast ds 1g*4 dlg og dosér Marevan derefter*") vurderes at være irrelevant (sag 1)
- I en patientsag, hvor vedkommende bl.a. har diabetes, KOL og hjertesvigt, er der kommenteret på insulin ordination, hvilket ikke alle vurderer, er relevant. Der er samtidig kommenteret på Digoxin med kommentaren "*OBS P-Digoxin*" (intet ændringsforslag) (sag 2) og Salmeterol med kommentaren "*Er der tale om svær KOL?*". Begge kommentarer skaber undren og giver ifølge panelet risiko for at skabe mere forvirring end gavn.

Dernæst er der nogle kommentarer, som vurderes at kunne være udeladt, fordi indholdet ikke har den store betydning, det gælder eksempelvis:

- "*Et lidt forhøjet Triglycerid må være hendes mindste problem med morhindoser med 600 mg pr. døgn, så den synes jeg bare man skulle seponere, der står heller ikke noget om hjertesygdom.*" (sag 4)
- "*Hvorfor er Lopid på – vil man vælge det som første valg?*" (sag 4) "*Interaktioner: østrogen og omeprazol kan begge nedsætte konc af Levothyroxin. Østrogen lader til at svække den beskyttende effekt af calcium plus D-vitamin menes at have på colorectal cancer.*" (sag 4)

Kommentaren vurderes af flere at være irrelevant. En begrundelse er, at idet patienten får vagifem - vaginal tablet, er det meget lidt, der bliver absorberet, hvorfor det er ikke relevant med oplysning om interaktioner i denne kontekst.

- "*OBS på QT- forlængelse ved fortsat brug af 2 lægemidler med risiko for QT-forlængelse, anbefales EKG*" (sag 5). Denne kommentar vurderes at være overflødig
- "*Kan støttestrømper i stedet anvendes*" Kommentar til Furix (sag 6), hvor manglende indikation er angivet. Kommentaren vurderes dels at være irrelevant, dels ikke enighed om manglende indikation med begrundelse i, at det kunne være pga. hjerte insufficiens. Et argument er, at det af journalmaterialet ikke fremgår, at der er problemer med ødemer, hvorfor det bliver irrelevant, hvis patienten i stedet har haft en indikation, som ikke er angivet, der retfærdiggør vanddrivende behandling. Samtidig er der forslag om, at se på magnesium og laksantia i dette tilfælde, og en refleksion omkring natrium

² "Analgetika" indgår ikke ordret i den pågældende kommentar.

- *"Forsigtighed ved hypertyroidisme".* Kommentar til Imdur er irrelevant, fordi det muligt at regulere thyreoideafunktionen (*sag 6*).

Eller at kommentaren kommer lidt for tidligt i forhold til hvor patient er i forløbet

- Kommentar til Ramipril/hydrochlorthiazid: *"Ved reduktion i forbruget af NSAID, så kan der sandsynligvis også reduceres i hypertensionsbehandlingen" - "Det er noget man kan se på bagefter for selvfølgelig ud fra det om alder og NSAID så ryger hendes NSAID'er" (sag 8)*

Supplerende medicinske kommentarer

Der er i alle sager forslag til supplerende kommentarer eller forslag til præparater, som burde være kommenteret på.

Nogle bemærkninger fra panelet handler om, at der mangler kommentarer, eller at de eksisterende kan suppleres med ekstra. Eksempelvis er der ønske om supplerende kommentarer til Lyrica og Sifrol (sag 1).

I en anden sag bliver Clarityn oplistet, men der gives ingen kommentar. Her er panelets vurdering, at lægemidlet burde seponeres uden for høfeber sæsonen (sag 5). Tilsvarende er der i en anden sag (sag 8) en række lægemidler, som ikke kommenteres på fx nervemedicin og kodiparer. Lægemidlerne fremgår af medicinlisten, men bliver ikke nævnt, idet NSAID omtales generelt og ikke specifikt til de enkelte lægemidler. Paneldeltageren vurderer, at der er risiko for at læseren skal gætte sig til meget i denne sammenhæng. I en anden sag er Xeristar nævnt, men der er udeladt kommentering heraf, flere paneldeltagere vurderer, at der burde have været taget stilling hertil (sag 4). Herunder bl.a. bivirkninger – eksempelvis svimmelhed/faldtendenser (som også nævnes i relation til Lopid). Det samme gælder i en sag, hvor Simvastain ikke kommenteres på (sag 3).

Digoxin står angivet med kommentaren: "OBS P-Digoxin", men intet ændringsforslag er givet (sag 2). Vurderingen er, at måling af P-Digoxin stort set ikke anvendes, med mindre der er tale om forgiftning, hvorfor panelet anbefaler, at der gives ændringsforslag i dette tilfælde.

I flere af sagerne er der patienter som får vitamin og kalktilskud, men hvor der ikke bliver kommenteret herpå af farmaceuten. I det ene tilfælde får patienten mange kalk/vitamin-tabletter, hvilket kunne være anbefalet reduceret (sag 2), eller salttabletter som burde seponeres, og Unikalk/D-3, som ikke kommenteres på (sag 3).

Derudover er der en kommentar om en 65 årig mand, der får nogle præparater, som på sigt kan være et problem for ham. Der mangler ifølge paneldeltageren fokus på, hvorfor han får bestemte præparater, og deres betydning for hans helbred på sigt.

5. Anbefalinger

På baggrund af paneldeltagernes drøftelser kan følgende anbefalinger oplyses i forhold til at forbedre den farmaceutiske funktion. Anbefalingerne handler om det generelle niveau, mens kommentarerne til den faglige kvalitet (nævnt tidligere) er specifikke i forhold til det enkelte præparat/den enkelte kommentering heraf. Anbefalingerne er:

- undgå for mange generelle "copy paste" kommentarer og hold fokus på specifik kommentering
- overvej om prioritering af kommentarerne kan give lægerne et bedre og hurtigere overblik over, hvad der er vigtigst ved at dette står først
- overvej om kommenteringen kan være grupperet i forhold til grupper af lægemidler, herunder mere relateret til organsystemet frem for ATC- koder
- undgå for mange spørgsmålstegn i teksten, da det let skaber forvirring eller forklar i givet fald meningen hermed
- bevar fokus på bivirkninger og beskrivelse heraf
- medtænk gerne spørgsmål om kørekort i alle de sager, hvor det har en betydning
- overvej om dosisanbefalinger med paracetamol bør være 3 frem for 4 gange i døgnet til målgruppen
- tjek at der bliver kommenteret på alle relevante lægemidler
- undgå kommentarer der er for basale/indlysende
- overvej at afvise sager, hvor patientens tilstand kræver særlig ekspertise, eksempelvis i komplicerede sager om smertedækning
- overvej at stille krav om: at FMK er ajourført, at diagnoser er påført, og at der indgår en kort problemstilling i forhold til henvendelsen
- undersøg hvorfor lægerne ikke udfylder det skema, som allerede er udarbejdet, og vurder om det eventuelt burde justeres.

Bilag 1: Medicingennemgangsskema

Medicingennemgang

Patient informationer	Ydernummer	Møde informationer	Kommentar
Fødselsdag:	Ydernummer:	Dato for mødeafholdelse:	
Køn:	Læges fulde navn:	Ansvarlig for mødet:	

Atc data

[illegible]

