

Høringsnotat: Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger for videre arbejde

'Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde' har været i bred offentlig høring i perioden 31. marts 2022 til 28. april 2022.

Sundhedsstyrelsen har modtaget høringssvar til anbefalingerne fra nedenstående parter, listet i indkommen rækkefølge:

1. Dansk Psykiatrisk Selskab
2. Dansk Lungemedicinsk Selskab
3. Danmarks Farmaceutiske Selskab
4. Medicinrådet
5. Kommunernes Landsforening
6. Danske Tandplejere
7. Dansk Sygepleje Selskab
8. Forskningsenheden for almen praksis i Århus
9. Apotekerforeningen
10. Dansk Selskab for Almen Medicin
11. Danske Patienter
12. Dansk Selskab for Multisygdom og Polyfarmaci
13. Region Sjælland
14. Danske Regioner
15. Dansk Psykiatrisk Selskab

Styrelsen takker for alle bidrag i høringen. Høringssvarene er systematisk gennemgået og delt med arbejdsgruppen bag anbefalingerne. Udvalgte høringssvar er desuden gennemgået på et møde med arbejdsgruppen bag anbefalingerne, og rapporten er justeret, hvor styrelsen i samarbejde med arbejdsgruppen har fundet det relevant. I høringsnotatet fokuserer vi på de generelle kritiske bemærkninger samt håndtering heraf, som fremgår nedenfor.

De enkelte høringssvar og dette sammenfattende notat er offentliggjort på Høringsportalen. Se mere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, hvor der bl.a. er et direkte link til materialet.

Høringssvarene er kommenteret i detaljer under følgende overskrifter:

- Generelle kommentarer
- Anbefaling 2

- Anbefaling 3
- Anbefaling 4
- Anbefaling 5
- Anbefaling 6
- Anbefaling 7
- Anbefaling 8
- Anbefaling 9
- Anbefaling 10
- Anbefaling 11
- Anbefaling 13
- Evidensgennemgang

Generelle kommentarer

I et høringssvar blev der udtrykt undring over, at et generisk prioriteringsværktøj, som var det oprindelige mål med arbejde, blev droppet og at der, hvis der var ønske om et sådan værktøj, burde have været nedsat en arbejdsgruppe, som skulle udarbejde dette. Årsagen til, at værktøjet ikke blev udarbejdet er beskrevet i rapporten og skyldes, at det i løbet af arbejdet i samarbejde med arbejdsgruppen blev klart, at dette ikke var muligt.

I flere høringssvar beskrives, at der mangler overvejelser om ressourcer og implementering. Sundhedsstyrelsen har ikke instruktionsbeføjelser og kan derfor ikke gå ind i dette. Samtidig er anbefalingerne til videre arbejde. For at understøtte det videre arbejde er der dog for hver anbefaling beskrevet overvejelser om den organisatorisk kompleksitet af anbefalingerne. Dette er ændret fra høringsudkastet, hvor anbefalingerne var graderet i forhold til om anbefalingerne var vurderet af lav eller høj kompleksitet. Denne inddeling vurderes nu for grov og derfor beskrives blot nogle betragtninger om den organisatoriske kompleksitet.

Flere høringssvar omhandler, at forskellige faggrupper/aktører med fordel kunne skrives frem i anbefalingerne. Sundhedsstyrelsen anerkender i høj grad at polyfarmaci ved multisygdom kræver en indsats fra alle faggrupper i sundhedsvæsenet. Dog er det ikke muligt at skrive alle faggrupper frem, men det er nu fremhævet i indledningen, at alle faggrupper spiller en vigtig rolle i forhold til arbejdet med rationel farmakoterapi. Der foregår arbejde om multisygdom i andet regi i Sundhedsstyrelsen om organisering af indsatsen til personer med multisygdom.

Sundhedsstyrelsen modtog et høringssvar om, at alle personer, der tager tre eller flere lægemidler, systematisk indkaldes til tandeftersyn. Styrelsen vurderer, at behovet for tandeftersyn og rådgivning indgår i den eksisterende lægelige vurdering af bivirkninger.

Anbefaling 2

I høringsudkastet indeholdt anbefaling 2, at alle specialer bør opnå en kompetence i at kunne gennemføre en medicingennemgang. Flere påpegede, at dette ikke er relevant for alle specialer. Sundhedsstyrelsen har ikke mulighed for at lave en udtømmende liste over de relevante specialer, og anbefalingen ændres derfor til, at det kan overvejes i de enkelte specialeselskabers målbeskrivelser for specialet, om det er en relevant kompetence.

Desuden blev der i et høringssvar efterspurgt en ordliste med medicingennemgang, medicin-anamnese og medicinafstemning. Dette er nu vedlagt som bilag.

Anbefaling 3

Flere høringssvar omhandlede, at det ikke altid er relevant at angive en slutdato, når der ordineres medicin. Sundhedsstyrelsen er enige i denne betragtning og har nu ændret formuleringen til ”revurderings- eller slutdato”, som det blev foreslået i flere høringssvar. Samtidig blev det i arbejdsgruppen drøftet, om der skulle tilføjes, at anbefalingen kunne understøttes af elektroniske løsninger. Her var der enighed om, at det gav mening at have det stående i brødteksten under anbefalingen.

Anbefaling 4

Der var i høringssvarene forskellige holdninger til, hvorvidt ajourføring af FMK er en udfordring. Eksempelvis angav en høringspart, at der allerede arbejdes efter anbefaling 4 i hospitalssektoren. Relevansen af anbefalingen blev drøftet med arbejdsgruppen, hvor den blev vurderet til at være relevant. Det er vigtigt for Sundhedsstyrelsen at bemærke, at anbefalingen (såvel som de andre anbefalinger) ikke løser alle udfordringer, men blot er nogle ud af mange løsninger og anbefalinger til videre arbejde.

Anbefaling 5

Anbefalingen om, at der udvikles patientrettet information og materiale til fælles beslutningstagen, er nu ændret til, at det både er udvikling og validering for at anerkende, at det ikke behøver at være nye materialer. Samtidig blev det på arbejdsgruppemødet om høringssvarene drøftet, at det var relevant at beskrive, hvad der menes med validering i brødteksten.

Anbefaling 6

Denne anbefaling er blevet revideret som følge af flere høringssvar om kompleksiteten af, at udvikle It-baseret beslutningsstøtte. Derfor anbefales nu, at Sundhedsstyrelsens og andre nationale anbefalinger om lægemiddelbehandling integreres i eksisterende IT-systemer.

Anbefaling 7

Anbefalingen blev omformuleret på arbejdsgruppemødet for at understrege, hvilke faktorer der er relevant at tage i betragtning, når medicinen vurderes individuelt. Samtidig blev det understreget, at det er vigtigt at journalisere rationalet for at ordinere, ændre eller seponere medicin.

Et høringssvar indeholdt et forslag om, at der indarbejdes interaktionslister i FMK. Dette blev drøftet med arbejdsgruppen, og det blev ikke fundet relevant for denne anbefaling.

Anbefaling 8

Flere høringssvar påpegede, at værktøjet MERIS som fremhæves i anbefalingen, stadig er under afprøvning. For at lægge vægt på, at det vigtige er at finde relevante værktøjer til at udvælge personer, der kan have gavn af en medicingennemgang, blev det drøftet i arbejdsgruppen at omformulere anbefalingen, således at fokus er på værktøjer til at udvælge personer og ikke det konkrete værktøj.

Anbefaling 9

I flere høringssvar blev det nævnt, at skrøbelighed endnu ikke er et begreb, der er tilstrækkeligt udviklet til at anvende i praksis. Dette blev drøftet i arbejdsgruppen, og anbefalingen beholdes, da denne går på, at begrebet skal videreudvikles og operationaliseres, da det er et lovende parameter til at udvælge personer, der kan have brug for en ekstra indsats.

Anbefaling 10

Flere påpegede, at begrebet tovholder var uklart defineret. Det blev drøftet ved gennemgangen af høringssvarene med arbejdsgruppen. På denne baggrund er ordet tovholder blevet fjernet og anbefalingen omformuleret, således at det beskrives, at almen praksis som udgangspunkt varetager den løbende vurdering af den samlede farmakologiske behandling. Samtidig tydeliggøres i brødteksten, at der selvfølgelig er situationer, hvor det ikke giver mening, at det er almen praksis, der foretager denne løbende vurdering.

Anbefaling 11

Generelt vil Sundhedsstyrelsen understrege, at vi i anbefalingerne ikke fraråder at gennemføre medicingennemgange. Anbefaling 11 omhandler blot, at medicingennemgang blandt andet bør foregå med overlevering til almen praksis.

Efter drøftelse af anbefalingen på arbejdsgruppemødet ved gennemgangen af høringssvar, blev det foreslået at tilføje, at overlevering fra almen praksis til andre sektorer tilmed kan være relevant. Desuden blev det besluttet, at der skrives elektronisk formidling i stedet for ”via epikriser”, da dette ikke nødvendigvis er den eneste overleveringsmetode.

Der var i et høringssvar undren over, at der i anbefalingerne anbefales, at medicingennemgang foregår i almen praksis eller som udgangspunkt i tæt dialog med almen praksis. Der blev henvist til VIVE’s evalueringsrapport ”Medicingennemgang af ældre hospitalsindlagte patienter”, der ifølge høringssvaret skulle anbefale medicingennemgang på hospitalsindlagte patienter. Det er ikke styrelsens vurdering, at det er budskabet i evalueringsrapporten. Styrelsen har blandt andet lagt sig op ad VIVE’s konklusion: ”Evalueringen sætter spørgsmålstejn ved, om en indlæggelse er et godt tidspunkt at foretage en gennemgribende medicingennemgang. Dette begrundes med, at patienten ikke er stabil, og at opfølgningen på en medicingennemgang ikke kan ske under indlæggelsen. Dette spørgsmål bør undersøges og drøftes i forbindelse med det videre arbejde med at udvikle og udbrede medicingennemgang af ældre patienter, som anvender flere lægemidler.” Den systematiske evidensgennemgang om medicingennemgang understøtter ydermere denne anbefaling.

Anbefaling 13

I et høringssvar blev det fremhævet, at medicingennemgang på hospital eller polyfarmaciambulatorium kan forbedre livskvalitet og mindske dødelighed, og at der derfor er brug for at bibeholde medicingennemgange som en reel og ligeværdig mulighed for udvalgte patienter. Sundhedsstyrelsen er delvist enige i dette og anbefaler ikke, at medicingennemgange ikke bør foregå på hospitaler eller ambulatorier. Anbefalingen om medicingennemgang (anbefaling 11) er blot, at der bør være grundig overlevering af resultaterne til almen praksis, og at der kan være god værdi i at gennemføre medicingennemgang på stabile patienter i forhold til patienter, der er indlagte.

Evidensgennemgang

Det blev påpeget i et høringssvar, at eksklusion af studier med krigsveteraner er forkert. Sundhedsstyrelsen kan fint imødekomme denne holdning og har gennemgået alle referencer igen for relevante studier med en population af krigsveteraner. Der er fundet studier med denne population, men disse opfyldte ikke de andre kriterier i det fokuserede spørgsmål og var derfor ikke relevante at inkludere.

Samtidig efterspurgtes i et høringssvar, at der i evidensgennemgangen for PICO 1 burde have været en vurdering af, hvorvidt de foreslåede ændringer i medicinen blev implementeret.

Sundhedsstyrelsen har ikke forholdt sig til dette i evidensarbejdet, da medicingennemgang ikke altid medfører ændringer i medicinforbruget, men kan medføre yderligere ordination, seponering eller samme dosis. Der er forskellige grader af involvering af almen praksis i de inkluderede studier og dermed overlevering.

Det blev efterspurgt, om den inkluderede patientpopulation havde potentiale til at få optimeret medicinen. Sundhedsstyrelsen har genbesøgt de inkluderede studier, og det er ikke muligt at finde et mønster. I de fleste inkluderede studier, hvor der er flere end 5-6 lægemidler er der ikke umiddelbart bedre effekt på de relevante outcomes. Det understreger, at det ikke er nok at se på antal lægemidler, når personer udvælges til medicingennemgang. Samtidig var der begrænset information om deltagernes sygdomme. Der er stor heterogenitet i interventioner og populationer og det har derfor ikke været muligt at adressere. Sundhedsstyrelsen vil dog anerkende, at det er en relevant betragtning.

I et høringssvar blev der udtrykt ærgrelse over, at studier omhandlende deprescribing (seponering) er ekskluderet, da det ville have været relevant i forhold til polyfarmaci, og da studier om seponering ofte omfatter medicingennemgang. Sundhedsstyrelsen mener, at seponering er en relevant problematik i forhold til polyfarmaci, men at intentionen med evidensarbejdet har været at undersøge effekten af medicingennemgang som en intervention. Medicingennemgang medfører ikke nødvendigvis seponering.