

Dato 18-05-2022

EBM

Sagsnr. 05-0199-128

Oversigt over høringssvar

Anbefalinger for polyfarmaci ved multisygdom:

Polyfarmaci ved multisygdom - Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde

Polyfarmaci ved multisygdom - Metoderamme og resultater for evidensgennemgang

Følgende har afgivet høringssvar:

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

From: Lene Tilgreen Nielsen <ltn@DADL.DK>
Sent: 06-04-2022 08:00:22 (UTC +02)
To: Sundhedsstyrelsen IRF <IRF@SST.DK>
Subject: Høring over Polyfarmaci ved multisygdom - Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde

Kære Sundhedsstyrelse, Enhed for Evidensbaseret Medicin

Tak for muligheden for at afgive høringssvar. Dansk Psykiatrisk Selskab har ingen kommentarer eller bemærkninger til det fremsendte.

På vegne af DPS

f. Casper Westergaard
Afsnitsledelse overlæge

Venlig hilsen
Dansk Psykiatrisk Selskab



Lene Tilgreen Nielsen

Sekretær
Kristianiagade 12
2100 København Ø
Tlf.: 3544 8132 (Direkte)
Tlf.: 2679 3155 (Mobil)
E-mail: ltn@dadl.dk
Web: www.dpsnet.dk



Dansk Lungemedicinsk Selskabs
kommentarer til

"Polyfarmaci ved multisygdom"

8. april 2022

Dansk Lungemedicinsk Selskab (DLS) takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstyrelsens anbefaling.

DLS erkender kompleksiteten i dette arbejde. DLS ønsker at anføre at det kræver indsigt i multiple komplekse behandlingsregimer at kunne revidere den multi-syge patients ordinationer. Samtidig er det uhensigtsmæssigt at multisyge patienter ikke sjældent skal i forbindelse med adskillige speciallægeambulatorier i forbindelse med medicin ordination og seponering, endsige receptfornyelse, med risiko for ansvarsfortynding til følge, som anført i anbefalingen. Imidlertid vil det være af stor vigtighed at udpege én tovholder for medicin-revision. Vi ønsker også at anføre, at en relevant slutdato for en ordination ikke altid er kendt og at en slutdato kan medføre uhensigtsmæssige behandlingspauser.

Herefter følger kommentarer til de enkelte anbefalinger. DLS ønsker at anføre, at en del af anbefalingerne vil kunne afhjælpes med en revision af det fælles medicinkort (FMK):

Anbefaling 1: Det anbefales at have en mere nuanceret tilgang, og ud over en mulig seponeringsdato, som er oplagt for visse præparater, at indføre muligheden for en evalueringsdato.

Anbefaling 2: Vi støtter, uden forbehold.

Anbefaling 3: Som oven for under Anbefaling 1 anbefales at overveje en evalueringsdato, i tilgift til muligheden for at vælge en seponeringsdato.

Anbefaling 4: Muligheden for indførslen af en evalueringsdato som en valgmulighed i FMK bør overvejes.

Anbefaling 5: Vi støtter, uden forbehold.

Anbefaling 6: Vi støtter, uden forbehold.

Anbefaling 7: Vi anbefaler, der, som i hospitalsjournalers medicinmoduler, indarbejdes interaktionslister i FMK.

Anbefaling 8: Vi støtter, uden forbehold.

Anbefaling 9: Vi anbefaler, at der udarbejdes en national konsensus om begrebet skrøbelighed (frailty), i lighed med den af NHS udarbejdede definition ([NHS England » Identifying frailty](#)), da det vil være vigtigt i arbejdet med at identificere de patienter, som bør tilbydes en særlig indsats i forhold til behandling med medicin.

Anbefaling 10: Vi støtter, uden forbehold.



DANSK LUNGEMEDICINSK SELSKAB

DANISH SOCIETY OF RESPIRATORY MEDICINE

Anbefaling 11: Anbefalingen støttes. Da andre sundhedspersonaler også kan have behov for viden om seponeringsårsagen. Derfor er epikrisen ikke nødvendigvis det rigtige sted at anføre seponeringsårsagen. Anbefalingen kan derfor understøttes af en FMK-mulighed for at angive en seponeringsårsag.

Anbefaling 12: Vi støtter at tiltaget er nødvendigt, om end der vil være tale om en svær proces, som skal koordineres.

Anbefaling 13: Vi repeterer oven for anførte forslag om et interaktionsværktøj inkluderet i FMK. Derudover har almen praksis mulighed for telefontid på samtlige specialafdelinger for nuværende.

På vegne af Dansk Lungemedicinsk Selskab

Ulla Møller Weinreich

Formand

Høringssvar vedr. materialer Polyfarmaci ved multisygdom

Dansk Farmaceutisk Selskab og herunder Sektion for Klinisk Farmaci har med stor interesse læst høringsudkast til materialer vedr. ”Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde” samt ”Polyfarmaci ved multisygdom- Metoderamme og resultater for evidensgennemgang”.

Materialet indeholder i høj grad studier og anbefalinger der vedrører farmaceuter, dels på apotek og dels i klinisk farmaci, der arbejder med medicingennemgange fx i samarbejde med almen praktiserende læger eller hospitalslæger og ser sig derfor gerne tilføjet høringslisten fremover.

Følgende kommentarer til materialet er forsøgt knyttet op til de detaljerede beskrivelse af de enkelte anbefalinger i udkastet:

Ad anbefaling 1)

Anbefalingen er af høj relevans og et af de vigtigste tiltag for fremadrettet at kunne reducere forebygge u hensigtsmæssig polyfarmaci.

Ad anbefaling 2)

Målgruppen beskrives at være Uddannelsesinstitutioner og udbydere af videreuddannelse. Det vil være relevant at inddrage de farmaceutiske uddannelser (KU og SDU) hvis der ønskes fokus på uddannelse af farmaceuter, samt Danmarks Farmaceutiske Selskab hvis der ønskes fokus på videreuddannelse af farmaceuter. Dog må det bemærkes at farmaceuter som udgangspunkt er uddannet i rationel brug af lægemidler hvorfor denne faggruppe med fordel kan inddrages ved medicingennemgangsindsatser.

Vi medgiver at det er ønskeligt at alle speciallæger har kompetence til at kunne gennemføre en medicingennemgang. At udføre en systematisk medicingennemgang kræver en indgående viden om samtlige lægemidler en patient kan være i behandling med. Det vil næppe være realistisk for alle, særligt de skærende, specialer at opnå og vedligeholde den farmakologiske viden på alle områder. Vi foreslår at begrænse anbefalingen til de medicinske specialer.

Ad anbefaling 3)

Vi foreslår at ændre ordlyden af anbefalingen til at det bør være lovpligtigt med indikation og opfordring om slutdato hvor muligt og alternativt angivelse af revurderingsdato.

Det burde være lovpligtigt at angive en indikation for at kunne oprette en ordination på et lægemiddel. Ændringen vil være af lav kompleksitet da mange ordinations- og receptsystemer allerede har denne funktion indbygget.

En slutdato er ønsket for mange lægemidler, særligt antibiotikakure eller sovemedicin. Derimod er der mange lægemidler som gives forebyggende med en ukendt slutdato (fx hypertensionsbehandling). En slutdato på ordinationen vil ofte lede til en "seponering" som kan være uhensigtsmæssig, i stedet foreslås en "revurderingsdato" indført på ordinationen hvis recepter udgår.

Vi er enige i at udfasning af recepter og fremtidig udlevering af medicin ud fra en aktiv ordination vil være hensigtsmæssig, men vil samtidig kræve en ny arbejdsmåde for apotekerne. Af samme grund bør Apotekerforeningen være en del af arbejdsgruppen eller som minimum høringspart.

Ad anbefaling 4)

Sundhedsdatastyrelsens dokument "Best Practice på FMK" beskriver allerede dette, ligesom det er implementeret i de fleste hospitalers medicineringsretningslinjer, og har været anbefalingen siden FMK blev implementeret. Anbefalingen synes derfor ikke at ændre på noget og foreslås enten fjernet eller skærpet i forhold til nuværende praksis (fx ved anbefaling om juridisk ansvar) for at kunne have en effekt ift. polyfarmaci.

Ad anbefaling 5)

Anbefalingen er af høj relevans og et af de vigtigste tiltag for fremadrettet at kunne reducere forebygge uhensigtsmæssig polyfarmaci.

Ad anbefaling 6)

Fælles MedicinBeslutningsstøtte (som skal understøtte hensigtsmæssig lægemiddelbehandling) har været under udarbejdelse i mange år og det virker derfor som om anbefalingen er lidt på bagkant og kan virke bagklog. Forslag om at ændre ordlyden til at IT-baserede beslutnings-støtteværktøjer skal inddrage tiltag der understøtter medicingennemgang.

Ad anbefaling 7)

Vi er enige i anbefalingen, og mener ligeledes at det er sådan en medicingennemgang bør og skal udføres. Vi foreslår at anbefalingen bliver mere konkret hvis den skal ændre på praksis, alternativt kan den udgå.

Ad anbefaling 8)

MERIS er ét blandt mange værktøjer til at stratificere patienter til medicingennemgang. Som beskrevet i anbefalingens detaljer er der stadig udfordringer der gør at MERIS ikke umiddelbart kan

implementeres og anvendes bredt. Der er ligeledes noget der tyder på at en medicingennemgang med efterfølgende medicinændringer, ikke ændrer på MERIS scoren. Det vil sige at de samme patienter blive udvalgt igen og igen til medicingennemgang og vil virke som ressourcespild. Vi foreslår at anbefalingen udgår, men at MERIS i stedet beskrives under anbefaling 6.

Ad anbefaling 9)

Vi støtter anbefalingen som derved også kan flytte fokus fra alder som ikke nødvendigvis er et mål for medicingennemgang i sig selv.

Ad anbefaling 10)

Vi er enige i at den almen praktiserende læge bør være tovholder for patientens medicin. Men formuleringen om patienter ”som ikke er i længerevarende behandling på hospitalet” er ikke klar i forhold til patienter der har et eller flere ambulante forløb på hospitalet, som multisyge ofte har.

Ad anbefaling 11)

Det angives at ”OPTIMIST-studiet fra Odense, at der kun sker en reduktion af antallet af genindlæggelser, hvis medicingennemgang gennemført på hospitaler følges op af en grundig overlevering til almen praksis”. Tidligere i materialet beskrives at medicingennemgang skal kombineres med motiverende samtale for at have effekt. Da OPTIMIST-studiets udvidede intervention gruppe (som viste signifikant reduktion af genindlæggelser) både inkluderede medicingennemgang, motiverende samtaler, medicinafstemning ved udskrivelse samt medicinresume til almen praksis og annullering af gamle recepter, kan det ikke konkluderes at det er overleveringen af medicingennemgangen til almen praksis der ses effekt af. Det kan ligeledes være bedre medicinafstemning ved udskrivelse der kan være udslagsgivende som flere udenlandske studier gennem tiden tyder på. Trods Danmarks unikke FMK, er der fortsat store udfordringer med korrekt medicinafstemning ved sektorovergange som er dokumenteret i to nye publikationer fra Danmark. Det foreslås at supplere anbefalingen med fokus på korrekt medicinafstemning/ ajourføring af FMK ved udskrivelse.

Ad anbefaling 12)

DFS støtter anbefalingen om brug af flere faggrupper til indsatser omkring multisyge patienters medicinering. Farmaceuter er uddannede lægemiddelekspertter og kan bidrage ved at have overblik over den samlede medicinering. Dette er en stor støtte til mange speciallæger der oftest kun arbejder med ét speciale lægemidler. Ligeledes er flere og flere farmaceuter blevet ansat i kommuner og på plejehjem til at støtte plejepersonalet og de praktiserende læger i hensigtsmæssigt medicinering.

Ad anbefaling 13)

Vi er som udgangspunkt enige i anbefalingen, men foreslår den gøres mere konkret.

Ad studier og litteratursøgning i materialet Polyfarmaci ved multisygdom- Metoderamme og resultater for evidensgennemgang)

Der er beskrevet enkelte kriterier for udvælgelse af population (under PICO), men dog et enkelt meget specifikt kriterium: *"Nogle særlige patientpopulationer vurderes ikke relevant, eksempelvis krigsveteraner og personer med intellectual disabilities."*

Det er pudsigt at "krigsveteraner" skulle ekskluderes. Der findes en del amerikanske studier der er udført på Veteran Affairs Clinics i USA, som inkluderer både nuværende og tidligere ansatte i militære services samt deres familier. Studierne er store og veludførte og der er flere nyere og relevante studier inden for polyfarmaci og rational farmakoterapi, hvorfor det vil være uheldigt hvis disse ukritisk er blevet ekskluderet.

Danmarks Farmaceutiske Selskab bifalder det store arbejde der er lagt i materialet og vil gerne anerkende arbejdsgruppen den indsats der ligger forud for udkastet. Vi ser frem til den endelige version af materialet som vil blive modtaget med stor interesse af selskabets medlemmer.

Med venlig hilsen

Sektion for Klinisk Farmaci på vegne af

Danmarks Farmaceutiske Selskab



Fra: Medicinraadet <medicinraadet@medicinraadet.dk>

Sendt: 26. april 2022 15:52

Til: Nadia Humma Ahmad <nha@SST.DK>; Sundhedsstyrelsen IRF <IRF@SST.DK>

Cc: Medicinraadet <medicinraadet@medicinraadet.dk>

Emne: SV: "Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde" er sendt i høring

Til Sundhedsstyrelsen, att. Nadia Humma Ahmad

Medicinrådet har ingen bemærkninger til høringen vedr. Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde.

Med venlig hilsen

Medicinrådet

Medicinrådet

Dampfærgevej 21-23, 3. sal

2100 København Ø

+45 70 10 36 00

medicinraadet@medicinraadet.dk

www.medicinraadet.dk



Medicinrådets behandling af personoplysninger

Når du har kontakt med Medicinrådet (f.eks. når du sender en e-mail til os), indsamler og behandler vi dine personoplysninger (f.eks. kontaktoplysninger i form af navn, e-mailadresse, titel/stilling mv.) I [Medicinrådets persondatapolitik](#) finder du mere information om Medicinrådets behandling af personoplysninger, dine rettigheder og oplysninger om, hvordan du kan kontakte os.

Fra: Jacob Meller Jacobsen <JJC@kl.dk>

Sendt: 27. april 2022 08:37

Til: Sundhedsstyrelsen IRF <IRF@SST.DK>

Cc: Frederikke Beer <FRBE@kl.dk>

Emne: VS: "Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde" er sendt i høring

Til Sundhedsstyrelsen

KL takker for lejligheden til at afgive høringssvar. KL har ingen bemærkninger.

Med venlig hilsen

Jacob Meller Jacobsen

Chefkonsulent

Center for Sundheds- og Socialpolitik



Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

D +45 3370 3852
E JJC@kl.dk

T +45 3370 3370
W kl.dk



Klik på banner for at læse mere, se program samt foretage en elektronisk tilmelding.



Til Sundhedsstyrelsen, Enhed for Evidensbaseret Medicin

Att.: irf@sst.dk

27. april 2022

Danske Tandplejere
Rosenborggade 1a
1130 København K

T: 8230 3540

E: info@dansktp.dk

www.dansketandplejere.dk

Høringssvar til Høring over Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde

Danske Tandplejere takker for muligheden for at afgive høringssvar på ovennævnte høring.

Når man tager medicin, kan det påvirke produktionen af spyt og udtørre slimhinderne, hvilket giver mundtørhed. De typer medicin, der ofte forårsager mundtørhed er morfikagruppen, astmamedicin (også til KOL), allergimidler, blodtrykssænkende midler, psykofarmaka, vanddrivende midler, epilepsimedicin og narkotiske stoffer. Kemoterapi kan også give tør mund, da spyttets sammensætning ændres af behandlingen. Et indtag på mere end tre medikamenter, der hver for sig ikke giver mundtørhed, kan i kombination forårsage mundtørhed.

Udtørring af slimhinderne medfører en større risiko for sår, rifter og infektioner i mundhulen, og det kan medføre synkebesvær, da spyttet er vigtigt for at kunne forarbejde føden, så den ubesværet kan synkes. Har man ikke den tilstrækkelige mængde spyt, er det svært at holde tænderne fri for madrester og belægninger af bakterier, og risikoen for parodontitis (betændelse i kæbeknoglen) og caries (huller i tænderne) øges markant.

Danske Tandplejere henstiller derfor til, at der i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forebyggelse af uhensigtsmæssig polyfarmaci tilføjes anbefaling om, at borgere, der får mere end tre slags medicin eller medicin, der giver mundtørhed, bør komme til tandeftersyn og rådgivning hos en tandplejer med korte intervaller efter individuelt behov og efter aftale med tandplejeren.

Med venlig hilsen

Elisabeth Gregersen
Formand, Danske Tandplejere

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Evidensbaseret Medicin
irf@sst.dk

Aarhus den 27. april 2022

Høring over Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har sendt høringsmaterialet til vores medlemmer, hvilket har givet anledning til kommentarer fra Fagligt Selskab for Diabetessygepleje.

Høringsforslaget omfatter 13 anbefalinger med forslag til, hvordan uhensigtsmæssig polyfarmaci ved multisygdom kan forebygges og håndteres, heraf 6 anbefalinger om forebyggelse, 3 anbefalinger om målgruppen for uhensigtsmæssig polyfarmaci, og 4 anbefalinger vedr. medicingennemgang som en lægefaglig forebyggelses intervention samt samarbejde på tværs af sektorer og andre fagligheder.

Overordnet er dette udspil vigtigt, men det kan undre, at anbefalinger ikke i større omfang præciserer sygeplejerskens ansvar og eksplicit undersøger betydning af de sygeplejefaglige indsatser så som; monitorering eller støtte til monitorering af symptomer og forandring i den multisyge borgers tilstand, medicin administration, støtte til compliance og håndtering af medicin, forskellige former for egenomsorgsstøtte og patientuddannelse.

Når der i en national anbefaling som denne hovedsageligt fokuseres på det lægefaglige ansvar, informationsbehov og medicingennemgang som forebyggelsesindsats, er der fare for, at det sygeplejefaglige ansvar, informationsbehov og de sygeplejefaglige indsatser på området bliver usynlige, inkompetente, behæftet med fejl eller helt bortfalder.

Udfordringsbilledet

Det fremhæves i udfordringsbilledet, at polyfarmaci hos ældre er stærkt associeret med øget risiko for død, lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser, skadestuebesøg og en større økonomisk udgift for samfundet og at vi har sparsom viden om, hvordan polyfarmaci håndteres hos personer med multisygdom.

I forhold til denne problematik, synes der at være et stort behov for at generere viden ikke blot om patientperspektivet og lægeperspektivet men også om sygeplejeperspektivet.

Forebyggelse af uhensigtsmæssig polyfarmaci

De 6 anbefalinger om forebyggelse synes alle at have forebyggelse potentiale.

Anbefaling 1. God ide, at der i retningslinjer og vejledninger bør fremgå begrænsninger i evidensgrundlaget i forhold til alder og multisygdom. Multisyrge ældre patienter er ofte ikke inkluderet i randomiserede undersøgelser, der som regel udgør evidensgrundlaget for nationale anbefalinger.

Anbefaling 2. Vi er enig i at det er nødvendigt med et øget fokus på uddannelse i rationel lægemiddelbehandling, polyfarmaci og prioritering af medicin for læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle.

Anbefaling 5 & 6. Meget vigtigt, at der sættes fokus på patientinvolvering, pårørendeinvolvering og fællesbeslutningstagen, herunder udvikling af materiale og it-værktøjer, der kan understøtte dette.

Hvem er i risiko for uhensigtsmæssig polyfarmaci, og hvordan finder vi frem til dem

Anbefaling 7. Vi støtter anbefalingen om, at medicinering skal vurderes individuelt og bør være en patientinddragende proces, der også bygger på patientens funktionsniveau, præferencer og sundhedskompetencer.

Anbefaling 8. Det er interessant at følge udviklingen af scoresystemet MERIS (MEdicin RI-siko Score) og evt. implementering i eksisterende IT-platforme som en tværsektoriel beslutningsstøtte til at udvælge de personer i polyfarmaceutisk behandling, der bør tilbydes medicingennemgang.

Anbefaling 9. Det anbefales at skrøbelighed bliver et parameter til at udvælge de personer med multisygdom, der bør tilbydes en ekstra indsats i forhold til behandling med medicin. Det peges på, at det forudsætter konsensus om definitionen af skrøbelighed på tværs af sektorer, og at der udvikles en enkel måde at operationalisere begrebet på i klinisk praksis.

Skrøbelighed, forstået som et medicinsk syndrom og en tilstand med biologisk øget sårbarhed, som der henvises til i anbefalingen, har en betydning i forhold til negative konsekvenser af polyfarmaci. Men uhensigtsmæssig polyfarmaci er mere komplekst og er også relateret til patienters sårbarhed i forhold til kognitivt funktionsniveau, behov for egenomsorgsstøtte og støtte til medicinmestring, motivation, sundhedskompetencer, pårørende støtte, sårbare situationer som udskrivelse mv.

Medicingennemgang og samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer

I anbefalingerne 10-13 peges på en model til forebyggelse og håndtering af polyfarmaci hos personer med multisygdom. En model, der gør den praktiserende læge ansvarlig for forebyggelsesindsatsen, alene omfatter en lægefaglig medicingennemgang. Anbefalingerne peger endvidere på behovet for at forbedre kommunikation og samarbejde. Et behov, der alene adresserer den praktiserede læges behov for information og sparring. Den multisyrge patient har ofte mange tværgående kontakter og sygeplejersken er den sundhedsprofession, der koordinerer og samler kommunikationen for og med

patienterne mellem primær og sekundærsektoren.

Afslutningsvis vil vi gentage de indledende kommentarer. Når der i en national anbefaling som denne, der vedr. et helt centralt sygeplejefagligt virksomhedsfelt primært fokuseres på det lægefaglige ansvar, informationsbehov, sparringsbehov og forebyggelsesindsats, er der fare for, at det sygeplejefaglige ansvar, informations- og sparingsbehov og de sygeplejefaglige indsatser bliver usynlige, inkompetente, behæftet med fejl eller helt bortfalder.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, which appears to read "Bente Høy".

Bente Høy

Næstformand for Dansk Sygepleje Selskab
Senior forsker, PhD, MPH, RN

Anbefaling	Kommentar
1	Det er helt centralt for ordinationskulturen og polyfarmaciproblematikken at fokus på behandlingsvarighed og hvornår seponering er relevant, skærpes ifm. udarbejdelse/opdatering af anbefalinger, retningslinjer og vejledninger. Stillingtagen til prioritering af lægemidler i vejledninger er dog vanskeligere, idet den individuelle patients sygdomshistorik, sygdomsstatus og præferencer er afgørende for prioreringen mellem de enkelte lægemidler (jf. punkt 7).
2	Styrket uddannelse af læger og andre faggrupper i rationel lægemiddelbehandling, herunder polyfarmaci, medicingennemgang og prioritering af lægemidler, er, ligesom punkt 1, et vigtigt strukturelt tiltag, som kan bidrage til at begrænse uhensigtsmæssig polyfarmaci i at opstå. Mens alle læger bør kunne gennemføre en medicingennemgang, er denne opgave som udgangspunkt bedst forankret i almen praksis (jf. punkt 10).
3	Aktiv stillingtagen til en slutdato eller en revurderingsdato ifm. ordination kan skærpe fokus på, hvornår det er tid til at stoppe en behandling. Dette vil være gavnligt. Der kunne dog være en fare for, at der ordineres eller receptfornys igen uden den nødvendige stillingtagen til medicinen grundet højt arbejdspress i klinikken. For at medicin uden indikation eller effekt ikke skal fortsætte unødigt, kræver det fortsat, at der følges op på medicinen sammen med patienten. Der kan derfor være behov for at kigge på arbejdsgange og systematikker ifm. revurdering af medicin og hvordan fx praksispersonale kan bidrage i den sammenhæng.
4	Det er fint at anbefale, men løser næppe selve problemet, som har eksisterende i årevis. Dette vil kræve en mere dybdegående afdækning af, hvad årsagerne til den manglende ajourføring er.
5	Der findes allerede gode patientrettede informationsmaterialer på udvalgte lægemiddelområder i de enkelte regioner samt redskaber til patientinddragelse i samtalen om medicin i forskningsmiljøerne. Det vil være godt med et bredere og mere systematisk samarbejde på tværs regioner på dette felt. Ligeledes vil det være ønskeligt med mere samarbejde med forskningsmiljøerne omkring udvikling og afprøvning af nye patientinformationsmaterialer og tilgange til patientinddragelse, således at vi kan generere og dele viden om, hvordan patienter bedst informeres og inddrages i fælles beslutningstagning under de vilkår som en travlt klinisk hverdag tilbyder.
6	IT-baserede beslutningsværtøjer kan være gavnlige, men der er en fare for, at de bliver så komplekse, at de faktisk ender med at stjæle lægens tid fremfor at være en hjælp. Det er derfor afgørende at inddrage brugerne i udviklingen og afprøvningen af sådanne redskaber, således at det sikres, at de er relevante og anvendelige den kliniske hverdag. Enkle redskaber som fx seponeringslisten kunne være relevant at gøre tilgængelig som en integreret ressource i eksisterende IT-systemer.
8	Konceptet med en medicinrisikoscore som en hjælp til at identificere risikopatienter, der kan have alvorlige lægemiddelrelaterede problemer og som derfor kan have gavn af en medicingennemgang, er god. Det er vigtigt, at et sådant redskab er validt, operationaliserbart og enkelt at anvende i praksis for at være til gavn for både læger og patienter.
9	Geriatere arbejder med nogle skrøbeligheds-scores, men det er uvist, om de egner sig til almen praksis, da de har en anden patientpopulation på sygehuset. Der er lavet en masse forskellige prædiktionsmodeller af multisygge, men der er så vidt vides ikke konsensus (fordi de ofte måler på prædiktation for forskellige outcomes i forskellige landes settings). I det nye

	OK22 projekt arbejdes der på noget omkring dette. Man bør derfor tænke sig grundigt om inden man indfører en standard for, hvornår man er skrøbelig.
10	Den praktiserende læge har ofte tovholder-rollen men kommer i klemme, når den praktiserende læge ikke har behandlingsansvaret – fx når der efterspørges receptudskrivelse fra almen praksis på medicin, som er ordineret og styret via fx neurologer, reumatologer eller psykiatere. Derfor er det ikke altid ligetil at lave en medicingennemgang, hvor den praktiserende eller patienten ønsker at seponere medicin, som er ordineret hos anden speciallæge. Omvendt er der ofte uklare aftaler, når speciallægerne overgiver behandlingsansvaret til den praktiserende læge. Det vil derfor være gavnligt at have eksplicite aftaler og kommunikation om, hvem der har ansvaret hvornår.
11	<p>Der lægges i denne anbefaling op til en mere strategisk anvendelse af medicingennemgang. Dette er fornuftigt, idet 1) medicingennemgang er en tidskrævende og således ressourcetung opgave og 2) evidensgrundlaget for medicingennemgang er heterogent og inkonsistent. Der gives dog ingen anvisninger ift. hvilke personer med multisygdom og polyfarmaci, der betragtes som "relevante" for medicingennemgang. Det anbefales, at en medicinrisikoscore og skrøbelig i fremtiden kan anvendes til at udvælge relevante patienter til medicingennemgang (jf. punkt 8 og 9). Men der ligger et stykke udviklingsarbejde forud for, at disse redskaber vil være tilgængelige. Med det store litteraturgennemgangsarbejde, der er lavet ifm. denne rapport, var det ønskeligt, at der også havde været et fokus på, hvilke patienter, der kan have særligt gavn af medicingennemgang. Gerne suppleret med hvilke patienter man ud fra et klinisk perspektiv betragter som relevante.</p> <p>Praktiserende læger laver gerne medicingennemgang på relevante patienter, men der bør være opmærksomhed på, at det er ressourcekrævende og tager ofte længere tid end 15 minutter, da patienten også skal inddrages og indikationer gennemgås. Uden særlig ydelse kan det være svært at motivere til at AP skal lave på "alle" multisygge eller polyfarmacipatienter (selvom det jo giver god mening).</p>
12	Der arbejdes allerede med inddragelse af andre sundhedsfaglige kompetencer på forskellig vis ude i almen praksis med gode erfaringer. Dette kan yderligere understøttes ved at opkvalificere praksispersonalet ift. rationel farmakoterapi (jf. punkt 2).
13	Der eksisterer allerede en række tilbud til praksis om hjælp til lægemiddelbehandling i form af regional lægemiddelrådgivning, hjælp til medicingennemgang, polyfarmaciklinikker mm. Disse benyttes dog kun i beskedens omfang. Rapporten anbefaler, at det tværsektorielle samarbejde forbedres med udgangspunkt i almen praksis' behov. Det bør derfor være et fokus at få afdækket, hvilke behov almen praksis reelt har ift. at håndtere patienter med polyfarmaci.

Kommentar til rapporten: "Polyfarmaci ved multisygdom - Metoderamme og resultater for Evidensgennemgang"

Det er fin evidensgennemgang, især ift. Temaet "Hvad er multisygge patienters medicinrelaterede erfaringer og oplevelser med polyfarmaci?". I forhold til temaet "Hvad er effekten af medicingennemgange?" har vi følgende bemærkninger:

- Det fremgår ikke af evidensgennemgangen, i hvilket omfang de foreslåede ændringer ifm. medicingennemgang rent faktisk blev implementeret i de inkluderede studier. Medicingennemgang kan ikke forventes at have en effekt på outcomes, hvis anbefalingerne ikke omsættes til konkrete medicinændringer hos patienten.

- Det er også vigtigt at forholde sig til, om den inkluderede patientpopulation havde potentiale til at få optimeret medicinen. Nogle studier finder ingen effekt af medicingennemgang, fordi omfanget af lægemiddel-relaterede problemer hos de inkluderede patienter var begrænset. Også her vil medicingennemgang ikke kunne forventes at have nogen effekt. Det understreger endvidere vigtigheden af, at en ressourcetung opgave som medicingennemgang bør målrettes til risikopatienter som det også anbefales i rapporten.
- I evidensgennemgangen har man valgt at ekskludere studier med fokus på deprescribing. Det er super ærgerligt - det ville have været relevant at afdække evidensen her ift. polyfarmaci. Endvidere omfatter interventionen i sådanne studier ofte medicingennemgang. Man har således udelukket væsentlig litteratur om medicingennemgang i denne evidensgennemgang.

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Evidensbaseret Medicin
Islands Brygge 67
2300 København SV

28-04-2022
MOL/420/00001

Høringssvar til polyfarmaci ved multisygdom

Danmarks Apotekerforening er blevet opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen den 31. marts 2022 har sendt rapporten 'Polyfarmaci ved multisygdom' i høring. Rapporten skal gennem overblik og 13 anbefalinger bidrage til at nedbringe uhensigtsmæssig polyfarmaci.

Polyfarmaci er et komplekst område uden konkrete løsninger, hvorfor der er behov for at tænke på tværs af faggrupper og sektorer. Apotekerforeningen støtter op om anbefalingerne i høringsudkastet, men vil opfordre til, at apotekerne i højere grad tænkes ind i anbefalingerne, da apotekspersonalet ofte er i direkte dialog med berørte patienter, pårørende samt plejepersonale på apotekerne.

Anbefalingerne er inddelt i tre temaer:

- Forebyggelse af uhensigtsmæssig polyfarmaci (anbefaling 1-6)
- Hvem er i risiko for uhensigtsmæssig polyfarmaci, og hvordan finder vi frem til dem? (anbefaling 7-9)
- Medicingennemgang og samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer (anbefaling 10-13)

Nedenfor kommenteres de konkrete anbefalinger med forslag til, hvor og hvordan apotekerne og deres ansatte med fordel kan tænkes ind som en del af løsningen.

Anbefaling 1: Varighed af behandling, seponering og prioritering af medicin – en del af lægemiddelanbefalinger

Apotekerforeningen støtter op om, at varighed, seponering og prioritering tænkes ind i behandlingsvejledninger, kliniske retningslinjer og andre anbefalinger. Seponering af medicin har hidtil været en overset opgave, og patienterne risikerer at opleve ringere livskvalitet og unødige kontakter til sundhedsvæsenet ved overmedicinering. Derfor er det afgørende, at overflødige behandlinger stoppes, så overmedicinering og medicinspild undgås.

Det ses desværre, at behandlinger, som kun var tiltænkt for en kortere periode, fortsætter i årevis, uden at der er et behandlingsmæssigt behov. Der kan være barrierer, som gør, at behandlingen med uhensigtsmæssig medicin stoppes, fx kan både patienter, pårørende og praktiserende læger frygte, at det kan have negative konsekvenser for patienterne, hvis en medicinsk behandling afsluttes. Derfor er det vigtigt, at stop af en medicinsk behandling foregår i en tillidsfuld dialog mellem patient og sundhedsperson.

Farmaceuterne på landets apoteker er eksperter i lægemidler, og forskning viser, at flere multisyge får fjernet overflødige lægemidler, når de får gennemgået deres medicin af en farmaceut. Derfor foreslår Apotekerforeningen, at der etableres lokale samarbejder mellem farmaceuter på apoteker og praktiserende læger, så parterne hjælper hinanden med at sikre, at unødvendig behandling med medicin seponeres.

Pharmakons forsknings- og udviklingsafdeling har i 2021 afprøvet en seponeringsydelse som et samarbejde mellem et apotek og en lægepraksis. I samarbejdet havde læge og apotek på baggrund af en samarbejdsaftale mulighed for at visitere patienter i en fastsat målgruppe til at få seponeret deres medicin. I de tilfælde, hvor apoteket visiterede en patient, kommunikerede apoteket muligheden for seponering til patientens læge, som tog den endelige beslutning om, hvorvidt medicinen kunne seponeres eller ej. Hvis lægen besluttede, at patienten kunne få seponeret sin medicin, blev der gennemført en seponeringssamtale på apoteket, hvor der blev lagt en plan for seponeringen af patientens medicin. Herefter gennemførte apoteket et antal opfølgningssamtaler for at monitorere og støtte patientens seponering. Antallet af opfølgningssamtaler afhang af patientens behov for støtte. Resultaterne fra afprøvningen viste, at apoteket i samarbejde med den praktiserende læge kan bidrage til seponering af uhensigtsmæssige lægemidler. Seponeringsydelsen vil i 2022 blive opskaleret med fokus på samarbejdet og organiseringen af ydelsen.

Anbefaling 2: Uddannelse i rationel lægemiddelbehandling, polyfarmaci og medicinprioritering

Farmaceutstuderende undervises allerede i rationel farmakoterapi og polyfarmaci, og medicinprioritering vil derfor være et naturligt og relevant tillæg til undervisningen. Alternativt kan medicinprioritering være relevant som efteruddannelse.

I anbefalingen nævnes medicingennemgang specifikt for speciallæger, men Apotekerforeningen gør opmærksom på, at farmaceuterne på apotek allerede besidder kompetencerne til at gennemføre medicingennemgange, hvorfor dette i højere grad bør udnyttes.

Medicingennemgang og apotekernes rolle kommenteres yderligere nedenfor under Anbefaling 11: Medicingennemgang.

Anbefaling 3: Ordination af medicin på en ny måde

Apotekerforeningen tilslutter sig anbefalingen, da det stemmer overens med foreningens eget forslag om bedre udnyttelse af Det Fælles Medicinkort (FMK).

FMK blev udviklet med det formål at øge patientsikkerheden ved at sikre et overblik over borgernes aktuelle medicinering. Platformen bidrager til at reducere antallet af medicinfejl og reducere tidsforbruget til afklaring af borgernes aktuelle medicinoplysninger.

Lægerne opretter ordinationer i FMK, som ændrer sig dynamisk i systemet, når det fx er besluttet, at dosering, styrke eller andet skal ændres. Recepten er i teknisk forstand blot en udleveringstilladelse og oprettes på baggrund af ordinationen. Problemet med recepten er dog, at en recept er statisk og ikke ændrer sig eller fjernes, når lægen ændrer ordinationen. Det er patientsikkerhedskritisk og kan betyde, at patienterne får forkert og ikke-aktuel medicin.

Apotekerforeningen opfordrer til at udnytte mulighederne i FMK og forbedre arbejdsdelingen mellem læge og apotek. Teknisk set foreslås recepten afskaffet, så apotekerne udleverer medicin på baggrund af aktuelle ordinationer. Det er et første skridt

på vej mod generisk ordination, hvor lægerne undgår at bruge tid på at vælge handelsnavn og pakningsstørrelse. Apoteket skal – i dialog med patienten – vælge de pakningsstørrelser, der er mest optimale i forhold til behandling og pris i den periode, ordinationen løber. Borgeren vil stadig opleve, at lægen ”udskriver en recept”, og den ændrede arbejdsdeling mellem læge og apotek vil være usynlig for borgerne.

Sundhedsdatastyrelsen har på baggrund af et fælles forslag fra Apotekerforeningen og Lægeforeningen igangsat en analyse for en ny og bedre rollefordeling mellem læger og apotek ved ordination af lægemidler. Sundhedsdatastyrelsen indhenter input fra alle parter, som i dag bruger recepten som kontaktpunkt, og hjælper borgeren med at administrere medicin. Forslaget bliver støttet bredt, og analysen bliver afsluttet ved udgangen af 2022.

Anbefaling 4: Relevante oplysninger til vurdering af aktuel behandling med lægemidler

Apotekerforeningen støtter op om, at FMK ajourføres jævnligt af praktiserende læge og af hospitalslæger for at sikre oplysninger på tværs af sektorer. Det vil være en forudsætning for, at anbefaling 3 vil være realistisk at gennemføre.

Anbefaling 5: Patientrettet information og fælles beslutningstagning

I anbefalingen er det angivet, at det er vigtigt, at patienten er informeret og medinddraget i egen behandling. Patientinddragelse øger tilfredsheden med behandlingen og bidrager samtidig med viden og forståelse for egen sygdom.

Apotekerforeningen gør opmærksom på, at apotekerne har løbende kontakt med patienter, pårørende samt plejepersonale, hvorfor apotekerne med fordel tænkes ind i forhold til patientrettet information. I anbefalingen nævnes specifikt udfordringen med lægemiddelinteraktioner ved polyfarmaci, hvor apotekspersonalet har en viden, som vil kunne støtte andre sundhedsprofessionelle.

Apoteksfarmaceuterne afholder allerede i dag medicin- og compliancesamtaler, som er samtaler med borgerne om deres medicin med fokus på viden, vaner og tryghed i brugen af medicin. Her har borgeren mulighed for at stille spørgsmål til medicinen og give udtryk for bekymringer. Medicin- og compliancesamtalerne er delt i to; en indledende samtale om borgerens medicin og en opfølgende samtale. Samtalerne har været udført på apotekerne siden 2016 og tager udgangspunkt i New Medicine Service fra NHS. Samtalerne er også grundlaget for den afprøvede seponeringsydelse, som er nævnt under anbefaling 1, og består af en seponeringssamtale og opfølgning.

Anbefaling 6: IT-baserede beslutningsværktøjer

Apotekerforeningen er enige i, at IT-baserede beslutningsværktøjer kan bidrage til at hindre uhensigtsmæssig lægemiddelbehandling. Det vil være relevant, at alle involverede i behandlingen og udleveringen af lægemidler har adgang til samme data og beslutningsstøtte, så alle har samme vidensgrundlag.

Anbefaling 7: Individualiseret polyfarmaci – en udfordring

Anbefalingen er, at patienters medicinering altid bør vurderes individuelt. Apotekerforeningen støtter op om denne anbefaling, da patienters alder, andre sygdomme, personlige præferencer, restlevetid med videre kan påvirke lægemiddelbehandlingen. Der bør derfor altid være en konkret vurdering af, om behandlingen er den rigtige behandling for den enkelte.

Anbefaling 8: Hvordan kan vi finde dem, der kan have gavn af en medicingennemgang?

Apotekerforeningen tilslutter sig, at der udvikles IT-platforme til at udvælge de polyfarmacipatienter, som kan have gavn af en medicingennemgang. Apotekerforeningen mener dog ikke, at IT kan stå alene, men at en vurdering af den enkelte patient og den patientoplevede behandling bør inkluderes. Apotekerne kan tænkes ind i vurderingen af, hvem der kan have gavn af en medicingennemgang, da apotekerne ser patienterne i det daglige. Apotekspersonalet kan i dialogen med patienten opfange signaler, der indikerer, at en konkret vurdering af den enkeltes lægemiddelbehandling gennem en medicingennemgang vil være hensigtsmæssig.

Anbefaling 11: Medicingennemgang

Anbefalingen er, at relevante personer med polyfarmaci og multisygdom får tilbud om medicingennemgang, der som udgangspunkt foregår i almen praksis eller som minimum foregår i tæt samarbejde med almen praksis, som kender personen i stabil behandling. Medicingennemgangen udføres for at sikre den mest hensigtsmæssige lægemiddelbehandling og anvendelse af medicin for patienten.

Apotekerforeningen vil opfordre til, at apotekernes kompetencer indenfor medicingennemgange udnyttes i højere grad som et samarbejde med almen praksis. I gennemgangen af patientens medicin har en farmaceut - certificeret til at kunne udføre ydelsen - fokus på bl.a. uhensigtsmæssig medicinering, compliance, bivirkninger og interaktioner. Farmaceuten vurderer medicinen med henblik på at sikre en rationel lægemiddelanvendelse, og at behandlingen svarer til anbefalede retningslinjer, og kan give lægen konkrete forslag til ændringer af behandlingen. Medicingennemgang kan udføres på apoteket eller eksternt af en apoteksfarmaceut på eksempelvis plejecentre, i lægepraksis eller i hjemmeplejen.

Anbefaling 12: Samarbejde på tværs af fagligheder

Apotekerforeningen tilslutter sig anbefalingen om, at læger i almen praksis kan inddrage andre sundhedsfaglige kompetencer i forbindelse med medicingennemgang og prioritering. Farmakonomerne nævnes som mulighed, men Apotekerforeningen vil opfordre til, at apotekernes ressourcer på området generelt tænkes ind i anbefalingen. Det skyldes, at apoteksfarmaceuten i langt højere grad end farmakonomer kan foretage vurderinger ved en medicingennemgang og give lægen konkrete forslag til ændringer.

Anbefaling 13: Samarbejde på tværs af sektorer

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at samarbejdet på tværs af sektorer om polyfarmaci forbedres. I anbefalingen nævnes sparring med hospitaler og kommuner om lægemiddelbehandlingen, men Apotekerforeningen mener, at apotekerne bør tænkes ind. Apoteksfarmaceuterne har viden om lægemidler på højt fagligt niveau og kan derfor give sparring til lægerne fx i forbindelse med medicingennemgang eller anbefaling i forhold til behandlingsvejledninger. Polyfarmacipatienterne har sin gang på apotekerne, hvorfor det vil være naturligt at tænke apotekerne ind i samarbejdet på tværs af sektorer.

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard

28. april 2022

Til Sundhedsstyrelsen

Høringsbidrag fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) vedrørende Høring over rapport om Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde

DSAM takker for invitation til nærværende høring vedrørende 13 anbefalinger med forslag til, hvordan uhensigtsmæssig polyfarmaci ved multisygdom kan forebygges og håndteres. Desuden indeholder høringsmaterialet også en evidensgennemgang vedrørende medicingennemgang, og af afsnit om sammenfatning af resultaterne fra oversigtsartikler fremgår på side 10:

De inkluderede oversigtsartikler viser sammenfattende, at medicingennemgang i kombination med andre elementer muligvis reducerer indlæggelse/genindlæggelse og kontakt med akutmodtagelsen, samt en inkonsistent effekt på livskvalitet. For at medicingennemgangen skal have effekt, skal den indeholde flere komponenter end blot en medicingennemgang. Det ser ud til, at den skal indeholde medicinafstemning, patientsamtaler/uddannelse og støtte til sektorovergange.

Da kun oversigtsartiklen af Mizokami stratificerede deltagerne ud fra, om de var indlagte eller hjemmeboende, og da interventionerne i denne analyse var meget heterogene, er det svært at konkludere på betydningen af setting. Der er dog givetvis tidspunkter, hvor patienterne har bedre effekt eller bedre kan drage fordel af en medicingennemgang.

Der er altså ikke stærk og solid evidens for gavnlige effekter af medicingennemgang, omend mulige effekter kan pege i den retning.

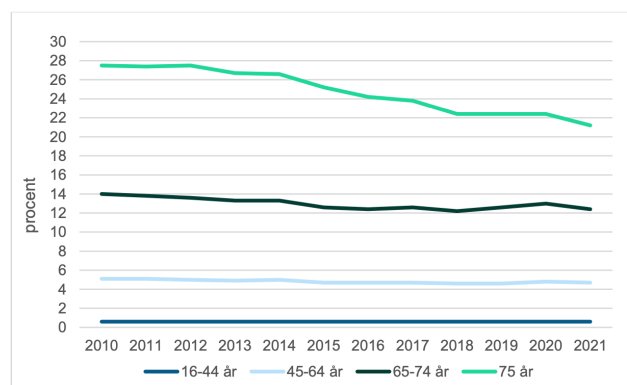
DSAM mener dog alligevel, at medicingennemgang på nuværende grundlag bør anbefales, idet metoden mindsker polyfarmaci, hvilket i sig selv er ønskværdigt både fra patient-, behandler- og samfundsperspektiv.

DSAM har ikke flere kommentarer vedrørende evidensgennemgangen, og i resten af høringssvaret vil vi fokusere på rapportens 13 anbefalinger.

Overordnet mener DSAM, at det er 13 gode og gennemarbejdede anbefalinger. Dog kan man overveje at nedtone anbefaling 8 og 9, og måske endda lade disse udgå, da de hviler på endnu uafklaret forskning, som naturligvis er spændende og lovende. Punkterne 11-13 kan måske slås sammen.

Først hæfter DSAM med glæde sig ved, at figur 1 i rapporten viser, at polyfarmaci særligt blandt ældre er faldende. Det skyldes formodentlig, at der allerede gennem mange år har været bred fokus på polyfarmaci og overbehandling overalt i sundhedsvæsenet, herunder i almen praksis hvor størstedelen af medicin udskrives.

Figur 1. Andel af voksne (over 16 år) i Danmark med polyfarmaci



Polyfarmaci hos ældre er stærkt associeret med øget risiko for død, lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser, skadestuebesøg og en større økonomisk udgift for samfundet⁽¹²⁻¹⁷⁾. Viden om, hvordan polyfarmaci håndteres hos personer med multisygdom, er meget sparsom, og der er behov for at generere mere viden om både læge- og patientperspektivet.

I det følgende listes rapportens 13 anbefalinger med en tilhørende kommentar fra DSAM.

Anbefaling 1 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at der bliver taget stilling til varighed af behandling, seponering og prioritering af lægemidler, når der revideres eksisterende og udgives nye anbefalinger, retningslinjer og vejledninger, der vedrører behandling med lægemidler."*

Kommentar: DSAM er enig og støtter denne anbefaling.

Anbefaling 2 fra rapporten: *"Vi anbefaler at øge fokus på uddannelse i rationel lægemiddelbehandling, polyfarmaci og prioritering af medicin af relevante faggrupper, herunder specielt læger, men også farmaceuter, sygeplejersker og øvrige faggrupper, der i arbejdslivet har med lægemidler at gøre. Det bør være en kompetence for alle speciallæger at kunne gennemføre en medicingennemgang."*

Kommentar: DSAM mener, at man bør skelne mellem medicinanamnese, medicinajourføring og medicingennemgang. Det første bør alle kunne for at hjælpe til at afdække, hvilke piller patienten rent faktisk putter i munden, med eller uden recept. Det kan være en stor hjælp, at personale, fx på plejehjem, har gennemført en medicinanamnese, inden lægen skal udføre en ajourføring og gennemgang af medicin. Ved ajourføring af medicinordinationer rettes åbenlyse fejl, mens der ved gennemgang foretages en mere struktureret og kritisk gennemgang af patientens samlede lægemiddelbehandling.

DSAM vurderer, at medicingennemgang og medicinajourføring bedst ligger hos læger, mens optag af medicinanamnese kan og bør lægges ud bredt til mange faggrupper. Når det gælder medicingennemgang og ajourføring, er det DSAM's opfattelse, at farmaceuter, i samarbejde med læger, kan indgå i processen, men på en måde så det letter lægens arbejde og på en måde så patienterne ikke får for mange modstridende oplysninger, alt efter om de taler med behandlingsansvarlige læge eller farmaceut.

Anbefaling 3 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at der ved ordination af medicin altid bliver registreret en entydig indikation og en slutdato/revurderingsdato for behandlingen. Det vil blandt andet medvirke til en aktiv vurdering af behandlingsvarighed og ansvar."*

Kommentar: DSAM støtter aktivt op om ordination af medicin på en ny måde som foreslået. Det sker blandt andet i et aktuelt arbejde i Sundhedsdatastyrelsen under overskriften "Alternativer til recepten". Her har DSAM bl.a. fremført behov for revurderingsdato ved al fast medicin samt entydighed i forhold til behandlingsansvar. I samme arbejdsgruppe har vi også drøftet, hvordan både læger, patienter og regioner kan spare tid og penge, ved at læger ordinerer frem til en revurderingsdato, og apotekerne og patienter bestemmer pakkestørrelsen (ud fra deres viden om bl.a. priser og restordreproblemer).

Anbefaling 4 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at det Fælles Medicinkort (FMK) ajourføres jævnligt af både alment praktiserende læger og hospitalslæger for at sikre de nødvendige oplysninger om den aktuelle medicinering af patienter med multisygdom på tværs af sektorer."*

Kommentar: I DSAM mener vi, at alle læger i alle sektorer altid bør føle ansvar for at få rettet fejl, fjernet obsolete ordinationer, redundans mm. Det ansvar bør italesættes bredt og gælde overalt både i primær og sekundær sektor.

Anbefaling 5 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at der udvikles patientrettet information og materiale til fælles beslutningstagen, der kan være med til at forebygge og afhjælpe polyfarmaci, der er uhensigtsmæssig ud fra et patientperspektiv. Vi anbefaler også at inddrage pårørende og nærmeste plejepersonale, som håndterer lægemidler i det daglige."*

Kommentar: DSAM er helt enig, men det er ikke en let opgave, der vil kræve mange kontinuerlige ressourcer.

Anbefaling 6 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at der udvikles IT-baserede beslutningsstøtteværktøjer, der understøtter hensigtsmæssig lægemiddelbehandling og patientinddragelse. Hvem er i risiko for uhensigtsmæssig polyfarmaci, og hvordan finder vi frem til dem?"*

Kommentar: I DSAM kan vi frygte, at viden og teknologi ikke helt er moden endnu, om end digitale beslutningsstøtteværktøjer på sigt kan vise sig at være vejen frem. DSAM vurderer, at effekten af omfattende beslutningsstøtteværktøjer vedrørende medicingennemgang skal testes i kliniske forsøg. Samtidig bør det juridiske grundlag for at fremfinde patienterne sikres, hvis dette skal ske gennem systematisk opslag i FMK. I den forbindelse bør der dog være opmærksomhed på, at datakvaliteten i FMK i dag er så dårlig¹, at det kan vanskeliggøre korrekt fremsøgning af patienter.

¹ FMK Kvalitetsanalyse 2019: ANALYSERESULTATER – Regioner, Kommuner og Almen praksis. Sundhedsdatastyrelsen 2019. [CMC analysis of quality 2019, The Danish Health Data Authority, 2019.]

Anbefaling 7 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at patienters medicinering vurderes individuelt, fordi der er manglende viden om de gavnlige virkninger og et ændret og måske endda ufordelagtigt forhold mellem de gavnlige og skadelige virkninger af det enkelte lægemiddel, når det gives sammen med flere lægemidler eller til personer med multisygdom. Desuden er det nødvendigt at tage patientens funktionsniveau og præferencer med i vurderingen."*

Kommentar: DSAM er enig. Der kan i anbefalingen måske sættes yderligere fokus på også at indtænke behandlingsniveau i vurderingen. Det er en lægelig opgave at vurdere behandlingsniveau i samarbejde med patient og pårørende og dokumentere det.

Anbefaling 8 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at MERIS (MEdicin RIisiko Score) videreudvikles med henblik på en mulig implementering i eksisterende IT-platforme til tværsektoriel beslutningsstøtte, som en metode til at udvælge patienter i polyfarmaceutisk behandling, der bør tilbydes medicingennemgang."*

Kommentar: DSAM vurderer, at forskningen vedrørende MERIS er spændende og lovende, men der bør ikke komme anbefalinger, før der foreligger kliniske trials, som afklarer, om brug af MERIS har effekt på relevante outcomes. Man bør derfor overveje at lade anbefalingen udgå.

Anbefaling 9 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at skrøbelighed bliver et parameter til at udvælge personer med multisygdom, der bør tilbydes en ekstra indsats i forhold til behandling med medicin. Denne anbefaling forudsætter, at der opnås konsensus om definitionen af skrøbelighed på tværs af sektorer, og at der udvikles en enkel måde at operationalisere begrebet på i klinisk praksis."*

Kommentar: Så længe der ikke foreligger konsensus om begrebet skrøbelighed, og om brug af begrebet har indflydelse på relevante kliniske outcomes, bør man overveje at lade anbefalingen udgå. DSAM's vejledningsgruppe "Den ældre skrøbelige patient" har taget initiativ til dialog med 4 andre LVS-selskaber (DSG, DCS, DOS og DLS) for at skabe faglig konsensus nationalt på området. Første møde er sat til 13.9.2022. Interessen samler sig om værktøjet Clinical Frailty Scale. Ved yderligere interesse kan DSAM formidle kontakt til vejledningsgruppen.

Anbefaling 10 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at den alment praktiserende læge bliver tovholder for den løbende vurdering af den samlede medicinske behandling af personer med multisygdom, som ikke er i længerevarende behandling på hospitalet, på baggrund af generalistkompetencer og det kontinuerlige kendskab til patienten. I alle sektorer er det dog vigtigt at tage alle sygdomme og lægemidler i betragtning, når der udskrives nye lægemidler."*

Kommentar: DSAM er enig, omend begrebet tovholder ikke er klart defineret og nok i realiteten kan tolkes på så mange måder, at anbefalingen kan fremstå noget uklar. DSAM foreslår, at begrebet "tovholder" erstattes med "den gennemgående sundhedsperson" for at understrege, at der ikke er tale om en formelt defineret opgave, som er aftalt mellem Regioner og PLO. En anden mulighed er, at begrebet "tovholder" defineres klart for at undgå tvivl og uklarhed om roller.

Anbefaling 11 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at de relevante personer med polyfarmaci og multisygdom får tilbudt en medicingennemgang, der som udgangspunkt foregår i almen praksis eller som minimum foregår i tæt samarbejde med almen praksis, der kender personen i stabil fase. Ved medicingennemgang på hospitalet bør resultatet af medicingennemgangen formidles til almen praksis via fyldestgørende epikriser og i udvalgte situationer eventuelt suppleret med mundtlig overlevering."*

Kommentar: DSAM er enig, dog kan anbefalingerne 11-13 med fordel måske samles til en.

Anbefaling 12 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at læger i almen praksis kan inddrage andre sundhedsfaglige kompetencer i almen praksis til det forberedende og eventuelt opfølgende arbejde i forbindelse med medicingennemgang og prioritering, og i forhold til den videre opfølgning til ikke-farmakologiske alternativer."*

Kommentar: DSAM er enig, dog kan anbefalingerne 11-13 med fordel måske samles til en.

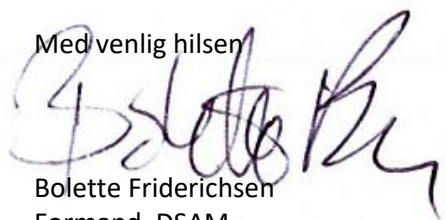
Anbefaling 13 fra rapporten: *"Vi anbefaler, at samarbejdet på tværs af sektorer om polyfarmaci forbedres med udgangspunkt i almen praksis' behov. Dette indebærer, at almenpraksis kan få den nødvendige sparring med hospitaler og kommuner om læge- middelbehandlingen af personer med polyfarmaci og multisygdom."*

Kommentar: DSAM er enig, dog kan anbefalingerne 11-13 med fordel måske samles til en.

Endelig foreslår vi i DSAM, at følgende emner bør bringes ind i rapporten:

- DSAM foreslår, at man gør forsøg på at afregistrere lægemidler uden dokumenteret effekt og hvor bivirkninger er signifikante. Jævnfør Seponeringslisten 2022 kan man for eksempel overveje dette for klorzoxazon og kinin.
- For mange ældre patienter med multisygdom vil en palliativ tilgang med fokus på ikke-farmakologisk behandling af problemer så som smerter, dyspnø, søvn, forstoppelse, uro mm være førstevalg fremfor medicinsk behandling. Det kan for eksempel være i form af mere bevægelse, musikterapi, nærvær etc. Denne behandlingstilgang er ikke anbefalet i udkastet, hvilket er en mangel, når formålet er at reducere unødigt polyfarmaci.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand, DSAM

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

E-mail: irf@sst.dk

Høringssvar vedr. Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte materiale. Polyfarmaci er et særdeles vigtigt område, som berører et voksende antal patienter. Den demografiske udvikling gør, at flere og flere lever med kronisk sygdom, og at flere og flere derfor potentielt får mange lægemidler på samme tid. Overmedicinering og negative cocktaileffekter kan have alvorlige helbredsmæssige konsekvenser, og derfor er vi i Danske Patienter overordnet glade for, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med arbejdsgruppen, hvor Danske Patienter har haft en plads, har formuleret en række anbefalinger og forslag til, hvordan man håndterer og forebygger uhensigtsmæssig polyfarmaci ved multisygdom.

Danske Patienter anerkender, at polyfarmaci er et komplekst område, og at det derfor kan være vanskeligt at pege på én model til at forebygge og håndtere polyfarmaci. Samtidig er det helt afgørende, at anbefalingerne rent faktisk bliver fulgt op af konkrete tiltag på området, så de ikke ender med blot at forblive gode anbefalinger. Det kan for eksempel ske ved, at man iværksætter pilottests i forbindelse med nogle af anbefalingerne, så der sker en fremdrift på området. Vi har derudover følgende kommentarer til anbefalingerne.

Vi anerkender, at der er forskel på, hvad der giver mening i forhold til varighed af behandling, seponering og prioritering af medicin i forskellige kontekster, hvorfor anbefaling 1, der handler om, at man skal tage stilling til disse parametre i arbejdet med eksisterende eller nye anbefalinger, retningslinjer og vejledninger om lægemidler, giver god mening. Som nævnt i de overordnede kommentarer er det dog afgørende, at anbefalingerne bliver konkretiseret, så de kan efterleves i praksis.

Vi bakker i høj grad op om anbefaling 7, hvor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at patienters medicinering vurderes individuelt og under hensyntagen til den enkeltes funktionsniveau og præferencer. Det er afgørende at holde fast i dette i praksis, da patienter er forskellige, og det, der giver mening for én person, kan være modstridende med en anden persons præferencer. I forlængelse heraf er vi glade for at læse, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der udvikles materiale til fælles beslutningstagning for at forebygge uhensigtsmæssig polyfarmaci ud fra et patientperspektiv, samt at der skal udvikles IT-baserede beslutningsstøtteværktøjer (anbefaling 5 og 6).

Dato:
28. april 2022

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
sr@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/2

Anbefaling 4, som handler om løbende ajourføring af FMK af både alment praktiserende læger og hospitalslæger, finder vi helt afgørende for, at der kan ske forbedringer på området. Datadeling på tværs af sektorer er en fundamental forudsætning for medicingennemgange, som bliver til gavn for patienter med multisygdom.

Side 2/2

Det er i Danske Patienters optik vigtigt at være opmærksom på, hvordan man kan gøre arbejdsgangene i sundhedsvæsenet så effektive og gavnlige for den enkelte patient som muligt. Derfor bakker vi i høj grad op om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om medicingennemgange, som også kan være med til at afhjælpe de ressourceudfordringer, der er i sundhedsvæsenet, herunder i almen praksis. Almen praksis er en central aktør i forhold til medicingennemgang, men samtidig er det vigtigt løbende at have fokus på, hvordan man kan inddrage andre faggrupper, som kan støtte op om lægernes arbejde.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Fra: Anne Jung <annejung@dadlnet.dk>

Sendt: 28. april 2022 11:28

Til: Sundhedsstyrelsen IRF <IRF@SST.DK>

Emne: Høringssvar polyfarmaci ved multisygdom DSMP

Polyfarmaci ved Multisygdom

Høringssvar fra Dansk Selskab for Multisygdom og Polyfarmaci

Under kapital 3 bør det frem specifikt, at blod/hjerne barrieren bliver mere permeabel med alderen (side 12)

Bake S, Friedman JA & Sohrabji F (2009) Reproductive age-related changes in the blood brain barrier: expression of IgG and tight junction proteins. Microvasc Res 78, 413– 424. De Reuck JL (2012) Histopathological stainings and definitions of vascular disruptions in the elderly brain. Exp Gerontol 47, 834– 837.

Ad anbefaling 2: selv for mange subspecialiserede læger i de intern medicinske specialer er en systematisk medicingennemgang en udfordring, så at forvente at alle speciallæger har farmakologisk viden til dette er at skyde over mål. Vil foreslå, at det kun gælder de intern medicinske specialer og almen medicinerne.

Ad anbefaling 3: Vil foreslå, at det bliver lovpligtigt både med indikation og enten slutdato eller revurderingsdato

Ad FMK: Vil foreslå, at det på FMK oversigten fremgår, om der er hentet medicin svarende til ordinationen. Det er forbundet med stor risiko for fejl i forbindelse med indlæggelse at denne oplysning ikke fremgår af oversigten og derfor heller ikke overføres til journalen.

*Medicines Reconciliation in the Emergency Department: Important Prescribing Discrepancies between the Shared Medication Record and Patients' Actual Use of Medication Tanja Stenholdt Andersen 1,2,†, Mia Nimb Gemmer 1,2,†, Hayley Rose Constance Sejberg 1,2 , Lillian Mørch Jørgensen 2,3, Thomas Kallemose 3 , Ove Andersen 2,3,4 , Esben Iversen 3 and Morten Baltzer Houliind 1,3,5,**

Ad anbefaling 6: Anbefaler at der hentes inspiration i App'en ManageMeds udviklet af bla The Scottish Government, NHS Scotland m.fl.

Det er en App, hvor man som behandler hurtigt kan finde vejledning og relevant information

Ad anbefaling 10: Nogle komplekse patienter som f.eks. type 1 diabetes har livslang tilknytning til et ambulatorium. Her vil det være relevant at endokrinologen er tovholder.

Og så skal det defineres, hvad en tovholder er. Det overordnede behandlingsansvar for interaktioner og bivirkninger ligger det i tovholderfunktionen?

Ad anbefaling 13: Det bør pointeres at hensigtsmæssig medicinering er en fælles sag for alle, hvorfor de 2 ord med rødt bør tilføjes: arbejdsgruppen bag anbefalingerne var der enighed om, at hensigtsmæssig medicinering bør være en fælles opgave omkring patienten – på tværs af **fag og** sektorer.

Mange læger har en smal farmakologisk viden og indsigt og er ikke opmærksomme på f.eks. interaktioner og antikolinerg belastning når de ordinerer inden for eget speciale

Region Sjællands høringssvar til høringen vedr. Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til besvarelse

Region Sjælland takker for muligheden for at afgive et høringssvar til udkastet til "Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde".

Høringssvaret er opdelt i to dele. Først gives generelle kommentarer til anbefalingerne i udkastet. Dernæst gives en række konkrete bemærkninger til indholdet.

Generelle kommentarer

Region Sjælland finder det positivt, at arbejdet med at nedbringe uhensigtsmæssig polyfarmaci understøttes ved at give anbefalinger, der på nationalt plan og på tværs af sektorer kan styrke en mere rationel lægemiddelbehandling til personer med multisygdom. Vi finder det samtidig vigtigt, at anbefalingerne kan omsættes til praksis. Vores bemærkninger til de enkelte anbefalinger vil derfor bl.a. afspejle dette.

Anbefaling 1

Region Sjælland er enige i, at det er et vigtigt tiltag at stillingtagen til behandlingsvarighed og seponering af lægemiddelbehandling indgår i Sundhedsstyrelsens vejledninger, kliniske retningslinjer og andre anbefalinger på lægemiddelområdet, idet det ofte mangler. Dog er erfaringen også, at overvejelser omkring seponering ofte er nævnt uden, at der altid følger en strategi med for, hvordan seponeringen kan foregå (brat seponering eller udtrapning samt et forslag til en seponeringsplan).

Den alment praktiserende læge er nævnt i rapporten som den, der er tovholder for personer med multisygdom, samt at der er behov for yderligere viden om, hvordan man bedst muligt hjælper de personer, der er i uhensigtsmæssig lægemiddelbehandling. Derfor finder vi det vigtigt, at der foreligger praksisnære retningslinjer og værktøjer, som er nemme at tage i brug for den praktiserende læge. Her er eksempler og forslag til seponeringsstrategier ved forskellige lægemiddelbehandlinger nyttigt.

Dato: 28. april 2022

Sags ID: EMN-2021-11329

Dokument ID: 10360179

Lægemiddelenheden

Alleen 15

4180 Sorø

Tlf.: 70155000

lmenheden@regionsjaelland.dk

E-mail: ayss@regionsjaelland.dk

Anbefaling 2

Det bemærkes, at farmaceuter som udgangspunkt er uddannet i rationel brug af lægemidler, hvorfor denne faggruppe med fordel kan inddrages ved medicingennemgangsindsatser.

Region Sjælland ser også et behov for et holdningsskifte hos de sundhedsprofessionelle og i befolkningen om, at seponering af en lægemiddelbehandling kan være lige så relevant som at opstarte en lægemiddelbehandling. Vi er derfor enige i, at det er ønskeligt, at alle speciallæger har kompetence til at kunne gennemføre en medicingennemgang. Dette kræver dog indgående viden om samtlige lægemidler en patient kan være i behandling med. Det vil næppe være realistisk for alle, særligt de skærende specialer at opnå og vedligeholde den farmakologiske viden på alle områder, som det kræves for at kunne gennemføre en medicingennemgang. Det foreslås at begrænse anbefalingen til de medicinske specialer.

Region Sjælland savner en præcisering af, hvad en medicingennemgang som minimum skal indeholde. Dette set ud fra, at medicingennemgang kan foregå på forskellige niveauer og at den medicingennemgang, lægen skal udføre ikke alene bør være en oprydning i medicinlisten i forhold til den enkelte patient, men en kritisk stillingtagen til den medicinske behandling med henblik på vurdering og godkendelse af den kliniske relevans af alle præparater ud fra kendskab til individuelle patientkarakteristika, sygdomme og præparater. Herunder at det som minimum bør indbefatte stillingtagen til indikation, varighed, dosis og dosisinterval, adhærens, bivirkninger og interaktioner.

Anbefaling 3

Region Sjælland kan tilslutte sig forslaget om, at ordinationer i fremtiden *kun* angiver behandlingsvarigheden, som så vil medføre, at der automatisk bliver sat en dato for revurdering af ordinationen. Dog ser vi også et behov for, at *hyppigheden* for revurderingen indgår i ordinationen.

Registrering af entydig indikation angives blot som en anbefaling, mens slutdato ønskes lovgivet. Det burde være lovpligtigt at angive en indikation for at kunne oprette en ordination. Dette er af lav kompleksitet, da mange systemer allerede har denne funktion indbygget.

I anbefalingen skrives både "slutdato" og "revurderingsdato", hvilket medfører en ikke entydig definition af, hvad der reelt menes. Vi mener, at der kan være lægemiddelbehandlinger, hvor det kan være relevant med en slutdato og andre, hvor en slutdato ikke kan sættes, og det derfor alene er relevant med en revurderingsdato. Dette ønskes præciseret. En slutdato er ønsket for mange lægemidler, særligt kure som antibiotika eller inflammatorika. Derimod ønskes ikke, at det bliver en mulighed at registrere fx "livslangt" ud for en ordination, da dette kunne have den

modsatte effekt, nemlig at der ikke bliver taget stilling til, om patientens tilstand har ændret sig, og derved om en given "livslang forebyggende" behandling fortsat er rationel.

Det foreslås at ændre ordlyden af anbefalingen til, at det bør være lovpligtigt med indikation og opfordring om slutdato, hvor muligt og alternativt angivelse af revurderingsdato.

Vi vil samtidig gøre opmærksom på, at anbefalingen vil kræve en ny arbejdsmåde for apotekerne, hvorfor det bør overvejes at have Apotekerforeningen med som en del af arbejdsgruppen eller som minimum høringspart.

Anbefaling 4

Region Sjælland finder det vigtigt, at FMK ajourføres jævnligt af både praktiserende læger og speciallæger. Sundhedsdatastyrelsens dokument "Best Practice på FMK" beskriver allerede dette, ligesom det er implementeret i de fleste hospitalers medicineringsretningslinjer og har været guideline siden FMK blev implementeret. Anbefalingen synes derfor ikke at ændre på noget og foreslås enten fjernet eller skærpet i forhold til nuværende praksis (fx med anbefaling om juridisk ansvar) for at kunne have en effekt ift. polyfarmaci.

Herudover mener vi, at en tilstrækkelig oplysning om medicineringen hos den enkelte patient ikke alene kan opnås ved et ajourført FMK, men at det samtidig er vigtigt at have afklaret med den enkelte patient, om de reelt tager den ordinerede medicin vha. en patientsamtale.

Ad manglende overblik over, hvilke sygdomme patienten har, hos plejepersonalet i kommunerne savnes et løsningsforslag i rapporten til, hvordan denne skabes. Vi mener ikke, at et ajourført FMK alene kan løse denne.

Anbefaling 5

Region Sjælland støtter fuldt ud denne anbefaling som en af de vigtigste. I forhold til *patientinddragelse i lægemiddelbehandling*, vil Region Sjælland gøre opmærksom, at der kan være patienter, som ikke ønsker indflydelse på deres behandling eller af forskellige grunde ikke magter at stilling til sin behandling. Dette bør også adresseres i rapporten.

Anbefaling 6

Fælles MedicinBeslutningsstøtte (som skal understøtte hensigtsmæssig lægemiddelbehandling) har været under udarbejdelse i mange år, og det virker derfor som om anbefalingen er lidt på bagkant og kan virke bagklog. Det foreslås at ændre ordlyden til, at IT-baserede

beslutningsstøtteværktøjer skal inddrage tiltag, der understøtter medicingennemgang.

Desuden foreslås, at der i udviklingen af FMK kan medtænkes fx implementering af en "medicingennemgang - knap" lægen kan trykke på for at få en lille rapport op, der beskriver lægemiddelrelaterede problemer, lægen kan tage stilling i forhold til den konkrete medicinliste, herunder opmærksomhedspunkter ved det enkelte lægemiddel samt ved kombinationen af de aktuelle lægemidler. Ligeledes kan FMB overvejes implementeret i FMK.

Anbefaling 7

I forhold til at sikre mulighed for patientinddragelse, mener vi, at det er vigtigt adressere, at det også bør være en valgmulighed at undlade at inddrage patienten, idet der fx kan være patienter, der ikke ønsker at tage stilling til egen lægemiddelbehandling.

Der er ofte mere på spil for lægen ved en seponering i dag end ved fortsættelse af behandling. Generelt savnes der en beskrivelse af, hvordan forskellige hændelser, der kan kobles op på en seponering, bør håndteres og anses. Fx hvis patienten dør eller får det værre efter en seponering, bør det ikke altid føre tilbage til seponeringen, idet andre forhold kan have været årsag til resultatet. Læger har barrierer i forhold til tilsyn fra myndigheder. Dette bør som minimum adresseres.

Anbefaling 8

MERIS er ét blandt mange værktøjer til at stratificere patienter til medicingennemgang. Generelt ser vi positivt på, at værktøjet videreudvikles med henblik på en mulig implementering i eksisterende IT-platforme til tværsektoriel beslutningsstøtte til at udvælge patienter i polyfarmaceutisk behandling, der bør tilbydes medicingennemgang.

Sygehusapoteket i regionen ser dog, som beskrevet i anbefalingens detaljer, stadig udfordringer, der gør at MERIS ikke umiddelbart kan implementeres og anvendes bredt. Det er ligeledes usikkert, om en medicingennemgang med efterfølgende medicinændringer vil have en effekt på MERIS scoren. Hvis den ikke har det, vil der være risiko for, at de samme patienter blive udvalgt igen og igen, og det vil blive ressourcespild.

Anbefaling 9

Region Sjælland støtter anbefalingen, der derved også kan flytte fokus fra alder, som ikke nødvendigvis er et mål for medicingennemgang i sig selv.

Anbefaling 10

Ad sætningen "Den praktiserende læge fungerer ofte som tovholder på tværs af sektorer for personer med multisygdom" vil Region Sjælland gerne

gøre opmærksom på, at flere større lægepraksis implementerer en praksis, hvor man som patient ikke kommer ind til den samme læge hver gang, idet der er et ønske om at øge tilgængeligheden for patienten. Dette går imod denne anbefaling, da nuværende praksis i flere lægepraksis vil forhindre patienten i at møde den samme læge hver gang i forbindelse med revurderingen af lægemiddelbehandlingen.

Formuleringen om patienter ”som ikke er i længerevarende behandling på hospitalet” er ikke klar i forhold til patienter, der har et eller flere ambulante forløb på hospitalet, som multisyge ofte har (det kunne være diabetes amb. og lunge amb.). Her er det vores erfaring, at både egen læge og ambulatorielæge synes at ansvaret for medicingennemgangen ligger hos den anden.

Det skal bemærkes, at evalueringsrapporten ”*Medicingennemgang af ældre hospitalsindlagte patienter*” er lavet på tre satspuljep projekter, hvor Sundheds- og Ældreministeret havde uddelt puljemidler til regionerne med det formål at få udviklet organisatoriske modeller og metoder til systematisk medicingennemgang udført blandt ældre borgere under indlæggelse på sygehus. Dette igen på baggrund af ”*Styrket indsats for den ældre medicinske patient – national handlingsplan 2016*” hvor det fremgik, at regionerne bør iværksætte tiltag, der understøtter systematisk medicingennemgang under indlæggelse.

Det er problematisk, at den ene styrelse anbefaler, at medicingennemgang af polyfarmacipatienter skal sikres under indlæggelse, mens den anden styrelse sætter spørgsmålstejn ved om det overhovedet skal ske under indlæggelse. Det foreslås at ensrette holdninger til medicingennemgang på hospitaler styrelserne imellem eller alternativt fjerne tekst, der er modstridende.

Anbefaling 11

Region Sjælland ser et behov for nytænkning i forhold til udførelsen af medicingennemgang i almen praksis. Den nye ydelse i PLO’s overenskomsttafte for 2021, som er en årlig overblikstatus ved multisygdom, vil ikke nødvendigvis føre til en medicingennemgang, da fokus i forbindelse med sådan en ydelse kan være forskelligt afhængig af patientens helbredsstatus, tilstand mv. Vi ser et behov for, at der i almen praksis er en ydelse, der alene relaterer sig til medicingennemgang. Herunder bør det medtænkes, hvordan de økonomiske forhold ved evt. uddelegering af opgaver til andre faggrupper i relation til udførelsen af medicingennemgang kan løses.

Det angives, at ”fra OPTIMIST-studiet fra Odense, at der kun sker en reduktion af antallet af genindlæggelser, hvis medicingennemgang gennemført på hospitaler følges op af en grundig overlevering til almen praksis”. Tidligere i notatet er beskrevet, at jf. OPTIMIST skal medicingennemgangen kombineres med Motivational Interview for at

have effekt. Da OPTIMIST-studiets udvidede intervention gruppe (som viste effekt på genindlæggelser) både inkluderede medicingennemgang, motiverende samtaler, medicinafstemning ved udskrivelse samt medicinresume til almen praksis, kan det ikke konkluderes, at det er overleveringen af medicingennemgangen til almen praksis, der ses effekt af. Det kan ligeledes være bedre medicinafstemning ved udskrivelse, der kan være udslagsgivende som flere tidligere udenlandske studier tyder på. Trods Danmarks unikke FMK, er der fortsat store udfordringer med korrekt medicinafstemning ved sektorovergange, som er dokumenteret i to nye publikationer fra Danmark. Det foreslås at supplere anbefalingen med fokus på korrekt medicinafstemning/ajourføring af FMK ved udskrivelse, når der har været udført medicingennemgang på hospital.

I forlængelse af ovenstående foreslår Region Sjælland, at Sundhedsstyrelsen kommer med forslag til, hvordan overleveringen af gennemført medicingennemgang på hospitaler til almen praksis kan foregå.

Endelig foreslår vi, at Sundhedsstyrelsen gør NHS Scotlands anbefalinger tilgængelige for almen praksis og tilpasser det til danske forhold.

Anbefaling 12

Region Sjælland finder det positivt, at der i rapporten adresseres andre faggrupper som en vigtig ressource, og at de kan inddrages i organiseringen af medicingennemgang. Vi foreslår, at erfaringer fra bl.a. regionsklinikker i Region Nordjylland kan benyttes som inspiration i denne sammenhæng. Vores forslag til en ny ydelse i forhold til udførelsen af medicingennemgang i almen praksis vil samtidig muliggøre at følge udførelsen af medicingennemgang i almen praksis, samt give indsigt i fx evt. geografiske forskelle.

Anbefaling 13

Ad sætningen ”Desuden kan der være potentiale i at øge opmærksomheden omkring de muligheder, der allerede findes for den direkte sparring og rådgivning til almen praksis”, vil Region Sjælland benytte lejligheden til at gøre opmærksom på et nyt regionalt tilbud ([Medicinrådgivning – Region Sjælland](#)) til sundhedspersonalet i primærsektoren, hvor de har mulighed for at få rådgivning om medicin fra en farmaceut.

På vegne af Region Sjælland,

Venlig hilsen

Aysegül Sekeroglu
Farmaceut
Lægemiddelenheden



27-04-2022

EMN-2022-00643

1542385

Louise Borgstrøm

Vedr. høring af polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde

Regionerne har modtaget anbefalinger vedr. polyfarmaci i høring. Regionerne finder det meget relevant, at der sættes fokus på og udarbejdes anbefalinger for området, da stadig flere mennesker lever med multisygdom. Hermed fremsendes regionernes bemærkninger til høringsudkastet.

Generelt

Det er uklart, om anbefalingerne er skrevet til alle sundhedsfaglige, der arbejder på lægemiddelområdet. I givet fald er det et langt dokument at skulle læse og huske.

Der savnes et implementeringsafsnit. Hvis de anførte anbefalinger skal implementeres, skal de understøttes af (krav om) ændret adfærd. Der ønskes desuden en større diskussion af ressourceforbruget ved anbefalingerne, og ikke blot en kategorisering i "lav kompleksitet" og "høj kompleksitet". Der bør være en mere detaljeret vurdering af, hvor stort ressourceforbruget vil være ift. de konkrete anbefalinger. Hvis ikke dette ligger indenfor rammerne af den nuværende rapport, bør en sådan diskussion og vurdering foretages, inden det besluttet at implementere anbefalingerne.

Det er uklart, på hvilken måde regionerne og de praktiserende læger forpligtes til at følge anbefalingerne. Er der planer om at følge op på anbefalingerne på en særlig måde ved en arbejdsgruppe, eller forventer man at implementeringen blot går i gang, når anbefalingerne er udgivet?

Det klinisk farmakologiske speciale kan med fordel nævnes i anbefalingerne, og inddrages som en ressource i forhold til ydelse af medicingennemgange, patientrelaterede medicinspørgsmål, forskning, undervisning m.m. inden for multisygdom og polyfarmaci.

Bemærkninger til indledning

Det foreslås, at definitioner af følgende præciseres i indledningen:

- Multisygdom og polyfarmacipatienter
- Uhensigtsmæssig polyfarmaci – drejer det sig om at 1) forebygge uhensigtsmæssig polyfarmaci eller 2) forebygge og håndtere polyfarmaci hos personer med multisygdom.
- Tovholder – der er behov for en klar definition og afgrænsning af tovholderrollen. Der kunne også overvejes et andet ordvalg fx "den praktiserende læge er ofte patientens primære behandlingsansvarlige læge".

Målgruppen er patienter med polyfarmaci og multisygdom. Formålet må kunne formidles mere klart. Et det fx at nedbringe brug af alle lægemidler (hvis der er tale om polyfarmaci) eller kun de "uhensigtsmæssige"? En prioriteret rækkefølge over, hvilke der er mere eller mindre uhensigtsmæssige kunne være et anvendeligt værktøj for mange læger.

Hvis alle ønsker en generisk model for et prioriteringsværktøj inden for anvendelse af lægemidler til brug for læger i behandlingen af multisygdom, så må konklusionen være, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe, som udarbejder dette. Man kan vel ikke bare sige, at det oprindelige ønske ikke kan imødekommes, hvis man ønsker at forbedre området.

Tekstnære bemærkninger:

- Side 4, række 1: *"Mange lægemidler på samme tid"* burde omformuleres så man forstår, at det handler om brugen af flere/mange lægemidler på samme tid hos én patient.
- Side 4, række 4: Der står *"merværdien, der opnås gennem ordination af nye lægemidler til patienter, der i forvejen får mange lægemidler, er oftest ikke kendt"*. Det kommer vel helt an på, hvilke lægemidler det handler om og hvilke sygdomstilstande.

Bemærkninger til udfordringsbilledet

Mange patienter tror fejlagtigt, at forebyggende behandlinger virker 100%, og ikke blot nedsætter risikoen. Det kan med fordel tydeliggøres i afsnittet.

Derudover anser flere klinikere Interaktionsdatabasen for at være fyldestgørende på interaktioner, men den indeholder ikke alle typer interaktioner.

Alder er også skrevet ind mange steder. Alder kan med fordel erstattes af skrøbelighed, da alder i sig selv ikke er en risikofaktor.

Udvikling af et spørgeskema/mindmap som patienten tilsendes før en fx årlig overblikstatus, kunne være hensigtsmæssig. Fordelen ville være, at patienten havde tid til at reflektere over, hvad der fylder både vedr. patientens sygdomme og øvrige livsforhold som fx død af ægtefælle, skilsmisse, økonomi etc.

Tekstnære bemærkninger:

- Side 10, 2. afsnit: Definitionen af multisygdom er ufatteligt bred og ifølge Danske Patienter, er der ud fra denne definition 1,2 millioner danskere med multisygdom. Man kunne med fordel overveje om cremer og lokalt virkende allergimidler kan tages ud af ligningen.
- På side 10 står *"Jævnfør nedenstående graf (figur 1) har der over de seneste 10 år været en tilnærmelsesvis stabil udvikling i andelen af personer med polyfarmaci mellem 16-44 år og 45-64 år, mens andelen har været faldende blandt personer over 65 år (beregninger udarbejdet af Sundhedsstyrelsen baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen)."* Hvis man ser på grafen, så er der et begrænset fald hos patienter over 65 år, men et tydeligt fald hos dem over 75 år, så det kan overvejes, om der bør stå *"mens andelen har været faldende blandt personer over 75 år."*
- Side 11 fremgår det, at *"Polyfarmaci hos ældre er stærkt associeret med øget risiko for død, lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser, skadestuebesøg..."*. Kan det entydigt konkluderes, at det sker på grund af polyfarmaci, eller er det fordi patienterne er multisyge?

Bemærkninger til anbefalinger

Anbefaling	Kommentar
1: Varighed af behandling, seponering og prioritering af medicin – en del af lægemiddel-anbefalinger	<p>Dette er et vigtigt langsigtet fokusområde, som bør prioriteres af alle aktører, der arbejder med anbefalinger, retningslinjer og vejledninger, som vedrører lægemiddelbehandling. Anbefalingen kræver konsensus blandt både de videnskabelige selskaber, myndigheder og andre, der udarbejder vejledninger, retningslinjer og anbefalinger om, at der altid/hvor relevant medtages afsnit om behandlingsvarighed, seponering hhv. prioritering.</p> <p>Der findes i Sverige fra bl.a. Morin et redskab, som angiver hvilke lægemidler, man ikke skal opstarte ved forventet kort restlevetid, samt hvilke man kan seponere. Disse overvejelser kunne med fordel skrives ind i nye vejledninger. Det kunne være fint også med centrale udmeldinger til fx de praktiserende læger, når der kommer noget nyt og væsentligt fra fx Specialeselskaberne på medicinområdet, da det er en udfordring for praktiserende læger at følge med i nye guidelines, og hvornår fx noget medicin kan seponeres.</p>
2: Uddannelse i rationel lægemiddel-behandling, polyfarmaci og medicinprioritering	<p>Regionerne er meget enige i anbefalingen om øget uddannelse i rationel farmakoterapi, herunder polyfarmaci og prioritering af medicin, til at understøtte forebyggelse af u hensigtsmæssig polyfarmaci. I regionerne opleves, at de medicinstuderende efterspørger mere undervisning i medicingennemgang og polyfarmaci.</p> <p>Region Syddanmark fremhæver, at på Syddansk Universitet har farmaceutuddannelsen 2 spor: Teknologisk Farmaci og Klinisk Farmaci. De kliniske farmaceuter har kompetencerne og uddannes netop i rationel lægemiddelbehandling, polyfarmaci og medicinprioritering, og disse kompetencer bør udnyttes og sættes meget bedre i spil i sundhedsvæsenet.</p>

	<p>I takt med stigende opgaveglidning – bl.a. fra læger til sygeplejersker og fra sygeplejersker til SOSU-assistenter – er der også et stigende behov for bedre medicinforståelse blandt ikke-lægelige faggrupper. De er helt centrale aktører, idet de er tættere på patienten i den kliniske hverdag og derfor kan give lægerne vigtige tilbagemeldinger vedrørende såvel tilsigtede som uønskede virkninger af den medicinske behandling, særligt hos den ældre patient.</p> <p>Flere grupper af speciallæger vil kompetencemæssigt ikke kunne gennemføre en regulær medicingennemgang af en patients samlede medicinering. Det vil påkræve en betydelig opkvalificering på tværs af specialer. Man kan argumentere for, at det bør være en kompetence for både alle speciallæger og kliniske farmaceuter at kunne gennemføre en medicingennemgang. Implicit i dette ligger desuden kompetencer om fælles beslutningstagen. For sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, som administrerer og doserer medicin, kan det være relevant at have fokus på at kunne opspore uhensigtsmæssig polyfarmaci. Der er dog parakliniske specialer, hvor det ikke er relevant, og evt. kirurgiske specialer, hvor det giver mindre mening at lægge stor vægt på.</p> <p>Kompleksiteten bør på baggrund af ovenstående angives som værende høj, og det bør grundigt overvejes, om man på nuværende tidspunkt skal bruge ressourcer på at opkvalificere så stor en gruppe medarbejdere med evt. nedprioritering af andre områder til følge.</p> <p>Der opfordres til, at IRF atter udbyder uvildige og fagligt inspirerende kurser på området.</p> <p>Der vurderes desuden behov for højere prioritering af arbejdet med medicingennemgang, herunder at der sættes tid af til det, for at sikre den enkelte patient får gavn af kompetenceløftet. Opgaven med at udføre regulære medicingennemgange kan placeres hos fx praktiserende læger, geriatere, kliniske farmakologer, farmaceuter for læges medhjælp eller andre, som igennem længere tid er behandlingsansvarlig læge for disse patienter og ikke bare under en kort indlæggelse. Den, som laver medicingennemgangen, skal have ansvaret for at føre ændringerne ud i livet. Det er relevant, at man ser på opfattelsen af ansvaret. Ansvaret (uudtalt) ligger nu for den enkelte lægemiddelbehandling og ikke for den samlede medicinske behandling. Desuden kan praktiserende læger vægtes ved at ændre i medicin, som er ordineret af andre læger.</p>
3: Ordination af medicin på en ny måde	<p>Denne anbefaling kan få afgørende betydning for forebyggelse af uhensigtsmæssig polyfarmaci. Men det er den mest gennemgribende af anbefalingerne. Det præcise indhold og dermed konsekvenserne af denne ændring er med det foreliggende uklare. Vil en lægemiddelbehandling ordineret af en hospitalslæge så primært skulle fornyes af den samme hospitalslæge eller samme hospitalsafdeling? Forslaget indebærer en ikke ubetydelig risiko for at introducere nye alvorlige og uforudsete medicinrelaterede problemstillinger, herunder at recepter ikke fornyes</p>

rettidigt fx ved lægeskift, og at uopmærksomme patienter mm. ikke opdager at behandling ophører. Dette vil kunne have alvorlig klinisk betydning fx for livsvigtig medicin og præparater, der kan medføre abstinenser/seponeringssymptomer. Det vil også forventes at kunne medføre, at lægemiddelbehandlingen ikke vil blive revurderet rettidigt, idet "samme behandling" fortsættes for længe, og hvor der samtidig kan være en risiko for, at patienten ikke tilbydes fx et billigere analog (a la dosisdispenseringsproblematikken). Endeligt er det ofte ikke muligt/relevant at sætte en slutdato på ordinationstidspunktet for andet end lægemidler, der gives i "kure". Rigtigt mange behandlinger er svære at spå om ift. slutdato, da nogle patienter derved får seponeret en relevant behandling. Dette måske især de skrøbelige, dem der har svært ved at følge med og dem med dårlige dansk kundskaber. Det kan medføre ulighed i sundhed. Der findes et utal af risikosituationer, hvor patienten kan komme i klemme fx i forbindelse med dosisdispensering, læge fravær (ferie, ansættelsesophør mv.), hvem har da ansvaret for revurdering af ordinationens fortsættelse? Og bliver ordinationen så automatisk afsluttet med evt. behandlingssvigt til følge? En anførelse af en slutdato vil for mange patientgrupper i fx psykiatrien sætte krav om stabilitet i tilstanden, hvor stabilitet typisk betyder, at patienten afsluttes og overgår til almen praksis.

Desuden er det svært at se, hvordan det skal fungere i praksis, herunder hvor behandlingsvarigheden skal fremgå, så den bliver synlig i alle sektorer. FMK er oplagt, men der vil være risiko for, at den forsvinder, når patienter indlægges og data føres over i nye systemer. Det kan overvejes, om der skal være et max på antal år en behandling må foregå, før den revideres.

Anbefalingen vil kræve, at patienterne ved, at de får et øget ansvar for at komme til kontroller og opsøge læge, så en given behandling ikke blot udløber.

Det foreslås, at der som alternativ til en slutdato kan registreres en "revurderingsdato" ifm. behandling af kronisk sygdom, som ofte er årelang, men hvor balancen mellem gavn og risiko ved behandlingen kan ændre sig over tid og derfor kræver regelmæssig revurdering ift. fortsat indikation og forholdet mellem effekt og bivirkninger/risici. Dette vil også kunne bidrage til patienternes opfattelse af deres medicinske behandling, som værende en dynamisk proces, der løbende tilpasses, fremfor at være "livslang".

For så vidt angår "entydig indikation" vurderes en gennemgang og validering af Lægemiddelstyrelsens forudfyldte indikationer, der kan vælges for de enkelte lægemidler i praksissystemerne, at kunne bidrage til registrering af entydig indikation. Det vurderes desuden at kunne optimere klinikernes mulighed for at vurdere, om en behandling fortsat er relevant.

	<p>I boksen under kompleksitet står: <i>"Herunder ville der ske en overførsel af opgaver fra lægen til farmaceuter eller farmakonomer vedrørende at vælge den korrekte pakning i forhold til den ordinerede dosis af et lægemiddel."</i></p> <p>Dette bør uddybes en smule, for det vil først ske, hvis der sker en lovændring.</p>
4: Relevante oplysninger til vurdering af aktuel behandling med lægemidler	<p>Krav om ajourføring af FMK på hospitaler og i almen praksis er beskrevet i aftaler – og ikke i lovgivning. Ajourføring i sig selv giver ikke mere sikkerhed for, at det er den rigtige behandling patienten får, men er alene et signal til den næste aktør om, at "FMK afspejler den aktuelle medicinering, og at der ikke er tale om åbenlyse fejl", hvorfor det selvfølgelig primært af hensyn til kommunerne (der dispenserer medicin for nogle af borgerne) er relevant at kende og efterleve aftalerne.</p> <p>Det vurderes, at ajourføring, som det fungerer i dag, ikke er optimalt, da der er mange forskellige opfattelser af, hvad det betyder. Endvidere anvendes det som måleparameter, hvilket giver incitament til at klikke på ajourfør uden at sikre, at medicinkortet faktisk er retvisende. Man kunne eventuelt forestille sig, at det vil være nødvendigt at kunne adskille, om man har afstemt medicinkortet (nuværende ajourføring), om man har foretaget en grundig medicingennemgang (nyt) og hvornår ordinationen eller hele medicinlisten skal revurderes.</p> <p>En undersøgelse fra Frederikshavn viser med alt tydelighed, at selvom FMK er ajourført ved udskrivelsen, er der fejl i mere end 90% af FMK ved udskrivelsen. Mange læger i almen praksis er tilbageholdende med at ændre i andre speciallægers ordinationer. Der skal ske en lovgivningsmæssig afklaring på området.</p>
5: Patientrettet information og fælles beslutningstagen	<p>Det vil være oplagt at starte med at lave materiale til lægerne, der hjælper med at prioritere og finde de uhensigtsmæssige lægemidler, som er det, som arbejdsgruppen ønsker i henhold til indledningen. Det er nok en illusion, at patienten – selv med noget skriftlig information – skal kunne gennemskue om deres medicin er uhensigtsmæssigt, når de praktiserende læger ikke kan. Inklusionen af kun et kvalitativt metastudie peger på, at der i høj grad mangler evidens. De fleste patienter og pårørende mener, at de får for meget medicin, men når man så gennemgår det og "hæfter" det sammen med deres aktive kroniske diagnoser, og spørger hvad de så vil undvære, så er det ofte lidt. Og det lægerne synes bedst kan undværes fx psykofarmaka og smertestillende, er det symptomlindrende for patienten, og det de helst ikke vil undvære. Der henvises til Polypharmacy Guidance fra NHS i afsnit 5, men det er jo materiale til de sundhedsfaglige og ikke til patienter.</p> <p>Det fremgår, at patientinddragelse kræver en fælles beslutningstagen mellem læge og patient, og at patienten er klædt på til at deltage i den fælles beslutningstagen. Sundhedsprofessionelle bør tilføjes, da sygeplejersker, kliniske farmaceuter og andre sundhedsprofessionelle også inddrager patienter vha. fælles beslutningstagning.</p>

	<p>Der stilles spørgsmål til at anbefalingen får en "lav kompleksitet", når alt peger på, at det er enormt svært at få forenet patientperspektivet og det sundhedsfaglige perspektiv på dette område. Men det kommer selvfølgelig an på om "fælles beslutningstagen" her er (endnu) et synonym for "patient adapted paternalisme" (Sandman et al. 2012 - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678125/), altså at det handler om at overbevise patienterne om, at de biomedicinske retningslinjer skal følges. Man kan sagtens skrive om polyfarmaci på et overordnet plan, men at lave et værktøj, der pædagogisk viser patienten, at når denne får endnu et lægemiddel (fx clopidogrel hvis det skal være på patientniveau) så følger disse gevinster men også disse ulemper. Det er meget komplekst at lave dette materiale og ikke mindst at vedligeholde det.</p> <p>Udvikling af mere patientrettet informationsmateriale på udvalgte områder vil formentlig kunne styrke patientinddragelsen og fællesbeslutningstagen. Men det er en kompleks og ressourcetung opgave at udvikle validerede støtteværktøjer til fællesbeslutningstagning på lægemiddelområdet. Opgaven kan ikke løses med de eksisterende ressourcer i sektoren.</p> <p>Til orientering er der i Kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjylland (Nord-KAP) udarbejdet patientrettede foldere inden for nedenstående emner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ha' det godt – uden brug af antidepressiv medicin - Få det godt – uden brug af smertestillende - Sov godt – uden brug af medicin - God mavefornemmelse – uden brug af medicin - God blærefornemmelse – uden brug af medicin - Medicinsanering – <i>er under udarbejdelse</i> <p>Folderne bliver brugt i samtalen med patienten mhp. på, at tage dialogen ift. gavnlige effekt kontra skadelig virkning. Folderen giver desuden gode råd ift. hvad pt. selv kan gøre for at lindre en evt. aftrapning/dosisreduktion. Folderen er tilgængelige for både primær- og sekundærsektoren.</p>
6: IT-baserede beslutningsstøtte værktøjer	<p>Her bør nok nævnes andre relevante værktøjer til beslutningsstøtte, som med fordel inkorporeres i et IT-system fx lægemiddelgenomiske data, big-data algoritmestyrede interventioner (evt. kombineret med artificiel intelligens). Der foregår allerede en del på dette område og en videreudvikling af allerede eksisterende europæisk udviklede systemer (fx PRIMA-eDS) og det danske Fælles MedicinBeslutningsstøtte vil også være relevant. Til gengæld bør man nok nedtone vigtigheden af, at man kan summere den antikolinerge byrde, da evidensen for en tildeling af point fra 1-3 og en simpel addition af disse point, er meget beskeden.</p> <p>Et nyt danskudviklet digitalt værktøj, DICTA, der kan integreres i den praktiserende læges datasystem, er aktuelt under afprøvning hos et antal praktiserende læger. Det er udviklet med det formål at støtte læger i deres valg af medicin til diabetespatienter. DICTA indhenter automatisk patientdata fra patientjournalen og på baggrund af data kommer med et</p>

	<p>forslag til den guidelinebaserede bedste behandling. Hvis dette digitale værktøj findes at støtte lægerne i det valg af det rigtige lægemiddel, kan der arbejdes videre med en sådan model for beslutningsstøtteværktøj. Man kunne også forestille sig et IT-system, hvis lægen indtaster forventet restlevetid i fx intervaller og så kommer der en prioritering af, hvilke forebyggende lægemidler, der ikke har tid til at virke pga. den korte restlevetid.</p>
<p>7: Individualiseret polyfarmaci – en udfordring</p>	<p>Patienters medicinering vurderes allerede individuelt i dag, men dette kan understøttes bedre ved at øge fokus på området, herunder behovet for prioritering af lægemidler ved polyfarmaci, i retningslinjer og vejledninger (jf. anbefaling 1). Interaktioner og biokemi bør tilføjes.</p> <p>Det foreslås, at der i sætningen under kompleksitet <i>”Det bør samtidig sikres mulighed for patientinddragelse”</i> tilføjes <i>”og tværfagligt samarbejde”</i>.</p>
<p>8: Hvordan kan vi finde dem, der kan have gavn af en medicin-gennemgang?</p>	<p>Hvis dette MERIS kan finde de mest uhensigtsmæssige lægemidler, må SST også kunne bruge det til at lave prioriteringsmateriale til hjælp til lægerne. Der er desværre mange undersøgelser, der viser, at implementeringsgraden er lav af de ændringer fx klinisk farmakologer finder i en Medicingennemgang i almen praksis (ofte fordi medicingennemgangen er lavet uden patienterne er til stede), så den der udfører medicingennemgangen kan med fordel have ansvaret for at gennemføre de foreslåede ændringer sammen med patienten.</p> <p>De forskellige lægesystemer kan også udvikles til at lave pop-ups ved fx nedsat nyrefunktion og ordination af et lægemiddel, der ikke kan anvendes, eller hvor der bør være særlig opmærksomhed. MERIS kræver videreudvikling før det kan anvendes i almen praksis.</p> <p>Til orientering er MERIS afprøvet i en tværsektoriel database (TVÆRSPOR) mellem Regionhospitalet Horsens og fire oplandskommuner. Her blev undersøgt, om MERIS kan bruges til at forudsige potentielle medicinrelaterede genindlæggelser hos patienter, der udskrives fra akutafdelingen (artikel: Is a High Medication Risk Score Associated With Increased Risk of 30-Day Readmission? A Population-Based Cohort Study From CROSS-TRACKS. Trine Worm Thøgersen, MHSc, RN, Eva Aggerholm Saedder, PhD, MD, and Marianne Lisby, PhD, MHSc, RN, J Patient Saf, Volume 00, Number 00, Month 2021)</p> <p><i>Results: A total of 2106 patients were eligible: 2017 had a MERIS score lower than 14 (low-risk group), and 89 had a score of 14 or higher (high-risk group). The proportion of patients in the high-risk group who were readmitted was 21.3% compared with 16.3% in the low-risk group, resulting in a hazard ratio for readmission of 1.43 (95% confidence interval, 0.9–1.3). The hazard ratio for mortality was 8.3 (95% confidence interval, 3.0–22.8). No statistical significant difference was found in general</i></p>

	<p><i>practitioner visits; however, significantly more drug changes were observed in the high-risk group.</i></p> <p><i>Conclusions: A high MERIS score was associated with increased risk of readmissions and can potentially assist healthcare professionals in the prioritizing of patients who may benefit from further exam, for example, additional medication review in acute care setting. Further investigation of MERIS and exploration of causal inferences between medication-related harm and medication-related readmissions are warranted.</i></p>
9: Skrøbelighed	<p>Det er fint med støtteredskeer til at identificere risikopatienter, som bør prioriteres ved ressourceknaphed. Det er dog vigtigt, at de bliver operationaliserbare og lettilgængelige for at være anvendelige i klinisk praksis.</p> <p>Det er desuden vigtigt at have fokus på, at polyfarmaci ikke skal opstå. Der bør derfor også være fokus på at undgå polyfarmaci hos de patienter, som endnu ikke er ramt af det - så indsatsen ikke kun er brandslukning.</p> <p>I den kommende DSAM vejledning om Den ældre skrøbelige patient anvendes CFS = Clinical Frailty Scale (findes også som app). Region Hovedstaden gør opmærksom på, at Anne Holm fra KU Forskningsenhed har kigget på tværs af mange Frailty skalaer og måske kan komme med brugbar viden.</p>
10: Den alment praktiserende læge som lægefaglig tovholder	<p>Det vurderes, at anbefalingen kræver mere tid til patienterne i almen praksis. Desuden kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvordan det i praksis skal lade sig gøre i udbuds- eller partnerskabsklinikker, hvor der ikke er en gennemgående familielæge. I disse klinikformer er der ofte korte vikariater og skiftende læger. Derudover ligger disse kliniktyper ofte i de områder med mest polyfarmaci.</p> <p>Det er nødvendigt at definere tovholderrollen i aftaler, som indgås i regi af overenskomst, da rollen medfører flere opgaver. Det foreslås, at der anvendes et andet ord fx <i>"den praktiserende læge er ofte patientens primære behandlingsansvarlige læge"</i>.</p> <p>Definition af <i>"længerevarende behandling på hospitalet"</i> efterspørges. Tiltag til gavn for den store andel af patienterne med hyppige indlæggelser og/eller ambulatoriebesøg (som er dem reference 52 handler om, og hvor der ofte er særlige problemer) efterspørges.</p> <p>Regionerne er glade for plejehjemslægeordningen, som indbefatter et lægeskift. Der henvises til en kilde, som taler for en 17 års kontinuitet (reference 53). Hvad betyder det for plejehjemslægeordningen?</p>
11: Medicin-gennemgang	<p>Man anbefaler medicingennemgang af relevante personer med multisygdom og polyfarmaci uden at det udspecificeres, hvem de "relevante personer" er. Der skrives i afsnittet for denne anbefaling:</p>

	<p><i>"Sundhedsstyrelsen opfordrer derudover til, at medicingennemgange bør anvendes mere strategisk til den målgruppe, som reelt har gavn af den."</i></p> <p>Rapporten indeholder dog ikke nogen uddybende information om eller diskussion af, hvem der reelt kunne tænkes at have mest gavn af en medicingennemgang. Det er en væsentlig mangel i rapporten.</p> <p>Medicingennemgange bliver foretaget i begge sektorer, og der stilles spørgsmål til data bag sætningen om, at Medicingennemgang <i>"primært foretages i hospitalsregi"</i>. Mange praktiserende læger laver medicingennemgang på sine patienter, men det afkrydses ingen steder. Der er ikke lavet en ny ydelse, som I skriver. I Praktiserende Lægers Organisations (PLO) overenskomstaftale for 2021 er vedtaget en ny ydelse, som er en årlig overblikstatus ved multisygdom. Det er et projekt, hvor 600 læger får mulighed for at deltage via lodtrækning. Herefter skal der foregå en forskningsmæssig opfølgning mhp. justering og evt. senere indførelse i senere OK, hvis det viser sig at være gavnligt.</p> <p>Det kan overvejes at inddrage regionale lægemiddelkonsulenter (farmaceuter) i arbejdet med medicingennemgang. Der findes i forvejen tilbud i alle regioner for almen praksis om at samarbejde med de regionale lægemiddelkonsulenter om at gennemgå patienternes medicin.</p>
12: Samarbejde på tværs af fagligheder	<p>Nord-Kap er aktuelt i gang med at indsamle data til et forskningsprojekt, hvor farmaceuter er tilknyttet almenpraksis i en periode. Projektet er opbygget som et kursus, hvor polyfarmacipatienter får foretaget medicingennemgang ved farmaceut, og hvor interventionsforslag drøftes med behandlingsansvarlig læge. Den behandlingsansvarlige læge uddelegerer behandlingsansvaret til farmaceuten, som efterfølgende har medicinsamtale med patienten. I medicinsamtalen deltager en sygeplejerske, der samtidigt opkvalificeres til at identificere uhensigtsmæssig medicinering og bliver oplært til selvstændigt at kunne varetage aftrapning indenfor visse lægemidler. Læs evt. mere på www.vpvp.dk</p> <p>Det anbefales desuden at inddrage erfaringer fra England, hvor kliniske farmaceuter er tilknyttet almen praksis og selvstændigt varetager bl.a. medicinsamtaler. Det er en meget tung opgave at foretage en medicingennemgang og tidskrævende at udføre en medicinsamtale med grundig patientinvolvering. Det vurderes alene pga. tidspres i almen praksis svært at efterkomme de gode intentioner, der lægges op til i høringsudkastet. Derfor bør det vurderes, om kvalificerede kliniske farmaceuter kan varetage flere opgaver end blot et forberedende oplæg til lægen, da denne afgrænsning vanskeliggør tværfagligt samarbejde, der kan bidrage til løsning af nogle af de velbelyste problemstillinger i høringsudkastet.</p> <p>Der bør med denne anbefaling følge en beskrivelse af, hvordan man generelt forstiller sig, at denne sparring kan formaliseres. Således at både almen praktiserende læge, kommune og hospital udnytter tid optimalt.</p>

	<p>Hospitalet/regioner kunne med fordel stille personer med de relevante kompetencer til rådighed, så man fx kan købe en farmaceut 1 dag om ugen til at kigge på de multisygge med uhensigtsmæssig polyfarmaci.</p>
<p>13: Samarbejde på tværs af sektorer</p>	<p>Anbefalingen kan med fordel nuanceres lidt yderligere således, at medicingennemgang på hospitalet beholdes som en reel og ligeværdig mulighed for udvalgte patienter. Der er evidens på meta-analyseniveau for, at generelt udbredte medicingennemgange på hospitalet medfører færre genindlæggelser (Bülow et al. Cochrane Database Syst Rev. 2022 (in review)). Desuden er der evidens for, at lægelige medicingennemgange i et polyfarmaciambulatorium (interventionen klinisk farmakologisk medicingennemgang i tillæg til vanlig geriatrisk vs. standard geriatrisk behandling) medfører forbedret livskvalitet og mindre dødelighed efter 4 måneder (ref. Kornholt J et al. Br J Clin Pharmacol. 2022 – også nævnt i evidensgennemgangen). Særligt for patienter med udtalt polyfarmaci, mange hospitalskontakter og flere forskellige ambulante forløb er der betydelige barrierer mod at lave medicingennemgange i primærsektoren, og praktiserende læger efterspørger ambulante hospitalstilbud og sparring med specialister på hospitalet (ref. Laursen J et al. Health Serv Res Manag Epidemiol. 2018. PMID: 30246058).</p> <p>Herudover må pilotprojektet, hvor almen praksis kan gennemgå "patienter med multisygdom", evalueres. Lægen skal i pilotprojektet identificere patienten og danne sig et overblik og har mulighed for aftalt kontakt med relevante specialer på hospitalet, evt. via deltagelse i multidisciplinær konference over video med relevante specialister på udvalgte hospitaler.</p> <p>Der er allerede flere tilbud om hjælp til medicingennemgang, polyfarmaciklinikker mm. i alle regioner, som ikke benyttes af de praktiserende læger i særlig stort omfang. Der synes derfor at være et behov for at afdække, hvad almen praksis har brug for ift. polyfarmaci. Polyfarmaci er blot én brik af det at være multisyg - måske er det for snævert. Måske er multisygdomsklinikker, som kigger på hele patienten incl. restlevetid, frailty, prioritering af behandling af aktive sygdomme, symptomlindring mere end forebyggende behandling noget, som må afsøges i fremtiden.</p> <p>Hvilke journaler tænkes der på, når det skrives, at <i>hospitalet eventuelt markere journalerne for de patienter, som lægen i almen praksis bør være opmærksom på</i>. Hospitalsjournalen, som lægen i almen praksis vel ikke har adgang til, eller lægen i almen praksis journal, som hospitalslægen ikke har adgang til?</p> <p>Der kunne ønskes et afsnit om medicin håndtering i kommunerne og på botilbud, hvor der også er ufaglærte ansat til at håndtere medicin til patienterne.</p>

Ad. Polyfarmaci ved multisygdom – Metoderamme og resultater for evidensgennemgang

- Side 5, under stykket "Population": Sætningen "*Polyfarmaci defineret som brugen af 4+ lægemidler. Typisk anvendes 5+ lægemidler, men der anvendes forskellige grænser i litteraturen (3). For at sikre, at potentielt relevante studier ikke udelukkes, anvendes 4+ lægemidler derfor.*" Dette afsnit kan med fordel skrives klarere.
- Side 9, 2. afsnit: Populationerne i de inkluderede oversigtsartikler havde oftest et medicinforbrug omkring 5-6 forskellige lægemidler (ukendte diagnoser). Man kan sige, at de, der virkelig risikerer indlæggelser i forbindelse med polyfarmaci, ofte får flere end 5-6 lægemidler, og det er nok også her, man kan få den største gevinst ved intervention. Det kan eventuelt forklare, hvorfor der ikke har været forventelig effekt på outcomes ved medicingennemgange i studierne.
- Side 16, sidste afsnit: Kan også være, at der konstateres forhold under indlæggelse, som der skal følges op på i almen praksis, som ikke nødvendigvis er medicinrelaterede.
- Side 18, 3. afsnit: Der beskrives en statistisk signifikant reduktion for interventionsgruppen efter 4 måneder (HR 0,26), men med et konfidensinterval på 0,055-1,2. Er det virkelig statistisk signifikant om konfidensintervallet indeholder 1?
- Side 18, syntese 4: Der mangler nogle ord i overskriften

Til:

Sundhedsstyrelsen

Islands brygge 67

2300 København S

Valby 28 april 2022.

Sagsnr. 05-0199-128

Reference CHUE

Høringssvar polyfarmaci

Dansk Psykiatrisk Selskab påskønner en national indsats, der kan øge fokus på problematiske forhold omkring polyfarmaci, og hvilke greb der kan anvendes for at facilitere en mere hensigtsmæssig ordinationspraksis. Dette ikke mindst af betydning for patienter med psykisk lidelse, som ud over psykiatrisk grundlidelse ofte vil have behov for behandling af somatisk komorbiditet – et behandlingsbehov der aktuelt ikke er tilstrækkeligt dækket.

Rapporten fra Sundhedsstyrelsen samler vigtige facetter af polyfarmaci på tværs af specialer. Det er dog ærgerligt, at idéen om et nationalt prioriteringsværktøj så hurtigt skydes til hjørne (i de indledende afsnit), fordi man burde kunne samle i hvert fald nogle prioriteringshensyn i sådan et online værktøj. Formentlig vil man ikke kunne favne alle nuancer, men et værktøj der hjælper med at sortere i nogle af hensynene ville være bedre end ingenting. Anbefalingerne i rapporten samler sig primært om, hvordan vi fremadrettet undgår polyfarmaci snarere end, hvordan man så håndterer eksisterende polyfarmaci, når man møder det i klinikken. Rapporten nævner selv Polypharmacy Guidance fra NHS Scotland, og der kunne sagtens være taget stillingtagen til igangsætning af en kortlægning af, hvordan dette redskab kunne tilpasses danske forhold.

Arbejdsgruppen peger i anbefalingerne på, at medicingennemgange primært er en opgave for almen praksis. Dette virker dog urealistisk under vores aktuelle organiseringsmodel, hvor længden af konsultationer ikke tillader komplekse medicingennemgange med stillingtagen til nedtrapningsplaner, rækkefølge, information til og løbende monitorering af patienten. Flere steder i landet har man erfaring med klinikker, der specifikt tager sig af medicinsanering hos patienter i polyfarmaceutisk behandling og har specialiseret sig i denne kompetence. Rapporten bør inddrage erfaringerne fra disse klinikker, og anbefalingerne bør inkludere om dette koncept skal bredes yderligere ud.

Dansk Psykiatrisk Selskab

www.dpsnet.dk

Formand: Merete Nordentoft, e-mail: forperson@dpsnet.dk

Sekretær: Lene Tilgreen Nielsen: ltl@dadl.dk

Generelt mangler fuldstændig i rapporten stillingtagen til, hvordan retningslinjerne skal implementeres. Fx anbefaling 3 vil kræve en helt generel ændring af alle lægers ordinationspraksis (det med slutdato), og der synes at mangle overvejelser omkring evt. ulemper, hvis det appliceres på alle medicinordinationer frem for særlige målgrupper, hvor polyfarmaci er særlig udbredt/problematisk fx de ældre borgere og/eller multisygdom.

Selvom Sundhedsstyrelsen måske ikke har kompetence til at beslutte implementering på alle områder, så bør flere af anbefalingerne reformuleres, så det bliver mere konkret præcis hvad regioner, kommuner og andre aktører skal ud at implementere (fx anbefaling 7).

Flere af anbefalingerne synes ikke at tilføje meget nyt til eksisterende praksis, fx arbejdes der allerede efter anbefaling 4 i hvert fald i hospitalssektoren.

Generelt bifaldes anbefaling 6 men igen mangler en ansvarsfordeling, og det er tvivlsomt, hvem der vil gribe denne anbefaling og føre den ud i livet.

Ligeledes bifaldes en kritisk vurdering af, hvornår i et patientforløb, det giver mest mening af gennemføre medicingennemgange – og hvad der skal til for at de rent faktisk fører til ændring af ordinationer.

I indledningen beskrives, at rapportens anbefalinger bygger på evidens. Det er dog noget uigennemsigtigt, hvilken betydning evidens har spillet for de opstillede anbefalinger, når de ikke er ledsaget af en 'styrke' (fx stærk/svag anbefaling for) eller en angivelse af kvaliteten af det tilgrundliggende evidensgrundlag. For mange af anbefalingerne er blot angivet, at 'anbefalingen hviler på arbejdsgruppens erfaring og drøftelser', hvilket gør det meget vanskeligt at gennemskue, hvad der er god-praksis anbefalinger, og hvor anbefalingen faktisk bygger på noget evidens. Den manglende graduering af anbefalingerne har den direkte konsekvens, at rapporten ikke rummer nogen form for vejledning til, hvilke anbefalinger det vil være mest rationelt at gå i gang med at implementere, fordi det er usikkert hvilken effekt på forekomsten/hensigtsmæssigheden af polyfarmaci, de enkelte anbefalinger kommer til at få.

På vegne af Dansk Psykiatrisk Selskab:

Lone Baandrup

Klinikchef, ph.d., dr.med.

Med Venlig Hilsen

Casper Westergaard,

Bestyrelsesmedlem af Dansk Psykiatrisk Selskab.

Dansk Psykiatrisk Selskab

www.dpsnet.dk

Formand: Merete Nordentoft, e-mail: forperson@dpsnet.dk

Sekretær: Lene Tilgreen Nielsen: lt@dadl.dk