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.

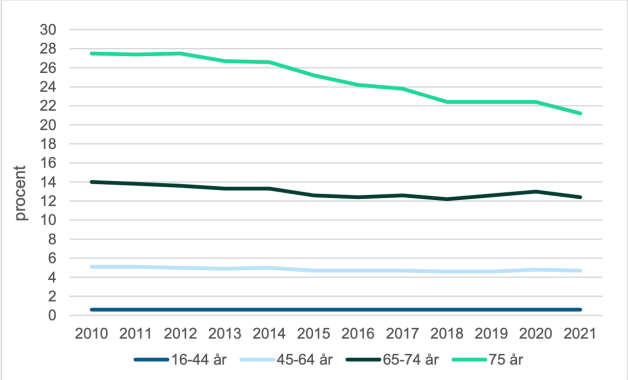
DSAM mener dog alligevel, at medicingennemgang på nuværende grundlag bør anbefales, idet metoden mindsker polyfarmaci, hvilket i sig selv er ønskværdigt både fra patient-, behandler- og samfundsperspektiv.

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 dårlig[1], 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.]

<u>Anbefaling 7 fra rapporten</u>: *"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 RIsiko 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 unødig polyfarmaci.

Med venlig hilsen

Bolette Friderichsen
Formand, DSAM