

## **Høringssvar fra Dansk Selskab for Geriatri vdr. "Klinisk vejledning for almen praksis: Afmedicinering – en praktisk tilgang"**

### **Generelle kommentarer:**

Dansk Selskab for Geriatri (DSG) takker for muligheden for at komme med et høringssvar til den nye vejledning. DSG bakker op om arbejdet for at undgå uhensigtsmæssig medicinering, især blandt patienter som lever med skrøbelighed og høj alder.

Vi mener, at denne kliniske vejledning om afmedicinering vil styrke dette arbejde.

Vejledningen belyser overordnet set emnet godt og ikke mindst brugen af cases fungerer godt. Vi vil dog anbefale, at man i vejledningen lægger mere vægt på muligheden for tværfagligt samarbejde omkring afmedicinering, ikke mindst når det kommer til observation for effekt og bivirkninger, samt naturligvis opfølgning på afmedicineringstiltag. Det er nævnt flere steder, men bør trækkes længere frem. I den sammenhæng bør muligheden for samarbejde med landets apoteker også nævnes, da de ofte ville kunne være en medspiller omkring arbejdet med at sikre, at borgeren får den rette medicin.

Især set i lyset af udviklingen i befolkningssammensætningen, brugen af medicin og manglen på læger flere steder i landet, bør muligheden for at få hjælp fra andre faggrupper udbygges i vejledningen.

### **Vdr. Forord:**

Der nævnes i forordet, at

*"Revurdering og reduktion i behandlingsintensiteten er særligt relevant for den multisyge og polymedicinerede patient".*

Vi anbefaler, at man også her nævner patienten som lever med stor skrøbelighed. Dels fordi skrøbelighed øger risikoen for medicinbivirkninger (og derfor er afmedicinering særlig vigtig) og dels fordi DSAM selv har introduceret begrebet skrøbelighed i sin vejledning om "Den ældre skrøbelige patiente (2023)" og koblet det til bl.a. behovet for medicingennemgang.

### **Vedr. Evidensgrundlaget:**

Her skriver man at der

*"...endnu ikke findes studier der afprøver specifikke afmedicineringsinterventioner i kontekst af almen praksis"*

Vi er enige i, at hvis man kigger snævert på almen praksis i Danmark, er der ikke relevante, kliniske studier med høj kvalitet.

Vi er dog bekymrede for, at det svækker vejledningen, at man så tidligt tager afstand fra den evidens som findes på området. Der er jo studier fra lande som kan sammenlignes med Danmark, f.eks. Holland og Canada, hvor man afprøver specifikke afmedicineringsinterventioner i kontekst af det primære sundhedsvæsen. Vi finder, at man med fordel kunne have inddraget disse. Desuden findes der også danske projekter og lokale tiltag, som måske ikke generer evidens af høj kvalitet, men dog har givet erfaringer om afmedicinering under danske forhold. Vi vil anbefale, at man i højere grad trækker på ovenstående eller som minimum italesætter, at der findes en del evidens inden for området, om end det er heterogent i sin natur, både hvad angår intervention og effekt.

### **Vedr. Tankegangen om afmedicinering:**

Indholdsmæssigt finder man her mange konkrete forslag til at styrke afmedicinering, f.eks. i forbindelse med opstart af medicin. Det virker som indhold, der med fordel kunne placeres under en anden overskrift.

Der bliver i afsnittet nævnt mange relevante tal om danskernes medicinforbrug, lægemidlers klimaaftryk og forskellige trends inden for demografi, defensiv medicin og belastninger i sundhedsvæsenet. Den slags udsagn bør underbygges med referencer.

I forslaget til en formulering v. opstart af medicin står der:

*"...vil vi revurdere behandlingen én gang om året..."*

Vi vil anbefale, at man her skriver "mindst én gang om året", da det vil være relevant med tættere opfølgning for en del patienter.

### **Vedr. ansvar**

Vi støtter op om, at man i vejledningen har vagt at italesætte det krydspres den udskrivende læge kan føle fra ønsket om afmedicinering på den ene side og forskellige behandlingsvejledninger på den anden side.

Dog mener vi, at man bør nævne, at mange – især nyere – behandlingsvejledninger også indeholder anbefalinger om, hvornår seponering af medicin kan være relevant. Det drejer sig f.eks. om

- Osteoporose hos kvinder efter overgangsalderen og hos mænd over 60 år i almen praksis (klinisk vejledning), 2024, Dansk Selskab for Almen Medicin.
- Farmakologisk behandling af type 2-diabetes – Fælles retningslinje fra Dansk Endokrinologisk Selskab (DES) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

Ligesom der også i vejledningerne på [www.cardio.dk](http://www.cardio.dk) er bemærkninger om dette.

Anbefalingerne om, hvornår en behandling kan seponeres er i sagens natur ofte mere vage, end anbefalingerne om, hvornår en behandling bør begyndes, og er ikke altid tydelige i teksten. Trods dette anbefaler vi fortsat, at man i teksten nævner, at en del behandlingsvejledninger også har afsnit om dette. Man kan f.eks. henvise til "Seponeringslisten", som har samlet de hyppigste anbefalinger fra danske vejledninger om, hvornår man bør overveje at stoppe en behandling.

### **Vedr. vigtige patientgrupper**

Der står på side 13, at patienter som lever med skrøbelighed har

*"...nedsat tolerance over for medicinske indgreb"*

Det er lidt uklart, hvad der ligger i begrebet "medicinske indgreb" og vi vil anbefale, at man i stedet skriver "...øget risiko for lægemiddelbivirkninger" som måske ikke er det samme, men dog er korrekt og passende for sammenhængen.

Der henvises i samme afsnit til 'clinical frailty score', men her menes nok "Clinical Frailty Scale"

Under punktet "Patienter med alders- eller sygdomsrelateret vægttab" har man kun nævnt

justering af blodtryks- og blodsukkersænkende medicin hos diabetespatienten. Det er relevante pointer, men vi foreslår, at man også nævner, at hos patienter med større væggtab, kan det være relevant at reducere dosis for mange præparater, f.eks. smertestillende og blodfortyndende.

### **Vedr. Værktøjer:**

I skrivende stund er det fremtidige format for Seponeringslisten, herunder opdateringer, usikkert, da arbejdet er overgået til Medicinerådet. Forhåbentlig kommer arbejdet til at fortsætte rimelig uændret, men man bør måske formulere sig lidt løsere i nærværende vejledning.

### **Vedr. Case 1: Jytte**

Her vil vi anbefale:

- I første del af casen, hvor lægen bemærker sig den relativt store antikolinerge byrde hos Jytte, bør man også nævne den antihypertensive behandling (tre stoffer), at der er midler uden klar indikation (hjertemagnyl) og at patienten får depotopioid uden laksantia.
- At man også i denne case lader lægen afsøge Jyttes egne tanker om medicinændringer igennem samtale (REPAIR-skemaet vil nok være svært for Jytte at udfylde). Selvom mennesker som lever med nedsat hukommelse kan have sværere ved at udtrykke deres præferencer end andre, bliver de ikke mindre vigtige.
- At man ændrer rækkefølgen af afmedicineringen, således at man (som der også på fornuftig vis anbefales tidligere i vejledningen), begynder med de lægemidler som har stor risiko for bivirkninger og lille risiko for seponeringssymptomer. Her f.eks. Vesicare og hjertemagnyl. Dernæst kunne man tage fat på det blodtryksænkende (ikke mindst set i lyset af patientens tidligere fald og graden af skrøbelighed), og endeligt opioid, mirtazapin eller imozop, alt efter patientens og pårørendes tanker.
- At man henviser til de værktøjer "Videnscenter for Demens" har omkring vurdering af smerter hos mennesker som lever med demens (<https://videnscenterfordemens.dk/da/vurdering-af-smerter-og-delirium>)

### **Vedr. case 2: Ole**

Vi vil anbefale:

- At man i casen indsætter en passus a la "Blodprøver og objektiv undersøgelse (inkl. ortostatisk blodtryksmåling) afslører intet abnormt", f.eks. lige efter informationen om at han er blevet træt, svimmel og ikke kommer udenfor. Ellers kunne vi være bekymrede for, at man tog casen til indtægt for, at den ældre, svimle patient med funktionstab kun skal håndteres ved en medicingennemgang.
- At man lader lægen følge op på pauseringen af mirtazapin. Som casen står nu, ser det ud som om Ole pauserer medicinen og så er han først i kontakt med lægen et pr mdr. senere da han er blevet dårlig. Der bør – som vejledningen tidligere understreger – være planlagt opfølgning på medicinændringer og det bør casen afspejle.
- At man lader egen læge bemærke, at Ole får andre stoffer end dolol som står på Seponeringslisten (bla. Pantoprazol og Furix) og på den baggrund lægge op til yderligere afmedicinering (en plan som så overhales af indlæggelsen). Ellers kunne vi

være bekymrede for, at man tager casen til indtægt for, at det er OK med fast Pantoprazol og Furix uden klar indikation.

- At man forenkler casen ved ikke at lade Ole få Unikalk. Der er mange andre gode pointer i casen. Hvis man lader Unikalk stå, vil vi anbefale, at man tilføjer styrken (Forte, Basic, Silver eller andet) og lader egen læge forholde sig til gevinsten eller mangel på samme ved fortsat behandling, sammen med Ole til sidst i casen.
- At man ændrer beskrivelsen af "triple whammy" (obs kun et "p") til "...følge af indtag af både ACE-hæmmer eller angiotensin-II-receptorantagonist, diuretika og NSAID", da Ole jo rent faktisk er i behandling med en angiotensin-II-receptorantagonist og ikke en ACE-hæmmer.
- At man ændrer "...med rollator og maksimal hjemmehjælp 4 gange dgl." til "...med rollator, hjemmehjælp 4 gange dgl. og vejning tre gange om ugen (for at se om han ophober væske efter Furix blev seponeret)". Dette for at understrege vigtigheden af, at der følges op på medicinændringer. Desuden er det svært at gennemskue, hvad der ligger i "maksimal hjemmehjælp 4 gange dagligt".
- At man i casen nævner, hvorfor man fra sygehusets side pauserede metformin (nyrefunktion og acceptable blodsukre, muligvis) og SGLT-2-hæmmeren (alvorlig, akut sygdom og fald i blodtryk, muligvis).
- At man i casen undgår udtrykket "almindelig vedligeholdelsesdosis" om 20 mg pantoprazol og blot lader lægen og Ole trappe ned til 20 mg samt tilføjer en sætning om, at lægen følger op på pantoprazolbehandlingen. Det kan bestemt overvejes at lade Ole fortsætte på 20 mg, ikke mindst da han er i AK-behandling, men den angivne indikation (halsbrand) er så usikker, at den bør udfordres i casen.

### **Mindre ting (layout, stavning etc.)**

Man bruger lidt vekslende "fx" og "f.eks." i vejledningen. Det kan med fordel ensrettes.

I kolofonen står der

*"Det er tilladt at citere fra vejledningen med tydelig kildeangivelse: Afmedicinering – en systematisk tilgang (klinisk vejledning), 2024, Dansk Selskab for Almen Medicin"*

Årstallet bør vel rettes til 2025.

En del steder i teksten står der parenteser med et lidt påfaldende indhold, f.eks. (10.1111/bcp.14691). Det henviser måske til noget som skal med i den endelige udgave?

På side 9 står der:

*Det er vigtigt at italesætte flere emner: Er den medicinske behandling af kortere eller længere varighed? Hvad forventer man sig af den? Er det forebyggende eller symptomatisk behandling? Hvornår forventes en effekt? Vil den kunne mærkes eller måles? Hvilke bivirkninger skal man reagere på?*

Her er det lidt uklart, om der reelt opremses en "huskeliste" til lægen, som kan bruges v. opstart af behandling eller om der nærmere er tale om en slags inspirationsliste. Hvis der er tale om det første, kunne punktoplysning være bedre.

På side 11 står der "forligge", hvor der nok menes "foreligge" og " korrespondancemeddelelse", hvor der nok menes " korrespondancemeddelelse"

På side 16 står der "... videre behandling, incl. Behandling med lægemidler", hvor der nok menes "...videre behandling, inkl. behandling med lægemidler".

På side 18 står der "Valget afhænger af, hvilken patient der sidder foran os". Da man tidligere på siden omtalte "lægen", altså i tredje person, ville det give god mening af fortsætte med dette.

På side 23 står der " Lægen den gældende medicinliste ud til Dorte." Der menes nok " Lægen printer den gældende medicinliste ud til Dorte."

På side 33 står der "Na 120, K 5,0". Der menes nok "Na<sup>+</sup> 120, K<sup>+</sup> 5,0" eller „Natrium 120, Kalium 5,0"

På vegne af bestyrelsen i DSG

