

# 20 års jubilæum for IRF

Tak for indsatsen og tillykke fra

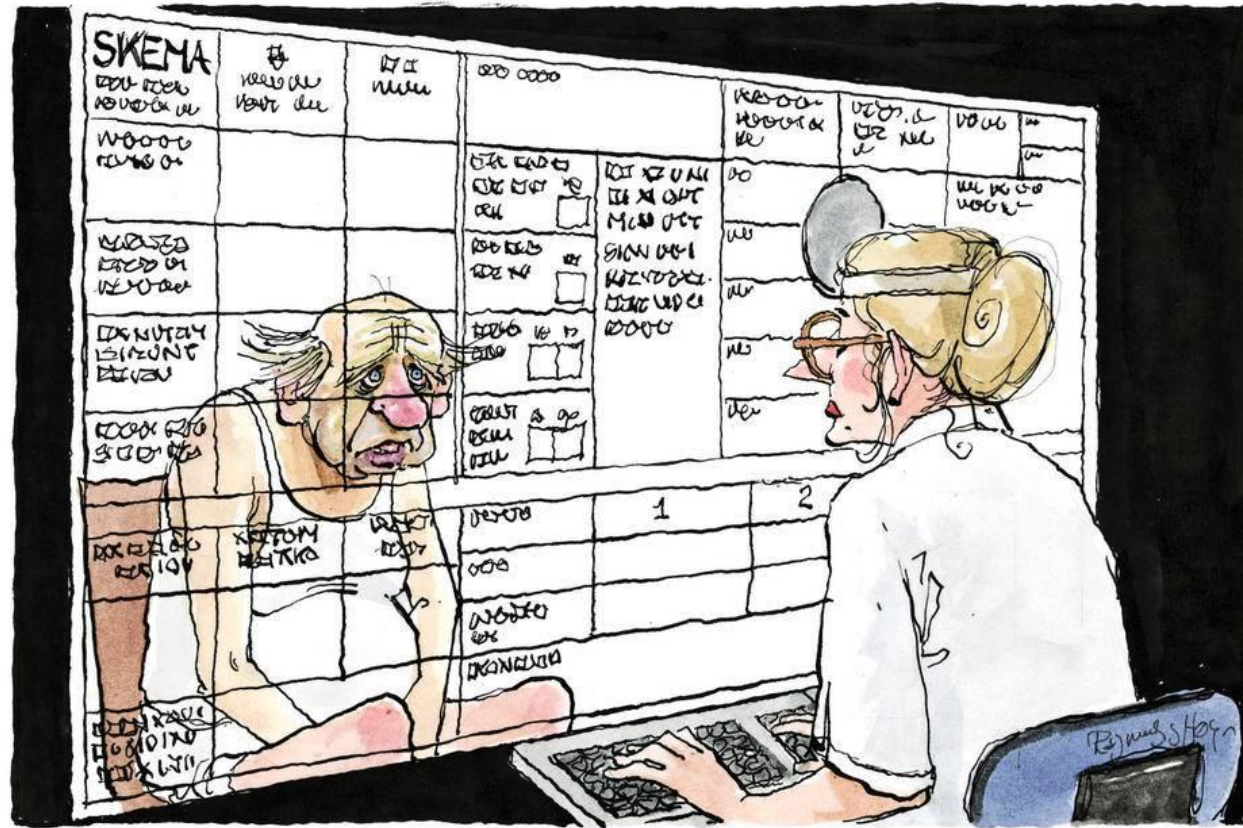


# Them changes

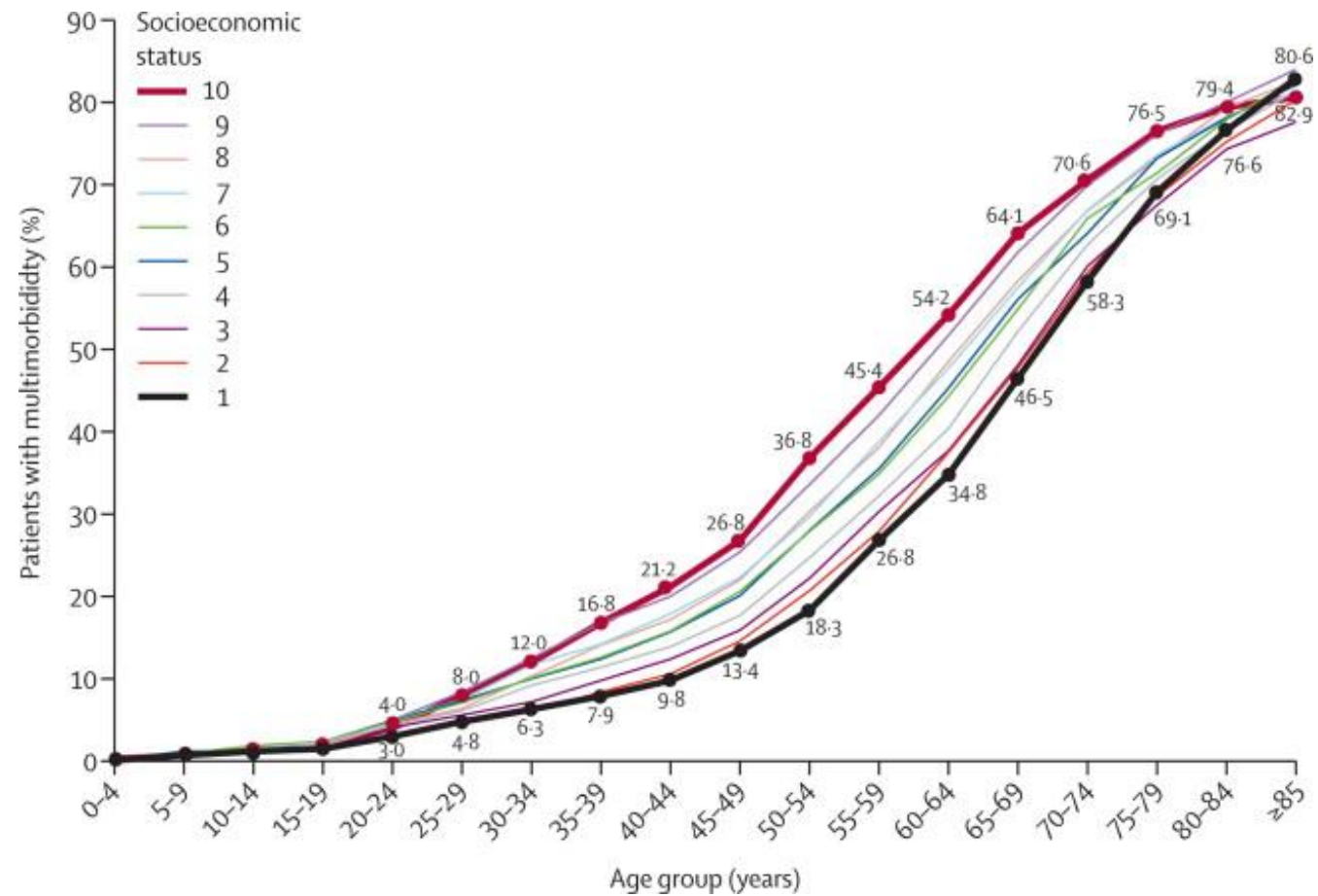
**2017: "IRF skifter navn og flytter ind på Sundhedsstyrelsens hjemmeside"**



# Hvad sker der i tiden for mit fag?

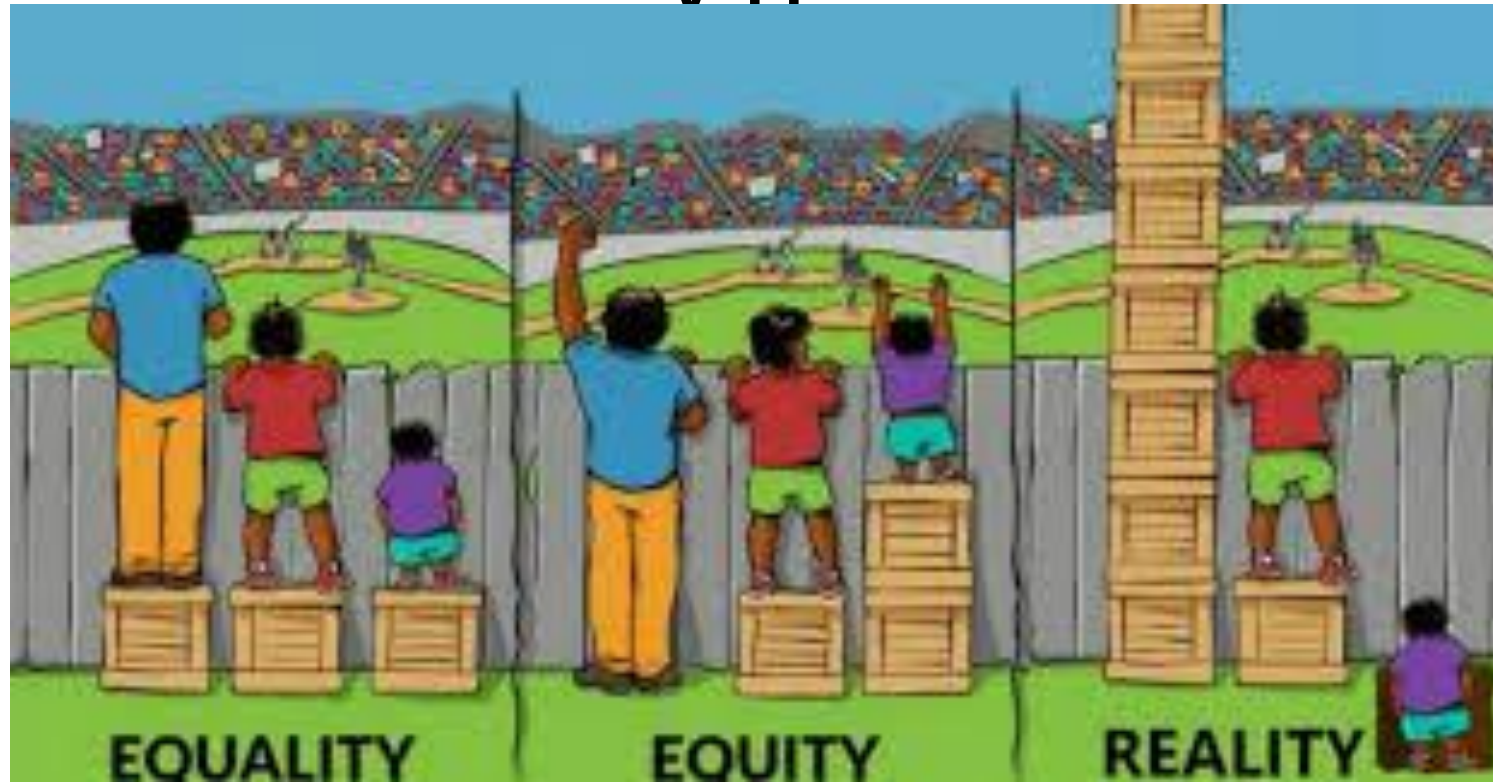


- Guideline-eksplosion / GBM
- Forløbsplaner for sygdom
- Patientforeninger kræver
- Pop-up / afkrydsning
- Frase-fråds
- STPS tilsyn
- Klagekultur
- Teknologieksplosion og Dataismen
- Defensiv medicin fører til spild og skade



[Barnett K](#), [Mercer SW](#), [Norbury M](#), [Watt G](#), [Wyke S](#), [Guthrie B](#).  
 Epidemiology of multimorbidity and implications for health care,  
 research, and medical education: a cross-sectional study. [Lancet](#) 2012 Jul  
 7;380(9836):37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.  
 Epub 2012 May 10.

# VIP



TheKingsFund>

Ideas that change  
health care

Authors

Al Mulley

Chris Trimble

Glyn Elwyn

# Patients' preferences matter

Stop the silent  
misdiagnosis



THE  
Dartmouth  
CENTER  
for HEALTH CARE  
DELIVERY SCIENCE



Onsite Trainings in  
Shared Decision Making and  
Risk Communication  
Now Available!

[LEARN MORE](#)

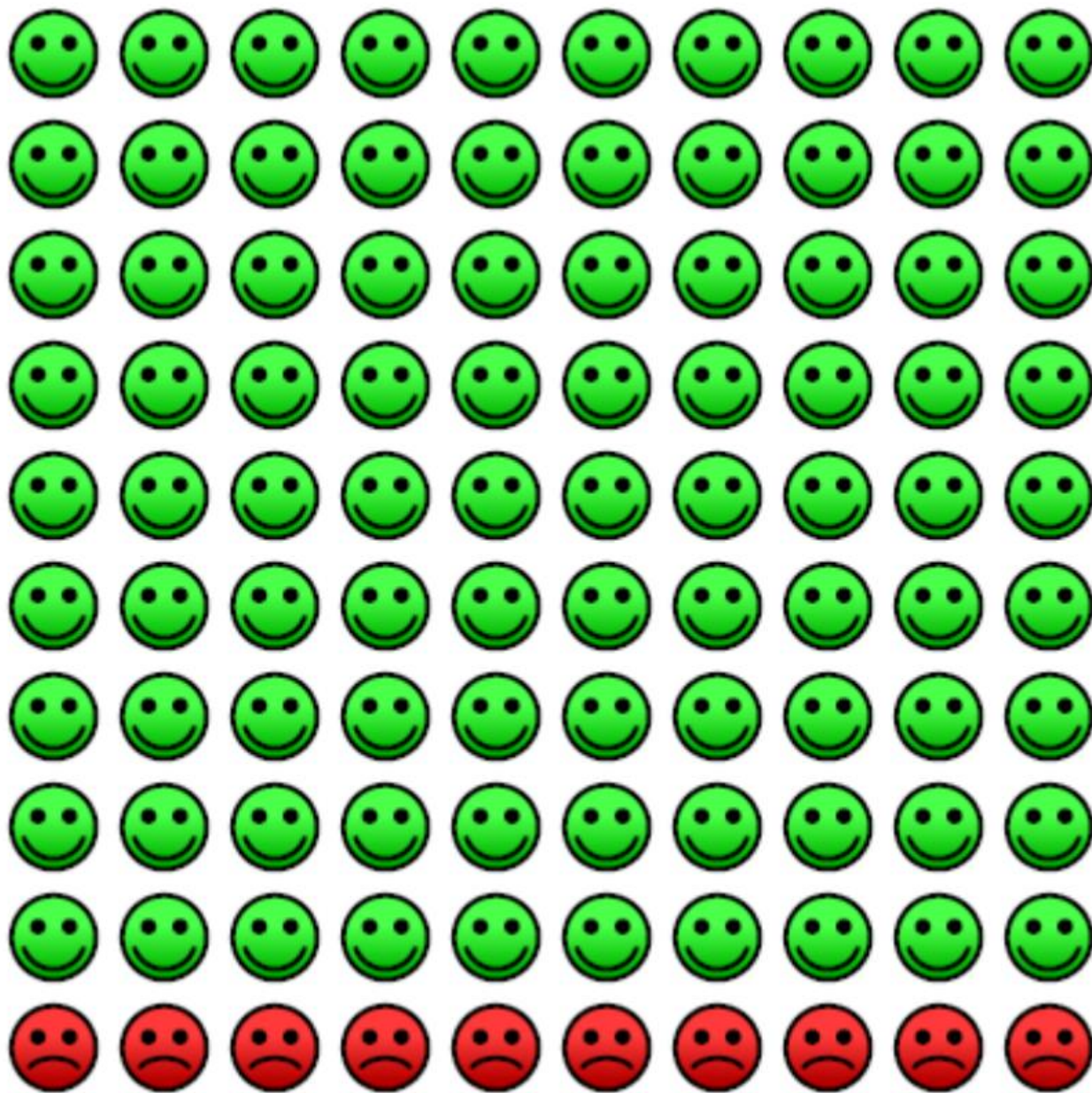
Patient decision aid

## **Taking a statin to reduce the risk of coronary heart disease and stroke**

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg181/resources/cg181-lipid-modification-update-patient-decision-aid2>



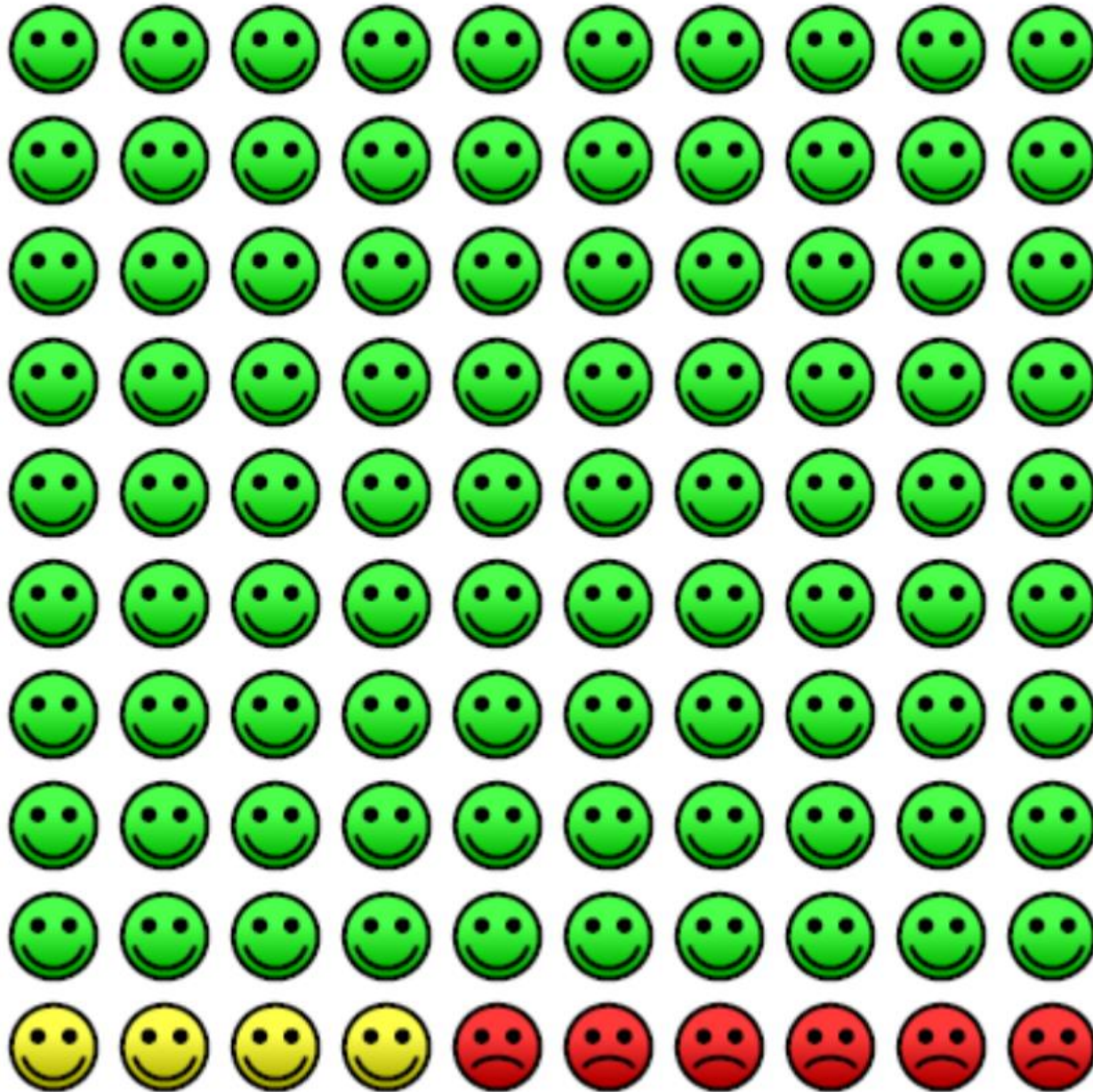
## Cardiovascular risk 10% over 10 years: no treatment



If 100 people at this level of risk take no statin, over 10 years on average:

- 90 people will not develop CHD or have a stroke (the green faces)
- 10 people will develop CHD or have a stroke (the red faces).

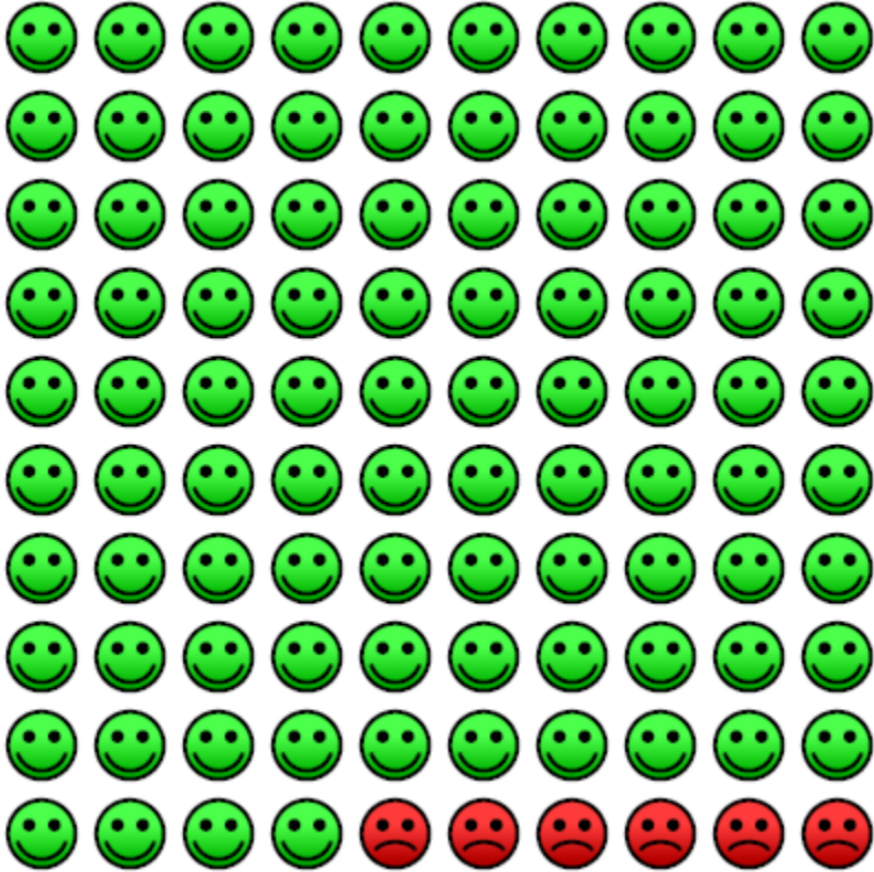
## Cardiovascular risk 10% over 10 years: taking atorvastatin



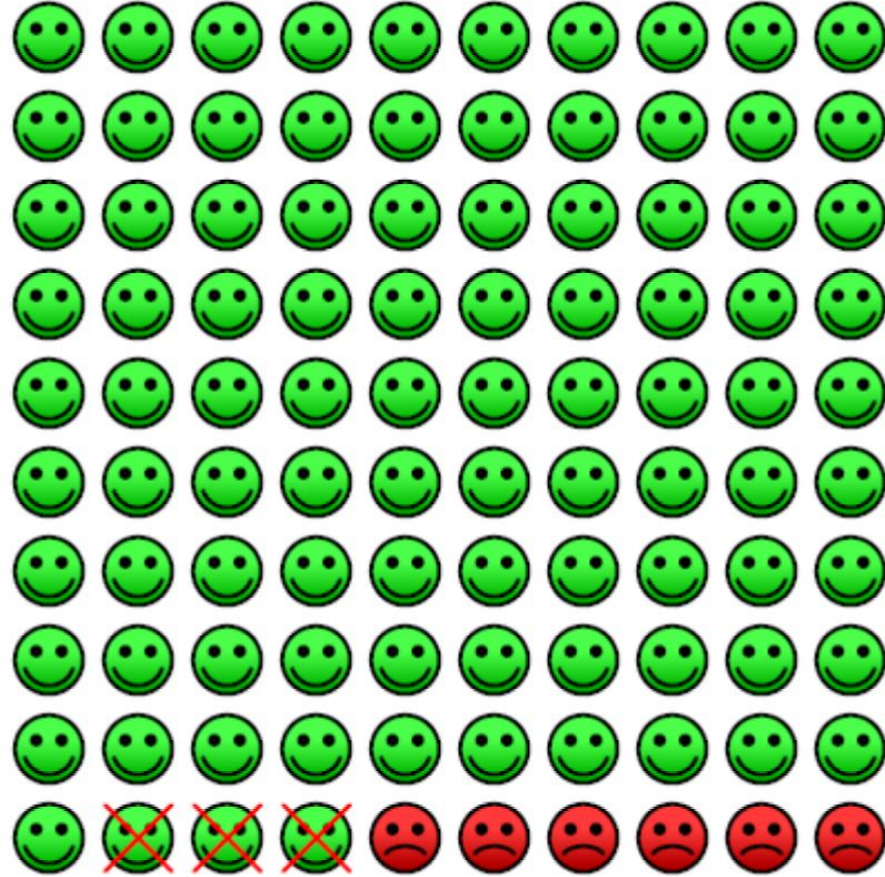
**If all 100 people take atorvastatin for 10 years,** over that time on average:

- 4 people will be saved from developing CHD or having a stroke (the yellow faces)
- 90 people will not develop CHD or have a stroke, but would not have done anyway (the green faces)
- 6 people will still develop CHD or have a stroke (the red faces).

People not taking atorvastatin 80 mg daily for 5 years



People taking atorvastatin 80 mg daily for 5 years



If all 100 people take atorvastatin 80 mg daily, over 5 years on average:

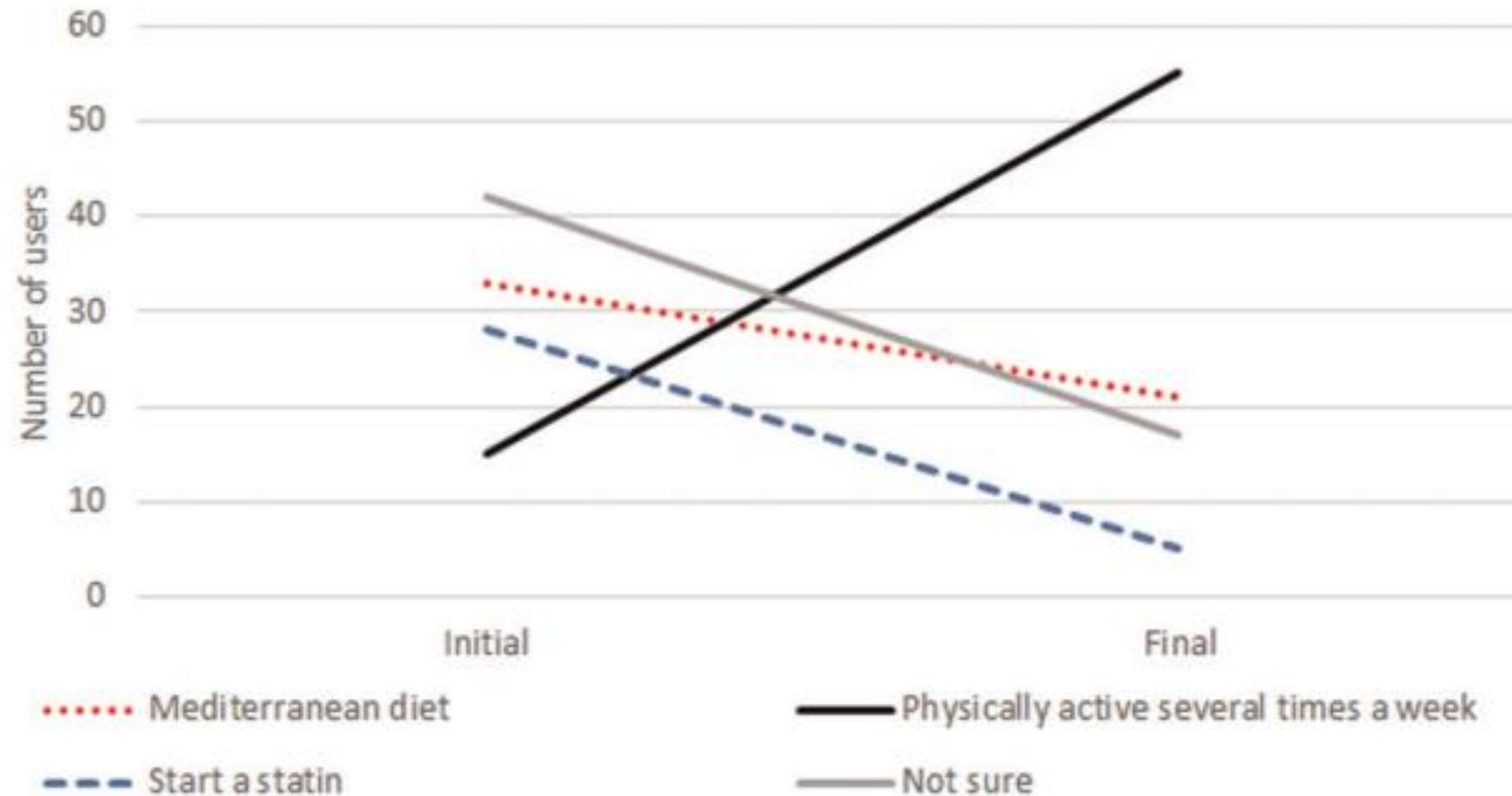
- 91 people will not develop diabetes (the green faces)
- 6 people will develop diabetes (the red faces), just as they would have done anyway
- An extra 3 people will develop diabetes (the green faces with the red cross).

Scalia, P., Durand, M.-A., Kremer, J., Faber, M., & Elwyn, G. (2018). **Online, Interactive Option Grid Patient Decision Aids and their Effect on User Preferences.**

Medical Decision Making, 38(1), 56–68. <https://doi.org/10.1177/0272989X17734538>

**C**

Statins for heart disease risk: yes or no? (n = 118, P ≤ .01)

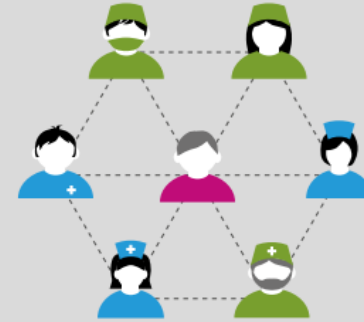


6 kerneprincipper  
for  
"Realistic Medicine"  
Scotland 2016.



CHANGE OUR STYLE TO  
**SHARED DECISION-MAKING?**

BUILD A **PERSONALISED**  
APPROACH TO CARE?



**REDUCE HARM  
AND WASTE?**



REDUCE **UNWARRANTED  
VARIATION** IN PRACTICE  
AND OUTCOMES?

**MANAGE RISK BETTER?**



**BECOME IMPROVERS  
AND INNOVATORS?**

# Realistisk medicin i DSAM- vejledningerne

- DSAM har i 2018 besluttet, at principper for "Realistic Medicine" (ref), skal tilgodeses i kommende vejledninger fra DSAM.
- Flere med multiple, komplekse og hyppigt fluktuerende helbredsproblemer, som kræver en anden tilgang
- forventning i samfundet til mere inddragelse af borgeren i beslutningerne og fælles beslutningstagning.
- Konsultationsprocessen kræver generiske kompetencer som lægen må forventes at have, men også værktøjer til fælles beslutningstagning og personcentrering i forhold til specifikke sygdomme/problemstillinger kan være relevante.
- stigende produktion af videnskab om værdien af personcentrerede tilgange og fælles beslutningstagning, og
- principperne for realistisk medicin kan være til hjælp for at få stillet de rigtige spørgsmål i en vejledning
- Viden om sårbare gruppers særlige behov
- NNTB og NNTH givet vi så på en enkelt sygdom

# Fire forslag fra almen praksis

- **Grundig medicingennemgang – bruge flere fagligheder**

En grundig medicingennemgang og dialog herom med patienten foretaget af en fagperson, der kender eller sætter sig ind i patientens sygdomsbillede og historie kan mindske risikoen for skadelig polyfarmaci blandt patienter, der får mange typer medicin.

- **Fælles diagnosekort knyttet til FMK**

FMK kunne udbygges til at være et kommunikationsværktøj der indeholdt de betydende og aktuelle diagnoser for den enkelte borger, så alle sundhedsprofessionelle med adgang til FMK havde den viden tilgængelig, når de havde med borgerens medicin at gøre.

- **Ordinationsansvar til lægen – recepter er jo afskaffet**

Hvis lægen og apoteket kunne dele ansvaret, så lægen alene kunne koncentrere sig om at ordinere en behandling i en given periode eller indtil næste opfølgning, og apotekerne fik ansvaret for at effektuere at medicinen blev pakket og udleveret til patienten med passende intervaller mens ordinationen var gældende, så var der klar arbejdsdeling.

- **Generisk ordination**

For at mindske forvirringen omkring lægemidler med mange forskellige og skiftende navne, men med samme indholdsstof, så burde det være indholdsstoffet og ikke lægemidlets navn, der står på ordinationen fra lægen. Igen kunne specielle ønsker og prisoplysninger så ske hos apotekeren.

# ”Den gode aflevering”=samarbejde

- **Træning / uddannelse** alle faggrupper i aflevering / samarbejde
- **Værktøjer** til aflevering/ samarbejde – Fælles (opdateret) diagnosekort?

Fælles definitioner?

- skrøbelighed?
- sårbarhed?

- Belutningsstøtte til FMK

- **Incitament**er til aflevering/samarbejde