

Månedssbladet Rationel Farmakoterapi

Nr. 7 - December 2022



Polyfarmaci – fra nationale anbefalinger til daglig praksis

Christian Ulrich Eriksen
og Solveig Forberg

Indsatser for Rationel Farmakoterapi
i Sundhedsstyrelsen

Indsatser for Rationel Farmakoterapi har i længere tid haft fokus på forebyggelse og behandling af uhensigtsmæssig polyfarmaci ved multisygdom, senest ved udgivelse af 13 anbefalinger på området og som omdrejningspunkt for IRF Stormøde 2022. Anbefalingerne leverer ikke alle løsninger på udfordringerne med polyfarmaci ved multisygdom, men de er et startskud til det videre arbejde. I denne udgave af Rationel Farmakoterapi har vi bedt forskellige eksperter om at komme med deres bud på, hvordan udvalgte anbefalinger kan konkretiseres og arbejdes videre med i almen praksis.

Anbefaling 5

Vi anbefaler, at der udvikles eller valideres 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.

Amanda Paust, Anna Mygind, Kirsten Høj,
Line Due Christensen og Flemming Bro

Forskningsenheden for Almen Praksis,
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

PREPAIR - et redskab til at forberede og involvere patienter i medicinsamtalen

I takt med at vi bliver ældre, og forekomsten af multisygdom stiger, vil stadig flere få behov for behandling med flere samtidige lægemidler [1,2]. For at træffe de bedste beslutninger om medicinen er det helt centralt, at patientens erfaringer, overvejelser og ønsker tages med i den samlede betragtning [3,4]. Forskning viser dog, at barrierer hos både patienten og lægen kan stå i vejen for dette [5]. Eksempelvis kan lægen have en forventning om, at patienten ikke ønsker medicinændringer. Omvendt tænker patienterne ofte, at medicinændringer ikke er muligt [6,7]. En åben dialog om medicinen mellem lægen og patienten er derfor afgørende for at sikre en hensigtsmæssig og personcentreret medicinering.

Nyt redskab til patientinvolvering i medicinsamtalen

Der findes allerede redskaber til at udfolde patienters perspektiver på medicinen, men de er ofte komplekse og tidskrævende i en travl klinisk hverdag [8]. Derfor har Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus udviklet spørgeskemaet PREPAIR (PREparation of Patients for Active Involvement in medication Review) – eller på dansk "Hvordan har du det med din medicin?" [8]. Skemaet er udviklet til patienter, som får mere end fem faste lægemidler, med henblik på at forberede dem bedre på samtalen om medicin ved medicingennemgang. Skemaet består af fem enkle spørgsmål, som sætter fokus på patientens egen vurdering af behandlingen som helhed. Det er udviklet på baggrund af en litteraturgennemgang, workshops med praktiserende læger og pilottest i tre praksis med 22 patienter. Det er efterfølgende afprøvet i fem udviklingspraksis med 54 patienter i Region Midtjylland.

Patienten får tid til at reflektere over behandlingen

PREPAIR er blevet afprøvet som forberedelse inden den årlige statusundersøgelse for kronisk sygdom^A og som afsæt til dialog om medicinen i denne konsultation. Derfor skal skemaet også udleveres til patienten før konsultationen fx ved blodprøvetagning, så det kan udfyldes hjemme eller i venteværelset. Dermed får patienten bedre mulighed for at reflektere over den samlede medicinering inden konsultationen. Skemaet medbringes til statusundersøgelse hos lægen, hvor patientens svar inddrages i medicingennemgangen, hvilket giver patienten og lægen et bedre afsæt for at træffe fælles beslutninger om medicinen. Skemaet vil også kunne anvendes ved andre konsultationer med medicingennemgang.

Skemaet foster dialog, som hjælper både lægen og patienten

Patienterne oplevede, at det ved hjælp af skemaet var lettere at dele egne perspektiver med lægen og udtrykke ønsker, tvivl eller usikkerhed om medicinen. Lægerne oplevede, at patienterne var bedre forberedte og fokuserede på at tale om medicinen. Dialogen med afsæt i skemaet gav lægerne nye indsigter i patienternes perspektiver og en bedre forståelse af eventuelle bekymringer – også blandt patienter, som lægerne ikke forventede ville have bekymringer. Den fysiske tilstedeværelse af skemaet medførte desuden, at lægen flyttede

orienteringen fra computerskærmen til patienten, hvilket patienterne værdsatte.

PREPAIR kan således understøtte dialogen om medicin i konsultationen. Lægen får indblik i, hvad der betyder mest for patienten, hvilket giver bedre mulighed for at tilpasse medicinen til den enkelte og dennes livssituation. For patienten kan dialogen give en dybere forståelse af, hvorfor man får sin medicin. Det kan også øge trygheden og følelsen af sikkerhed – også hos de patienter, som i første omgang kan blive bekymrede ved at udfylde skemaet.

Tilpasset til de eksisterende rammer i praksis

PREPAIR giver en ny mulighed for mere systematisk at sætte fokus på patientens perspektiv ved medicingennemgang. En fordel ved det nye skema er, at det passer godt ind i den eksisterende arbejdsgang ved den årlige statusundersøgelse i almen praksis. Praksispersonalet skal bruge en smule tid på at introducere skemaet, men lægerne oplevede ikke skemaet som en tidsrøver. Afprøvningerne viste, at skemaet kunne indgå i konsultationerne uden at udvide de nuværende tidsrammer.

Anvendelsen af skemaet er fleksibel således, at det kan tilpasses praksis og patienternes ønsker. Det er dermed op til den enkelte praksis, om skemaet ønskes anvendt til alle patienter, og hvor ofte samt om og hvordan det journalføres.

Nogle patienter med sproglige eller kognitive udfordringer havde svært ved at udfylde skemaet. Skemaet er derfor ved at blive oversat til flere sprog. Det er endvidere blevet tilpasset til brug hos ældre på plejehjem, hvor pårørende og personale indgår i processen. Alle versioner af PREPAIR-skemaet kan downloades på www.feap.au.dk/PREPAIR. Derudover fremgår skemaet på bagsiden af denne udgave af Rationel Farmakoterapi.

A: Vejledninger.dsam.dk/media/files/21/overblikstatus-og-rsstatus.pdf

Anbefaling 7

Vi anbefaler, at patienters medicinering vurderes individuelt under hensyntagen til det samlede sygdomsbillede, medicinliste, funktionsniveau og patientpræferencer. Rationalet for at ordinere, fravælge eller seponere medicin skal som altid journalføres.

Bente Møller

Styrelsen for Patientsikkerhed

Christian Ulrich Eriksen og Solveig Forberg

Indsatser for Rationel Farmakoterapi i Sundhedsstyrelsen

Når medicinlisten vurderes, bør den enkeltes situation være udgangspunktet

For at komme u hensigtsmæssig polyfarmaci til livs er der brug for, at vurderingen af patienters medicinering tager udgangspunkt i den enkeltes situation, herunder det samlede syg-

domsbillede, medicinlisten, funktionsniveauet og patientens præferencer. Den individuelle vurdering kan dog af nogle læger opleves at komme i konflikt med gældende behandlingsvejledninger, retningslinjer og anbefalinger. Visse læger angiver usikkerhed vedrørende, om de kan blive mistænkt for manglende omhu og samvittighedsfuldhed. I denne artikel beskriver Styrelsen for Patientsikkerhed og Indsatser for Rationel Farmakoterapi i Sundhedsstyrelsen, hvordan man kan gennemføre en patientsikker medicinering.

Ved polyfarmaci er der ofte manglende viden om de gavnlige virkninger af medicinen og et ændret eller ufordelagtigt forhold mellem gavnlige og skadelige virkninger. For ældre personer i polyfarmaceutisk behandling kan faktorer såsom nedsat restlevetid derudover spille en rolle. Behandlingsvejledninger, retningslinjer og anbefalinger inkluderer sjældent overvejelser om medicinering af personer med multisygdom. Den individuelle vurdering kan derfor nemt betyde, at der fraviges fra den gældende rådgivning på området. I arbejdsgruppen bag anbefalingerne og i forbindelse med høringen blev det gjort klart, at afgangelsen var grund til bekymring i forhold til at få anmærkninger i forbindelse med Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med sundhedspersoner. Det blev set som en barriere for at prioritere og seponere medicinen hos personer med polyfarmaci og multisygdom.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med sundhedspersoner, eksempelvis i forhold til ordinationer^A eller hvis faglige normer ikke følges^B. Det kan eksempelvis være en læge, som udskriver påfaldende store mængder afhængighedsskabende medicin eller bruger forældede behandlingsmetoder, der kan skade patienten. Sundhedsstyrelsens vejledninger og andre behandlingsvejledninger kan være et udgangspunkt for Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, men en begrundet fravigelse fra den faglige rådgivning er ikke tilstrækkeligt til at medføre sanktioner.

Behandlingsvejledninger, retningslinjer og anbefalinger udarbejdes af myndigheder eller lægevidenskabelige selskaber og kan betegnes som faglig rådgivning. De er dermed vejledende. Det er den enkelte læge, som er ansvarlig for at træffe de endelige beslutninger i forbindelse med behandlingen. Hvis der fraviges, er det dog vigtigt, at årsagen journaliseres. Hvis dette er gjort, vil det i udgangspunktet ikke medføre udfordringer i forbindelse med tilsyn.

Forhåbentlig vil behandlingsvejledninger, retningslinjer og anbefalinger (inklusiv vores egne i Sundhedsstyrelsen) fremadrettet indeholde overvejelser om behandlingen af personer med multisygdom. Det er nødvendigt, at den enkelte læge ser på hele patientens situation og kun udskriver den nødvendige medicin. Dette uanset om der er gældende behandlingsvejledninger, der tager højde for multisygdom og polyfarmaci, eller om det betyder, at behandlingsvejledninger for monosygdomme ikke følges.

A: Stps.dk/da/tilsyn/tilsyn-med-sundhedspersoner/tilsyn-med-laegers-og-tandlaegers-ordinationer

B: Stps.dk/da/tilsyn/tilsyn-med-sundhedspersoner/faglighedssager-sundhedspersoner-der-ikke-folger-de-faglige-normer

Anbefaling 11

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 elektronisk til almen praksis og i udvalgte situationer eventuelt suppleret med mundtlig overlevering.

Lene Vestergaard Ravn-Nielsen

Sygehusapotek Fyn, Odense Universitetshospital

Jens Søndergaard

Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Samarbejde mellem farmaceuten og almen praksis er afgørende for effekten af medicingennemgang

Alle relevante personer med polyfarmaci og multisygdom bør tilbydes en medicingennemgang [1]. For at medicingennemgang bliver værdifuldt for patienterne, bør opgaven løftes på tværs af fagligheder og sektorer. Denne artikel beskriver, hvad en medicingennemgang er, hvordan den kan gennemføres, og vi kommer med forslag til samarbejdet på tværs af sektorer.

Medicingennemgang er defineret som en systematisk og kritisk gennemgang af patientens lægemiddelbehandling med det formål at optimere denne ud fra en patientorienteret og rationel farmakoterapeutisk vurdering [2]. Da der kan være uoverensstemmelse mellem ordineret behandling i Fælles medicinkort (FMK) og patientens aktuelle vanlige medicinske behandling [3], er udgangspunktet for en god medicingennemgang en grundig medicinanamnese og -afstemning [2,4].

Elementer i en medicingennemgang

Medicingennemgang er en struktureret patientcentreret proces [5], der gerne skal omfatte:

- Inddragelse af patienten eller pårørende herunder deres ønsker i henhold til livskvalitet
- Indikation for behandling
- Ubehandlede indikationer
- Kontraindikationer
- Dosis (i forhold til diagnose, alder, bivirkninger, lægemiddelinteraktioner, vægt og organfunktion med udgangspunkt i analysesvar)
- Doseringstidspunkter og -interval i forhold til klinisk relevans
- Klinisk relevante lægemiddelinteraktioner
- Behandlingsvarighed
- Dobbeltmedicinering
- Lægemiddelform og -styrke
- Bivirkninger
- Lægemiddelallergi og -intolerans
- Compliance/adherence

- Analog- og synonymsubstitution^A i henhold til pris og håndtering
- Naturlægemidler og kosttilskud

Som minimum gennemgås de risikolægemidler, der ifølge litteraturen ofte giver anledning til indlæggelser, fx blodfortyndende behandling [6]. Til at opnå så evidensbaseret en medicingennemgang som muligt anvendes forskellige opslagsværker, herunder produktresuméer, lægevidenskabelige specialers hjemmesider og behandlingsvejledninger, redskaber fra Sundhedsstyrelsen (eksempelvis Seponeringslisten), regionernes basislister med mere. I fremtiden forventer vi, at der vil tilkomme flere elektroniske støtteredskaber.

Samarbejde mellem faggrupper og på tværs af sektorer

Medicingennemgang kan foretages af læger og farmaceuter og som udgangspunkt i et samarbejde. Det er dog altid lægens ansvar. Odense Pharmacist Trial Investigating Medication Interventions at Sector Transfer (OPTIMIST)-studiet har vist, at en farmaceutisk ydelse, som indeholdt en medicingennemgang, medicinafstemning ved udskrivelse, udskrivelsesamtale, skriftlig overlevering og om nødvendigt telefonisk opfølgning med almen praksis, evt. plejeinstans og apotek samt telefonisk opfølgning med patienten efter udskrivelse kan forebygge hver 12. genindlæggelse eller skadestuebesøg på hospital [7]. Ydermere viser en subanalyse særlig stor effekt for mænd under 65 år. Økonomisk viste studiet en gennemsnitlig besparelse på 13.000 kr. for hver patient, der modtog den fulde ydelse, drevet af færre indlæggelser og i gennemsnit to hele sengedage mindre (fra 11,6 til 9,6 dage) over seks måneder [8]. Al patientkontakt var baseret på "den motiverende samtale" der tager udgangspunkt i en coachende tilgang med henblik på at forebygge u hensigtsmæssig sundhedsrelateret adfærd [9,10]. Derimod viste studiet ikke effekt^B af medicingennemgang som enkeltstående intervention, hvorfor vidensdeling og opfølgning med almen praksis er altafgørende [7]. Samarbejde mellem farmaceuten og almen praksis er derfor afgørende for effekt.

Farmaceuten kan udover at foretage medicingennemgang afholde udskrivelsessamtaler med patienterne, efter at udskrivende læge har afstemt og ajourført medicinen i FMK. Det anbefales at oprette et udskrivelsesnotat med farmakologiske anbefalinger til patientens egen læge og forslag til yderligere ændringer i medicineringen. Der bør også beskrives patientens aktuelle medicinstatus, ændrede, seponerede og nye lægemidler samt hvilke årsager, der har været til ændringerne. Notatet bør sendes elektronisk til almen praksis (implementeret i epikrisen) og plejeinstans. Om nødvendigt kontaktes almen praksis telefonisk. Hermed får almen praksis hurtig indsigt i årsager til og forløb af medicinændringer, så opfølgningen lettes.

Formidling til almen praksis er også forsøgt optimeret yderligere med mundtlig konferencebaseret dialog [11]. Dette har imidlertid vist sig logistisk udfordrende, men for patienter med multisygdom og komplekse tilstande kan det alligevel være umagen værd. Der er stadig plads til forbedring af forløb omkring patienters medicinering ved tværsektorielle

forløb [12], men de nye muligheder på området fx virtuel opfølgning [13,14] og andre smarte løsninger lover godt for effekterne af fremtidens medicingennemgang.

A: Synonym substitution er det samme som generisk substitution. Generika er lægemidler, som indeholder det samme aktive lægemiddelstof i samme styrke. Lægemiddelstyrelsen afgør hvilke generika, der indbyrdes kan substitueres (udskiftes). Herefter skal apoteket udlevere det billigste til patienten, medmindre patienten og eller lægen ønsker noget andet.

Analog substitution er udskiftning mellem lægemidler, der indeholder forskellige indholdsstoffer, men tilhører den samme lægemiddelgruppe, fx Pantoprazol og Lansoprazol, der begge tilhører gruppen af syrepumpehæmmere.

B: Der var ikke statistisk signifikant effekt (en forskel der var så lille, at den var uden betydning) på hhv. genindlæggelser og skadestuebesøg samlet set, skadestuebesøg alene, genindlæggelser alene, lægemiddelrelaterede genindlæggelser efter hhv. 30 og 180 dage samt død eller lægemiddelrelateret død efter 180 dage.

Anbefaling 12

Vi anbefaler, at læger i almen praksis kan inddrage andre sundhedsprofessionelle til det forberedende og eventuelt opfølgende arbejde i forbindelse med medicingennemgang og -prioritering, og i forhold til den videre opfølgning til ikke-farmakologiske alternativer.

Hans Christian Kjeldsen, Jannik Falhof og Mogens Vestergaard

Lægefællesskabet, Grenå

Kan behandlerteams i almen praksis gavne personer med polyfarmaci og multisygdom?

Begrebet behandlerteams anvendes oftere og oftere, når almen praksis beskrives. Hos Lægefællesskabet i Grenå har vi fundet, at brugen af teams kan skabe et fundament for bedre ressource- og kompetenceudnyttelse i almen praksis.

Den grundlæggende tanke ved teamstrukturen er, at de fleste arbejdsopgaver i almen praksis løses bedst i fællesskab. Der er derfor ikke tale om en uddelegering fra læge til sygeplejerske, men et samarbejde mellem sygeplejerske og læge, som ofte har en dialog om patienten før, under og/eller efter konsultationerne. Allerbedst er det dog, når læge, sygeplejerske og patient er til stede samtidigt. Dette muliggøres blandt andet ved, at der hver dag er to speciallæger uden eget program, som er såkaldte supervisorer, og som kan tilkaldes ved behov.

Den mundtlige og specielt den skriftlige kommunikation om patienten er central. Vores teampatienter har en "behandlingsplan", som er et dynamisk notat, der ikke er en del af de almindelige journalcontinuationer. I vores journalsystem står det under hovedoverområdets (eller hovedområdets) resumé. Behandlingsplanen indeholder blandt andet overblik over sygdomme, medicin og patientens mål og opdateres løbende af sygeplejersker og læger – specielt omkring årsstatus. Der er overlap til DSAMs vejledning om overblikstatus og årsstatus^A. På [irf.dk](#) kan du se et eksempel på en behandlingsplan.

Vi mener, at mange af vores tiltag kan være en inspiration til andre praksistyper, uanset størrelse og organisatorisk opbygning, herunder:

1. formalisering af samarbejde og allokering af tid
2. behandlingsplan – især for de mest komplicerede patienter
3. tilgængeligheden af speciallæger for det øvrige personale

Får alle den samme behandling?

Patienter er forskellige og kræver differentierede behandlingstilbud. Teams kan være et godt redskab til at udnytte klinikkens ressourcer optimalt og tilbyde patienter den rette behandling på det rette tidspunkt. Halvdelen af vores patienter har et fast team. Hos patienter med en eller flere kroniske sygdomme tager vi selv initiativ til at tildele dem et team.

En lille del (ca. 5%) kalder vi "stjernepatienter". Denne gruppe kræver særlig omsorg, og deres problemer er ofte af bio-psyko-social karakter. En multisyg patient med polyfarmaci er ikke nødvendigvis en stjernepatient, men mange stjernepatienter er multisyge. Stjernepatienterne har fx lettere adgang til tider med kort varsel, tider placeret på de bedste tidspunkter, tider med mere personale til stede og besøg.

Hvordan bruger vi teams i forbindelse med årsstatus?

Teamsygeplejersken har en forberedende årsstatus med patienten. Her belyses patientens egne prioriteringer herunder vigtigste helbredsproblem og personlige mål for helbred, og der tages forprøver. Efterfølgende gennemgår teamlægen resultaterne, uden at patienten er til stede, kommer med forslag til fokuspunkter til årsstatussen og gennemfører medicingennemgang. Den medicin, der ikke umiddelbart er indikation for, gennemgås til årsstatussen.

Teamsygeplejersken (med teamlægen som deltager i en del af eller i hele konsultationen) gennemfører årsstatussen og opdaterer behandlingsplanen. Lægen har således det overordnede ansvar for behandlingen, men samtidigt inddrages sygeplejerskens kompetencer på en måde, så lægen kan målrette sin indsats fagligt og tidsmæssigt. På [irf.dk](#) kan du se en figur med flow for årsstatus.

Hvordan er teams relevante for patienter med polyfarmaci og multisygdom?

For patienter med polyfarmaci og multisygdom er det især vigtigt med overblik over den samlede situation. Det sikres ved kontinuerlig opdatering af behandlingsplanen, og at teamet ser patienten enten hver for sig eller sammen og løbende kommunikerer omkring patienten mundtligt og/eller skriftligt.

Denne gruppe kræver ofte en kombination af faglige, kommunikative og motivationsmæssige kompetencer. Teamstrukturen imødekommer dette ved tværfagligheden. Desuden sikres kontinuitet; ikke en enkeltpersonskontinuitet men en teamkontinuitet.

Som læge er det meningsfuldt at have en teamstruktur, hvor ens kompetencer kan bruges i en mere kondenseret form og med mulighed for kontinuerlig læring og undervisning personalegrupperne imellem. I arbejdet med visse patientgrupper, fx patienter med komplicerede bio-psyko-sociale problemstillinger, kan det være en stor fordel at være et team. Ikke bare i forhold til sparring og supervision i teamet, men også at man som behandlerteam får et ekstra lag af refleksion, når man taler om problemstillingerne. Samtidig reduceres risikoen for empatiudmattelse.

Hvad er udfordringerne med at oprette teams?

Det er svært for nogle patienter at acceptere, at de får en tid hos sygeplejersken, når de tidligere primært har konsulteret lægen. Det kræver tilvænnning og forklaring. De patienter, der forstår konceptet, bliver meget glade for det - specielt dem, der ofte kommer i klinikken.

Det kan tage tid at opdatere vores behandlingsplaner, hvilket øger risikoen for, at der bruges for meget tid på "kontorstuegang". Honorarsystemet i almen praksis er heller ikke noget, der tilgodeser teams.

Tværasektorielt teamsamarbejde

Kommunen er en vigtig samarbejdspartner i arbejdet med borgere med polyfarmaci og multisygdom. Det gælder især for de mindst mobile eller dem, der bor på bo- eller plejetilbud. Denne gruppe kan ofte have svært ved at komme til kontroller, og vi ser dem primært ved besøg. Det er derfor afgørende, at vi har god kommunikation med og valide observationer fra det kommunale plejepersonale. Teamet vil i disse tilfælde udover klinisklæge og sygeplejerske ofte inkludere kommunale nøglemedarbejdere, som indgår i forberedelsen til årsstatus i samarbejde med teamet fra Lægefællesskabet. Det tætte tværasektorielle teamsamarbejde gør, at det er muligt at optimere borgernes yderst komplekse medicinlister.

Hvad gør vi i Sundhedsstyrelsen?

Sundhedsstyrelsen har som formål at bidrage til en rationel og hensigtsmæssig anvendelse af lægemidler til gavn for alle borgere. Dette gøres blandt andet gennem den rådgivning, som vi yder til Sundhedsministeriet og andre myndigheder, hvor mange spørgsmål omhandler brug af lægemidler. Samtidig er en vigtig del af vores formål at udstikke rammer og retning for sundhedsvæsenet, hvor andre aktører står for implementering og drift. For tiden er der flere initiativer i Sundhedsstyrelsen med relevans for forebyggelse og håndtering af uhensigtsmæssig polyfarmaci. Her er tre eksempler på dette.

Nationalt forum for polyfarmaci

Vi har nedsat Nationalt forum for polyfarmaci, som skal følge op på vores anbefalinger om polyfarmaci ved multisygdom. Formålet med forummet er at fastholde fokus på forebyggelse og håndtering af uhensigtsmæssig polyfarmaci og at styrke samarbejdet og koordineringen på tværs af sektorer. Dette indebærer blandt andet at følge op på vores anbefalinger, vidensdeling på tværs af sektorer, samt at identificere fokusområder for videre arbejde med polyfarmaci. Forummet er bredt sammensat og inkluderer blandt andet repræsentanter fra regioner, fagforeninger og interesseorganisationer. Initiativet er taget af Sundhedsstyrelsen.

Nedbringelse af overforbrug af medicin

Vi igangsætter i 2022 en faglig afdækning om nedbringelse af overforbrug af medicin. Formålet er at indsamle og udbrede viden om og gode erfaringer til, hvordan regioner og almen praksis kan bidrage til at nedbringe overforbrug og undgå uhensigtsmæssig brug af medicin. Med afsæt i den faglige afdækning kan enkeltstående initiativer fremhæves, som fx kan fokusere på udbredelse og mere hensigtsmæssig brug af eksisterende værktøjer, herunder medicingennemgang og ikke-farmakologiske tiltag. Der nedsættes en arbejdsgruppe, der skal rådgive Sundhedsstyrelsen. Projektet er en del af udmøntningen af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2022-2025.

Seponeringslisten

Seponeringslisten er målrettet alment praktiserende læger med det formål at understøtte dem i overvejelser om seponering af medicin hos voksne patienter og dermed understøtte rationel farmakoterapi. Listen opdateres en gang årligt i samarbejde med en bredt sammensat arbejdsgruppe.

Hvordan har du det med din medicin?



Snart skal du til læge og tale om bl.a. din medicin. Ved at udfylde skemaet kan du forberede dig på samtalen. Skemaet kan hjælpe dig og din læge med at beslutte, om der er behov for at ændre din medicin.

Er du mest enig eller uenig i følgende udsagn?

Jeg oplever bivirkninger af medicinen, der generer mig væsentligt.

Enig

Hverken
eller

Uenig

Jeg synes nogle gange, at jeg får for meget medicin.

Enig

Hverken
eller

Uenig

Jeg tror måske, at jeg får noget medicin, som jeg ikke har behov for.

Enig

Hverken
eller

Uenig

Jeg er samlet set tilfreds med min nuværende medicin.

Enig

Hverken
eller

Uenig

Er der noget vedrørende din medicin, som du gerne vil drøfte hos lægen?

Ja

Nej

Hvis ja, uddyb: _____

Tag spørgeskemaet med, næste gang du skal til lægen.



Skemaet kan downloades på www.feap.au.dk/PREPAIR

Skemaet "Hvordan har du det med din medicin?", er udviklet af Forskningssenheden for Almen Praksis på Aarhus Universitet.

Habilitetserklæringer, supplerende figurer og referencer kan ses på irf.dk

Udgivet af:
Sundhedsstyrelsen
Indsats for Rationel Farmakoterapi
Islands Brygge 67
DK-2300 København S

Tlf.: 72 22 74 00
Mandag - fredag
9.30-15.00
E-mail: irf@sst.dk
www.sst.dk

Redaktør:
Solveig Forberg
Redaktionskomité:
Britta Tendal Jeppesen
(ansvarshavende)

Bjarne Ørskov Lindhardt
Gitte Krogh Madsen
Birgitte Klindt Poulsen

Sats og layout:
Sundhedsstyrelsen
Tryk: Stibo Complete
Design: Sundhedsstyrelsen
ISSN 2245 9936

Referencer til "PREPAIR - Et redskab til at forberede og involvere patienter i medicinsamtalen"

1. NICE Medicines and Prescribing Centre. Medicines Optimisation. The Safe and Effective Use of Medicines to Enable the Best Possible Outcomes. 2015. NICE Guideline, No 5. www.nice.org.uk/guidance/ng5
2. World Health Organization Medication safety in polypharmacy: technical report. 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325454>
3. Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iran Red Crescent Med J*. Jan 2014;16(1):e12454. doi:<https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>
4. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. Jan 2010;85(1):53-62. doi:<https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>
5. Chegini Z, Arab-Zozani M, Shariful Islam SM, Tobiano G, Abbasgholizadeh Rahimi S. Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. *Nurs Forum*. Oct 2021;56(4):938-949. doi:<https://doi.org/10.1111/nuf.12635>
6. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *Bmj Open*. Dec 8 2014;4(12):e006544. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006544>
7. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. Oct 2013;30(10):793-807. doi:<https://doi.org/10.1007/s40266-013-0106-8>
8. Sandbaek A, Moller MCR, Bro F, Hoj K, Due Christensen L, Mygind A. Involving patients in medicines optimisation in general practice: a development study of the "PREparing Patients for Active Involvement in medication Review" (PREPAIR) tool. *BMC Prim Care*. May 20 2022;23(1):122. doi:<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01733-8>

Referencer til "Samarbejde mellem farmaceuten og almen praksis er afgørende for effekten af medicingennemgang"

1. Sundhedsstyrelsen. Polyfarmaci ved multisygdom - Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde. 2022:54.
2. Kjeldsen LJ, Axelsen TB, Grønkj LS. Udvikling af patientspecifikke begreber vedrørende medicin er en udfordring for alle sundhedsprofessionelle. 2015:4.
3. Bülow C, Noergaard JDSV, Færch KU, et al. Causes of discrepancies between medications listed in the national electronic prescribing system and patients' actual use of medications. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2021;129(3):221-231. doi:10.1111/bcpt.13626
4. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien J. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6(2). doi:10.1136/bmjopen-2015-010003
5. Graabæk T, Bonnerup DK, Kjeldsen LJ, Rossing C, Pottegård A. Pharmacist-led medication review in an acute admissions unit: a systematic procedure description. *Eur J Hosp Pharm*. 2015;22(4):202-206. doi:10.1136/ejhpharm-2014-000507
6. Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 2004;329(7456):15-19. doi:10.1136/bmj.329.7456.15
7. Ravn-Nielsen LV, Duckert ML, Lund ML, et al. Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2018;178(3):375. doi:10.1001/jamainternmed.2017.8274
8. Rasmussen MK, Ravn-Nielsen LV, Duckert ML, et al. Cost-consequence analysis evaluating multifaceted clinical pharmacist intervention targeting patient transitions of care from hospital to primary care. *J Am Coll Clin Pharm*. 2019;2(2):123-130. doi:10.1002/jac5.1042
9. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ*. 2010;340:c1900.
10. Stephen Rollnick, William R Miller, Christopher C. Butler. Motivationsamtalen i Sundhedssektoren. 1st ed.
11. Ravn-Nielsen LV, Burghle A, Christensen PM, et al. Multidisciplinary telephone conferences about medication therapy after discharge of older inpatients: a feasibility study. *Int J Clin Pharm*. 2021;43(5):1381-1393. doi:10.1007/s11096-021-01265-8
12. Sundhedsstyrelsen. Evidensgennemgang for anbefalinger om polyfarmaci ved multisygdom. 2022:72.
13. <https://telefarmakologi.dk>
14. »Det her er ikke en seponeringsfabrik – det er rationel farmakologi«. *Ugeskriftet.dk*. Tilgået October 24, 2022. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/det-her-er-ikke-en-seponeringsfabrik-det-er-rationel-farmakologi>

Figur 1

Behandlingsplan (eksempel)

Senest opdateret: September 2022

FOKUSOMRÅDER

1. Optimering af smertemedicin samt evt kontakt til kommune vedr elscooter
2. Foreslå calciumantagonist
3. Forsøg seponering håndkøbsipren
4. Rygestop

SOCIALT

Bor alene. Skilt i 2009, to udeboende børn, ser dem et par gange om året. Pensioneret, tidligere smed

PATIENTENS MÅL

Ønsker hjælp til elscooter, vil gerne, hvis der kunne gøres noget for hans luft

MEDICINGENNEMGANG

- T2DM: Metformin, Jardiance
- Hypertension: Losartan, Metropololsuccinat
- Hyperlipidæmi: Atorvastatin
- AFLI: Xarelto, Metropololsuccinat
- KOL: Formo Easyhaler, Incruse Ellipta
- Depression: Sertralin
- Osteoporose: Alendronat
- Knæartrose: Pamol, Contalgin
- Andet: movicol (pn), ipren (håndkøb)

UNDERSØGELSER I KLINIKKEN

- Højt blodtryk (2022); 145/90
- EKG (2022); normal
- Spirometri (2022); FEV1/FVC: 0,68; FEV1 0,49

RESUME OVER SYGDOMME

- Lunger: KOL (2019), gennemført sundhedsskolen KOL forløb 2020,
- Endokrin: NIDDM (2004). mål BT: 130/80, LDL 2,5, begyndende neuropati
- Hjerter-kar: AFLI (2015), Ekko 2016 (EF 50)
- Bevægeapparat: Bilat knæartrose (2021), GLADforløb hos fys med nogenlunde effekt
- Psykisk: Depression (2016) forsøgt citalopram stoppet grundet bivirkninger, psykolog 2016-18, suicidalforsøg 2017
- Osteoporose (2019) DEXA 2021

Figur 2

Flow for årskontroller

