



# Hvordan skal vi forebygge og håndtere polyfarmaci ved multisygdom?



Opsummering af IRF's Stormøde 2022

## Introduktion

IRF's Stormøde 2022 debatterede; *Hvordan skal vi forebygge og håndtere polyfarmaci ved multisygdom?* Stormødet tog udgangspunkt i [Sundhedsstyrelsens 13 nye anbefalinger om polyfarmaci ved multisygdom](#), som beskriver konkrete tiltag, der skal være med til at ruste sundhedsprofessionelle, beslutningstagere og myndigheder til at forebygge og håndtere uhensigtsmæssig brug af lægemidler hos personer med multisygdom.

Sundhedsstyrelsen arbejder for at fremme rationel brug af lægemidler – både i valget af lægemiddel, og når et fravalg er det bedste valg. Indsatserne på dette område varetages af Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) i Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsvæsnet er blevet bedre til at behandle specifikke sygdomme, men der er også behov for at kigge på generallistekompetencer, på det samlede sygdomsbillede og på hele medicinlisten. Polyfarmaci har været bredt diskuteret de sidste 20 år, og der er bred enighed om, at der skal være et større fokus på forbruget af medicin hos personer med multisygdom. Polyfarmaci opfattes traditionelt som overforbrug af medicin, men de senere år er der blevet større opmærksomhed på at tale om hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig polyfarmaci, da der er mange tilfælde, hvor polyfarmaci kan være både nødvendigt og gavnligt.



Formålet med Stormødet var derfor at samle en bred gruppe af sundhedsprofessionelle på tværs af forskellige sektorer til debat om udfordringer og mulige løsninger. For første gang var Stormødet en heldagskonference med korte oplæg om formiddagen, workshops om eftermiddagen og en afsluttende paneldebat. I det følgende beskrives en kort opsummering af hovedpunkterne.

# Hovedbudskaber fra formiddagens oplægsholdere

Formiddagen bestod af syv korte oplæg, som havde til formål at belyse problematikkerne ved polyfarmaci og multisygdom fra forskellige vinkler og perspektiver.

Oplægsholderne var blevet opfordret til at skabe debat om emnet uafhængigt af Sundhedsstyrelsens holdninger. Nedenstående opsummering afspejler oplægsholdernes budskaber.

## Hvilke problemstillinger er der ved polyfarmaci ved multisygdom, og hvorfor er det et vigtigt emne?

*Anne Jung og Anne Frølich, Dansk Selskab for Multisygdom og Polyfarmaci*

Polyfarmaci er et kompliceret emne og et emne, hvor det er svært at sammenligne forskning på tværs, da der er tale om en heterogen patientgruppe – altså en gruppe af mennesker, der ikke ligner hinanden, hvis man ser bort fra, at de alle har flere kroniske sygdomme og bruger mange lægemidler på samme tid. Patientgruppen har forskellige behov, forskellig efterspørgsel af information og reagerer forskelligt på den samme information.

På patientniveau er der problemstillinger i at blive behandlet som sygdomme og ikke som en person med mange sygdomme, der er nedsat livskvalitet og nedsat livsglæde, mange bivirkninger, stor behandlingsbyrde og manglende tovholder på tværs af lægefaglige specialer. På samfunds niveau er der store omkostninger, organisationsmæssigt er der udfordringer i at give tilbud til de komplekse patienter, der ikke kan varetages i almen praksis, på trods af 45 minutters konsultation.

## Hvilke udfordringer er der i almen praksis?

*Anne Møller, Dansk Selskab for Almen Medicin*

Den seneste [trivselsundersøgelse](#) blandt de almen praktiserende læger viser, at foruroligende mange praktiserende læger er udbrændte, og at der desværre ses en sammenhæng mellem antallet af multisyge patienter i en lægepraksis og graden af udbrændthed hos læger.

Det er vigtigt at have den enkelte patient i fokus, men tid er en udfordring. Det er vigtigt i samarbejde med patienten at finde ud af, hvad der skal prioriteres. Skal det være den

gode livskvalitet nu? Eller er der noget, der skal forebygges ude i fremtiden? Lægen bidrager med sin medicinske viden og erfaring, men det er kun patienten, der kan besvare spørgsmålet endeligt.

Der er mange, der har holdninger til, hvad der skal foregå under en konsultation i almen praksis, og der er mange interesser. Overblik er løsningen og overblik i journalsystemerne. Der kan være en god grund til at et lægemiddel er fjernet i samtalen med patienten, og almen praksis ønsker accept af individualiseret behandling, samt en forventning af, at den alment praktiserende læge har tænkt, vurderet og diskuteret behandlingen – eller fraværet af behandlingen. Det er vigtigt at huske på, at et organ ikke er vigtigere end andre, og der er nødt til at blive gjort op med specialernes silotænkning.

## Hvilke udfordringer oplever kommunerne?

*Anne Højmark Jensen, Svendborg Kommune*

Kommunerne oplever et stigende antal borgere med flere sygdomme. Kortere liggetid for patienterne på sygehusene giver kommunale behandlingsopgaver - til trods for at kommunerne ikke har behandlingsansvar. Kommunale behandlingsopgaver giver behov for kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere.

I kommunen er der også mange andre udfordringer i tilværelsen for borgerne, eksempelvis arbejdsløshed og familieproblemer. Det er et stort arbejde at koordinere besøg for forskellige steder i sundhedsvæsenet, og der er ikke noget system, der holder styr på aftalerne på tværs af sektorerne. Det er typisk de borgere med færrest ressourcer, der har de største udfordringer, og det er et stort arbejde at skabe overblik.

Derfor er kommunen afhængig af et velfungerende samarbejde med de resterende sektorer. Det er en udfordring for kommunerne at få lægerne med på at ordinere lægemidler, der er dosisdispenserede. Det er kommunernes opfattelse, at det kan hjælpe deres arbejde. Personalet i kommunen kan blive stærkere på, om borgerne får den rigtige medicin.

## Hvordan arbejder regionerne med polyfarmaci i forbindelse med multisygdom?

*Charlotte Olesen, Hospitalsapoteket, Region Midtjylland*

I regionerne er der flere forskellige tilbud for polyfarmaci og multisygdom, blandt andet er der de regionale lægemiddelkonsulenter, der tilbyder hjælp til medicingennemgang, klyngepakker om medicingennemgang og om polyfarmaci, samt materiale på regionernes hjemmesider rettet mod almen praksis. Klinisk farmakologisk afdeling laver medicingennemgang og giver hjælp og støtte både til almen praksis og hospitalerne. Hospitalsapoteket laver medicingennemgang på indlagte patienter, og der er mulighed for at henvise patienter til Klinik for multisygdom. Fælles for alle de forskellige tilbud er, at de ikke bliver brugt særlig meget.



I regionen findes der meget data for lægemiddelområdet, men udfordringen er, at systemerne ikke snakker sammen på tværs, så indsatser ved hjælp af data på tværs ikke umiddelbart er muligt. Sundhedsvæsenet fungerer som siloer inden for hvert sit område, hvor alle arbejder mod det samme. Håbet i denne sammenhæng er, at siloerne nedbrydes.

## Hvordan er det at være person med polyfarmaci og multisygdom? Og hvilke problemer oplever de?

*Morten Freil, Danske Patienter*

Det er svært at give et entydigt patientperspektiv, da personer med polyfarmaci og multisygdom er forskellige, hver især komplicerede og den samme patient har forskellige sygdomsudfordringer. Medicinisterne kan rumme både forebyggende medicin, symptombehandlerende medicin og livsvigtig medicin, og er typisk ordineret af forskellige specialister, der har givet forskellige anbefalinger og forskellige råd. Mangel på overblik over medicin og råd giver utryghed for patienten.

Der skal være et entydigt ansvar. Praktiserende læge skal være central aktør i forhold til medicingennemgang med støtte fra andre faggrupper. Det er afgørende, at patienters medicinering vurderes individuelt og under hensyntagen til den enkeltes funktionsniveau og præferencer. Kun patienten kan beslutte, hvad der skal prioriteres – om de fx vil leve med smerterne for at undgå bivirkningerne ved medicinen.

Uafhængig forskning af interaktioner og cocktaileffekter af at bruge flere slags medicin på samme tid, samt bivirkningsovervågning skal sikres af myndighederne.



## Godkendelse af medicin – Regulatorisk og klinisk evaluering af lægemidler

*Hanne Lomholt Larsen, Lægemiddelstyrelsen*

De hyppigst udleverede lægemidler fra apoteket er lægemidler, der er godkendt for mere end 20-25 år siden. Lægemidler, der er godkendt for mere end 20-25 år siden, er ikke systematisk undersøgt i patienter med multisygdom og/eller polyfarmaci på godkendelsestidspunktet i samme omfang som i dag.

Der er tiltagende krav om at inkludere forsøgspersoner, som afspejler de patienter som i sidste ende er tiltænkt lægemidlet, men der er en grænse for hvor syge patienter kan være, når de skal indgå i et klinisk studie. De skal være i stand til at give samtykke, de skal have et tilstrækkeligt funktionsniveau (fysisk og mentalt) til at kunne gennemføre studiet, og de skal kunne "tåle" behandlingen.

Der er et særligt fokus på krav i forbindelse med lægemiddeludvikling, hvor lægemidlet er tiltænkt brug hos ældre, og dermed patienter med polyfarmaci og multisygdom. Dvs. at der er fokus på at inkludere personer med polyfarmaci og multisygdom, fokus på relevante lægemiddelinteraktioner, anvendelse af visse hjælpestoffer og mængden af natrium, administration med- og uden føde, nøje overvejelse af pakkemateriale for at undgå forveksling, det skal være nemt at åbne, og eventuelt farve af tabletterne, så de er nemmere at skelne fra hinanden.

Lægen bør ved ordination af et lægemiddel nøje overveje, om de undersøgte forsøgspersoner er repræsentative med hensyn til fx multisygdom og polyfarmaci i forhold til den patient, der skal have lægemidlet. Information om de undersøgte forsøgspersoner i studierne er tilgængelig særligt for lægemidler, der er godkendt inden for de seneste 5-10 år.

## Social ulighed i sundhed og i sundhedsvæsenet

*Signild Vallgård, Institut for Folkesundhedsvidenskab*

Social ulighed i sundhed vokser mere i Danmark end i mange andre lande og skabes ikke nødvendigvis i sundhedsvæsenet, men har rod i den måde, som vi indretter vores samfund på generelt. Mulige faktorer bag social ulighed i behandlingen af patienter i sundhedsvæsenet, der kan fremhæves, er ubegribelig kommunikation, forskel i digital kompetence, social distance, fordomme og moralisering hos sundhedspersonalet, samt at patienter med kort uddannelse ofte har mindre social støtte og svagere sociale netværk.

Sygdomme som er mere almindelige blandt mennesker med kort uddannelse, prioriteres forholdsvis lavt i sundhedsvæsenet. Patienter med kræft får bedre behandling, hvis de er samlevende, har god løn og lang uddannelse. Ved kræftbehandling af børn, skal kortuddannede forældre henvende sig flere gange, før deres børn bliver diagnosticeret og børnene får en ringere behandling.

Patienterne får den samme information, men modtager det forskelligt. Kommunikation i sundhedsvæsnet er ofte ubegribelig på skrift, med højt lixtal og med medicinske fagtermer, og kortuddannede har typisk færre sundhedsprofessionelle i deres netværk.

Årsager til forskelsbehandling er en opgave for sundhedspersonalet, ledelser og politikere at ændre. Der skal være særlig opmærksomhed på de meget dårligt stillede, men man må ikke glemme mellemgruppen.



## Drøftelser fra eftermiddagens workshops

Eftermiddagens workshops var hver især bygget op omkring samme struktur, hvor workshoppen blev indledt med to til tre korte oplæg om perspektiver på emnet. Efterfølgende var der forskellige former for gruppearbejde og afslutningsvis en drøftelse i plenum.

Nedenstående afsnit om hver enkelt workshop præsenterer drøftelser af forskellige vinkler og faktorer i relation til emnet og repræsenterer ikke nødvendigvis Sundhedsstyrelsens holdning eller enighed blandt workshoppens deltagere.

### Workshop om medicingennemgang og kommunikation

*Fordele og ulemper ved medicingennemgang – hvordan får vi medicingennemgang til at fungere?*

Workshoppen drøftede forskellige vinkler og faktorer i relation til emnet om medicingennemgang og kommunikation i forbindelse med polyfarmaci og multisygdom. Herunder beskrives et udpluk af drøftelserne:

Medicingennemgang kan foregå både i primær- og sekundærsektoren, og der er meget forskellige opfattelser af, hvad en medicingennemgang indebærer. Der er mange forskellige situationer, hvor medicingennemgang er relevant og medicingennemgang kan foregå både som en status og være mere problemorienteret. Organiseringen er forskellig, alt efter hvad formålet er med at gennemføre den. Flere fremhævede, at det er mest oplagt at gennemføre medicingennemgang i almen praksis.

Det er ikke enkelt at udvælge patienter til medicingennemgang. Der er mange facetter, som bør tages i betragtning, og der skal ikke kun kigges på antallet af lægemidler. Der er brug for forskellige redskaber til forskellige situationer, og lægen skal i højere grad have føling med, om den enkelte patient kan have gavn af en medicingennemgang. Der var desuden enighed om, at man ikke kan lave en medicingennemgang uden at inddrage patienten/pårørende.

Medicingennemgang er ofte særligt relevant blandt de ældre, men livskvaliteten kan muligvis øges mere blandt de yngre grupper.

Der ønskes mere gennemsigtighed på tværs af sektorerne. Flere nævnte relevansen af en platform, hvor det er muligt at kommunikere på tværs af specialer, og hvor de kan mødes virtuelt om den enkelte patient. Det er særligt vigtigt, at almen praksis har adgang til



information og sparring på tværs, hvis de varetager den løbende vurdering af patienternes samlede farmakologiske behandling. Det blev dog også understreget, at det også er vigtigt, at der ikke er for meget unødigt kommunikation på tværs.

Det er svært at overskue, hvilke medicinændringer der er blevet lavet i Fælles Medicinkort (FMK), og det kunne være relevant for forståelsen på tværs af sektorerne, hvis man kunne knytte kommentarer til de enkelte lægemidler. Samtidig blev det foreslået, at FMK i højere grad kan bruges som et kommunikationsværktøj.

Der er behov for mere viden om, hvornår polyfarmaci opstår, og hvilken betydning det har for den enkelte. Derudover er det også relevant at undersøge hvilke patienter, der skal udvælges til medicingennemgang og hvordan de prioriteres, samt udfordringerne ved sektorovergange.

### **Workshop om digital beslutningsstøtte på medicinområdet – hvordan får vi samlet alle de gode råd?**

*Hvordan fungerer digitaliseringen, hvordan bliver det bedre, og hvad er ulempen ved at det bliver så datadrevet?*

Workshoppen drøftede forskellige vinkler og faktorer i relation til emnet om digital beslutningsstøtte på medicinområdet i forbindelse med polyfarmaci og multisygdom. Herunder beskrives et udpluk af drøftelserne:

Fordelen ved elektronisk beslutningsstøtte i ordinationsøjeblikket er, at lægen får oplysninger (advarsler) om hvilke forhold ved de enkelte lægemidler, som lægen skal være særligt opmærksom på. Det kan fx være oplysninger om, at et lægemiddel er kontraindiceret ved en særlig tilstand.

Ulempen ved Fælles MedicinBeslutningsstøtte (FMB) på nuværende tidspunkt er, at lægerne får for mange advarsler i form af forsigtighedsregler og kontraindikationer, så de vigtige advarsler drukner. Der er mulighed for at tilpasning i de enkelte systemer, hvilke advarsler lægen vil have vist, da ikke alle læger har de samme behov. Der er dog ikke mange læger, der kender til denne mulighed. Der er derfor et ønske om undervisning i, hvad systemet kan og hvilke tilpasningsmuligheder der er i det enkelte lægepraksissystem fx via KiAP klyngepakker eller via kvalitetsenhederne fx i form af kurser, eller på lægedagene. Derudover er der et fortsat behov for flere tilpasningsmuligheder.

Der er et ønske om, at 'medicingennemgangs-knapperne' i de forskellige lægepraksis- og elektroniske patient journal-systemer i fremtiden genererer en mere overskuelig liste inddelt efter sygdomme/indikationer (alternativt efter ATC-koder) og gerne kobles med Seponeringslisten, så lægen hurtigt kan få et overblik over, hvad der kan seponeres og hvordan. Der må gerne indgå forslag til udtrappingsplaner.

Fælles Medicinkort (FMK) blev drøftet på workshoppen, med et særligt ønske om, at systemet burde kunne noget mere, fx af sætte en standard slutdato, som man aktivt kan

fjerne, hvis man ikke ønsker at ordinationen stopper. Med en standard slutdato vil almen praksis i højere grad tage stilling til fortsat behandling fx ved årsstatus eller årlig kroniker gennemgang.

FMK bidrager ikke nok til kommunikation mellem sektorer, fx kan man kun se de sidste 2 års receptindløsninger, hvilket er irriterende, hvis man vil se, hvad patienten har forsøgt tidligere. Systemet kunne godt indeholde flere oplysninger og et 'fritekst-felt' til at kommunikere vigtige oplysninger mellem primær og sekundær sektor.

## **Workshop om brugerinddragelse og sundhedskompetence**

*Hvad skal vi være bedre til og hvad kan vi gøre inden for de nuværende rammer?*

Workshoppen drøftede forskellige vinkler og faktorer i relation til emnet om brugerinddragelse og sundhedskompetence i forbindelse med polyfarmaci og multisygdom. Herunder beskrives et udpluk af drøftelserne:

Forebyggelse af ulighed i sundhed på lægemiddelområdet kan ske via bedre rammevilkår, så der er mere tid til patienterne, samt bedre forklaring til og uddannelse af patienten. Sundhedsfagligt personale skal kunne aflæse patientens signaler, og der skal være mere tværgående samarbejde og flere multisygdomsklinikker. Der skal lyttes mere til patienten, og livskvalitet skal indgå som parameter, når der laves målinger i sundhedsvæsenet.

Sundhedsfaglige bliver mere opmærksomme på ulighed i sundhed, når der bliver lavet nationale lægemiddelanbefalinger, hvor der er fokus på patientoplevelser og kvalitative studier frem for primært RCT-studier. Derudover kan der laves en prioriteret rækkefølge af ordinerede præparater, som angiver hvilket præparat der er det vigtigste at tage, hvis patienten ikke har overskud til at tage alle præparater.

Man kan anvende MERIS for at finde frem til de personer, der har behov for en ekstra indsats. Derudover er det vigtigt at være opmærksom på de patienter, der aflyser eller udebliver – og være nysgerrig på hvorfor? Og hvordan vi kan ændre det? Generelt er det vigtigt at sikre langvarige relationelle forhold, så de sundhedsprofessionelle kender patienten.

Vi bliver bedre til brugerinddragelse ved at forventningsafstemme, hvad der er ønsker og hvad der er vilkår. Vi skal kende hinanden, skabe tryghed, tillid og ydmyghed, og som sundhedsprofessionel skal man være ærlig, hvis ikke man kender svaret.



### **Workshop om hvordan laver vi gode guidelines, der tager højde for polyfarmaci og multisygdom?**

*Hvordan sikrer vi, at varighed af behandling, seponering og prioritering af lægemidler indarbejdes i revision af eksisterende og udarbejdelse af nye anbefalinger, retningslinjer og behandlingsvejledninger?*

Workshoppen drøftede forskellige vinkler og faktorer i relation til emnet om guidelines, der tager højde for polyfarmaci ved multisygdom. Herunder beskrives et udpluk af drøftelserne:

Blandt drøftelserne var der forslag om en metodehåndbog/skabelon i forbindelse med udarbejdelse af guidelines, blandt andet indeholdende påmindelse om, at behandlingsvarighed bør indgå i guidelines. Derudover blev ordvalget i guidelines drøftet, fx om det er hensigtsmæssigt at bruge lægemiddelfraser som "tages livslangt".

Et andet forslag, der kom frem under drøftelserne, var, at der bør foretages seponeringsstudier i forbindelse med godkendelse af lægemidler – dette bunder i en oplevelse af manglende evidensgrundlag. Der blev også talt om udfordringer forbundet med at generalisere resultater fra lægemiddelgodkendelsesstudier til mennesker med polyfarmaci og/eller multisygdom.

Det blev desuden drøftet, hvordan svær polyfarmaci kan forebygges blandt andet gennem fokus på faglige kompetencer og tid, samt hvordan patientens behov og ønsker og overvejelser om skrøbelighed og restlevetid inddrages i guidelines. Endvidere blev der talt om lægers bekymringer for at afvige fra guidelines.

## Workshop om forskellige tilbud på tværs af sektorer – muligheder og udfordringer?

*Hvordan kan vi organisere, så det bliver muligt at hjælpe hinanden inden for almen praksis og på tværs i sundhedsvæsenet?*

Workshoppen drøftede forskellige vinkler og faktorer i relation til emnet om forskellige tilbud på tværs af sektorer i forbindelse med polyfarmaci og multisygdom. Herunder beskrives et udpluk af drøftelserne:

Det er vigtigt at sikre, at almen praksis har gode forudsætninger for at være tovholder for patienternes behandlingsforløb. Eksisterende tilbud skal implementeres og gøres lettilgængelige for blandt andet almen praksis - gerne med "ekstern hjælp".

Fælles Medicinkort (FMK) skal opjusteres, så det virker bedre på tværs af sektorer – fx med et kommentarfelt med oplysninger om, hvorfor præparater er seponeret, og med Interaktionsbasen integreret i FMK. Det er en udfordring, at eksterne ikke kan tilgå FMK – fx i hjemmeplejen, blandt farmakonomer og farmaceuter, som ikke selvstændigt kan orientere sig i FMK.

Et relevant spørgsmål at stille er hvilken gruppe patienter sundhedsprofessionelle skal intervenere overfor først? Skal det være de "tunge" (de mest multisyge og dem der får flest lægemidler) eller en "midtergruppe", hvor forebyggelsespotentialet måske er større - hvor starter vi?

Der er generelt for få, der har adgang til de rigtige og/eller tilstrækkelige informationer omkring patienten. Der er brug for et forum med mere tid til patienten med multisygdom og polyfarmaci, og mulighed for at tilgå informationer om patienten på tværs af de sundhedsfaglige sektorer. Så behandleren kan lave "det gode forarbejde" og "den gode gennemgang".



## Hovedbudskaber fra paneldebatten

Paneldebatten blev modereret af Solveig Forberg fra IRF i Sundhedsstyrelsen og panelet bestod af Anne Jung fra Dansk Selskab for Multisygdom og Polyfarmaci, Mikkel Bring Christensen fra Bispebjerg Hospital, Lene Ravn-Nielsen fra Forskningsenheden på Sygehusapotek Fyn, Britta Tendal Jeppesen fra Sundhedsstyrelsen og Flemming Bro fra Forskningsenheden for Almen Praksis. Nedenfor beskrives et udpluk af drøftelserne i paneldebatten:

Deltagerne i panelet var blevet opfordret til at stille tingene skarpt op for at skabe debat om emnet. Nedenstående opsummering er drøftelser og forskellige perspektiver på spørgsmål fra moderater og Stormødets deltagere i salen, debatteret af panelets deltagere.

Paneldebatten blev åbnet med spørgsmålet om, hvorfor vi endnu ikke har fået styr på problematikkerne omkring polyfarmaci ved multisygdom? Der blev hertil svaret, at det er et meget komplekst område, dyrt at gøre noget ved, og det er et område med mange interessenter. Derudover blev problematikken udfordret ved at stille spørgsmål ved, om det overhovedet står så dårligt til med polyfarmaci? Der er rigtig mange muligheder for at afhjælpe problematikken og i Danmark er der ret godt styr på det, sammenlignet med andre lande.

Der var generelt enighed i panelet om, at vi er i gang med at tænke anderledes, og der er kommet fokus på behovet for det tværsektorielle samarbejde, hvor forskellige fagligheder og nye teknologiske muligheder skal spille bedre sammen. Der er små håndgreb, som kan gøre arbejdet meget bedre, men der er behov for, at viden og erfaring bliver implementeret.

Sundhedsfagligt personale skal ikke være bange for at afvige fra guidelines, da guidelines ikke kan favne alle personer, og det er vigtigt at kigge på den enkelte person. Et forslag er at lave guidelines for polyfarmaci ved multisygdom efter Delphi-metoden, hvor eksperter med forskellige indgangsvinkler bliver enige om, hvad er den bedste vejledning inden for området.

Fra salen blev der blandt andet spurgt om, hvorvidt vi prøver at løse et problem, der er her lige nu? Polyfarmaci og multisygdom er en problematik, der kommer til at fortsætte fremadrettet, og hvordan kan vi sikre, at det ikke bliver et problem for dem, der bliver ældre på et senere tidspunkt? Hvordan kan vi være på forkant? Dertil blev der svaret, at de nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen netop indeholder anbefalinger til forebyggelse af polyfarmaci ved multisygdom (de første seks anbefalinger). Det er ikke en problematik, der kommer til at forsvinde, og vi skal være på forkant. Der skal tages højde for forebyggelse i guidelines, i uddannelser, i ordinationsøjeblikket og i vurdering af aktuell behandling.



Derudover er der behov for et forum på tværs af sektorer, og en organisationsstruktur der tager hånd om udfordringerne. Der mangler forskning om udvikling af organisationer og om hvad der virker, som er svært at få finansieret.

Sundhedsstyrelsen anbefaler den alment praktiserende læge som den gennemgående sundhedsperson, men med noget der er så komplekst, bør der være et sted, hvor lægen kan søge sparring og rådgivning. Nogle patienter har mange forløb på hospitalet, hvor den alment praktiserende læge ikke ser patienten i længere tid, og patienter kan klædes bedre på til at have en ligeværdig samtale med sin læge

Som afsluttende spørgsmål blev der spurgt til, hvad panelet ville gøre, hvis de havde fuldstændig frie rammer til at løse problematikken om polyfarmaci. Svaret fra panelet var blandt andet helt fri adgang til systemerne, så alle kan se information på tværs af sektorerne. Der skal fortsat findes gode modeller for fremgang, og sundhedsfaglige skal samles og dele deres erfaringer. Der skal tænkes ud af boksen, og lægen skal klædes bedre på til at stille de rigtige spørgsmål. Derudover skal der også være fokus på den absolutte effekt af medicinen. Det skal undersøges, hvad det er sundhedsprofessionelle har brug for og der skal skabes et forum, hvor specialister kan snakke sammen.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for polyfarmaci ved multisygdom skal ud og leve, der skal følges op, og der arbejdes videre. Arbejdet slutter ikke ved dette Stormøde.



Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥ + ●