

Statusartikel

Ugeskr Læger 2023;185:V05230343

Social prescribing for at reducere polyfarmaci ved KOL i almen praksis

Dea Kejlberg Andelius¹, Nanna Holt Jessen¹, Anders Løkke², Rasmus Østergaard Nielsen^{1, 3} & Julie Sandell Jacobsen^{1, 4}

1) Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus, 2) Medicinsk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle, 3) Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 4) Forskningscenter for sundhed og velfærdsteknologi, VIA University College

Ugeskr Læger 2023;185:V05230343

HOVEDBUDSKABER

- Patienter med KOL er pga. høj forekomst af komorbiditeter ofte udsat for polyfarmaci.
- Der har i de senere år været fokus på at reducere brugen af unødigt medicin i KOL-behandlingen.
- Fysisk aktivitet er et redskab i kampen mod polyfarmaci, og et middel til at lykkes kan være social prescribing.

Danmark har europarekord i andel af befolkningen, som lever med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) [1]. Rekorden tilskrives hovedsageligt befolkningens store tobaksforbrug [1]. Det skønnes, at prævalensen af KOL i Danmark er 300.000-350.000, og sygdommen forårsager mere end 3.300 dødsfald pr. år [1, 2]. Patienter med KOL er overvejende ældre og multimorbide, hvorfor polyfarmaci, dvs. behandling med mindst fem lægemidler, er en væsentlig udfordring i behandlingen af patienterne [3].

Formålet med denne artikel er at gennemgå den nyeste viden om håndtering af patienter med KOL og polyfarmaci i almen praksis. I den forbindelse vil mulighederne for nonfarmakologisk behandling blive diskuteret med særligt fokus på fysisk aktivitet via social prescribing.

KOL, MULTIMORBIDITET OG POLYFARMACI

Patienter med KOL er i øget risiko for polyfarmaci sammenlignet med jævnaldrende uden KOL [4]. Risikoen for bivirkninger er forøget blandt ældre og skrøbelige patienter, som i højere grad end andre udsættes for polyfarmaci. Patienter, som behandles med mange typer af farmaka, har oftere nedsat medicincompliance. De oplever samtidig højere grad af bl.a. faldtendens, konfusion, indlæggelse, interaktioner, bivirkninger og medicineringsfejl [5]. Set i et samfundsperspektiv er der en økonomisk, social og klimamæssig byrde relateret til polyfarmaci – bl.a. grundet hyppigere indlæggelser [6].

Fra udenlandske studier estimeres det, at op mod 50% af alle patienter med KOL udsættes for polyfarmaci [4]. Den store andel af patienter, der behandles med > 4 lægemidler, kan forklares ved, at patienter med KOL ofte har mange komorbiditeter som f.eks. kardiovaskulær sygdom, diabetes, metabolisk syndrom, lungekræft, osteoporose, bevægeapparatsmerter, angst og depression [3, 5]. Disse er alle lidelser, som ofte behandles med flere og forskellige typer af farmaka. Hvis hver enkelt af patientens komorbiditeter behandles efter gældende retningslinjer, resulterer det ofte i, at patienten udsættes for polyfarmaci. Konsekvensen af dette er, at behandlingen af patienter med KOL er en kompleks opgave for den sundhedsprofessionelle at varetage.

KOL I ALMEN PRAKSIS – TILTAG FOR AT MINDSKE MEDICINFORBRUGET

Behandlingen af KOL i almen praksis består overordnet set af tre elementer: rygestop, fysisk aktivitet og medicinsk behandling. Den medicinske forebyggende behandling består primært af en eller to slags langtidsvirkende bronkieudvidende inhalationsmedicin – eventuelt i kombination med inhalationssteroid (ICS) (Tabel 1). For at reducere forbrug af inhalationsmedicin, brugerrelaterede fejl samt for at lette medicinadministrationen kan man med fordel overveje at anvende inhalatorer, som kombinerer forskellige typer af inhalationsmedicin. Prednisolon, antibiotika og korttidsvirkende bronkieudvidende inhalationsmedicin anvendes primært ved akutte forværringer [7]. Andre behandlingsmuligheder eksisterer, men vil ikke blive berørt i denne artikel grundet fokuset på behandlingsmuligheder i almen praksis. Der har de seneste ti år været øget fokus på individualiseret symptomdrevet behandling og på at skabe bedre balance mellem virkninger og bivirkninger i behandlingen af KOL.

TABEL 1 Oversigt over den hyppigste anvendte inhalationsmedicin til behandling af patienter med KOL.

Farmakon	Virkning	Bivirkninger
Langtid- og korttidsvirkende muskarin-receptorantagonist	Blokerer de muskarinerge receptorer i luftvejene og får de glatte muskler i luftvejene til at slappe af	Mundtørhed Svækket syn Urinretention Obstipation
Langtids- og korttidsvirkende β_2 -agonist	Aktiverer de adrenerge receptorer på glat muskulatur i luftvejene og får de glatte muskler i luftvejene til at slappe af	Tremor Muskelkramper Irritation i mund og svælg Søvnbesvær Hyperglykæmi Hypokaliæmi Agitation
Inhalationssteroid	Mindsker inflammation lokalt i lungernes slimhinde	Candidiasis oris Hæshed Hoste Halsgener Lungebetændelse

Eksempler på medicinreducerende tiltag er: 1) Reduktion af behandlingsvarigheden. Behandlingsvarigheden med prednisolon i forbindelse med en eksacerbation er typisk reduceret fra ti til fem dage [8]. Desuden er der sat fokus på, at ikke alle luftvejsinfektioner hos patienter med KOL kræver behandling med prednisolon [9]. Det mindskede forbrug må forventes at mindske risikoen for udvikling af bl.a. osteoporose, diabetes og metabolisk syndrom. 2) Reduceret antibiotikaforbrug. KOL-eksacerbationer behandles ikke automatisk med antibiotika, medmindre patienten udviser tegn på pneumoni i form af øget ekspektoration eller øget purulens af ekspektorat [9]. Behandlingsvarigheden er typisk reduceret fra ti til fem dage. Et mindsket forbrug af antibiotika er gavnligt for den enkelte patient, som oplever færre bivirkninger, og for samfundet pga. mindre risiko for resistensudvikling. 3) Fokus på korttidsvirkende inhalationsmedicin. Der er kommet øget fokus på, at korttidsvirkende inhalationsmedicin, dvs. short-acting beta agonist (SABA) og short-acting muscarinerg antagonist (SAMA), alene bør anvendes i akutte situationer og ikke som daglig p.n.-behandling. I stedet bør patienterne sættes i fast langtidsvirkende behandling med long-acting muscarinerg antagonist (LAMA) og/eller long-acting beta agonist (LABA). Effekten af korttidsvirkende medicin må antages at være beskedent, og risikoen for bivirkninger øges, hvis patienten i forvejen indtager LAMA/LABA. 4) Indikation for behandling med ICS er

ændret. Indikationen for behandling med ICS er blevet indsnævret, og den nyeste behandlingsvejledning råder til at reducere eller at seponere ICS hos patienter, som ikke har eksacerbationer eller en astmatisk komponent. En reduktion i ICS vil mindske risikoen for pneumoni, candidiasis oris, hoste, halsgener, hæshed og smagsforstyrrelser.

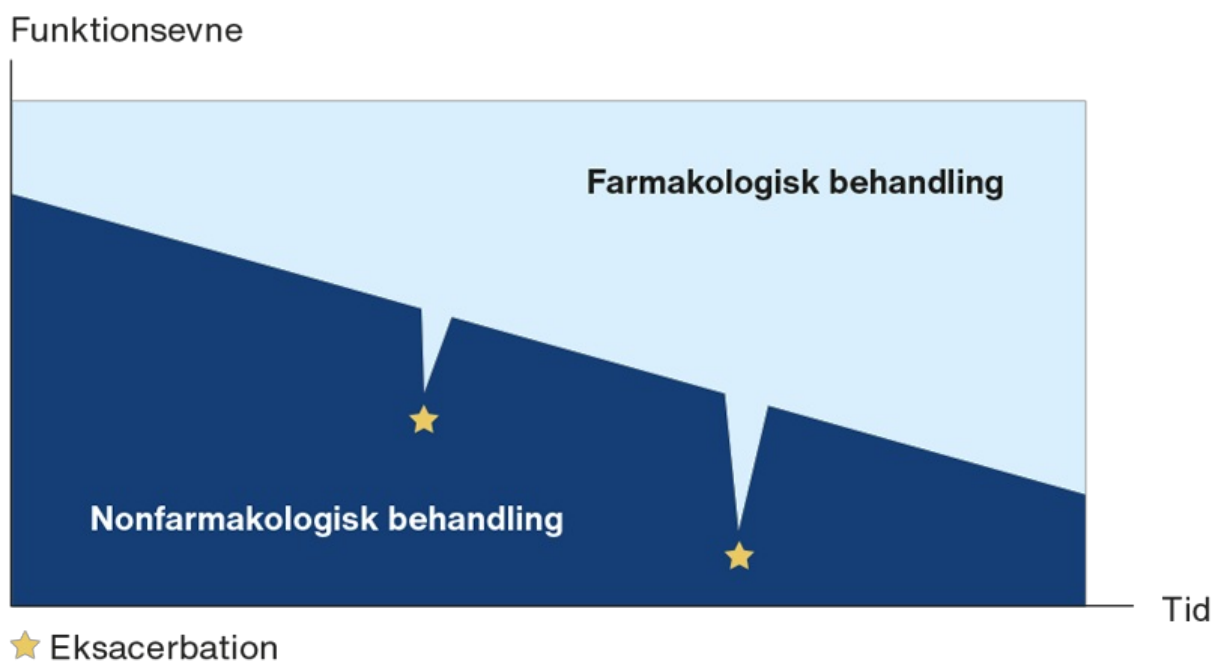
Overordnet gælder for alle ovenstående tiltag, at det samtidig er mere omkostningseffektivt og mindre klimabelastende, da 88% af al receptpligtig medicin udskrives fra almen praksis, og da det største klimaaftryk fra almen praksis menes at stamme fra medicin [10, 11].

Ud over nye behandlingsvejledninger med fokus på mere simpel og hensigtsmæssig medicinering er der også udviklet værktøjer til anvendelse i forbindelse med medicingennemgange, som har til formål at reducere patienternes brug af unødige farmaka, f.eks. »Seponeringslisten« fra Institut for Rationel Farmakoterapi og pjecen »Medicingennemgang i praksis« fra Sundhedsstyrelsen [12, 13].

NONFARMAKOLOGISK BEHANDLING OG EFFEKT PÅ MEDICINFORBRUG

Et essentielt supplement til at reducere farmakologisk behandling af KOL er fokus på behandling af KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) – særligt rygestop og motion. Disse nonfarmakologiske behandlinger kræver betydelig viden, fokus og målrettet kommunikation fra de sundhedsprofessionelles side, således at man kan skræddersy hjælpen med personaliseret medicin og derigennem øge motivationen hos den enkelte patient. KOL er en dynamisk sygdom, og balancen mellem farmakologisk og nonfarmakologisk behandling ændrer sig, i takt med at sygdommen udvikler sig, men bør altid gå hånd i hånd (**Figur 1**).

FIGUR 1 Forholdet mellem farmakologisk og nonfarmakologisk behandling ændres i løbet af livet. Figuren er inspireret af Dansk Lungemedicinsk Selskabs klaringsrapport om palliation til voksne med kronisk fremadskridende nonmalig lungesygdom, 2015.



Ryging

For patienter med KOL, som ryger eller som har røget, er fortsat rygestop grundstenen i behandlingen – ikke mindst fordi dødeligheden blandt rygere er to til tre gange så høj som blandt aldrigrygere [14]. Derudover er rygestop den eneste måde, hvorpå man kan bremse tabet af lungefunktion [15]. Effekterne af et rygestop er desuden færre eksacerbationer og indlæggelser samt nedsat dødelighed [15]. Rygning er en væsentlig risikofaktor for multimorbiditet, og rygestop er en vigtig del i behandlingen af en række hyppige komorbiditeter, heriblandt kardiovaskulære sygdomme, lungekræft og osteoporose [16]. En patients fremtidige behov for medicinsk behandling, og dermed risiko for polyfarmaci, vil være reduceret ved et succesfuldt rygestop [17].

Fysisk aktivitet

Pulmonal rehabilitering og som essentielt led heri, fysisk aktivitet, er et andet kerneelement i behandlingen af KOL. Pulmonal rehabilitering fører til reduktion af både eksacerbationer, indlæggelser og muligvis også tidlig død. Dertil kommer andre gavnlige effekter som øget funktionsevne, mindre åndenød, fremme af mental sundhed og bedre livskvalitet [18]. På trods af de mange fordele ved fysisk aktivitet er patienter med KOL, som oftest, mindre aktive end deres lungeraske jævnaldrende [19]. Årsagerne til nedsat fysisk aktivitet er mange, men især manglende viden om de positive effekter og frygten for åndenød er nogle af dem [20].

Det er tidligere vist, at sociale motionsfællesskaber øger lysten til træning og træningsintensiteten blandt patienter med KOL [21]. Desværre kan det være vanskeligt for sundhedsprofessionelle at hjælpe patienter til at indgå i sådanne fællesskaber. Dels fordi det kan være en tidskrævende opgave, og dels fordi det kan volde

vanskeligheder for den enkelte sundhedsprofessionelle at have et overblik over, hvilke motionsfællesskaber der er til rådighed i patientens lokalområde [22]. Her kan en ny tilgang, nemlig social prescribing, måske gøre en forskel [23].

SOCIAL PRESCRIBING SOM REDSKAB TIL NONFARMAKOLOGISK BEHANDLING

Social prescribing betyder direkte oversat »social ordination«. Det er en tilgang, hvor den praktiserende læge (eller anden sundhedsprofessionel) kan henvise patienter til en brobygger, som efter at have afdækket patientens ressourcer og ønsker kan hjælpe patienten ind i sociale fællesskaber af forskellig art i lokalområdet [24, 25]. Indsatsen er individorienteret og har til formål at støtte patienter på det/de område(r) i livet, hvor de aktuelt oplever udfordringer [26].

Den praktiserende læge fungerer gennem sin kontakt med en stor del af lokalbefolkningen og sit kendskab til den enkelte patient og dennes ressourcer og personlige udfordringer som en indgangsport til social prescribing. Hvis den praktiserende læge identificerer en patient med KOL, som trods optimal behandling fortsat er udfordret af en nedsat fysisk funktionsevne, bevægeapparatssmerter eller generel nedsat trivsel, kunne en mulig behandlingsstrategi være at sætte fokus på fysisk aktivitet. Vejledning i forebyggende tiltag er en af kerneopgaverne i almen praksis. Alligevel viser forskning, at praktiserende læger finder det vanskeligt at konkretisere denne vejledning [20]. Social prescribing skal ses som en metode til at lette denne opgave og derved støtte de praktiserende læger.

Den praktiserende læges rolle er at identificere patienter, som ønsker at dyrke fysisk aktivitet, men som behøver yderligere hjælp og vejledning. Lægen kan herved vha. social prescribing henvise patienten til en lokalt forankret brobygger. Brobyggeren vil efter en samtale med patienten forsøge at afdække dennes ønsker og behov og herefter hjælpe patienten ind i en passende type af motionsfællesskab. Social prescribing er udviklet i Storbritannien, hvorfor det også er her, de fleste eksempler på social prescribing skal findes [23]. Social prescribing er ikke systematisk implementeret i en dansk kontekst, men flere kommuner, f.eks. Aarhus Kommune, arbejder med brobyggerordninger, der har til formål at hjælpe borgerne til øget fysisk aktivitet og reducere af ensomhed [27]. I Aarhus Kommune tilbydes borgere, som har gennemført kommunens rehabiliteringstilbud, en opfølgende samtale med en kommunalt ansat brobygger. Efter endt samtale identificerer borgeren og brobyggeren i fællesskab et motionstilbud, som falder inden for de ønskede rammer. Den efterfølgende støtte er baseret på en individuel vurdering og kan variere fra en enkelt kontakt til langvarig rådgivende støtte [27].

KONKLUSION

I takt med den demografiske udvikling – med flere ældre med flere sygdomme – vil håndtering af polyfarmaci komme til at fylde mere. Polyfarmaci hos patienter med KOL i almen praksis vil kunne reduceres ved fokus på korrekt medicinering. Mere forskning i betydningen af polyfarmaci, og om vi kan ændre på eksisterende behandlingsregimer, er en anden mulighed.

I et større perspektiv er nonfarmakologisk behandling – særligt rygestop og motion – formodentlig den mest effektive måde at reducere polyfarmaci på. Dette vil samtidig tale ind i behovet for mere bæredygtige løsninger i sundhedsvæsenet. Der er behov for øget fokus på, hvordan vi bedst hjælper kronikere – herunder patienter med KOL – til en mere aktiv livsstil for at forebygge multimorbiditet og dermed polyfarmaci. Social prescribing har potentiale til at være et middel til at nå dette mål. Der er dog behov for yderligere evidens for effekten på det fysiske aktivitetsniveau, og sikring af praktiske foranstaltninger såsom opbakning fra de lokale idrætsforeninger, kommuner/regioner og praktiserende læger samt udvikling af understøttende it-systemer til en dansk kontekst.

Korrespondance *Dea Kejlberg Andelius*. E-mail: dea.andelius@ph.au.dk

Antaget 28. august 2023

Publiceret på ugeskriftet.dk 16. oktober 2023

Interessekonflikter ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelse *Peter Lübben*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, for illustrationer

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2023;185:V05230343

SUMMARY

Social prescribing to reduce polypharmacy in patients with COPD in general practice

Dea Kejlberg Andelius, Nanna Holt Jessen, Anders Løkke, Rasmus Østergaard Nielsen & Julie Sandell Jacobsen

Ugeskr Læger 2023;185:V05230343

Patients suffering from COPD are often treated with a substantial number of medications due to multimorbidity. The combination of multimorbidity and polypharmacy can make the treatment of individuals with COPD difficult. Although guidelines in recent years have focused on the reduction of inappropriate medication, there is still room for improvement. This review suggests an increased focus on smoking cessation and physical activity in terms of the use of social prescribing to prevent polypharmacy and thereby improve sustainability in patients with COPD.

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2017. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Anbefalinger-for-tv%C3%A6rsektorielle-forl%C3%B8b-for-mennesker-med-KOL.ashx> (24. maj 2023).
2. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2021, 2022. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/doedsaarsager/doedsaarsagsregisteret_2021.pdf (24. maj 2023).
3. Cavallès A, Brinchault-Rabin G, Dixmier A et al. Comorbidities of COPD. *Eur Respir Rev.* 2013;22(130):454-75. doi: 10.1183/09059180.00008612.
4. Hanlon P, Nicholl BI, Jani BD et al. Examining patterns of multimorbidity, polypharmacy and risk of adverse drug reactions in chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional UK Biobank study. *BMJ Open.* 2018;8(1):e018404-e018404. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018404.
5. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *European geriatric medicine.* 2021;12(3):443-452. doi: 10.1007/s41999-021-00479-3.
6. Mair A, Wilson M, Dreischulte T. Addressing the challenge of polypharmacy. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2020;60:661-681. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010919-023508.
7. Dansk Selskab for Almen Medicin. KOL, 2023. <https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=visKapitel&cid=977&gotoChapter=986> (24. maj 2023).
8. Walters JAE, Tan DJ, White CJ, Wood-Baker R. Different durations of corticosteroid therapy for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(12):CD006897. doi: 10.1002/14651858.CD006897.pub3.
9. Dansk Lungemedicinsk Selskab. KOL – Behandling, 2019. <https://lungemedicin.dk/kol-behandling/> (30. maj 2023).
10. Pottegård A, Olesen M, Christensen B et al. Who prescribes drugs to patients: a Danish register-based study. *Br J Clin Pharmacol.* 2021;87(7):2982-2987. doi: 10.1111/bcp.14691.
11. British Medical Association. Sustainable and environmentally friendly general practice report, 2020. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/gp-premises/sustainable-and-environmentally-friendly-general-practice-report> (24. maj 2023).

12. Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten 2023, 2023. <https://www.sst.dk/da/viden/laegemidler/rationel-farmakoterapi/medicingennemgang/seponeringslisten> (24. maj 2023).
13. Sundhedsstyrelsen. Medicingennemgang i praksis, 2023. <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Laegemidler/Medicingennemgang/Medicingennemgang-i-praksis.ashx?la=da&hash=D438883A1524DDAC2C088768426F096DE6C6B8EE> (24. maj 2023).
14. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D et al. Smoking and mortality--beyond established causes. *N Engl J Med.* 2015;372(7):631-40. doi: 10.1056/NEJMsa1407211.
15. Tashkin DP, Murray RP. Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2009;103(7):963-74. doi: 10.1016/j.rmed.2009.02.013.
16. Navickas R, Petric VK, Feigl AB, Seychell M. Multimorbidity: What do we know? What should we do? *J Comorb.* 2016;6(1):4-11. doi: 10.15256/joc.2016.6.72.
17. Jha P. The hazards of smoking and the benefits of cessation: a critical summation of the epidemiological evidence in high-income countries. *Elife.* 2020;9:e49979. doi: 10.7554/eLife.49979.
18. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Dansk register for kronisk obstruktiv lungesygdom – Årsrapport 2021. <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-register-for-kronisk-obstruktiv-lungesygdom/> (30. jun 2022).
19. Keogh E, Williams EM. Managing malnutrition in COPD: a review. *Respir Med.* 2021;176:106248. doi: 10.1016/j.rmed.2020.106248.
20. Verberne LDM, Leemrijse CJ, Swinkels ICS et al. Overweight in patients with chronic obstructive pulmonary disease needs more attention: a cross-sectional study in general practice. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2017;27(1):63. doi: 10.1038/s41533-017-0065-3.
21. McCarthy B, Casey D, Devane D et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(2):CD003793. doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub3.
22. Vorrink SNW, Kort HSM, Troosters T, Lammers J-WJ. Level of daily physical activity in individuals with COPD compared with healthy controls. *Respir Res.* 2011;12(1):33. doi: 10.1186/1465-9921-12-33.
23. Østergaard EB, Sritharan SS, Kristiansen AD et al. Barriers and motivational factors towards physical activity in daily life living with COPD - an interview based pilot study. *Eur Clin Respir J.* 2018;5(1):1484654. doi: 10.1080/20018525.2018.1484654.
24. Grodner S, Prewitt LM, Jaworsk BA et al. The impact of social support in pulmonary rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Behav Med.* 1996;18(3):139-45. doi: 10.1007/BF02883389.
25. Brandborg CE, Skjerning HT, Nielsen RO. Physical activity through social prescribing: An interview-based study of Danish general practitioners' opinions. *Health Soc Care Community.* 2021;30(5):1969-1978. doi: 10.1111/hsc.13577.
26. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health.* 2022;7(5):e008524. doi: 10.1136/bmjgh-2022-008524.
27. Kurpas D, Mendive JM, Vidal-Alaball J et al. European perspective on how social prescribing can facilitate health and social integrated care in the community. *Int J Integr Care.* 2023;23(2):13.
28. Golubinski V, Wild EM, Winter V, Schreyögg J. Once is rarely enough: can social prescribing facilitate adherence to non-clinical community and voluntary sector health services? Empirical evidence from Germany. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1827.
29. Midtgaard J, Christensen JR, MacDonald CS, Færch M. Social prescribing i bekæmpelse af ensomhed og understøttelse af fysisk aktivitet. *Ugeskr Læger.* 2023;185(11):V09220545.
30. Aarhus Kommune. Brobygning til foreninger og fællesskaber – Aarhus Kommune. <https://sundeborgere.dk/case/brobygning-til-foreninger-og-faellesskaber-aarhus-kommune/> (17. jul 2023).