

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2023;185:V205166

Multisygdom og polyfarmaci

Anne Frølich

Ugeskr Læger 2023;185:V205166

Cirka 25% af den danske befolkning er multisyge, dvs. multisygdom defineret som det at have to eller flere samtidige kroniske sygdomme. Definitionen af multisygdom diskuteres løbende [1]. Forekomsten af multisygdom forventes at stige med 1,4% om året og kan tilskrives både en genuin stigning af kroniske sygdomme i en aldrende befolkning og forbedrede diagnose- og behandlingsmuligheder. Stigende alder er den vigtigste risikofaktor for multisygdom, desuden rammes kvinder hyppigere, og lav social position er også en væsentlig faktor [2]. Populationen af personer med multisygdom er karakteriseret ved at have lavere sundhedsrelateret livskvalitet, reduceret fysisk formåen, højere forekomst af psykiske sygdomme, øget mortalitet og et større forbrug af sundhedsydelser. Patientgruppen af multisyge er yderst inhomogen med forskellige sygdomme og store forskelle i både sygdoms- og behandlerbyrde. Begrebet kompleks multisygdom beskriver tilstanden hos de mennesker, der har høj både sygdoms- og behandlerbyrde, og denne gruppe udgør samlet 5-15% af personerne med multisygdom.

Organiseringen af sundhedsvæsenet betyder, at læger og sygeplejersker varetager behandling af enkeltsygdomme i siloopdelte specialer. Patienterne oplever således ofte fragmenterede forløb, hvor blandt andet den relationelle kontinuitet mellem patient og behandler går tabt, men også vigtige informationer i overgangene udveksles ikke tilfredsstillende [3]. En række organisatoriske modeller for indretning af sundhedsvæsenets ydelser ved multisygdom er afprøvet med varierende resultater, blandt andet forlængede konsultationer i almen praksis, tværsektoriel koordinering og teamsamarbejder [4, 5].

Behandling af multisygdom baseres ofte på guidelines for enkeltsygdomme, hvilket er ensbetydende med komplekse behandlingsregimer og polyfarmaci. Det er et stort problem, blandt andet fordi evidensgrundlaget for behandlingen da ikke er til stede. Mere end halvdelen af befolkningen over 60 år er i behandling med fem eller flere forskellige slags lægemidler, mens næsten hver femte får udskrevet mindst ti forskellige lægemidler. U hensigtsmæssig polyfarmaci omfatter overmedicinering, ukorrekt medicinering og undermedicinering. De kliniske konsekvenser af uhensigtsmæssig polyfarmaci er hyppigere hospitalsindlæggelser, bivirkninger, fejlernæring, fald, kognitiv og psykisk svækkelse samt død. Polyfarmaci er således en stærk indikator for potentiel risiko for utilsigtede hændelser. Medicingennemgang er et anerkendt værktøj, der benyttes til at optimere medicineringen hos patienter med polyfarmaci. Det er

centralt, at medicingennemgangen foregår i et samarbejde på tværs af sektorer for at sikre sammenhæng og vidensoverførsel i sygdoms- og medicineringsforløbene.

Den faglige ekspertise til behandling af mennesker med multisygdom fordrer, at fremtidens speciallæger i højere grad bør uddannes til også at være generalister. Speciallægerne bør som nu have stor specialviden inden for deres eget speciale, men derudover have grundigt kendskab til de hyppigst samforekommende sygdomme inden for specialets sygdomme. I den reviderede plan for lægers videreuddannelse fremgår det, at specialerne fremover vil levere indhold mhp. at sikre lægers kompetencer til behandling af den komplekse multisyge patient. Viden vedrørende indholdet i curriculum for undervisning i multisygdom er dog foreløbigt sparsomt både nationalt og internationalt.

Udviklingen i forekomsten af multisygdom og de dermed forbundne omkostninger fordrer, at sundhedsvæsenets organisering, fordelingen af opgaver og anvendelse af teknologi bør gentænkes. Behovet for integrerede patientforløb skal imødekommes blandt andet gennem udvikling af sammenhængende økonomiske og ikkeøkonomiske incitamentsstrukturer. Der er behov for mere viden om multisygdoms epidemiologi, forebyggelse, forløb over tid, behandling og opfølgning som en del af grundlaget for gentænkning af organiseringen.

Korrespondance *Anne Frølich*, Videns- og Forskningscenter for Multisygdom og Kronisk Sygdom, Slagelse Hospital, Region Sjælland, og Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. E-mail: anfro@sund.ku.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Willadsen TG, Bebe A, Køster-Rasmussen R et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(2):112-21. doi: 10.3109/02813432.2016.1153242.
2. Jensen NL, Pedersen HS, Vestergaard M et al. The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. *Clin Epidemiol*. 2017;9:279-289. doi: [10.2147/CLEP.S129415](https://doi.org/10.2147/CLEP.S129415).
3. Schiøtz ML, Høst D, Frølich A. Involving patients with multimorbidity in service planning: perspectives on continuity and care coordination. *J Comorb* 2016;6:95-102. doi: 10.15256/joc.2016.6.81.
4. Eriksen CU, Birke H, Holding SAL et al. Organization of care for people with multimorbidity: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Integr Care*. 2021;20:60. doi: [10.5334/ijic.s4060](https://doi.org/10.5334/ijic.s4060).
5. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1(1):CD006560. doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub4.