

Polyfarmaci og almen praksis

LEDER

John Sahl Andersen,
Flemming Bro, Jens
Søndergaard &
Janus Laust Thomsen

Ugeskr Læger
2019;181:V70235

Behandling af ældre med mange lægemidler samtidigt er udbredt i såvel Danmark som andre vestlige lande. Hvis man definerer polyfarmaci som samtidig brug af ≥ 5 lægemidler, er der i Danmark ca. 750.000 patienter i polyfarmaceutisk behandling, svarende til 13% af befolkningen. Andelen af patienter med polyfarmaci er 54% hos +75-årige [1]. Hovedparten af lægemidlerne ordineres i almen praksis. Således ordineres 99,5% af lægemidler mod type 2-diabetes (ekskl. insulin) og 99,4% af alle lipidmodificerende midler i primærsektoren [2]. Polyfarmaci hos ældre er i observationelle studier påvist at være associeret med et øget antal hospitalsindlæggelser, mange bivirkninger og høj mortalitet [3].

Polyfarmaci er tæt forbundet med multimorbiditet. Brug af flere lægemidler ved multimorbiditet er ofte velindiceret, men den absolutte gevinst, som der opnås gennem ordination af ny medicin til patienter, der i forvejen får multiple medikamenter, er aftagende, og risikoen for skadelige virkninger er stigende. Behandlingen er ofte blevet iværksat under en indlæggelse af speciallæger, der har højtspecialiserede medicinske prioriteringer og formentligt mindre blik for andre aspekter af patientens sygdomme. Praktiserende læger har som generalister den særlige opgave at samle trådene vedrørende behandling af de mange forskellige sygdomme og sammen med patienten prioritere og justere behandlingen. Det fælles medicinkort (FMK) og adgang til hospitalsjournaler via nettet har bedret overblikket, men der er brug for flere redskaber til almen praksis.

I et nyligt publiceret Cochranereview [4] har man gennemgået evidensen for effekten af forskellige interventioner over for polyfarmaci. Der blev identificeret 32 relevante studier fra 12 lande (ingen danske), hvoraf 28 var randomiserede og i alt inkluderedes 28.672 patienter ≥ 65 år. De 16 af studierne var udført i primærsektoren. Desværre viste reviewet, at det er usikkert, om interventionerne forbedrer den generelle kvalitet af medicineringen eller reducerer antallet af patienter, der er i behandling med potentielt uhensigtsmæssige medikamenter, eller nedbringer andelen af patienter med manglende ordination af hensigtsmæssig medicin. Studierne var gennemgående af lav metodologisk kvalitet.

I studierne sker inklusionen tit ud fra en simpel grænse for antallet af præparater, som oftest ≥ 5 . Men det er for snæver en tilgang. Almen praksis bør arbejde personcentreret med polyfarmaci hos de enkelte patienter. Det gælder også udvælgelsen af patienter til medicingennemgang. Blikket må især rettes mod æl-

dre, skrøbelige patienter, som får medikamenter, der ofte er forbundet med væsentlige bivirkninger. Interventionerne må udvikles sammen med brugerne i almen praksis. Men der mangler gode randomiserede studier på området, specielt om seponering af medicin.

Efteruddannelse af praktiserende læger i klinisk farmakoterapi har igennem mange år på fornem vis primært været varetaget af lokale regionale lægemiddelkonsulenter og Institut for Rationel Farmakoterapi. Det er afgørende at have sådanne kritiske organer til at stå for vurderinger af evidens, uddannelse og andre målrettede interventioner på lægemiddelområdet.

Vi ved for lidt om, hvordan vi bedst muligt identificerer og hjælper de patienter, der er i uhensigtsmæssig polyfarmaceutisk behandling. Evidensbaseret kvalitetsudvikling samt forskning på praksisniveau og i opgaveoverdragelse er nødvendig. Men simple strukturelle tiltag, der ikke belaster en i forvejen hårdt presset almen praksis, er tillokkende [5]. Vi vil derfor foreslå, at man på recepter i fremtiden angiver behandlingsvarigheden i stedet for antal tabletter og pakningsstørrelse. Hermed er det op til apoteket at udlevere det rigtige antal pakker med de korrekte tidsintervaller. Denne simple ændring vil implicit fastsætte en dato for revurdering af ordinationen og dermed forhindre, at uvirkelige behandlinger fortsættes, og bivirkninger ikke opdages. Ydermere vil dette tiltag fjerne »tom aktivitet« i systemet, hvor patienter i dag må kontakte lægen for receptfornyelse, selvom lægelig revurdering ikke er nødvendig. Men som for alle andre gode ideer bør der tillige følges op med videnskabeligt baseret evaluering.

LITTERATUR

- Christensen MB. Polyfarmaci. <https://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318739> (15. okt 2018).
- Fried TR, O'Leary J, Towle V et al. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:2261-72.
- NICE. Multimorbidity and polypharmacy. <https://www.nice.org.uk/advice/ktt18/chapter/Evidence-context> (15. okt 2018).
- Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;9:CD008165.
- Rotenberg DK. Jeg fornyer ikke recepter. *Månedsskr Alm Praks* 2015;93:1017-22.

KORRESPONDANCE:

John Sahl Andersen, Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, Københavns Universitet. E-mail: sal@sund.ku.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk