

A: sundhed

Farmakologer: Farlig polyfarmaci skal løses med virkelighedsnære studier

DEBAT

31. oktober 2019 kl. 2:00 | 0 kommentarer



"Silomedicin" er et problem. Enhver sygdom behandles selvstændigt ud fra en vejledning ofte uden hensyn til patientens øvrige sygdomme og medicinindtag, skriver Charlotte Vermehren og Hanne Rolighed Christensen.

DEBAT: For at håndtere problemet med polyfarmaci skal vi prioritere udførelsen af kliniske studier, der er tættere på virkelighedens medicinbrugere, skriver læger fra Klinisk Farmakologisk Afdeling.

Af Charlotte Vermehren og Hanne Rolighed Christensen

Leder for Medicinfunktionen for Almen Praksis, Klinisk Farmakologisk Afdeling, og ledende overlæge, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Da vores afdeling, Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital, for nylig var værter ved et stort medicinsymposium, hørte vi en historie om en ældre dame fra Canada, der led af demens, havde dårlig balance og sad i rullestol.

Hun fik ikke mindre end 27 forskellige lægemidler, svarende til 31 tabletter – hver dag.

Da der blev luget ud i hendes medicin, lavede hun op, blev social, klar i hovedet og behøvede ikke længere sin rullestol.

TEMA: HVORDAN FÅR VI RYDDET OP I DE ÆLDRES MEDICINSKABE?

- 1  **Overblik: Sådan vil centrale aktører rydde op i ældres medicinskabe**

6. november 2019

- 2  **Farmakologer: Farlig polyfarmaci skal løses med virkelighedsnære studier**

31. oktober 2019

- 3  **DSAM: Afskaf recepter, og indfør realistisk medicin**

29. oktober 2019

Historien er desværre ikke et særtilfælde. I Danmark har vi i dag over 750.000 polyfarmacipatienter, over fem lægemidler, og cirka 25 procent af dem får mere end 10 forskellige lægemidler. Dette vil ofte være for mange.

Ud over besværet med at indtage alle disse lægemidler og den større økonomiske byrde øges risikoen for bivirkninger. Det er imidlertid vigtigt at gøre opmærksom på, at der er situationer, hvor det giver god mening at give endog mange lægemidler.

Studier ligner ikke virkeligheden

Men hvad er det, som går galt? Enhver læge ønsker det bedste for sine patienter og starter derfor gerne medicinske behandlinger op ud fra velunderbyggede behandlingsvejledninger, som er baseret på resultater fra kliniske studier.

Men de kliniske studier er foretaget på en kontrolleret måde, som sjældent ligner den virkelige verden.

Kliniske studier undersøger hovedsageligt virkningen af én medicinsk behandling hos en gruppe patienter med én og samme sygdom. På den måde bliver de patienter, som lider af flere kroniske sygdomme, ekskluderet fra at medvirke i de vigtige undersøgelser.

Og det er et stort problem, da det er viden om behandling af netop disse patienter, som vi mangler for at kunne tilbyde dem en veldokumenteret og effektiv behandling.

En løsning kunne være at prioritere udførelse af kliniske studier, der er tættere på virkelighedens medicinbrugere, og at sikre en tættere opfølgning på effekt og bivirkninger i disse tilfælde.

Evidens for virkning mangler

Hvad kan vi gøre for at forhindre farlig polyfarmaci?

Vi skal blive bedre til at komme på forkant med den uhensigtsmæssige polyfarmaci, før den opstår.

En regel kan være kun at starte en behandling op, når der er en sikker indikation, og hvis en behandling påbegyndes, bør lægen på samme tidspunkt vurdere, hvornår den skal revurderes og eventuelt stoppes eller justeres efter effekt og bivirkninger.

Når læger udskriver medicin, så kan de læne sig op ad et utal af forskellige behandlingsvejledninger og andre anbefalinger på medicinområdet.

Men vi mangler evidens for virkningen af veldokumenterede "mono-medicinske behandlinger", som gives til patienter, der har flere sygdomme og en lang medicinliste.



Næste artikel

[Overlæge: Industriens mangelfulde lægemiddelstudier rammer multisyge](#)

Stop silomedicinen

Vi har brug for intelligent designede studier med klinisk relevante effektmål, der valdt kan bidrage med viden om, hvordan lægen bedst muligt igangsætter og seponerer, det vil sige stopper, medicin ved multimorbiditet og polyfarmaci hos blandt andet ældre borgere.

Som det er i dag, bliver en ny behandling hyppigt sat i gang, hver gang en sygdom bliver diagnosticeret, hvilket ikke altid er nødvendigt.

Det er her, at vi taler om silomedicin, som henviser til, at enhver sygdom behandles selvstændigt ud fra en given vejledning – og ofte uden at tage hensyn til patientens øvrige sygdomme og medicinindtag.

Behandling efter "silomedicin-metoden" resulterer meget let i endnu en polyfarmacipatient.

Det er her, at de røde lamper begynder at blinke:

- De nuværende behandlingsvejledninger tager ofte ikke stilling til, hvornår en behandling skal stoppe igen.
- De tager ikke stilling til den multisyge polyfarmacipatient – for hvilken sygdom og behandling skal prioriteres? Og hvilke lægemidler kan tages samtidigt uden at påvirke udfaldet?
- Hvad er vigtigt for patienten? Opstart og stop af medicinske behandlinger bør ske på baggrund af en fælles beslutning mellem læge og patient for at give det bedst mulige resultat.
- Vi har ikke gode observationer over effekt og bivirkninger i virkeligheden.

Det er vigtige og desværre meget aktuelle problematikker, som alle sundhedsprofessionelle bør handle på. Men det er lettere sagt end gjort.

Patienten skal involveres

Mange læger føler det som et stort ansvar at stoppe en patients medicinering – blandt andet på grund af utrygheden om, hvorvidt det kan skade patienten. Der mangler viden om at stoppe med medicin.

Blandt vores kolleger, både i Danmark og i udlandet, er der bred enighed om, at det er en forudsætning, at vi bliver bedre til at involvere patienten i beslutningen om at stoppe en medicinering.

Patienter bliver mere tilfredse med deres medicin, når de bliver inddraget, og de får også større lyst til at tage den som foreskrevet.

Dette kan i sig selv være med til forhindre lægemiddelrelaterede problemer og hospitalsindlæggelser.

Hvordan får vi ryddet op i de ældres medicinske? » [Medicin »](#)

[Patienter »](#) [Bispebjerg Hospital »](#)

debat@altinget.dk

FAKTA