

$\frac{\text{Effekt}}{\text{Bivirkninger} \times \text{pris}} = \text{Rationel Farmakoterapi}$

Afmedicinering i almen praksis: Udfordringer og muligheder

Carina Lundby¹⁻⁴, Daniel Pilsgaard Henriksen^{1,4,5}, Jesper Ryg^{1,6,7}, Jens Søndergaard^{1,3}, Iben Lund Thonesen⁸, Anton Pottegård^{1,2,4}

Løbende stillingtagen til den samlede lægemiddelbehandling og systematisk afmedicinering er en vigtig klinisk indsats og bør prioriteres. Almen praksis ordinerer op mod 90% af al receptpligtig medicin [1] og fungerer oftest som den primære tovholder og ansvarlige for den enkelte patients samlede behandling. Almen praksis er derfor en central aktør for såvel start som stop af behandling. Afmedicinering (engelsk: deprescribing) betegner den systematiske vurdering og stop af behandling, som dog i dagligdagen besværliggøres af en række praktiske og strukturelle barrierer. I denne artikel beskriver vi afmedicinering som en central klinisk indsats til at sikre hensigtsmæssig brug af lægemidler blandt ældre, de barrierer der er for afmedicinering i almen praksis, værktøjer der kan understøtte afmedicinering i almen praksis og nyere tiltag på området.

Den ældre medicinske patient

Forbruget af lægemidler stiger med stigende alder. For eksempel er 51% af 75+-årige danskere i behandling med 5 eller flere receptpligtige lægemidler, mens dette gælder for 66% af de 90+-årige [2]. Det stigende lægemiddelforbrug er ofte også knyttet til diagnosticering af nye sygdomme eller kliniske overgange. For eksempel er indflytning på danske plejehjem forbundet med en stigning i lægemiddelforbrug fra median 6 til 8 lægemidler om dagen for den enkelte beboer, hvilket fastholdes i årene efter indflytning [3].

Samtidig behandling med mange lægemidler kan være både hensigtsmæssigt og rationelt. Blandt ældre er behandling med et stort antal lægemidler dog forbundet med en række problemer, som flere artikler i Månedssbladet Rationel Farmakoterapi tidligere har belyst [4-7]. At være i behandling med et stort antal lægemidler er i sig selv den største risikofaktor for bivirkninger, lægemiddelinteraktioner og alvorlige lægemiddel-relaterede hændelser. Hertil kommer, at både bivirkninger og lægemiddelinteraktioner er hyppigere hos ældre som følge af aldersbetingede ændringer i farmakokinetik og -dynamik, mens evidensen for en positiv effekt af behandling med mange lægemidler blandt ældre generelt er begrænset, idet ældre ofte ekskluderes fra kliniske lægemiddelforsøg. Herudover vil hensigtsmæssigheden af

en given behandling ændre sig, når den forventede tid til effekt af behandlingen overstiger patientens forventede restlevetid, og når patientens overordnede behandlingsmål ændrer sig fra at være forebyggende til at være symptomlindrende. Endeligt er der en række praktiske udfordringer forbundet med et stort lægemiddelforbrug, fx at det for mange ældre kan udgøre en betydelig belastning hver dag at skulle indtage et stort antal tabletter.

Afmedicinering

Afmedicinering er formelt defineret som »den planlagte, superviserede dosisreduktion eller seponering af et lægemiddel, hvor de potentielt gavnlige effekter ikke længere opvejer de potentielt skadelige effekter« [8]. Afmedicinering er altså fokuseret på at mindske brugen af medicin og har til formål, via dosisreduktion eller seponering, at sikre, at patienter alene anvender den medicin, der er nødvendig, effektiv, sikker og ikke mindst i overensstemmelse med den enkeltes behandlingsmål og -ønsker. I praksis sker dosisreduktion eller seponering af et lægemiddel oftest reaktivt som følge af en konkret klinisk hændelse, fx en bivirkning. Den mere proaktive vurdering af den samlede medicinliste og fremtidige potentielt gavnlige hhv. skadelige effekter sker dog mindre hyppigt, formentlig fordi denne proces bl.a. er forbundet med usikkerhed om

- 1) ODIN, Odense Deprescribing INitiative, Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet
- 2) Sygehusapotek Fyn, Odense Universitetshospital
- 3) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet
- 4) Klinisk Farmakologi, Farmaci og Miljømedicin, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet
- 5) Farmakologi, Odense Universitetshospital
- 6) Geriatrik Afdeling, Odense Universitetshospital
- 7) Geriatrik Forskningsenhed, Klinisk Institut, Syddansk Universitet
- 8) Indsatser for Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen

lægemidlernes potentielle fremtidige effekter.

Adskillige videnskabelige artikler har beskrevet gennemførligheden og effekterne af afmedicinering blandt ældre. Overordnet kan afmedicineringstiltag reducere lægemiddelforbruget [9–13]. Der kommer stadig mere viden om de positive effekter af afmedicinering på kliniske og patient-centrerede effektmål. For eksempel fandt en systematisk oversigtsartikel baseret på 132 studier, hvor både randomiserede og ikke-randomiserede studier indgik, at der var signifikant effekt af afmedicinering på dødelighed blandt ældre patienter i de ikke-rando-

miserede studier. Effekten på dødelighed i de randomiserede studier viste samme tendens, men var ikke statistisk signifikant [10]. En anden systematisk oversigtsartikel baseret på 41 randomiserede studier fandt, at afmedicinering var forbundet med en reduktion i andelen af plejehjemsbeboere, der oplevede fald [11]. Medicin-specifikke studier har også vist sådanne positive effekter. Som eksempel blev stop af statin-behandling blandt patienter med en forventet restlevetid på under et år fundet at være både sikkert (ingen statistisk signifikant forskel i død mellem interventions- og kontrolpatienter efter 60 dage) og forbundet

med en forbedring i livskvalitet [14]. Evidensen for de positive effekter af afmedicinering på kliniske og patient-centrerede effektmål er dog fortsat begrænset [15–18]. Dette har affødt en diskussion om behovet for i højere grad at anvende kliniske og mere patientnære effektmål i fremtidige kliniske afmedicineringsstudier [19].

Danske ældre vil gerne tale om muligheden for at tage mindre medicin, hvis deres læge inviterer til den dialog, og de er generelt åbne overfor lægens forslag om afmedicinering [20–22]. Samtidig er danske praktiserende læger og andre sundhedsprofessionelle enige om behovet for at vurdere den samlede medicinbyrde hos de ældre [23].

Barrierer for afmedicinering

Barrierer for afmedicinering er komplekse og afhænger af konteksten, men kan overordnet være relateret til både kultur, organisation/struktur og den enkelte person, fx patienten eller den praktiserende læge [24–29]. Nogle barrierer er universelle, fx den generelt manglende vejledning til afmedicinering i kliniske behandlingsvejledninger [24, 25, 28] eller praktiserende lægers tilbageholdenhed med at stoppe behandlinger, der er startet på sygehuset [24, 30, 31]. Andre barrierer er specifikke for bestemte lægemidler, fx patienters frygt for aftræknings symptomer ved stop af antidepressiv behandling [32] eller praktiserende lægers bekymringer om usikkerheden forbundet med stop af forebyggende kardiovaskulær behandling såsom statiner eller antihypertensiva [33]. Yderligere eksempler på barrierer for afmedicinering er præsenteret i **Tabel 1**.

Der er behov for en mere systematisk tilgang til området, så ansvaret for afmedicinering ikke alene hviler på den enkelte patient eller praktiserende læge. Udfordringerne skal håndteres forskelligt og kan groft inddeles i barrierer, som kræver yderligere forskning og udvikling, og barrierer, som kan imødegås alene ved at italesætte dem. Et eksempel på en barriere, som kræver udvikling, er manglen på vejledning til afmedicinering i kliniske behandlingsvejledninger. De praktiserende læger efterlyser vejledning til, hvornår det kan være relevant at stoppe en given behandling, og hvordan det praktisk skal gøres [24, 25].

Tabel 1. Eksempler på barrierer for afmedicinering.

Barriere	Beskrivelse
Patient	
Manglende viden om muligheden for afmedicinering	Patienter, særligt ældre, er ofte uvidende om, at afmedicinering er en mulighed. I praksis gør dette, at de ikke selv vil sætte spørgsmålstejn ved deres behandling og foreslå muligheden for afmedicinering til deres praktiserende læge.
Bekymringer om potentielt negative effekter af afmedicinering	Patienter kan være bekymrede for potentielt negative effekter af afmedicinering, fx forværring af sygdom eller risiko for aftræknings symptomer.
Forståelse af behandling	Patienter kan have en bestemt forståelse af en given behandling, fx at den er gavnlig eller nødvendig for dem.
Praktiserende læge	
Tilbageholdenhed med afmedicinering af behandling startet på sygehuset	Praktiserende læger kan være tilbageholdende med at ændre behandling startet på sygehuset, fx fordi de træder ind på andre lægers territorier, eller fordi det er uklart for dem, på hvilken indikation behandlingen er startet.
Bekymringer om usikkerhed forbundet med afmedicinering	Praktiserende læger kan være bekymrede om usikkerheden forbundet med afmedicinering (de potentielt gavnlige effekter hhv. potentielt skadelige effekter), særligt af forebyggende behandling med eksempelvis statiner eller antihypertensiva.
Manglende vejledning til afmedicinering i kliniske behandlingsvejledninger	Praktiserende læger kan føle, at de mangler vejledning til afmedicinering, både ift. hvornår det kan være relevant at stoppe en given behandling, og hvordan det rent praktisk skal gøres.
Organisation/struktur	
Gennemførlighed	Et til tider fragmenteret sundhedssystem med involvering af mange behandlere; utilstrækkelig kommunikation på tværs af sektorer; IT-systemer som ikke understøtter afmedicinering, fx med manglende mulighed for at pause behandling.
Kultur	
»Ordinationskultur«	Behandling efter sygdomsspecifikke behandlingsvejledninger, som ikke tager hensyn til patienter med multisygdom; generelt fokus på behov for start frem for stop af behandling.

Tabel 2. Eksempler på danske og internationale værktøjer til afmedicinering.

Værktøj	Indhold
Danske værktøjer	
Seponeringslisten [37]	Liste med forslag til seponering af hyppigt anvendte lægemidler
Medicingennemgang i praksis [38]	Vejledning til systematisk medicingennemgang
STOPP-listen ^a [50]	Liste med potentielt uhensigtsmæssige lægemidler til ældre patienter
Internationale værktøjer	
www.deprescribing.org	Hjemmeside med bl.a. værktøjer til afmedicinering, fx evidensbaserede guidelines og patientmaterialer, samt webinarer og nyheder relateret til den nyeste forskning inden for afmedicinering
Evidensbaserede guidelines til afmedicinering af specifikke lægemiddelgrupper [40–44]	Guidelines med konkret vejledning til afmedicinering af protonpumpehæmmere, antidiabetika, antipsykotika, benzodiazepiner og demensmidler (acetylkolinesterasehæmmere og memantin)
STOPPFrail-listen [46]	Liste med potentielt uhensigtsmæssige lægemidler til skrøbelige ældre patienter med begrænset forventet restlevetid
STOPPFall-listen [47]	Liste med potentielt uhensigtsmæssige lægemidler til ældre patienter med høj faldrisiko inkl. konkret vejledning til afmedicinering for alle lægemidler på listen

a) Den danske version af STOPP-listen kan findes på Dansk Selskab for Geriatri's hjemmeside: http://danskelskabforgeriatri.dk/www/dok/start_stopp/start_stopp_dansk.pdf [50]. Bemærk at selskabet skriver, at versionen er forældet.

Andre barrierer kan adresseres ved at tale om dem og ved at styrke erfaringsudveksling mellem læger omkring afmedicineringsforløb. Et eksempel på en sådan barriere er nogle praktiserende lægers bekymring for at italesætte afmedicinering ifm. nedsat forventet restlevetid af frygt for, at patienter vil føle sig opgivet [25]. Når man spørger patienterne, er dette dog langt fra tilfældet, da de fleste gerne vil tale om både muligheden for at tage mindre medicin [20, 22, 34] og deres forventede restlevetid [35]. Et andet eksempel er, at de fleste ældre patienter ikke er klar over muligheden for afmedicinering [20, 22, 36]. Dette betyder i praksis, at langt de fleste ikke vil sætte spørgsmålstegn ved deres behandling og dermed, at det i udtalt grad vil være den praktiserende læges ansvar at italesætte muligheden for revurdering af behandling og potentiel afmedicinering.

Værktøjer til afmedicinering

Både nationalt og internationalt er der udviklet en række værktøjer, som kan

understøtte afmedicinering i almen praksis (**Tabel 2**).

I Danmark er der både generiske og medicin-specifikke værktøjer, som praktiserende læger kan bruge i afmedicineringsprocessen. Et eksempel er Seponeringslisten fra Sundhedsstyrelsen, som angiver konkrete forslag til seponering af lægemidler med relevans for almen praksis [37]. Et andet eksempel er pjecen »Medicingennemgang i praksis«, som Sundhedsstyrelsen udgav i samarbejde med de fem regioner i 2018, og som beskriver, hvordan praktiserende læger kan gribe medicingennemgang an [38]. Foruden disse værktøjer har de praktiserende læger mulighed for at søge farmakologisk rådgivning fra en række forskellige instanser (**Tabel 3**). Alle regioner har både polyfarmaciambulatorier og geriatriske ambulatorier, som praktiserende læger kan henvise komplekst medicinerede patienter til for at få foretaget en vurdering af patientens medicinering. Derudover er der de klinisk farmakologiske afdelinger, hvor praktiserende læger kan søge rådgiv-

Inspiration til, hvordan kan du gå i dialog med din patient

Spørgsmål du kan stille din patient, fx ved årsstatus

Hvordan har du det med din medicin? Hvad er vigtigt for dig?

- Inden konsultationen er det en god idé at kigge din patients medicinliste igennem, så du kan komme med konkrete forslag til, hvad der kan seponeres. Brug Seponeringslisten og andre relevante værktøjer fra **Tabel 2** som inspiration til hvilken medicin, der kan seponeres, og hvordan den kan seponeres.
- Under konsultationen kan du spørge ind til, om der er noget medicin, som din patient af en eller anden grund ikke tager, men som fremgår af medicinkortet. Spørg til håndkøbsmedicin.

Tror du, at du får noget medicin, som ikke er nødvendigt, eller som giver bivirkninger?

- Oplys din patient om, hvor 'stor' effekt de forskellige lægemidler har (fx number needed to treat, hvis du kender tallet), og vær ikke bange for at tale om, at høj alder og/eller forventet kort restlevetid taler imod fortsat behandling med nogen typer af forebyggende medicin.

Tal med din patient om hvilken medicin, der er livsvigtig, forebyggende og symptomlindrende

Seponér:

- Forebyggende behandling, hvis den forventede effekt ikke overstiger din patients forventede restlevetid.
- Symptomlindrende behandling, som ikke giver mærkbar effekt og/eller hvor der er bivirkninger, der påvirker din patients livskvalitet. Forsøg eventuelt nedtrapning eller pause-ring først.

Lav en plan sammen med din patient

Kilder: Seponeringslisten 2022 [37], Medicingennemgang i praksis 2018 [38], DSAMs redskabsark om overblikstatus og årsstatus: <https://vejledninger.dsam.dk/statuskons/?mode=visKapitel&cid=1359>

ning om bl.a. afmedicinering hos konkrete patienter.

Internationalt er deprescribing.org den vigtigste indgang til kliniske ressourcer for afmedicinering. [Deprescribing.org](http://deprescribing.org) udviklede i 2016 en metode for udvikling af evidensbaserede guidelines til afmedicinering [39] og står på nuværende tidspunkt bag guidelines til afmedicinering af fem specifikke lægemiddelgrupper [40–44], inklusiv en 2-siders algoritme til brug i klinisk praksis for hver lægemiddelgruppe (Tabel 2). Derudover findes der utallige internationale værktøjer, som kan bruges i afmedicineringsprocessen; generiske værktøjer, medicin-specifikke værktøjer, elektroniske beslutningsstøtteværktøjer, værktøjer til at identificere potentielt uhensigtsmæssig medicinering og værktøjer til at involvere patienter i processen [45]. Gode eksempler er de nye udgaver af STOPP-listen specifikt målrettet hhv. skrøbelige ældre med begrænset restlevetid (STOPPFrail) [46] og ældre med øget risiko for fald (STOPPFall) [47] (Tabel 2). STOPPFall indeholder detaljeret vejledning til afmedicinering for alle lægemidler på listen [47].

Samlet kan disse internationale ressourcer og værktøjer med fordel bruges som inspiration i danske organisationer og videnskabelige selskaber, der udarbejder handlingsanvisende materiale fokuseret på afmedicinering målrettet danske praktiserende læger.

Perspektiver på afmedicinering

Vi vurderer, at det vigtigste strukturelle tiltag inden for afmedicinering vil være udviklingen af evidensbaserede guidelines til afmedicinering. Studier har vist, at deres implementering er forbundet med både en reduktion i lægemiddelforbrug [48] og en øgning i lægers selvvaluerede kompetencer ift. afmedicinering af specifikke lægemiddelgrupper [49]. Vejledning til afmedicinering bør dog i fremtiden i højere grad indtænkes som en del af de etablerede kliniske behandlingsvejledninger [19], en opgave som vil skulle løftes af specialeselskaberne. Dette gælder også, når Sundhedsstyrelsen kommer med nationale anbefalinger. Bedre støtte fra guidelines, herunder de etablerede kliniske behandlingsvejledninger, vil kunne imødegå andre væsentlige barrierer

for afmedicinering, fx tilbageholdenhed med at stoppe behandling startet på sygehuset [24, 30, 31], og vil kunne medvirke til en ændring af den generelle ordinationskultur.

Korrespondance:

Carina Lundby
carina.lundby.olesen@rsyd.dk
Habilitetserklæringer og referencer
 kan ses på www.irf.dk

Tabel 3. Muligheder for farmakologisk rådgivning i de fem regioner.

Region	Polyfarmaciambulatorier (kræver henvisning) ^a	Kliniske Farmakologiske afdelinger
Hovedstaden	Polyfarmaciambulatorium, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Polyfarmakiklinik, Nordsjællands Hospital	Medicininfo Mail: medicininfo@regionh.dk Telefon: 38635700
Sjælland	Medicinsk Fælles Ambulatorium, Holbæk Sygehus	Medicininformation Mail: medinfo@regionsjaelland.dk Telefon: 47323243
Syddanmark	Telefarmakologisk Ambulatorium, Region Syddanmark	Lægemiddelinformationen Mail: li@rsyd.dk Telefon: 20228855
Midtjylland	Polyfarmacicenter, Aarhus Universitetshospital (forbeholdt diabetespatienter) Klinik for Multisygdom, Regionshospitalet Silkeborg	Lægemiddelrådgivningen Mail: kfa@auh.rm.dk Telefon: 23280601
Nordjylland	Ambulatorium for Polyfarmaci, Aalborg Universitetshospital, Hobro	Lægemiddelrådgivningen Mail: kfa@auh.rm.dk Telefon: 23280601

Geriatriske afdelinger og ambulatorier

På tværs af de fem regioner er det muligt at henvise ældre patienter til og søge farmakologisk rådgivning om ældre patienter hos de geriatriske afdelinger og ambulatorier

a) På irf.dk findes denne tabel med aktive links

Håndtering af senfølger ved COVID-19 i almen praksis

Eskild Johansen¹, Jeanett Friis Rohde²

Indledning

Den 26. februar 2020 blev den første patient med COVID-19 diagnosticeret i Danmark, og den 11. marts 2020 erklærede Verdenssundhedsorganisationen (WHO) COVID-19 for en pandemi [1]. I Danmark er der pr. 7. december 2021 mere end 2.950 mennesker døde med COVID-19. I alt har mere end 516.000 personer været smittet, og af disse har over 20.000 haft behov for indlæggelse under sygdomsforløbet [2]. I de senere faser af pandemien har man observeret stor variation i varigheden og omfanget af symptomerne ved COVID-19.

WHO definerer 'post-COVID-19' som mindst ét symptom, der bliver ved over to måneder efter en infektion med ny coronavirus, og som ikke kan forklares med andre diagnoser. Der kan være tale om symptomer fra sygdomsfasen, som fortsætter, eller om nye symptomer, der opstår [3]. Sundhedsstyrelsens anbefalinger bygger på, at vedvarende symptomer ≥ 4 uger betragtes som langvarige symptomer, og at vedvarende symptomer ≥ 12 uger efter primær infektionen anses som senfølger [4]. Symptomerne repræsenterer et kontinuum af symptomer fra flere organsystemer, som varierer i omfang fra lette til svære symptomer, hvor der kan være behov for en sundhedsfaglig indsats. For information om specifikke langvarige symptomer/senfølger henvises til afsnittet »litteraturgennemgang (3.2)« i Sundhedsstyrelsens opdaterede rapport »Senfølger ved COVID-19 – Anbefalinger til organisering af indsatsen for patienter med langvarige symptomer ved Covid-19«.

Faktaboks 1

Konkrete opgaver for den praktiserende læge ved senfølger ved COVID-19

- Udredning af mistanke om vedvarende symptomer/senfølger i almen praksis bør foregå ved fremmøde af patienten. Udredning skal være tilrettelagt den enkelte patient, og bør tage udgangspunkt i patientens symptomer, funktionsniveau, bekymringer, forventninger og ønsker.
- Differentialdiagnoser skal overvejes. Særligt fokus på ældre og yngre, som kan præsentere atypiske sygdomsforløb.
- Objektive og parakliniske undersøgelser skal tilpasses den enkelte patient, men blodprøver, røntgen thorax og saturationsmåling (i hvile og ved belastning) vil være indiceret ved størstedelen.
- Vurder, om det er relevant at tilbyde patienten en undersøgelse af funktionsniveau, fx ved en rejse-sætte-sig-test. Under testen registreres graden af åndenød, puls og iltmætning. For vejledning se: <https://vejledninger.dsam.dk/media/files/16/rejse-s-tte-sig-test.pdf>
- Fokus på mentale og psykiske udfordringer som senfølge til COVID-19, samt løbende monitorering af ændringer ved brug af valideret screeningstest.
- Støtte til self-management af symptomer ved rådgivning om fx fastsættelse af realistiske mål i hverdagen, information omkring sikkerhedsnet og udlevering af relevant skriftlig information.
- Instruktion i systematisk lugtetræning ved påvirket smags- og/eller lugtesans. Se DSAMs miniguide: https://www.dsam.dk/files/366/miniguide_traening_af_lugtesans_virker.pdf
- Rådgivning om energiforvaltning både i henhold til job og privatliv. Behovet vil være individuelt. Eventuel henvisning til afklarende samtale i kommunen.
- Vurdering af behov for yderligere multidisciplinær udredning ved privat praktiserende speciallæge, psykolog, på specifik sygehusafdeling eller i regional COVID-19-senfølgeklinik.

Kilde: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>

Faktaboks 2

Kriterier for henvisning til videre udredning af senfølger ved COVID-19

1. Uventede eller komplekse og langvarige symptomer fra et eller flere organsystemer, som påvirker personens funktionsniveau i væsentlig grad og
2. Tilstanden er opstået i forbindelse med infektion med ny coronavirus (enten påvist på baggrund af test, eller på baggrund af, at det vurderes overvejende sandsynligt efter en samlet klinisk vurdering)

Symptomer fra et enkelt organsystem → relevant sygehusafdeling
Uventede/komplekse symptomer fra flere organsystemer → senfølgeklinik

Sundhedsstyrelsens rapport

»Senfølger ved COVID-19 – 3. version«

I december 2021 udgav Sundhedsstyrelsen 3. version af rapporten »Senfølger ved COVID-19«. Rapporten indeholder anbefalinger om organisering af indsatsen for patienter med langvarige symptomer/senfølger

efter COVID-19 [4]. Rapporten opdateres løbende og nærmere information kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Håndtering af senfølger ved COVID-19 i almen praksis

Der foreligger ingen evidens for farmakologisk behandling af den til-

1) Familielægerne Korsgade i Hobro

2) Enhed for Evidensbaseret Medicin, Sundhedsstyrelsen

grundlæggende årsag ved COVID-19 senfølger. En ny rapport fra The National Institute of Health and Care Excellence (NICE)[5] har gennemgået evidensen omkring udredning og symptombehandling af senfølger ved COVID-19 i almen praksis. Evidensen er sparsom og primært baseret på kohorte studier inkluderende patienter, som har været indlagt under primær infektionen [5], se faktaboks 1.

Henvisningsmuligheder

Patienter, som oplever lette men vedvarende symptomer, kan have behov for sundhedsfaglige indsatser i primær sektor, herunder almen praksis. Den praktiserende læge kan ved behov henvise til afklarende samtale i kommunen med henblik på visitation til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Patienter med uventede og/eller komplekse symptomer fra flere organsystemer kan henvises til regionale senfølgeklinikker [4]. Generelt bør en henvisning til videre udredning og behandling i senfølgeklinikker indeholde den information, der beskrives i faktaboks 2. Man bør dog være opmærksom på regio-

nale forskelle og orientere sig i den specifikke henvisningsvejledning.

Viden om senfølger ved COVID-19 opdateres løbende med udgangspunkt i den nyeste forskning og monitorering. For mere information se faktaboks 3.

Faktaboks 3

Supplerende information til læger

NICE guidelines: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>

Strategy of Patient-Oriented Research (SPOR):

https://sporevidencealliance.ca/wp-content/uploads/2021/06/Care-Models-for-Long-COVID_Full-Report_2021.06.18.pdf

WHO: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1

Deeble Institute:

<https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2021-05/apo-nid312413.pdf>

Supplerende information til patienter

Lugtetræning: https://www.vest.rm.dk/afdelinger/ore-nase-halsafdelingen/patienter-og-parorende/ny_ambulatorium/klinik-for-lugte-og-smagsforstyrrelser/

Generelle råd til håndtering af langvarige symptomer/senfølger ved COVID-19:

www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Nyhedsfiler/covidfolder_laeseudg.pdf

Hjælp til self-management

<https://www.yourcovidrecovery.nhs.uk>

<https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2021/04/Raad-til-hvad-du-selv-kan-goere-efter-COVID-19-WEB.pdf>

Korrespondance:

Jeanett Friis Rohde

jfrr@sst.dk

Habilitetserklæringer og referencer

kan ses på www.irf.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN
Rationel farmakoterapi

Sæt kryds i kalenderen

IRF Stormøde 2022

Heldagskonference 2. juni

Hvordan skal vi forebygge og håndtere polyfarmaci ved multisygdom?

Referencer

1. Pottegård A, Olesen M, Christensen B, et al. Who prescribes drugs to patients: A Danish register-based study. *Br J Clin Pharmacol* 2021;:bcp.14691. doi:10.1111/bcp.14691
2. Kornholt J, Christensen MB. Prevalence of polypharmacy in Denmark. *Dan Med J* 2020;67.
3. Lundby C, Jensen J, Larsen SP, et al. Use of medication among nursing home residents: a Danish drug utilisation study. *Age and Ageing* 2020;49:814–20. doi:10.1093/ageing/afaa029
4. Rationel Farmakoterapi. Den gamle medicinbruger. 2017. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2017/Rationel-Farmakoterapi-4-2017/Den-gamle-medicinbruger> (accessed 26 Aug 2021).
5. Rationel Farmakoterapi. Seponering af medicin. 2014. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2014/Rationel-Farmakoterapi-7-2014/Seponering-af-medicin> (accessed 26 Aug 2021).
6. Rationel Farmakoterapi. Polyfarmaci og behandlingsprioritering - 'Vovede eksempler' - 1. del. 2010. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2010/Rationel-farmakoterapi-9-2010/Polyfarmaci-og-behandlingsprioritering---Vovede-eksempler-1-del> (accessed 26 Aug 2021).
7. Rationel Farmakoterapi. Polyfarmaci og behandlingsprioritering - 'Vovede eksempler' - 2. del. 2010. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2010/Rationel-farmakoterapi-10-2010/Polyfarmaci-og-behandlingsprioritering---Vovede-eksempler---2-del> (accessed 26 Aug 2021).
8. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015;175:827–34. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324
9. Gnjidic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, et al. Deprescribing Trials: Methods to Reduce Polypharmacy and the Impact on Prescribing and Clinical Outcomes. *Clinics in geriatric medicine* 2012;28:237–53. doi:10.1016/j.cger.2012.01.006
10. Page AT, Clifford RM, Potter K, et al. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2016;82:583–623. doi:10.1111/bcp.12975
11. Kua C-H, Mak VSL, Huey Lee SW. Health Outcomes of Deprescribing Interventions Among Older Residents in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 2019;20:362–372.e11. doi:10.1016/j.jamda.2018.10.026
12. Bloomfield HE, Greer N, Linsky AM, et al. Deprescribing for Community-Dwelling Older Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2020;35:3323–32. doi:10.1007/s11606-020-06089-2
13. Thillainadesan J, Gnjidic D, Green S, et al. Impact of Deprescribing Interventions in Older Hospitalised Patients on Prescribing and Clinical Outcomes: A Systematic Review of Randomised Trials. *Drugs Aging* 2018;35:303–19. doi:10.1007/s40266-018-0536-4
14. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, et al. Safety and Benefit of Discontinuing Statin Therapy in the Setting of Advanced, Life-Limiting Illness. *JAMA Intern Med* 2015;175:691–700. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0289
15. Sawan MJ, Moga DC, Ma MJ, et al. The value of deprescribing in older adults with dementia: a narrative review. *Expert Review of Clinical Pharmacology* 2021;:17512433.2021.1961576. doi:10.1080/17512433.2021.1961576
16. Pruskowski JA, Springer S, Thorpe CT, et al. Does Deprescribing Improve Quality of Life? A Systematic Review of the Literature. *Drugs Aging* 2019;36:1097–110. doi:10.1007/s40266-019-00717-1
17. Shrestha S, Poudel A, Steadman K, et al. Outcomes of deprescribing interventions in older patients with life-limiting illness and limited life expectancy: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2020;86:1931–45. doi:10.1111/bcp.14113
18. Reeve E, Moriarty F, Nahas R, et al. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. *Expert Opinion on Drug Safety* 2018;17:39–49. doi:10.1080/14740338.2018.1397625
19. Lundby C, Pottegård A. Considerations regarding choice of primary outcome in clinical trials in deprescribing. *Br J Clin Pharmacol* 2021;:[Epub ahead of print]. doi:10.1111/bcp.14990
20. Thompson W, Jacobsen IT, Jarbøl DE, et al. Nursing Home Residents' Thoughts on Discussing Deprescribing of Preventive Medications. *Drugs Aging* 2020;37:187–92. doi:10.1007/s40266-020-00746-1
21. Lundby C, Glans P, Simonsen T, et al. Attitudes towards deprescribing: The perspectives of geriatric patients and nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2021;69:1508–18. doi:10.1111/jgs.17054
22. Graabaek T, Lundby C, Ryg J, et al. 'I simply don't know, because I don't know which drugs I get': Perspectives on deprescribing among older adults with limited life expectancy and their relatives. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*

- 2021;128:115–27. doi:10.1111/bcpt.13476
23. Lundby C, Graabæk T, Ryg J, et al. '... Above All, It's a Matter of This Person's Quality of Life': Health Care Professionals' Perspectives on Deprescribing in Older Patients With Limited Life Expectancy. *Gerontologist* 2020;60:439–49. doi:10.1093/geront/gnz116
 24. Lundby C, Graabaek T, Ryg J, et al. Health care professionals' attitudes towards deprescribing in older patients with limited life expectancy: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2019;85:868–92. doi:10.1111/bcp.13861
 25. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, et al. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 2014;4:e006544. doi:10.1136/bmjopen-2014-006544
 26. Thompson W, Reeve E. Deprescribing: Moving beyond barriers and facilitators. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2021;:S1551741121001273. doi:10.1016/j.sapharm.2021.04.004
 27. Høj K, Mygind A, Livbjerg S, et al. [Deprescribing of inappropriate medication in primary care]. *Ugeskr Laeg* 2019;181.
 28. Doherty AJ, Boland P, Reed J, et al. Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. *BJGP Open* 2020;:bjgpopen20X101096. doi:10.3399/bjgpopen20X101096
 29. Rationel Farmakoterapi. Aftrapning af benzodiazepiner. 2020. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Rationel-Farmakoterapi-9-2020> (accessed 4 Sep 2021).
 30. Laursen J, Kornholt J, Betzer C, et al. General Practitioners' Barriers Toward Medication Reviews in Polymedicated Multimorbid Patients: How can a Focus on the Pharmacotherapy in an Outpatient Clinic Support GPs? *Health Serv Res Manag Epidemiol* 2018;5:2333392818792169. doi:10.1177/2333392818792169
 31. Schuling J, Gebben H, Veehof LJJ, et al. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2012;13:56. doi:10.1186/1471-2296-13-56
 32. Eveleigh R, Speckens A, van Weel C, et al. Patients' attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators. *Ther Adv Psychopharmacol* 2019;9:2045125319872344. doi:10.1177/2045125319872344
 33. Luymes CH, van der Kleij RMJJ, Poortvliet RKE, et al. Deprescribing Potentially Inappropriate Preventive Cardiovascular Medication: Barriers and Enablers for Patients and General Practitioners. *Ann Pharmacother* 2016;50:446–54. doi:10.1177/1060028016637181
 34. Burghle A, Lundby C, Ryg J, et al. Attitudes Towards Deprescribing Among Older Adults with Limited Life Expectancy and Their Relatives: A Systematic Review. *Drugs Aging* 2020;37:503–20. doi:10.1007/s40266-020-00774-x
 35. Bjørk E, Thompson W, Ryg J, et al. Patient Preferences for Discussing Life Expectancy: a Systematic Review. *J Gen Intern Med* Published Online First: 2 August 2021. doi:10.1007/s11606-021-06973-5
 36. Turner JP, Tannenbaum C. Older Adults' Awareness of Deprescribing: A Population-Based Survey. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:2691–6. doi:10.1111/jgs.15079
 37. Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten 2022 - Anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne. 2021. <https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Medicinggennemgang/Seponeringslisten> (accessed 7 Dec 2021).
 38. Indsatser for Rationel Farmakoterapi. *Medicingennemgang i praksis*. 2018. <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Laegemidler/Medicinggennemgang/Medicinggennemgang-i-praksis.ashx?la=da&hash=D-438883A1524DDAC2C088768426F096DE6C6B8EE> (accessed 10 Nov 2021).
 39. Farrell B, Pottie K, Rojas-Fernandez CH, et al. Methodology for Developing Deprescribing Guidelines: Using Evidence and GRADE to Guide Recommendations for Deprescribing. *PLoS ONE* 2016;11:e0161248. doi:10.1371/journal.pone.0161248
 40. Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al. Deprescribing proton pump inhibitors. *Can Fam Physician* 2017;63:354–64.
 41. Farrell B, Black C, Thompson W, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician* 2017;63:832–43.
 42. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician* 2018;64:17–27.
 43. Pottie K, Thompson W, Davies S, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician* 2018;64:339–51.
 44. Reeve E, Farrell B, Thompson W, et al. Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine. Sydney: The University of Sydney: 2018.
 45. Reeve E. Deprescribing tools: a review of the types of tools available to aid deprescribing in clinical practice. *J Pharm Pract Res* 2020;50:98–107. doi:10.1002/jppr.1626

46. Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, et al. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age and ageing* 2017;46:600–7. doi:10.1093/ageing/afx005
47. Seppala LJ, Petrovic M, Ryg J, et al. STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs. *Age and Ageing* 2020;:afaa249. doi:10.1093/ageing/afaa249
48. Thompson W, Hogel M, Li Y, et al. Effect of a Proton Pump Inhibitor Deprescribing Guideline on Drug Usage and Costs in Long-Term Care. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17:673.e1-4. doi:10.1016/j.jamda.2016.04.020
49. Farrell B, Richardson L, Raman-Wilms L, et al. Self-efficacy for deprescribing: A survey for health care professionals using evidence-based deprescribing guidelines. *Res Social Adm Pharm* 2018;14:18–25. doi:10.1016/j.sapharm.2017.01.003
50. Dansk Selskab for Geriatri. SCREENING TOOL OF OLDER PERSONS' PRESCRIPTIONS (STOPP) version 2. http://dansk-selskabforgeriatri.dk/www/dok/start_stopp/start_stopp_dansk.pdf (accessed 10 Nov 2021).

Referencer

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Accessed April 5, 2021. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Coronatal | Vaccinetal - Sundhedsstyrelsen. Accessed december 7, 2021. <https://www.sst.dk/da/corona/covid-19-og-ny-coronavirus/coronatal>
3. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. World Health Organization, 2021
4. Senfølger ved COVID-19 - Anbefalinger til organisering af indsatsen for patienter med langvarige symptomer ved Covid-19. Accessed December 9, 2021. www.sst.dk
5. Overview | COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 | Guidance | NICE <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>