

# Polyfarmaci i almen praksis

Pilotprojekt i Region Sjælland – 4. kvartal 2009



## **Polyfarmaci i almen praksis**

Udgivet af: Audit Projekt Odense (APO)  
Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense  
J.B. Winsløws Vej 9A  
5000 Odense C

Forfattere: Kristen Schæfer, Hans Harrestrup Andersen, Hans Okkels Birk og Anders Munck

Layout: Susanne Døssing Berntsen

Oplag: 50

# Polyfarmaci i almen praksis

Pilotprojekt i Region Sjælland – 4. kvartal 2009

## Baggrund

Region Sjælland har gennemført et pilotprojekt med medicingennemgang af patienter behandlet i almen praksis med henblik på at fremme rationel lægemiddelbehandling.

Især ældre patienter er ofte i samtidig behandling for flere lidelser, hvor hver lidelse behandles for sig, således at den enkelte patient er i parallel behandling med mange forskellige lægemidler, polyfarmaci (PP for *polypharmacy*). PP medfører forøget risiko for bivirkninger, potentielle interaktioner og et dårligt outcome af behandlingen (1,2,3). Egen læge har ofte ikke fuldt overblik over patientens aktuelle medicinering, bl.a. fordi der er ordineret lægemidler af andre læger (2,4) eller af praksispersonale på eget eller andre lægers ansvar (4). Manglende overblik vanskeliggør rationel farmakoterapi, inkl. seponering af lægemidler med manglende effekt og ved tvivlsom indikation.

PP er ofte hensigtsmæssig og kan være udtryk for evidensbaseret ordination (5), da samtidig behandling af flere lidelser ofte er indiceret hos især ældre patienter. Derfor har man formuleret begrebet *major polypharmacy* (MPP) til karakteristik af situationer med øget risiko for u hensigtsmæssige tilstande.

Der er ikke enighed i litteraturen om, hvad der er en hensigtsmæssig grænse for analyser af MPP, og samtidig brug af mindst 5, 6, 9 eller 10 (6,7,8,9) lægemidler kan ses brugt som definition. Da samtidig brug af fire lægemidler ofte vil være indiceret for behandling af enkelte lidelser, som fx diabetes (5), har vi i nærværende studie defineret PP som samtidig brug af seks eller flere lægemidler.

## Metode

Polyfarmaci blev defineret som samtidig behandling med 6 eller flere forskellige receptpligtige, tilskudsberettigede lægemidler. Synonyme præparater betragtes som et og samme lægemiddel.

Projektet var finansieret af midler fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Sjælland. Alle læger i regionen blev indbudt. 17 læger meldte sig, og man besluttede, at alle kunne deltage, selvom man oprindeligt havde kalkuleret med en deltagelse på 10 læger.

Ved hjælp af data fra Sygesikringsdatabasen, der rummer data på personniveau vedr. tilskudsberettiget medicin solgt på apotekerne, udarbejdede lægemiddelenheden en liste for hver deltagende praksis med CPR-numre på samtlige patienter, der var i behandling med 6 eller flere lægemidler. Kun data om tilskudsberettigede lægemidler ordineret af den praktiserende læge til egne tilmeldte patienter i perioden januar-maj 2009 indgår. Da de deltagende læger både kunne arbejde i solo-praksis og kompagniskabspraksis, kunne man ikke opgøre data specifikt for patienter behandlet af de deltagende læger. Listerne blev fremsendt til deltagerne, og den enkelte praksis blev opfordret til at udvælge ca. 10 patienter til medicingennemgang. Deltagerne sendte en oversigt over de udvalgte patienter med en liste over disse patienters faste medicin samt oplysning om hoveddiagnoser på patienterne til lægemiddelenheden. Medicineringen blev gennemgået af et "medicinteam" bestående af en overlæge i intern medicin og en klinisk farmaceut, suppleret med en yngre læge med særlig interesse for området.

De deltagende praksis blev besøgt af "medicinteamet" mhp. gennemgang og diskussion af de udvalgte patienters medicinering. Mulige ændringsforslag blev diskuteret med lægen. I forbindelse med besøget udfyldte farmaceuten et auditskema med oplysning om præparater (med og uden tilskud), indikation, ændringsforslag og årsager til evt. ændringsforslag for hver enkelt patient. Endvidere blev det anført, om der var tale om fast medicin.

Til sammenligning blev der forud for mødet udskrevet en liste på baggrund af data fra Sygesikringsdatabasen over den tilskudsberettigede medicin, som patienten havde købt i perioden januar-maj 2009 for at få et så korrekt billede af den samlede medicin som muligt. Denne liste blev medbragt til mødet. De enkelte læger blev desuden opfordret til at sammenholde førnævnte data med patientens medicin som angivet på "Medicinprofilen". I forbindelse med medicingennemgangen i praksis var der adgang til lægens elektroniske journalsystem.

Besøgene forventedes at have en varighed på ca. 2 timer.

Hyppigheden af PP i Region Sjælland blev sammenlignet med data for hele Danmark ved hjælp af et særligt dataudtræk fra Lægemiddelstyrelsen. Lægemiddelstyrelsens data omfatter ud over ovennævnte data også:

- Ikke-tilskudsberettiget medicin ordineret på recept
- Medicin ordineret af speciallæger, sygehuslæger, tandlæger m.fl.
- Medicin ordineret til andre end lægens egne tilmeldte patienter

Efter afslutningen af projektet blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt deltagerne for at belyse, om deltagerne havde ændret ordinationsadfærd efter deltagelsen i projektet, hvordan deltagerne vurderede projektet, og for at give deltagerne mulighed for at komme med forslag til fremtidig indsats på området. Spørgeskemaet er vedlagt som bilag 3.

## Resultater

17 læger, fordelt på 7 ydernumre, deltog i projektet. Besøgene blev gennemført i perioden september til december 2009. Der blev foretaget medicingennemgang for 65 patienter. 808 præparater og 247 ændringsforslag blev registreret. 61% af patienterne var kvinder og 39% mænd.

På baggrund af data fra Sygesikringsdatabasen er andelen af patienter i behandling med 6 eller flere tilskudsberettigede lægemidler (januar-maj 2009) beregnet for de praksis, der deltog i projektet. Den gennemsnitlige andel af de syv deltagende lægepraksis' tilmeldte patienter var 5,7% (range: 3,7 – 9,5%)(**tabel 1**). Analysen omfatter alene ordinationer fra almen praksis til lægens egne, tilmeldte patienter.

**Tabel 1**

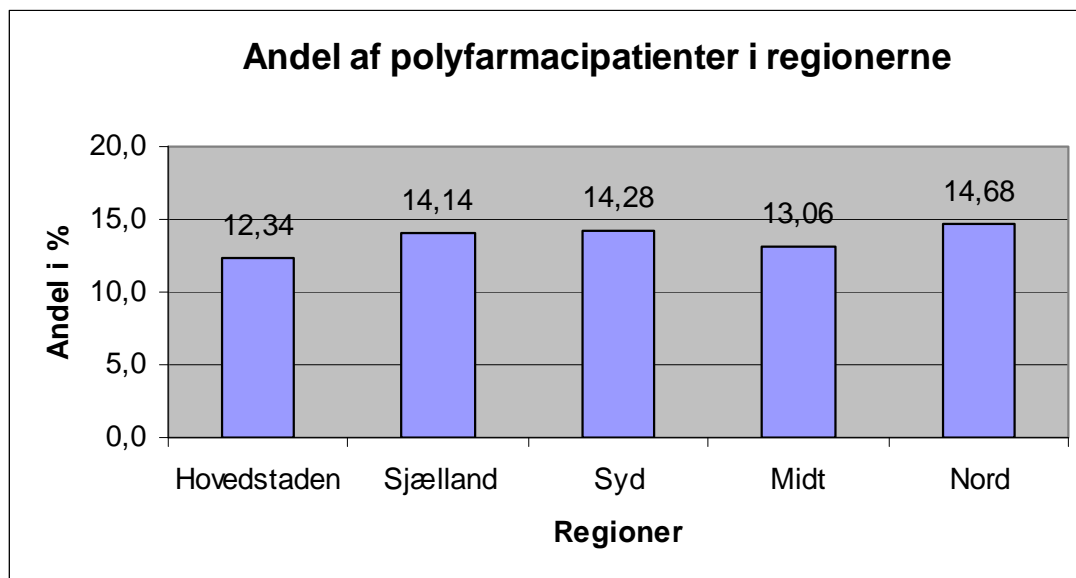
Ydernr.	Andel af polyfarmacipatienter	Ændringsforslag i % af antal præparater
1	3,7%	29%
2	3,9%	33%
3	4,0%	31%
4	5,5%	35%
5	5,9%	19%
6	6,6%	26%
7	9,5%	41%
<b>Gnsn.</b>	<b>5,7 %</b>	<b>30%</b>

Til sammenligning var 8,1% af borgerne i Region Sjælland i behandling med 6 eller flere tilskudsberettigede lægemidler i perioden juli-december 2009.

### Landstal fra Lægemedelstyrelsen (perioden juli-december 2009)

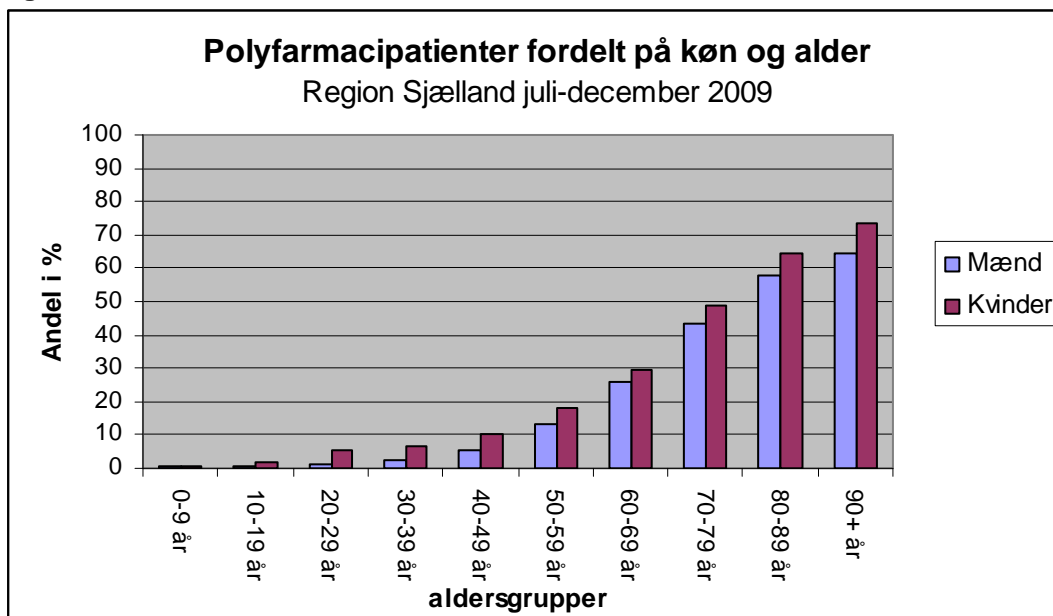
Data fra Lægemedelstyrelsen for hele landet viser, at andelen af polyfarmacipatienter er væsentlig større, ca. 13%, når alle ordinationer (med og uden sygesikringstilskud) medtages. Hvis det er korrekt, at samtidig behandling med 6 eller flere lægemidler i mange tilfælde er problematisk, er problemets omfang dermed relativt stort. Andelen af PP-patienter var størst i Region Nord og mindst i Region Hovedstaden (**figur 1**).

Figur 1



Flere kvinder end mænd behandles med mange lægemidler, og forbruget stiger med alderen. Ca. 30% af befolkningen i aldersgruppen 60-69 år blev i løbet af ½ år behandlet med mere end 5 forskellige lægemidler, og det samme gjaldt 50% af befolkningen i aldersgruppen 70-79 år (**figur 2**).

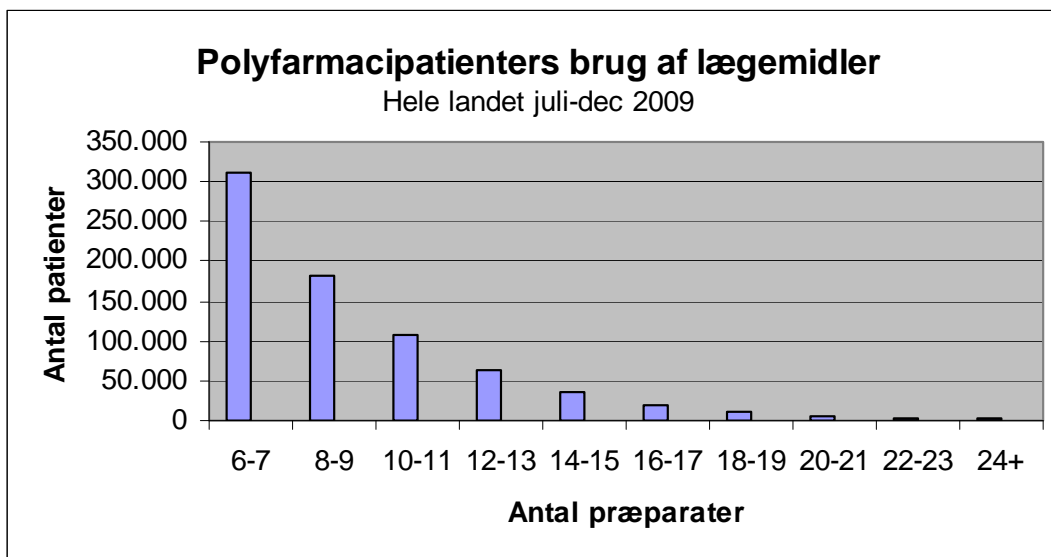
Figur 2



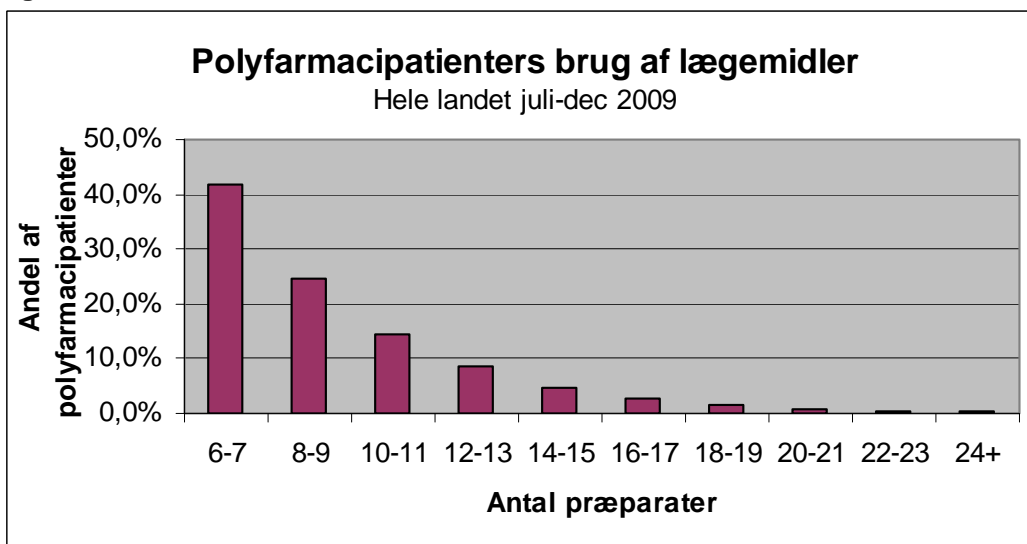
I alt var 740.893 patienter i Danmark i behandling med 6 eller flere lægemidler (max. 51 lægemidler) i løbet af perioden juli-december 2009. Heraf blev 247.207 personer (33%) behandlet med 10 eller flere lægemidler i løbet af perioden.

Fordelingen på antal præparater absolut og relativt fremgår af tabel 3 og 4.

Figur 3



Figur 4

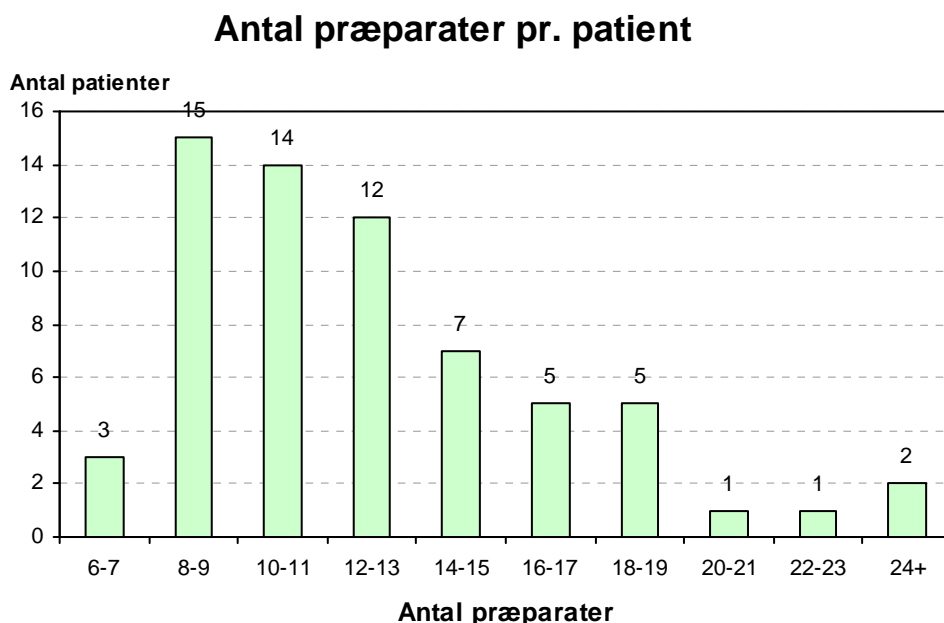


## Resultater fra auditregistreringen

I det følgende præsenteres resultaterne fra projektet i Region Sjælland.

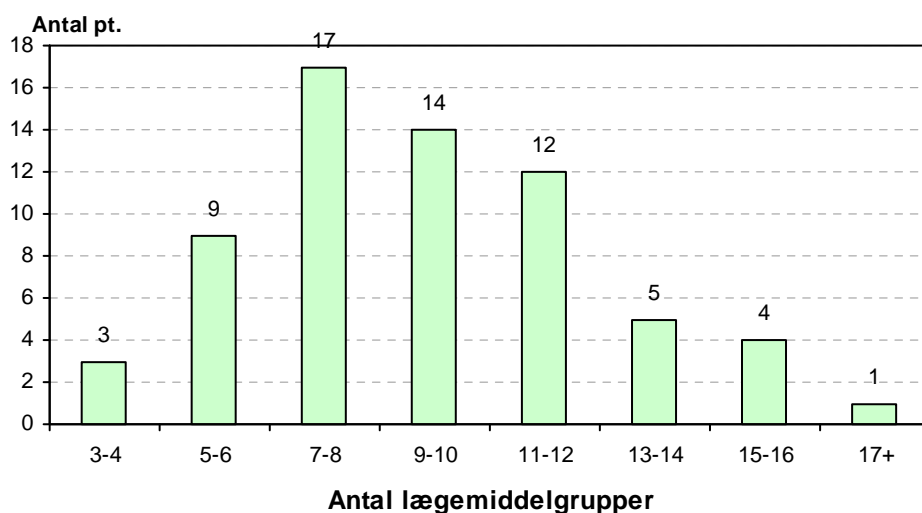
Det anvendte auditskema (bilag 1) samt opgørelse over de registrerede data (bilag 2) er vedlagt.

**Figur 5** viser, hvor mange præparater den enkelte PP-patient blev behandlet med. I gennemsnit blev de udvalgte patienter behandlet med 12 forskellige tilskudsberettigede præparater.



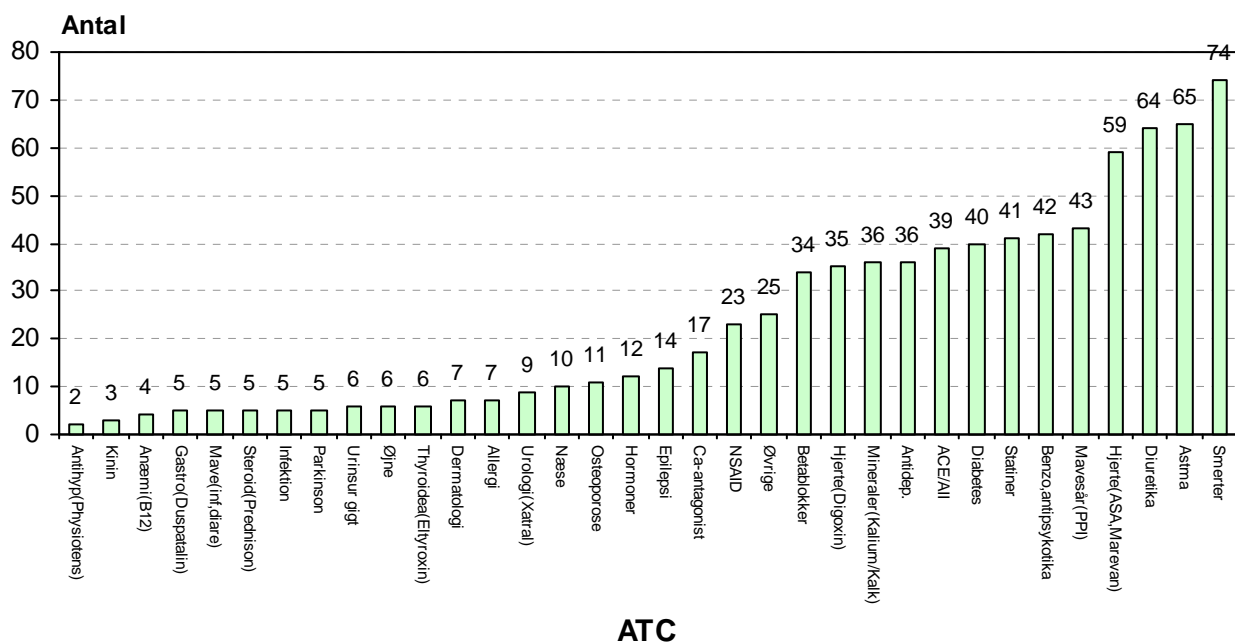
**Figur 6** viser, at de anvendte præparater fordelte sig på 3-18 lægemiddelgrupper (ATC-koder på 2. niveau). Således var én patient i behandling med lægemidler fra 3 forskellige lægemiddelgrupper, og én patient var i behandling med lægemidler fra 18 grupper (de to yderpunkter). Hovedparten var i behandling med præparater fra 8-12 lægemiddelgrupper. Det tyder på, at der i stor udtrækning er tale om patienter med flere samtidige kroniske lidelser.

### Antal forskellige lægemiddelgrupper pr. patient



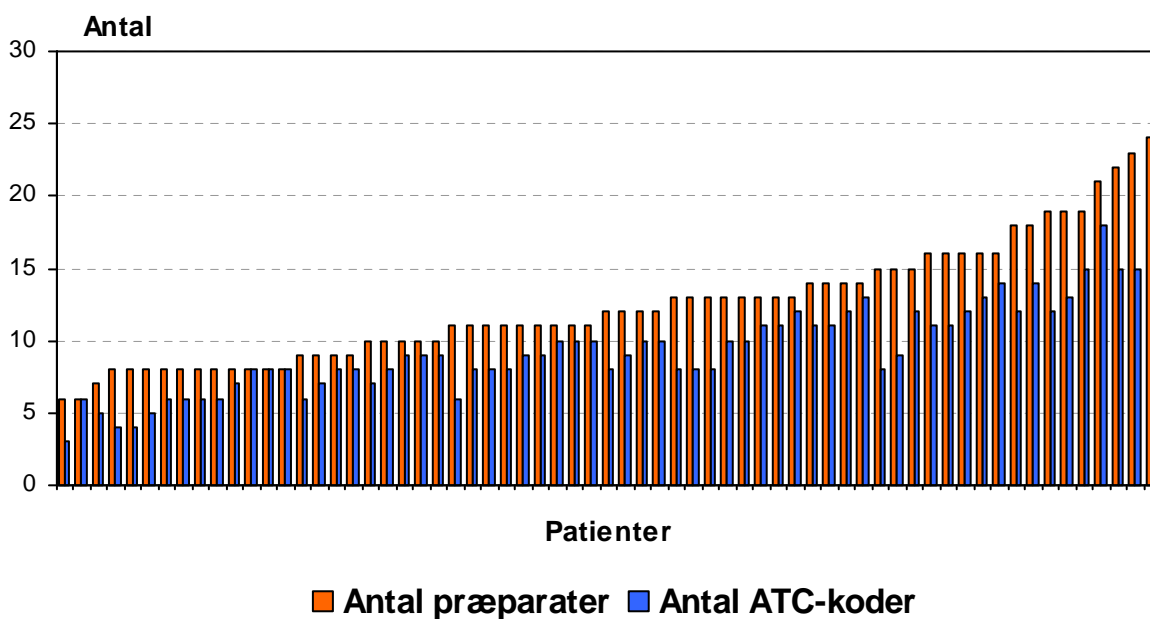
**Figur 7** viser, hvilke lægemiddelgrupper der blev registreret (ATC-koder på 2. niveau) Det drejer sig om lægemidler til behandling af smerter, astma, diuretika og præparater til forebyggelse af blodpropper (ASA og Marevan).

### Hyppighed af ATC-koder



**Figur 8** viser antal præparater og antal lægemiddelgrupper (ATC-koder på 2. niveau) og antal ordinerede præparater pr. patient. Der fremgår, at antallet af lægemiddelgrupper pr. patient vokser med antallet af præparater.

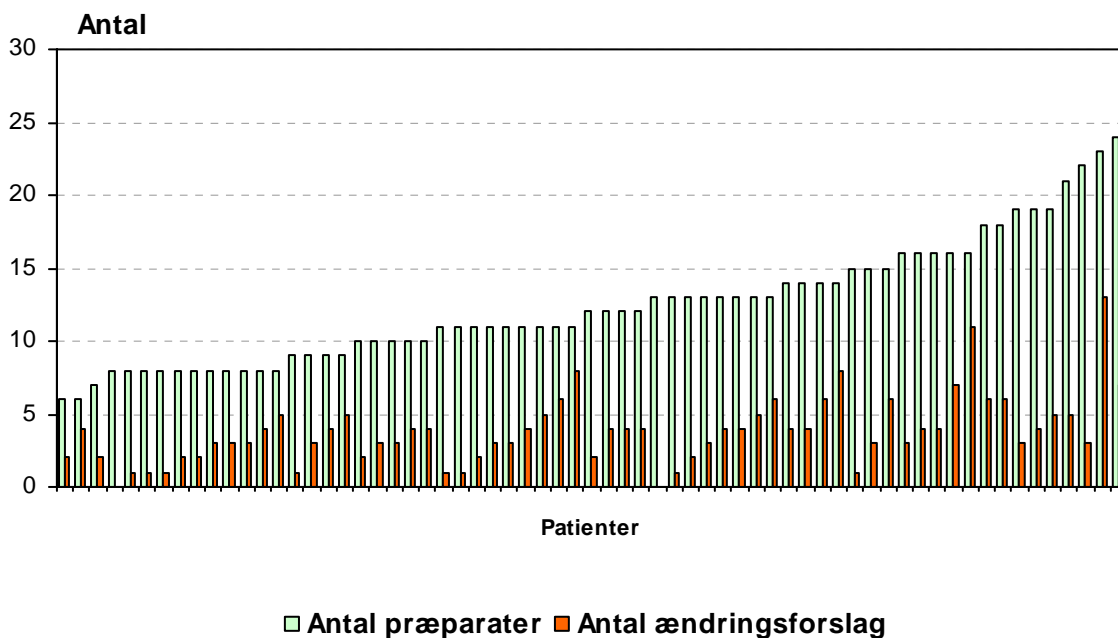
### Antal præparater/ATC- koder pr. patient





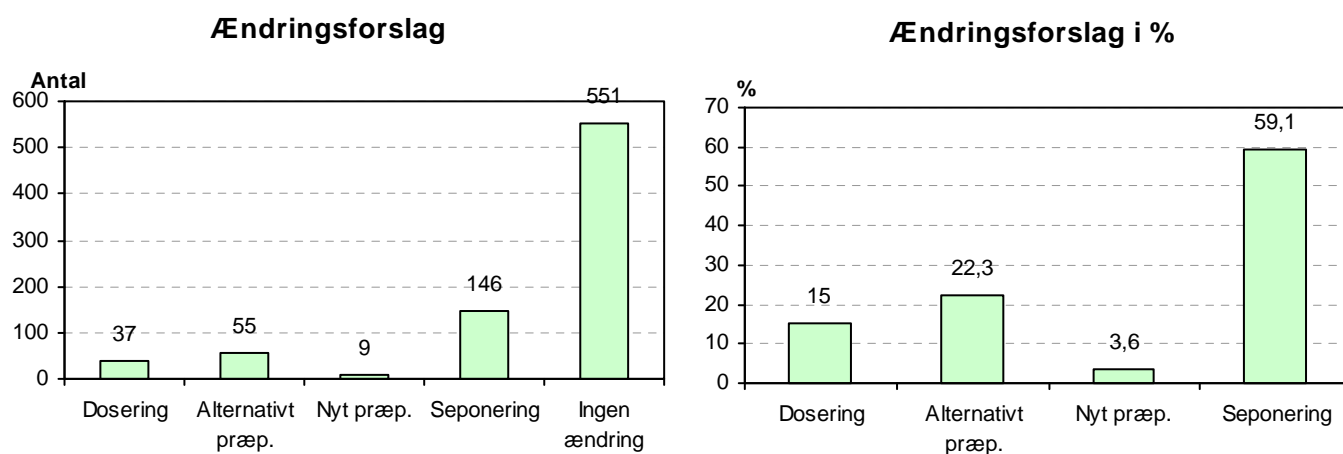
**Figur 9** viser sammenhængen mellem antal præparater og antallet af ændringsforslag til behandlingen for den enkelte patient. Der var for stort set alle de udvalgte patienter tale om flere ændringsforslag. Der ser ikke umiddelbart ud til at være en sammenhæng mellem antal præparater og antal ændringsforslag. Det kan således være lige så relevant at se på patienter i behandling med seks præparater som på patienter i behandling med 24 præparater.

### Antal præparater/ændringsforslag pr. patient



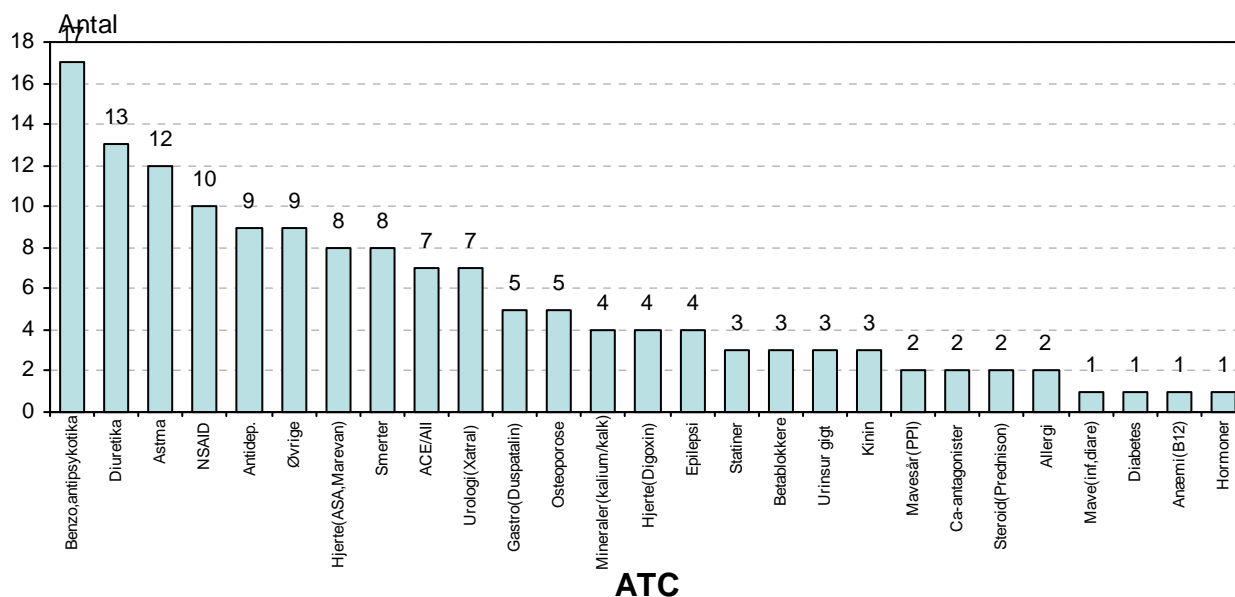
**Figur 10** Hyppigheden af de forskellige ændringsforslag. For de i alt 808 præparater var der ingen ændringsforslag for 68%, seponering blev foreslået for 18%, et alternativt præparatvalg for 7% - ændret dosering udgjorde 5%, og forslag om nye præparater udgjorde 1%.

I alt blev der foreslået 247 ændringer vedr. medicineringen af de 65 udvalgte patienter, svarende til 4 ændringsforslag pr. patient. Seponering af medicin var det hyppigste ændringsforslag og udgjorde 59% af de foreslåede ændringer, mens forslag til alternativt præparatvalg udgjorde 22%.



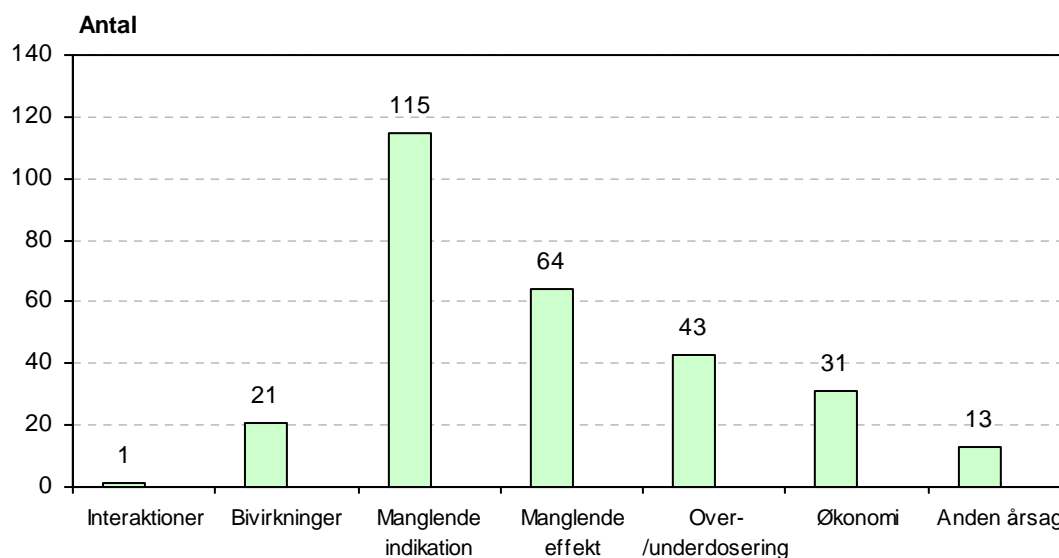
**Figur 11** viser, hvordan seponeringsforslagene fordelte sig på ATC-koder. Hyppigste forslag vedrørte grupperne benzodiazepiner, diuretika, astmamedicin, NSAID og antidepressiva.

## Antal seponeringsforslag i forhold ATC-koder



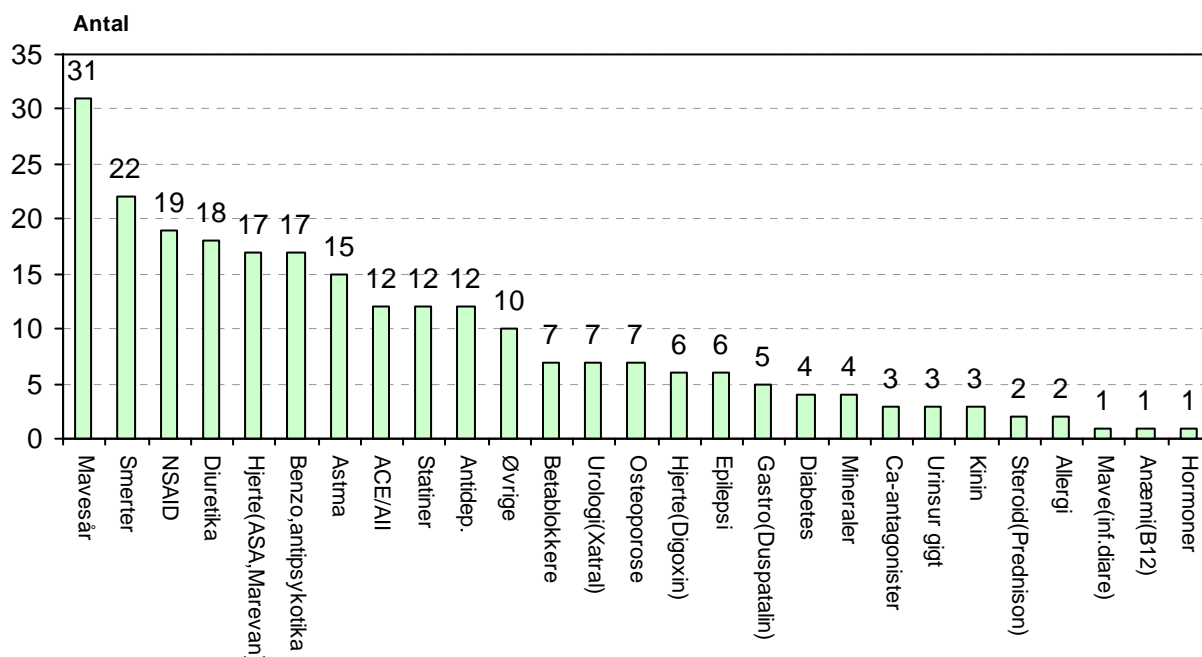
**Figur 12** viser ændringsforslagene fordelt på årsager. Den hyppigste årsag til de foreslåede ændringer var manglende indikation for behandling med præparat på tidspunktet for medicingennemgangen (47%). Det understreger nødvendigheden af til stadighed at vurdere, om der er indikation for behandlingen. Manglende effekt, herunder manglende evidens for effekt, var begrundelsen for 26% af ændringsforslagene. Potentielle interaktioner udgjorde tilsyneladende et meget lille problem. For høj eller lav dosering blev registreret som et problem i 17% af tilfældene.

## Årsag til ændring



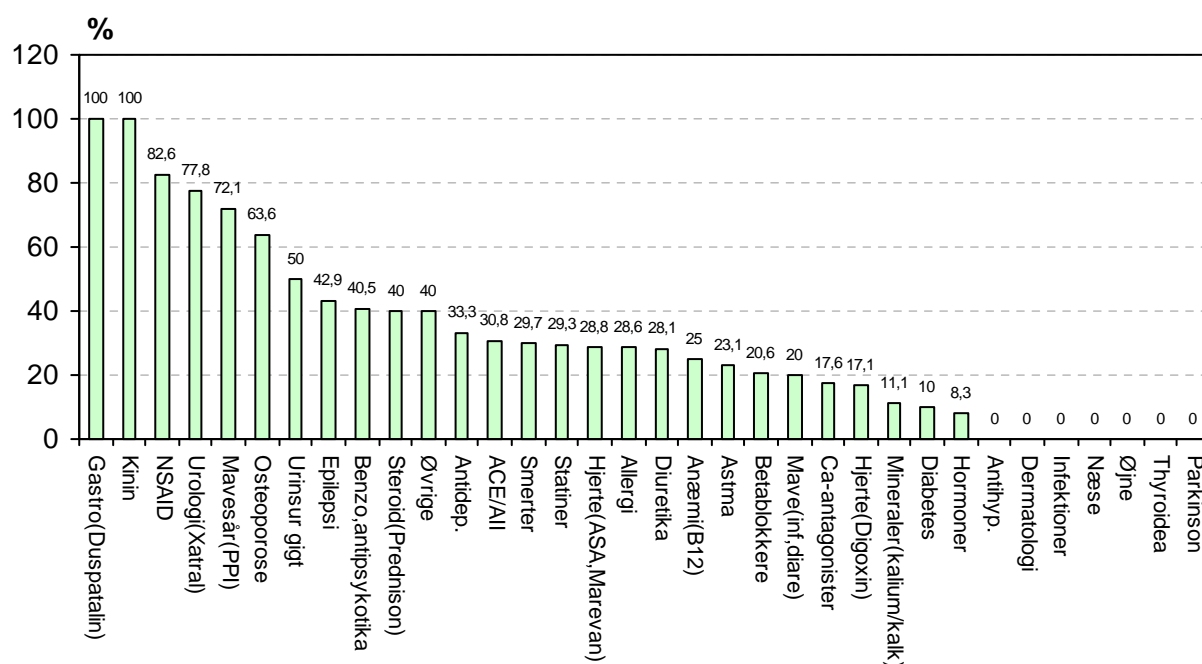
Figur 13 viser, hvordan ændringsforslagene fordelte sig på de forskellige ATC-grupper.

### Antal ændringsforslag pr. ATC-gruppe



Figur 14 viser den procentvise andel af ændringsforslag for hver ATC-gruppe. Det fremgår, at præparaterne Duspatalin® og Kinin altid medførte forslag til ændring, da præparaterne i nationale guidelines betragtes som obsolete. For NSAID var der ændringsforslag for 82% af ordinationernes vedkommende, mens det samme gælder for 63% af ordinationerne af PPI. Man kan fremadrettet med fordel fokusere på de ændringsforslag, der er knyttet til grupper med høje andele af ændringsforslag (omfatter både hyppigt og sjældent anvendte lægemidler).

### Ændringsforslag i % pr. ATC-gruppe

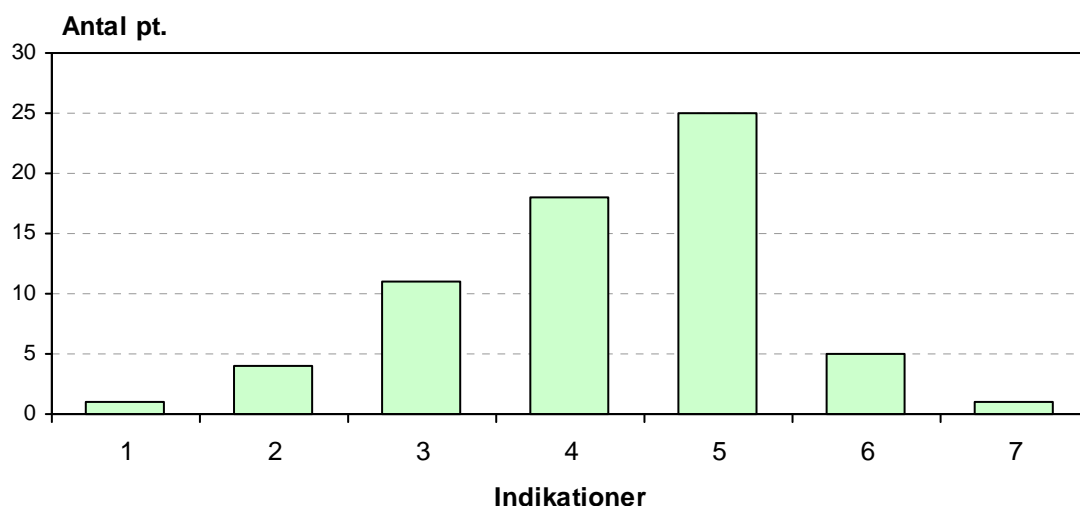


**Tabel 2.** Præparaternes fordeling på indikationer. Det fremgår, at hjerte-karsygdomme var den hyppigst forekommende indikation for medicinsk behandling. Herefter fulgte muskelskeletsygdom og psykiske lidelser.

	Antal	Procent
Type 2	43	5,3
Hjerte-kar	315	39,0
KOL	24	3,0
Cancer	3	,4
Osteoporose	11	1,4
Muskelskelet	89	11,0
Astma og allergi	67	8,3
Psykisk	77	9,5
Anden	134	16,6
System	45	5,6
I alt	808	100,0

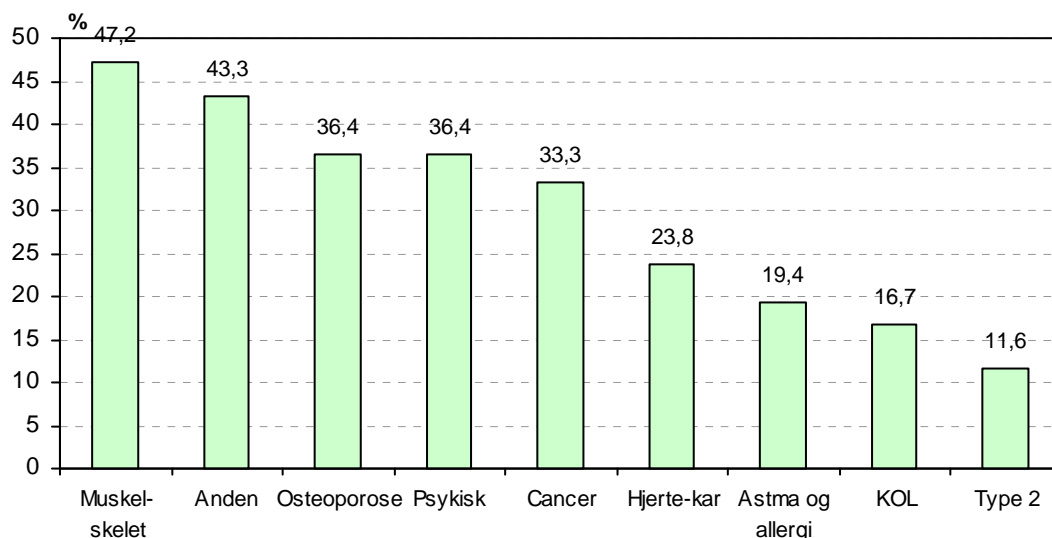
**Figur 15** viser antal indikationer pr. patient. Ud af 65 patienter var der én patient med kun én indikation og 4 patienter med 2 indikationer. De resterende 60 patienter havde 3 eller flere samtidige indikationer for medicinsk behandling. Det tyder på, at langt de fleste havde flere samtidige lidelser (kroniske sygdomme), jf. Figur 6.

**Antal indikationer pr. patient**



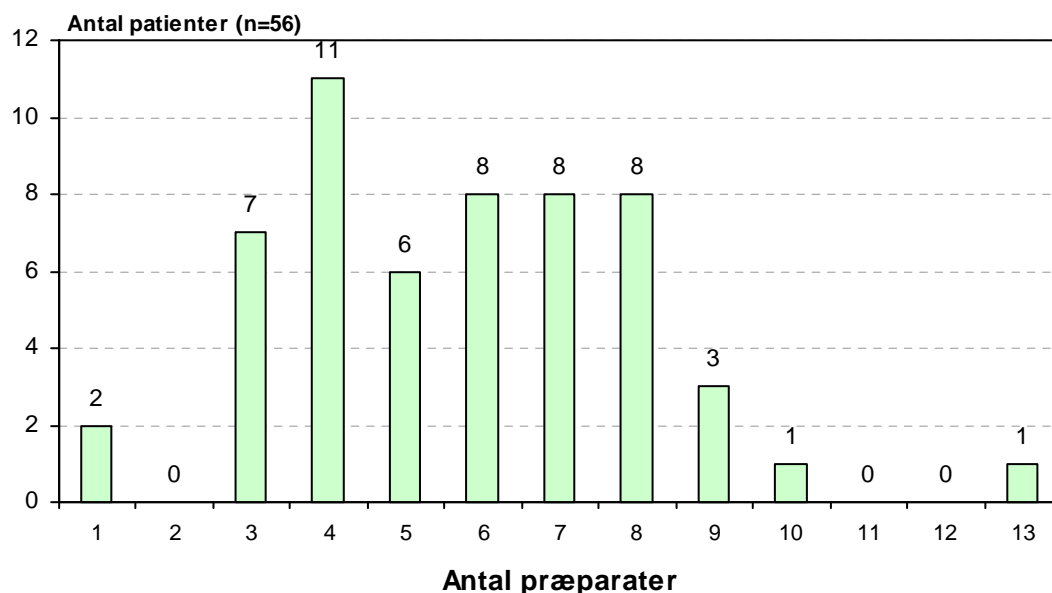
Figur 16 viser, hvor hyppigt der forekom ændringsforslag ved de forskellige indikationer.

### Ændringsforslag i % i forhold til indikation



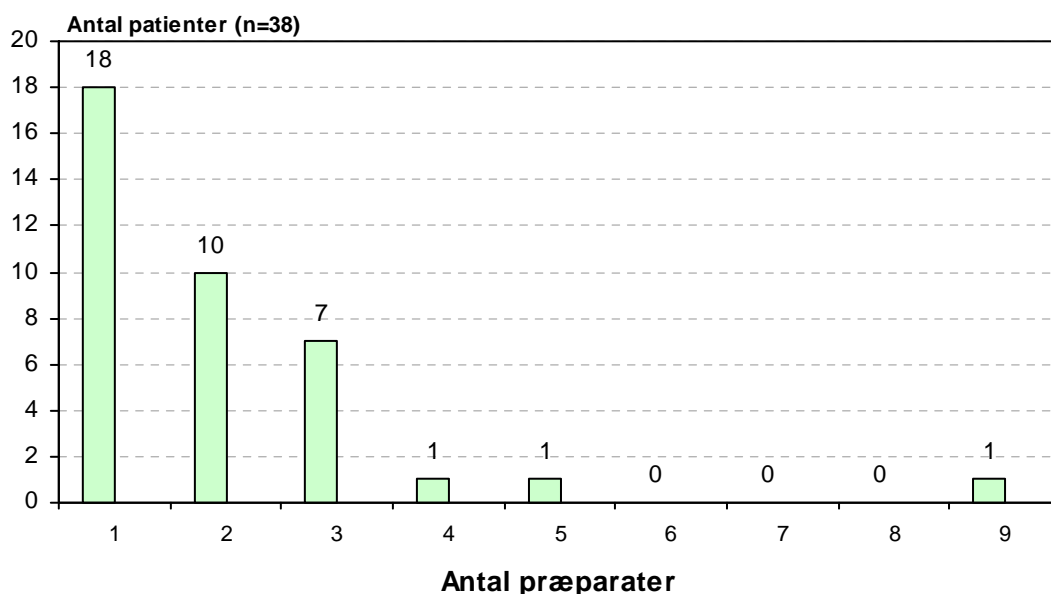
Figur 17 Samtidig behandling med flere præparater blev ofte anbefalet ved behandling af hjerte-karsygdomme. Som det fremgår af grafen behandles de fleste patienter med 4-8 præparater, når der er tale om hjerte-karsygdom.

### Antal præparater ved hjerte-kar sygdom



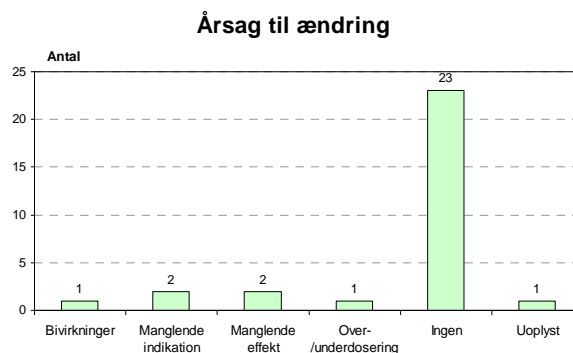
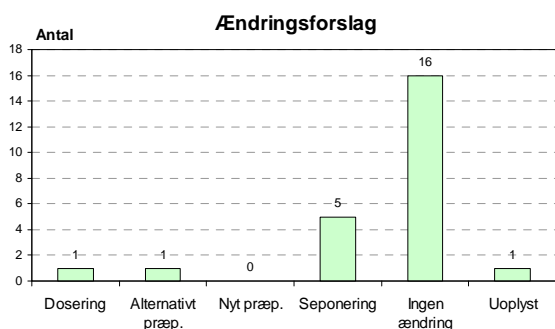
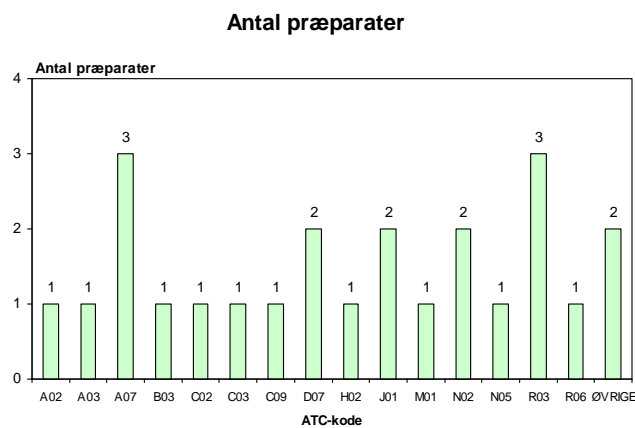
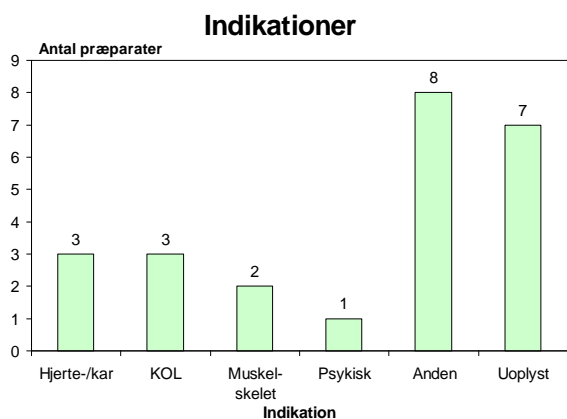
**Figur 18** De fleste patienter i behandling for psykisk lidelse blev behandlet med et enkelt præparat, men omkring halvdelen var i behandling med 2 eller 3 præparater samtidigt.

### Antal præparater ved psykisk problem/lidelse



**Figur 19.** En enkelt patient var i behandling med 24 lægemidler. Forslag og behandling fremgår af nedenstående grafer. Patienten var en 66-årig kvinde i behandling for 5 indikationer med 24 lægemidler, heraf 13 præparater som fast medicin.

Kvinde på 66 år – 24 præparater, 5 indikationer, 13 præparater er fast medicin



## Resultater af spørgeskemaundersøgelsen

Besvarelsesprocenten var 100.

15 ud af 16 respondenter oplyste, at medicingennemgangen havde ført til ændringer i medicineringen af de gennemgåede patienter i varierende grad.

14 ud af 17 svarede, at medicingennemgangen havde ført til, at de efterfølgende havde gennemgået medicineringen af flere PP-patienter, hvis medicinerings ikke var blevet gennemgået sammen med medicinteamet.

15 ud af 17 deltagere svarede, at medicingennemgangen havde ført til generelle ændringer af deres præparatvalg. Multipel, logistisk regressionsanalyse viste, at de læger, der gennemførte medicingennemgang for yderligere polyfarmacipatienter, var signifikant mere tilbøjelige til at ændre præparatvalg generelt end andre læger.

Respondenterne prioriterede tiltag, der kan fremme medicingennemgang, i denne rækkefølge: Ekspertbistand (59%), lister over PP-patienters CPR-numre ((41%), dialog/besøg (35%), mens info-møder var mindre efterspurgt (18%).

Tre nævnte, at det kan være et problem at finde tid til medicingennemgang, og tre anførte, at det er vigtigt med en tilsvarende indsats over for sygehusene.

## Diskussion og perspektivering

Undersøgelsen viste, at hos de 17 deltagende praktiserende læger var 5,7% af de tilmeldte patienter i behandling med 6 eller flere tilskudsberettigede præparater. Til sammenligning var 8,1% af alle borgere i Region Sjælland i behandling med 6 eller flere præparater. De 65 patienter, der fik foretaget medicingennemgang, blev i gennemsnit behandlet med 12 præparater pr. patient. Der blev stillet ændringsforslag til 30% af ordinationerne, hyppigst seponering (15%), næsthypigst ændring til andet præparat. Den hyppigste årsag til ændringsforslag var manglende indikation.

Hvorvidt ovennævnte tal er repræsentative for et større materiale er usikkert, da medicingennemgangen skete på patienter udvalgt af lægen. Tallene repræsenterer dog sandsynligvis et realistisk estimat, idet mange af de præparater, der i forskellige rekommandationer anses for obsolete, genfindes hos mange af regionens læger, der ikke deltog i projektet. Endelig viser tal fra Lægemedelstyrelsen, at det på landsplan er 13% af den samlede danske befolkning, der får 6 eller flere lægemidler i løbet af et halvt år.

Det var et gennemgående træk ved undersøgelsen, at lægerne manglede overblik over patienternes aktuelle medicinerings, hvilket vanskeliggør rationel tilgang til ændringer. Dette fænomen genfindes i flere undersøgelser (1,2,3 og 4). Dette må betragtes som den største barriere mod kvalitetsforbedring, idet lægerne i projektet var yderst motiverede for at foretage fagligt velbegrundede ændringer.

Undersøgelsen påpeger behovet for en større systematisk undersøgelse af, hvorledes problemet bedst løses. Det er allerede nu muligt at pege på, at der i enhver patientjournal altid bør forefindes en opdateret oversigt over patientens aktuelle medicin, som bør være udleveret til patienten. Denne oversigt bør løbende revideres både i forbindelse med konsultationer, men også ved receptfornyelser. Dette arbejde er primært lægeligt, da det kræver en samlet faglig vurdering af patientens helbredssituation i relation til medicineringen. Det er løbende nødvendigt at bringe problematikken i fokus. Dette kan ske via audit, tilbagemeldinger til praksis, konsulentbesøg og andre tiltag, der tilbagevendende bør tilbydes praksis. Endvidere må der udvikles egnede instrumenter til beslutningsstøtte. Det vides, at jo mere multifacetteret en indsats er (4, 10), jo større er muligheden for effekt. Kommende projekter må vise, hvorledes ændringer mest effektivt kan opnås.

## Referencer

1. Hanlon JT, Schmader KE, Ruby CM et al. Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:200-9.
2. Bjerrum L, Gonzalez Lopez-Valcarcel B et al. Risk factors for potential drug interactions in general practice. *Eur J Gen Pract* 2008;14:23-9.
3. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM et al. Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. *Age Ageing* 2005;34:626-32.
4. Schæfer K, Henriksen LO, Munck A et al. Ordination af lægemidler i almen praksis. En deskriptiv undersøgelse i solopraksis i det tidligere Roskilde Amt. *Ugeskr Læger* 2008;170:2327-30.
5. Gæde P, Vedel P, Larsen N et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003;348:383-93.
6. Bjerrum L, Søgaard, Hallas J et al. Polypharmacy in general practice: differences between practitioners. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 195-8.
7. Fialová D, Topinková E, Gambassi G. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 2005;293:1348-58.
- 8 Cannon KT, Choi MM, Zuniga MA. Potentially inappropriate medication use in elderly patients receiving home health care: a retrospective data analysis. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4:134-43.
9. Koh Y, Kutty FBM, Li SC. Drug-related problems in hospitalized patients on polypharmacy: the influence of age and gender. *Ther Clin Risk Manag* 2005;1:39-48.
10. Nissen A. Personlige efteruddannelsesbesøg (PEB) – og andre metoder til kvalitetsudvikling af lægemiddelordinationer. København: Lægemiddelstyrelsen. Institut for Rationel Farmakoterapi, 2000.



Læge:

Audit vedr. medicingennemgang i almen praksis

Der udfyldes ét skema for hver patient (patientdata: køn + første 6 cifre af CPR-nummer)

**Patient fødselsdag:**  
        
 Dag Måned Ar

**Patient køn:**  
 M  K

Der udfyldes én linje for hvert præparat, som patienten er i behandling med:  
 Dato:

	Præparat	Syrke	Indikation	Fast medicin	Ændringsforslag	Årsag til ændring	Kommentarer
1			1 Type-2 diabetes				
2			2 Hjerte-/kar sygdom				
3			3 KOL				
4			4 Cancer				
5			5 Osteoporose				
6			6 Muskel-skeletsygdomme				
7			7 Astma og allergi				
8			8 Psykisk problem/lidelse				
9			9 Anden henvendelsesårsag				
10			10 Ja				
11			11 Nej				
12			12 Dosering				
13			13 Alternativt præparat				
14			14 Nyt præparat				
15			15 Sponering				
16			16 Andet				
			17 Ingen ændring				
			18 Interaktioner				
			19 Bivirkninger				
			20 Manglende indikation				
			21 Manglende effekt				
			22 Over-/underdosering				
			23 Økonomi				
			24 Anden årsag				
			25 Ingen ændring				

## Bilag 2

Bilag 2 viser de absolutte tal. Oversigtsskema med de faktuelle tal + kommentar: Der er registreret 65 patienter, 808 præparater og 247 ændringsforslag.

		Antal	Procent	
<b>Køn</b>	Mand	306	37,9	
	Kvinde	502	62,1	
<b>I alt</b>		<b>808</b>	<b>100,0</b>	
<b>ATC-gruppe</b>	A02	Mavesår(PPI)	43	5,3
	A03	Gastro(Duspatalin)	5	,6
	A07	Mave(inf,diare)	5	,6
	A10	Diabetes	40	5,0
	A12	Mineraler(kalium/kalk)	36	4,5
	B01	Hjerte(ASA,Marevan)	59	7,3
	B03	Anæmi(B12)	4	,5
	C01	Hjerte(Digoxin)	35	4,3
	C02	Antihyp.	2	,2
	C03	Diuretika	64	7,9
	C07	Betablokkere	34	4,2
	C08	Ca-antagonister	17	2,1
	C09	ACE/All	39	4,8
	C10	Statiner	41	5,1
	D07	Dermatologi	7	,9
	G03	Hormoner	12	1,5
	G04	Urologi(Xatral)	9	1,1
	H02	Steroid(Prednison)	5	,6
	J01	Infektioner	5	,6
	M01	NSAID	23	2,8
	M04	Urinsur gigt	6	,7
	M05	Osteoporose	11	1,4
	N02	Smerter	74	9,2
	N03	Epilepsi	14	1,7
	N05	Benzo,antipsykotika	42	5,2
	N06	Antidep.	36	4,5
	R01	Næse	10	1,2
	R03	Astma	65	8,0
	R06	Allergi	7	,9
	S01	Øjne	6	,7
	ØVRIGE	Øvrige	25	3,1
	H03	Thyroidea	6	,7
	N04	Parkinson	5	,6
P01	Kinin	3	,4	
	Uoplyst	13	1,6	
<b>I alt</b>		<b>808</b>	<b>100</b>	

		Antal	Procent
<b>Indikation</b>	Type 2	43	5,3
	Hjerte-/kar	315	39,0
	KOL	24	3,0
	Cancer	3	,4
	Osteoporose	11	1,4
	Muskel-skelet	89	11,0
	Astma og allergi	67	8,3
	Psykisk	77	9,5
	Anden henvendelsesårsag	134	16,6
	Uoplyst	45	5,6
<b>I alt</b>		<b>808</b>	<b>100,0</b>
<b>Fast medicin</b>	Ja	720	89,1
	Nej	57	7,1
	Uoplyst	31	3,8
<b>I alt</b>		<b>808</b>	<b>100,0</b>
<b>Ændringsforslag</b>	Dosering	37	4,6
	Alternativt præp.	55	6,8
	Nyt præp.	9	1,1
	Seponering	146	18,1
	Andet	0	0
	Ingen ændring	551	68,2
	Uoplyst	10	1,2
<b>I alt</b>		<b>808</b>	<b>100,0</b>
<b>Årsag til ændring</b>	Interaktioner	1	,1%
	Bivirkninger	21	2,6%
	Manglende indikation	115	14,2%
	Manglende effekt	64	7,9%
	Over-/underdosering	43	5,3%
	Økonomi	31	3,8%
	Anden årsag	13	1,6%
	Ingen	549	67,9%
	Uoplyst	22	2,7%
<b>I alt</b>		<b>808</b>	<b>106,3%</b>



**Spørgeskema  
vedr. medicinenemngang for polyfarmacipatienter**

1. Har medicinenemngangen ført til ændringer i medicineringen af de patienter, der blev gennemgået?

\*1: Ingen ændring - stigende til \*5: Omfattende ændringer

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Har medicinenemngangen ført til, at du har gennemgået medicineringen for flere polyfarmacipatienter?

\*1: Nej - stigende til \*5: Ja, for alle mine polyfarmacipatienter

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Har medicinenemngangen ført til generelle ændringer i dine valg af lægemidler?

\*1: Ingen ændring stigende til \*5: Omfattende ændringer

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

.....Vend

4. Hvad skal der til for at du kan komme videre med medicinenemngang for denne patientgruppe?

Et/et flere krydser

- CPR-lister over polyfarmacipatienter
- Informationsmøder om medicinering
- Hjælp fra eksperter (læger, farmaceuter) i konkrete tilfælde (tilf., mail mm)
- Dialog i form af besøg
- Andet (uddyb venligst)

.....

.....

.....

5. Hvordan kan vi bidrage?

.....

.....

.....

6. Kommentarer i øvrigt

.....

.....

.....

.....Vend



