

	Inledning och bakgrund
	Utmärkt att ni lyfter fram behovet av att ta hänsyn till patientens biologiska ålder. Socialstyrelsen har ju envist använt "75 år och äldre", men det fungerar ju inte i den kliniska verkligheten - det finns 75-åringar som är som 65-åringar och vice versa.
4	Varför citattecken runt "kinetik"?
5	Compliance/adherence anges sjunka drastiskt med antalet preparat. Referens? Vad gäller vid Apodos?
6	"Okunskap" föreslås ersättas med det mer dynamiska "utbildningsbehov".
6	Formuleringen "Läkemedelsterapi kan i första hand sägas omfatta de två förstnämnda områdena..." medför att "individanpassad" i punkt 3 inte får toppranking. Det bör betonas att läkemedelsterapi i högsta grad behöver vara individanpassad. Bör ändras!
7	"Valet av rätt läkemedel i varje situation kräver kunskap om preparat, doseringar och farmakokinetik och farmakodynamik." Meningen behöver kompletteras för att ge en komplett bild av hur läkemedelsval går till. Oftast krävs även värdering av t ex sjukdomens svårighetsgrad, diagnosens säkerhet, eventuell komorbiditet, patientens aktuella status och inte minst patientens önskemål. Bedömningen måste ofta ske på en gråskala och utmynnar inte sällan i ett beslut som, utifrån individanpassad risk-nyttabedömning, bryter mot formella indikationsgränser och interaktionsvarningar.
8-9	Den här förda diskussionen kring indikatorers validitet bör appliceras på avsnittet 'Specifika indikatorer'. Där bör evidensen/grunden för varje indikator redovisas (t ex "RCT", "observationella data", "professionell konsensus"), och referenser anges i förekommande fall. Detta är väsentligt i ett auktoritativt dokument. Se några exempel nedan där referenser efterlyses!
9	Här diskuteras att "kvalitet" inte är definierat vad gäller läkemedelsanvändning. Detta ord bör därmed användas mer sparsamt i texten som helhet, eftersom det kan ge en falskt förenklad bild av mätbarhet vad gäller vård. Detta är särskilt allvarligt om indikatorerna kopplas till ekonomiska incitament.
10	Hur föreslås PHASE-20 konkret användas? Bör anges om detta stycke skall vara motiverat.
	Syfte
11	Utbildning av läkare och andra patientnära aktörer bör också vara ett huvudsyfte för dessa indikatorer! Tillsammans med aktuell klinisk bedömning i varje patientmöte gör den kunskap som återspeglas i indikatorerna allra mest nytta.

	Generella indikatorer
	<p>SOSFS 2012:9 har avseende läkemedelsgenomgångar hämtat grundmaterialet från LMM-modellen. Tyvärr har man stuvat om i terminologin så att begreppet "läkemedelsavstämning" inte finns med utan har klumpats ihop med "basal läkemedelsgenomgång" till "enkel läkemedelsgenomgång". Bortsett från att möjlighet till jämförande studier gentemot andra länder som använder LMM försvåras så har det ett pedagogiskt värde att vara tydlig med att en läkemedelsavstämning måste föregå en läkemedelsgenomgång - för vad är det annars man går igenom? Under avsnittet Polyfarmaci talas om problem som att äldre får mediciner utskrivna av flera olika läkare som inte känner till varandras ordinationer på grund av att en gemensam läkemedelslista saknas samt bristande dokumentation och överföring av information mellan olika vårdformer om patienters läkemedelsordinationer.</p> <p>Kanske skulle stycket innehålla några ord om vikten av ett korrekt underlag för läkemedelsgenomgången?</p>
16	Är nedre delen av texten på sid 16 inkomplett? Vad betyder "indikator" här?
	Specifika indikatorer
17	<p>"Dessa preparat bör endast användas om det finns särskilda skäl för det. Det ska vidare finnas en välgrundad och aktuell indikation för att använda läkemedlet och ordinationen ska ha bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna."</p> <p>Bör specificeras! Ovan sagda gäller alla preparat!</p>
17	<p>Angående kodein: CYP2D6-aktivitet är ej åldersberoende.</p>
19	<p>Angående paracetamol: Kunskapsläge och konkreta råd gällande "smärtrappans" avskaffande (?) och att basbehandling med paracetamol tillsammans med tyngre analgetika inte längre är "obligatorisk" bör redovisas för att sätta detta i ett sammanhang. Kunskapsläget rörande paracetamols eventuella psykiska effekter (endocannabinoid återupptagshämmare – ångestdämpande?) bör diskuteras för att göra indikatorn så anknuten till den kliniska verkligheten som möjligt.</p>
19	Varför citattecken runt "funktionell dyspepsi"?
21	Vad gäller NSAID:s plats bland indikatorerna har frågan diskuterats i samband med styrelsemöte. SGF:s styrelse är enig om att NSAID inte skall ingå i indikator 1:1; detta eftersom indikation inte sällan föreligger och det ofta saknas acceptabla alternativ.
	SGF: statiner - här begränsar man evidensläget till "sköra äldre med kort förväntad återstående livslängd" - men finns det evidens överhuvudtaget avseende

	primärprevention till hyfsat frisk 75-åring?
23	PPI: Hur relevant är reboundeffekt hos äldre, med ofta atrofiska slemhinnor, i relation till nämnda långtidsbiverkningar? Referens?
25	SGF: Olämplig dosering" - varför är haloperidol bortplockat?
27	SGF: C-interaktioner: här tas kombinationen SSRI + furosemid upp, men är inte SSRI + thiazider minst lika illa?
27	SGF: D-interaktioner: att warfarin och ASA eller cox-hämmare kan leda till ökad blödningsrisk är nog känt av de flesta. Däremot är det få som känner till risken med att insätta behandling med paracetamol som ju metaboliseras av samma leverenzym, vilket kan leda till påverkan på PK-värdet och ökad blödningsrisk - och här kommer vi åter in på farorna med receptfritt!