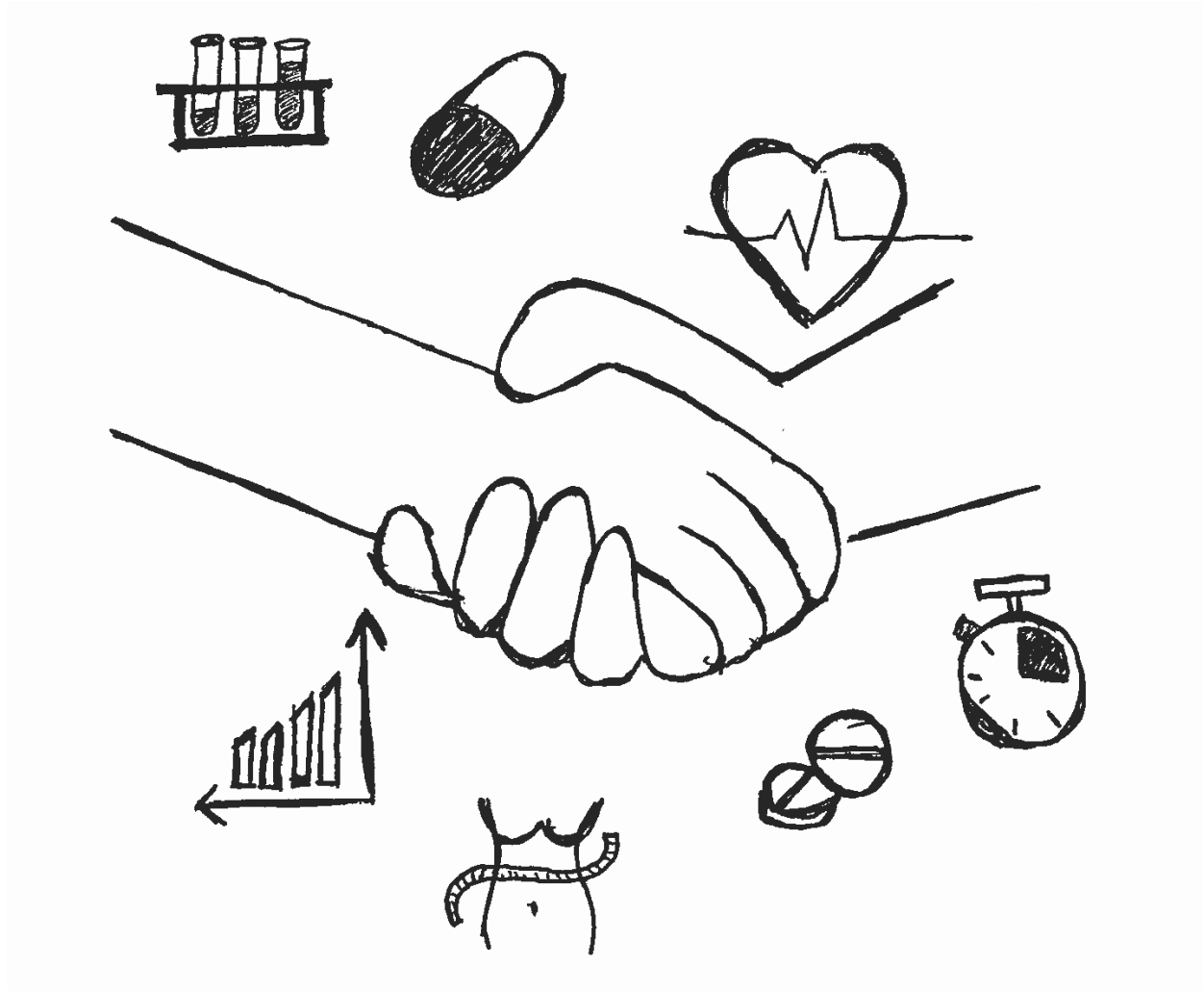


Medicingennemgang på plejecentre

i Hørsholm Kommune

2017/2018



Medicinfunktionen, Klinisk Farmakologisk Afdeling
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden.

Anne Mette Drastrup (farmaceut), Helle Neel Jakobsen (farmaceut), Gitte Krogh Madsen (speciallæge i almen medicin), Charlotte Vermehren (farmaceut, ph.d.)



Forord

Projektet er udført i samarbejde med Breelteparken, Sophielund, Margrethelund og Louiselund, Hørsholm kommune, de praktiserende læger og den koordinerende plejehjemlæge, Inger Højvig. Til dem skal der lyde en stor tak.





Indholdsfortegnelse

Forord	2
Indholdsfortegnelse.....	3
Indledning.....	4
Formål.....	5
Metode	6
Resultater	8
Perspektivering og diskussion af resultaterne	17
Konklusion	19
Ordforklaring	20
Kilder.....	21



Indledning

Andelen af ældre er stigende og vil fortsat stige betydeligt de kommende år. Da der blandt ældre er øget forekomst af kroniske sygdomme, er de ofte i behandling med mange forskellige typer medicin dagligt (polyfarmaci).

Undersøgelser viser, at jo flere slags medicin patienter tager, jo større er risikoen for, at de anvender den uhensigtsmæssigt, fx ved at fortsætte en behandling, som der ikke længere er indikation for, eller at de anvender lægemidler, der kan interagere med hinanden. Uhensigtsmæssig brug af medicin kan føre til en forværring af patientens tilstand og i værste fald hospitalsindlæggelse [1]. En stor del af de medicinrelaterede problemer kan undgås, hvis den samlede medicin gennemgås kritisk [1, 2]. Dette kræver en stor indsigt i lægemidlers effekt, bivirkninger, interaktioner og forståelse for patientens tilstand, erfaringer, ønsker og præferencer. Et studie viser, at man kan vurdere, om anvendelsen af et lægemiddel er hensigtsmæssig ved at inddrage oplysninger om patientens alder, diagnoser, laboratorieværdier, organfunktioner, allergi, kontraindikationer og risiko for interaktioner, samt overholdelse af behandlingsguidelines. Studiet konkluderer, at omkring 80 % af lægemiddel-relaterede problemer kan forhindres [2].

I nærværende projekt udføres medicingennemgang med fokus på fire forskellige typer medicin:

Forebyggende antibiotikabehandling mod urinvejsinfektion (UVI), smertepastre, antipsykotika og anti-demensmedicin (fokus-lægemidler). Disse fokus-lægemidler anvendes ofte af ældre og er generelt forbundet med bivirkninger og uhensigtsmæssig brug:

- Forebyggende antibiotikabehandling af tilbagevendende UVI frarådes generelt, da undersøgelser viser, at virkningen sjældent varer udover behandlingstiden og kun halvdelen af dem, der er i behandling, har (haft) sygdomsfremkaldende bakterier i urinen [3, 4].
- Brug af opioidplastre øger risikoen for lægemiddelrelaterede problemer, bl.a. ukorrekt dosering. Ydermere er plastre dyrere end behandling med opioid i tabletform [5, 6].



- Grundet den sederende virkning ved antipsykotika, anvendes de ofte som beroligende behandling af angsttilstande og ved søvnproblemer. Lægemidlerne er ikke godkendt til denne anvendelse og der er mangelfuld evidens for behandling med antipsykotika ved disse tilstande. Brugen af antipsykotika er desuden forbundet med alvorlige bivirkninger, især hos ældre og ved demens [7, 8].
- Behandling med anti-demensmedicin kan ikke helbrede patienten, men gives for at udskyde progressionen i demensen. Anti-demensmedicin har ikke effekt på alle patientgrupper, og effekten er tidsbegrænset [9]. Derfor bør behandlingen regelmæssigt revurderes ved pausering af behandlingen i en konkret tidsperiode med henblik på at vurdere, om virkningen aftager pga. sygdomsprogression [10, 11]. Behandlingen er forbundet med alvorlige bivirkninger, herunder gastrointestinale gener, hovedpine, konfusion, hallucinationer mv [10].

Formål

Det overordnede formål med medicingennemgangsindsatsen var afprøve en ny medicingennemgangsmodel målrettet borgere i behandling med fire udvalgte lægemiddelgrupper, der ofte ses uhensigtsmæssigt anvendt blandt ældre: Forebyggende antibiotisk behandling mod urinvejsinfektion, smertepastre, antipsykotika og anti-demensmedicin. Der vil under evalueringen være fokus på, om de fire udvalgte lægemiddelgrupper kan fungere som indikatorer for ældre borgere med stort behov for medicingennemgang.

Medicingennemgangsmodellen er initieret og afprøvet blandt borgere bosat på plejecentre i Hørsholm Kommune.



Metode

Inklusionskriterier

Ældre borgere, bosiddende på et plejecenter i Hørsholm kommune, som var i behandling med mindst ét af fokuslægemiddelgrupperne: forebyggende antibiotikabehandling mod urinvejsinfektion, smerteplastre, antipsykotika og anti-demensmedicin, blev tilbudt en medicingennemgang. Borgerne blev udvalgt af plejecenterets personale i samarbejde med de praktiserende læger. Plejecenterpersonalet stod for at informere og indsamle samtykkeerklæringer fra borgerne eller deres pårørende.

Udførelse af medicingennemgang

Medicingennemgangene blev udført i samarbejde mellem borgerens praktiserende læge og et medicinteam fra Klinisk Farmakologisk Afdeling, bestående af en farmaceut og speciallægekonsulent i almen medicin. Medicingennemgangene blev udført på baggrund af borgernes medicinliste i Det Fælles Medicinkort (FMK) og den sygeplejefaglige udredning (SFU) fra plejecentret. Udførelsen skete i perioden fra oktober 2017 – januar 2018.

Medicinteamet gennemgik medicinen i forhold til borgerens alder, funktionsniveau, diagnoser, kontraindikationer og interaktioner mellem de anvendte lægemidler, samt ud fra regionale og nationale guidelines. Endvidere så man på, hvad der var blevet indløst af pn. medicin. Herefter mødtes Medicinteamet med borgerens praktiserende læge for at drøfte eventuelle ændringsforslag til medicinen. Forslagene blev kvalificeret i samtalen ud fra oplysninger fra lægens journal. Det blev noteret, hvilke ændringsforslag borgerens læge godkendte med henblik på at implementere dem. Typen af ændringsforslag blev også noteret: seponering (ophør med medicin), reduktion af dosis, øgning af dosis, skift til andet lægemiddel og revurdering af behandling. Ændringsforslag af typen ”revurdering af behandling” henviste til forslag om revurdering af komplekse medicinske behandlingsregimer, der umiddelbart syntes uhensigtsmæssige – i modsætning til de gængse ændringsforslag, der omhandlede



behandlinger med kun ét lægemiddel og som var lettere at afklare med det samme. Komplekse behandlingsregimer kunne fx være smerte- eller blodtryksbehandlinger.

Fire måneder efter medicingennemgangsmøderne blev medicinlisten fra FMK gennemset, og det blev registreret, hvilke ændringsforslag der var blevet implementeret. Efter afslutningen af medicingennemgangene blev plejepersonalet for udvalgte borgere interviewet for at undersøge om personalet havde observeret ændringer i borgerens adfærd som følge af ændring i medicinen. Det var oprindeligt ønsket, at borgerne skulle interviewes mhp. at undersøge deres udbytte af en medicingennemgang. Da mange af borgerne led af demens og derfor ikke selv kunne fortælle om deres oplevelser ved den ændrede medicin, blev det besluttet at interviewe plejepersonalet i stedet for, da disse følger borgerne meget tæt og ofte er de første til at lægge mærke til eventuelle ændringer i borgernes fysiske og psykiske tilstand.



Resultater

Karakteristik af deltagerne

Ud af ca. 200 plejecenterbeboere i Hørsholm Kommune var 100 i behandling med et af de fire fokuslægemidler og kunne derfor inkluderes. Der blev indsamlet 51 samtykkeerklæringer, som enten var underskrevet af borgeren selv eller af en pårørende. To af deltagerne trak efterfølgende deres samtykkeerklæring tilbage, én pga. terminal sygdom og én fordi de pårørende ikke ønskede deltagelse. I alt fik 49 borgere gennemgået deres medicin i løbet af projektet.

Typer lægemidler ved start	
Type lægemidler	Antal ordinationer
Fokus-lægemidler	
Antipsykotika	24
Anti-demensmedicin	23
Smerteplastre	15
Midler mod UVI	10
Øvrige lægemidler	
Hjerte/kredsløbs- lægemidler	92
Afføringsmidler	47
Paracetamol	46
Antidepressiva/angstdæmpende	28
Midler til Astma/KOL	19
Smertestillende lægemidler (opioid)	14
Midler mod for meget mavesyre*	13
Beroligende/sove lægemidler	10
Antidiabetika	5
Andre lægemidler**	186
Ordinationer for fokuslægemidlerne	72
Procent af alle ordinationer	(13,5)
Ordinationer i alt	532
Antal lægemidler pr. deltager:	10,9
Gennemsnit, (spredning)	(4-23)

Tabel 1 Oversigt over ordinationer blandt beboere på Hørsholms plejecentre, n=49.

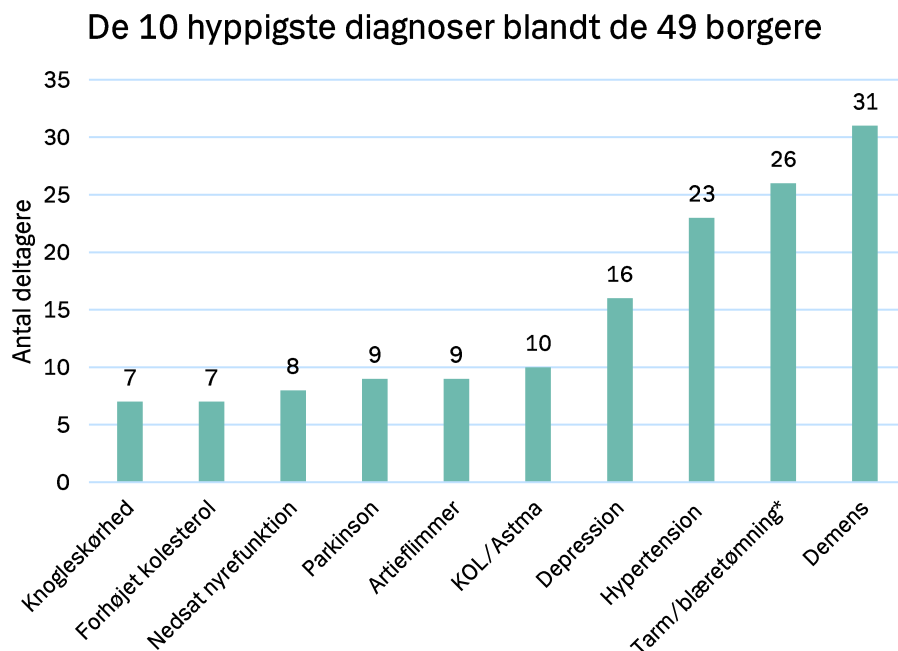
*Protonpump hæmmere (Omeprazol, Pantoprazol), ** Antihistaminer, kutane lægemidler, Vagifem, vitamin- og mineraltilskud, UVI – urinvejsinfektion



Af de 49 borgere var 61,2 % (30) af dem kvinder og 38,8 % (19) var mænd. Gennemsnitsalderen var 85 år.

Seks borgere var afgået ved døden, da medicingennemgangen skulle evalueres fire måneder efter udførelsen. De 49 borgere blev behandlet med i alt 532 lægemidler, dvs. 10,9 i gennemsnit (spredning 4-23).

Nedenunder ses de 10 hyppigste diagnoser blandt deltagerne (fig. 1). De 4 hyppigste diagnoser/indikationer var: Demens, tarm- og blæretømningsproblemer, hypertension og depression (fig. 1). Det bemærkes, at der i alt blev ordineret 92 hjerte/kredsløbs lægemidler, hvilket svarede til, at alle borgere gennemsnitligt blev behandlet med ca. 2 typer medicin for hjerte/kredsløb. Borgernes hjerte/kredsløbslidelser var ifølge den sygeplejefaglige udredning suppleret med informationer fra lægen fordelt mellem 23 tilfælde af hypertension og 9 tilfælde med atrieflimren. Det blev ligeledes bemærket, at 16 borgere havde en depressionsdiagnose jævnfør journal, mens 28 var i behandling med et antidepressivum/angstdæmpende lægemiddel, de resterende var uden klar indikation.



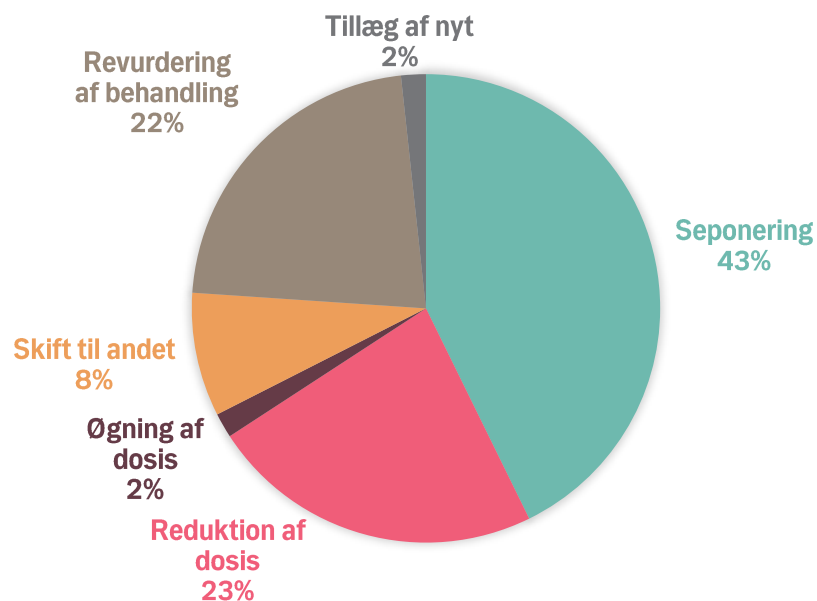
Figur 1 De 10 hyppigste diagnoser blandt de 49 deltagere
(*deltagere der er inkontinente, har kateter eller obstiperede)



Medicingennemgangen

I alt var der 117 ændringsforslag, hvilket svarede til, at der blev foreslået ændringer til 22 % af alle ordinationer. I alt blev 116 (99,1 %) af ændringsforslagene godkendt af borgernes alment praktiserende læge. Figur 2 viser hvilke typer ændringsforslag, der blev foreslået ved medicingennemgangen. De mest benyttede ændringsforslag var *Seponering*, der blev foreslået i 50 tilfælde, *Reduktions af dosis* blev foreslået 27 gange og *Revurdering af behandling* blev foreslået i 26 tilfælde. Medicingennemgangen blev udført ud fra medicinlisten fra FMK. I gennemsnit var der 2,4 godkendte ændringsforslag pr. borger.

Af de 116 ændringsforslag vedrørte 21 (18,1 %) fokuslægemidlerne, dvs. smerteplastre (2 ændringsforslag), antipsykotika (13 ændringsforslag), anti-demensmedicin (1 ændringsforslag), forbyggende antibiotika mod urinvejsinfektion (5 ændringsforslag).



Figur 2 Oversigt over fordelingen af ændringsforslagene (i alt 117 ændringsforslag)

Implementeringsgraden af ændringsforslagene ses i tabel 2. 32,8 % af de godkendte ændringsforslag var blevet implementeret og 2,6 % var delvist implementeret. Et eksempel på en delvis implementering kunne f.eks. være, hvis lægen havde nedbragt dosis og det oprindelige ændringsforslag var *seponering*. Det vil



sige, i alt var 41 ændringsforslag blevet implementeret/delvist implementeret, svarende til en implementeringsprocent på 35,4 %. Af de 41 implementerede/delvist implementerede ændringer involverede 8 (19,5 %) af dem fokuslægemidlerne, dvs. ændringer i hhv. antipsykotisk behandling (5 ændringsforslag) og forebyggende antibiotiske behandling (3 ændringsforslag).

4 måneders opfølgning	Antal interventioner (n=116)	Procent af interventioner
Implementerede ændringsforslag	38	32,8 %
Delvist implementerede ændringsforslag	3	2,6 %
Ikke implementerede ændringsforslag	67	57,8 %
Opfølgning ikke foretaget pga. død	8	6,9 %

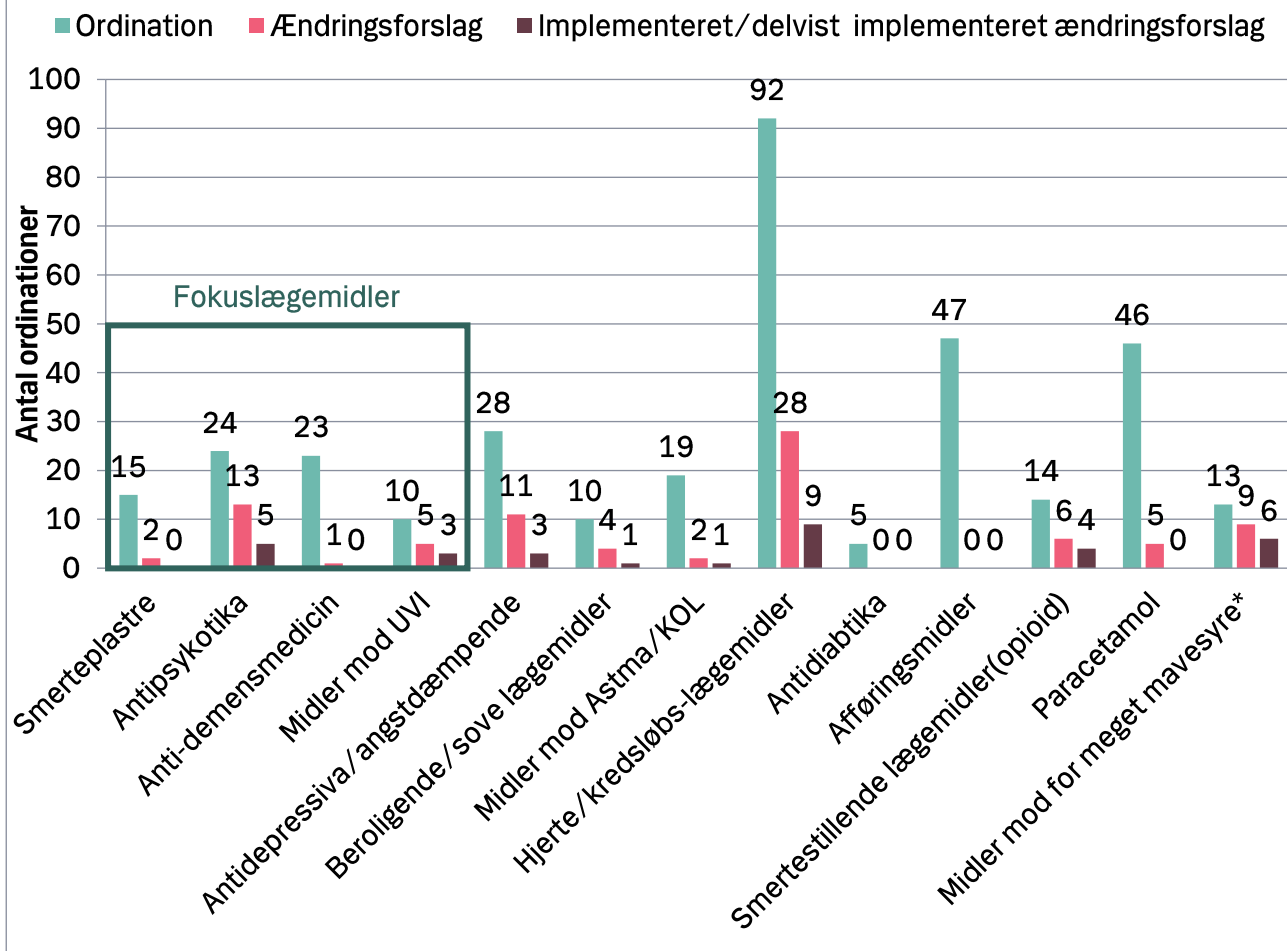
Tabel 2 Oversigt over implementeringsgraden af ændringsforslagene efter 4 måneder.

57,8 % af ændringsforslagene var således ikke blevet implementeret 4 måneder efter medicingennemgangsmødet. 6,9 % af ændringsforslagene vedrørte borgere, der døde i opfølgningsperioden og indgår således ikke i evalueringen. Ved gennemgang af de afdødes medicin var størstedelen af medicinen seponeret og der var i stedet ordineret palliativ behandling.

Nedenstående figur 3 illustrerer medicingennemgangenes samlede resultater. Her ses antal ordinationer for hver type medicin, antallet af ændringsforslag, og hvor mange der blev implementeret. Den grønne boks markerer de fire fokuslægemidler.



Sammenligning af ordinationer, ændringsforslag og implementeret/delvist implementeret ændringer



*Protonpump hæmmere (Omeprazol, Pantoprazol), UVI – urinvejsinfektion, ** Antihistaminer, kutane lægemidler, Vagifem, vitamin- og mineraltilskud mv.

Figur 3 Grafisk illustration af sammenligningen af antal ordinationer, ændringsforslag og implementerede/delvist implementerede ændringer inden for hver type medicin. Eksklusiv visse lægemidler **.



Generelle fund

I nedenstående tabel præsenteres nogle af de hyppigst brugte lægemidler.

Lægemiddel	Problemstilling
Antidepressiva	Lidt over halvdelen af borgerne var i behandling med antidepressiva. Dog var depression kun angivet som kronisk diagnose i en tredjedel af borgernes plejecenterjournal. Der blev foreslået og godkendt 11 ændringer, men kun 3 af dem blev implementeret (figur 3).
Paracetamol	46 af de 49 borgere fik paracetamol og kun få af dem havde beskrivelser af smerter i deres sygefaglige udredning. 28 af de 46 ordinationer var angivet som p.n. Der blev i alt foreslået og godkendt 5 ændringer, men ingen blev implementeret. Det er tankevækkende, at næsten alle var i behandling med paracetamol enten fast eller som p.n. og næsten ingen havde angivet smerte som indikation i deres journal.
Midler mod smerte (opioid)	Der var 14 i tabletbehandling med et opioid, 10 af disse ordinationer var angivet som p.n. ordinationer. Der blev foreslået og godkendt 6 ændringsforslag, og 4 af dem blev implementeret. Der var 15 smertepaster-ordinationer, 2 ændringsforslag og ingen implementerede ændringer (figur 3).
Afføringsmidler	47 var i afførende behandling enten fast eller som p.n. Her er størstedelen i behandling med Movicol/Gangiden. Præparatet kan ændre absorption af anden medicin ved samtidig administration, da peristaltikken øges og transittiden nedsættes [12]. Mange var i behandling med opioid, der har obstipation som en af de mest almindelige bivirkninger. Dette kan forklare det høje antal i behandling.
Midler mod mavesyre <i>Protonpump hæmmere</i> (<i>Omeprazol, Pantoprazol</i>)	13 var i behandling med en protonpump hæmmere. Mange af dem var i højdosisbehandling, hvilket ikke er anbefalet ved langtidsbrug. Man skal være opmærksom på, at der ved udtrapning og seponering er risiko for rebound-effekt. Her kan bruges sygeneutraliserende håndkøbsmedicin i aftrapningsperioden. I alt var der 9 godkendte ændringsforslag, hvor af 6 blev implementeret (figur 3).



Medicingennemgangscases og interviews med plejepersonalet

Nedenfor præsenteres to medicingennemgangscases, der suppleres med citater fra den pågældende patients kontaktperson. De to cases illustrerer og nuancerer dilemmaer, der kan opstå vedr. adfærdsændringer, når man arbejder med ældre mennesker med demens. Personcase 1 er et godt eksempel på en vellykket seponering af et lægemiddel. Personcase 2 viser en medicinliste, hvor der blev ryddet op i den p.n.medicin, som ikke blev brugt. Casen belyser samtidig de dilemmaer, der kan opstå hos mennesker med demens, hvor en adfærdsændring kan være svær at takle. Patienten fik seponeret både citalopram og dolol(tramadol), hvilket formodes at kunne forårsage de observerede adfærdsændringer. Det er samtidig også et eksempel på et usammenhængende forløb, hvor flere læger er indblandet.



Personcase 1

Kvinde 87 år

Diagnoser: Depression, Demens, UVI, Nedsat stofskifte, Blodprop i hjernen (november 2015)

Medicinliste (10 lægemidler): Movicol, Clopidogrel, Aricept (donepezil), Simvastatin, Vagifem (estradiol), Eltroxin (levothyroxin), Trimopan (trimethoprim), Quetiapin, Sertralin.

Ændringsforslag:

Revurdering af behandlingen med Quetiapin (Godkendt)

Kvinden havde været i behandling med Quetiapin siden februar 2016, hvor hun var manisk. Nu ønskede man at vurdere, om hun forblev i neutral stemning uden Quetiapin. Ydermere skulle man udvise forsigtighed ved samtidig behandling med lægemidler, som kan give forlænget QT-interval fx Aricept (donepezil) og Sertralin. Quetiapin kan også give forlænget QT-interval. Dernæst giver samtidig brug af antipsykotika og anti-demens medicin øget risiko for alvorlige bivirkninger.

Seponering af Trimopan (Trimethoprim) (Godkendt)

Kvinden havde været i forebyggende behandling mod urinvejsinfektion siden januar 2016. Det seponeres med henblik på at vurdere, om det stadig var relevant.

Implementerede ændringsforslag efter 4 måneder:

Både Quetiapin og Trimopan (Trimethoprim) blev seponeret. Hun havde hverken fået tilbagefald af maniske perioder eller haft urinvejsinfektion efter seponeringen.

”Det (kvindens tilstand) er status quo. Og så er det jo tankevækkende, hun har fået det (quetiapin), fordi det så har været unødvendigt, ik (griner).”

Udtalelser fra kontaktpersonen:

Under interviewet talte vi mest om seponeringen af Quetiapin, og hvordan kontaktpersonen havde oplevet det, om borgeren havde observeret ændringen, og hvad de pårørende havde sagt om seponeringen.

”Hun har det jo godt, med eller uden medicin, altså. Det er den samme (NAVN). Og hun har været uden den i nogle måneder nu i hvert fald, om ikke mer, så jeg synes jo, det er fantastisk.”

Kvindes adfærd var ikke mærkbart ændret efter Quetiapinen var blevet seponeret. Kontaktpersonen gav udtryk for, at hun var skeptisk før seponeringen og fortalte om kvindens maniske periode.

Kontaktperson fortalte at på trods af kvindens interesse for medicin, så kunne hun ikke huske, at noget af hendes medicin var blevet seponeret, men at hun var glad for, hun generelt ikke skulle tage så meget medicin.

Citat af Social og sundhedsassistent på plejecenter i Hørsholm kommune.



Personcase 2

Mand 95 år

Diagnoser: Demens, (Mani jf. plejecenter)

Medicinliste (7 lægemidler): Locoid crème, Actikerall (flurouracil+salicylsyre), Pamol (paracetamol), Quetiapin, Citalopram, Donepezil, Dolol (tramadol)

Ændringsforslag:

Seponering af Pamol (paracetamol) (Godkendt)

Det var en p.n. ordination. Der var ikke anført smerte i journalen og plejehjemmet ønskede den pauseret. Lægen valgte at seponere lægemidlet, da der ikke var indikation for behandlingen.

"Men efter nedtrapningen, eller evt. seponeringen af denne her Citalopram, der er hans adfærd ikke blevet mere trist, det har bibeholdt samme tristhed, men han er blevet mere, ja han er faktisk blevet mere søgende på ting, altså nu skal han ordne nogle papirer, og nu skal han sørge for det hele er i orden, så dvs. at det er som om, der er en eller anden dør, der er blevet lukket op, som faktisk før har været lukket."

Seponering af Dolol (tramadol) (Godkendt)

Det var en p.n. ordination, der ikke blev brugt mere. Ydermere var der ikke beskrevet om smerte hverken fra plejehjemmet eller fra lægen. Lægemidlet blev seponeres, da der ikke var indikation for behandlingen.

Seponering af Citalopram (Godkendt)

Seponeret for at kontrollere, om der stadig var indikation for det. Ydermere var der risiko for QT-forlængelse i samtidig behandling med Quetiapin og Donepezil. På længere sigt ville lægen overveje at seponere Quetiapin.

"...altså. Det er sådan et vurderingsspørgsmål (om man skal ændre medicinen), fordi man skal passe på med at trække dem imod vores virkelighed. Fordi det er deres virkelighed, det drejer sig om, ik."

Seponering af Quetiapin (Godkendt)

Implementerede ændringsforslag efter 4 måneder:

Både Dolol(tramadol) og Citalopram var blevet seponeret, dog var borgeren fortsat i behandling med Pamol(paracetamol) og Quetiapin. Ydermere var både Locoid crème, Actikerall (flurouracil+salicylsyre) blevet seponeret, og der var blevet ordineret Sertralin af ny læge.

Citat af Social og sundhedsassistent på plejecenter i Hørsholm kommune.

"Han udviser frustrationer, og han udviser, altså selvfølgelig er det positivt, og han er vågnet lidt eller hvad man kan sige, men han er jo frustreret..."

Udtalelser fra kontaktperson:

Kontaktpersonen fortalte, at der først blev sendt ændringer fra lægen om at halvere dosis af Citalopram på baggrund af den udførte medicingennemgang. Umiddelbart efter skiftede manden læge og den nye læge seponerede Citalopram og erstattede den med Sertralin. Kontaktpersonen forklarede det ved, at når man behandler med Citalopram, skal der måles blodtryk og livvidde, og det skal der ikke ved Sertralin (ikke i overensstemmelse med gældende retningslinjer). Efter seponering af Citalopram og Dolol blev der observeret nogle ændringer i mandens adfærd. Kontaktpersonen beskrev det som om, at han var blevet mere tilstedeværende (se citater). Kontaktpersonen fortalte, at borgeren ingen sygdomsindsigt havde og derfor ikke vidste, at der var noget medicin, der var blevet seponeret.

Citat af Social og sundhedsassistent på plejecenter i Hørsholm kommune om seponering af citalopram og tramadol.



Perspektivering og diskussion af resultaterne

Kun 51 af de mulige 200 plejecenterbeboere i Hørsholm kommune blev inkluderet i indsatsen. Vi havde i modsætning til tidligere lignende projekter haft specifikke fokuslægemidler som inklusionskriterie. Disse lægemidler ses ofte anvendt blandt ældre og kan ifølge klinisk erfaring og litteraturen være forbundet med uhensigtsmæssigt medicinforbrug.

2 af de 51 trak samtykkeerklæringen tilbage pga. pårørendes ønske og terminal sygdom. De 49 inkluderede og deltagende borgere havde i alt 532 lægemiddelordinationer, hvilket gennemsnitligt svarede til 10,9 lægemidler. I alt var der 117 ændringsforslag. Dvs. 2,4 ændringsforslag per beboer, hvilket stemmer overens med lignende projekter [13, 14].

Lægerne godkendte 99 % af ændringsforslagene, hvilket kan forklares ved, at ændringsforslagene blev drøftet ansigt til ansigt mellem medicinteamet og borgerens alment praktiserende læge. Det gav mulighed for at kvalificere ændringsforslagene med fx oplysning om tidligere afprøvede seponeringsforsøg eller symptomer, der berettigede fortsat behandling, hvis sådanne oplysninger var tilgængelige. Den høje godkendelsesrate er tidligere set ved lignende projekter [13, 14]. Derimod var kun 35,4 % af de godkendte ændringsforslag implementeret eller delvist implementeret efter 4 måneder, hvilket er lavt sammenlignet med andre lignende projekter. Disse projekter blev udført i hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland og her var implementering af de godkendte ændringsforslag 46-56% [13, 14].

Kigger man nærmere på resultaterne fra fokuslægemidler, ses det, at de dækkede over en relativ lille procentdel af både ændringsforslagene (18,3 %) og de implementerede/delvist implementerede ændringer (19,5 %). Eksempelvis ses det for de 24 ordinationer vedr. antipsykotika, at der blev foreslået og godkendt 13 ændringer, dog blev kun 5 implementeret. Dette kunne indikere, at der stadig er indikation for behandlingen trods det godkendte ændringsforslag eller at denne type lægemidler kan være svære at ændre, da borgerens adfærd kan blive forstyrret.



De inkluderede borgere tog i gennemsnit 10,9 lægemidler, hvilket i sig selv kan give anledning til at udføre en medicingennemgang, da man her har at gøre med multisyge, ældre polyfarmacipatienter, som ofte kan have gavn af en medicingennemgang. De fleste ændringsforslag omhandlede andre lægemidler end fokuslægemidlerne. Baseret på resultaterne tyder det overordnet på, at der ikke var den uhensigtsmæssige brug blandt fokuslægemidlerne, som vi havde forventet, hvilket er positivt.

Antallet af plejehjemsbeboere i Hørsholm Kommune var på inklusionstidspunktet ca. 200. Heraf medvirkede kun ca. ¼ i medicingennemgangsindsatsen. Vi kender ikke til karakteristika for alle de 200 borgere og kan derfor ikke udtale os om, hvor mange der kunne have haft gavn af en medicingennemgang. Dog undrede det os, at kun 51 borgere endte med at blive inkluderet i projektet. Inklusionskriterierne kan delvist forklare det lave antal inkluderede borgere, da kun halvdelen af borgerne blev behandlet med de fire fokuslægemidler. Dette kunne tyde på, at de praktiserende læger i Hørsholm Kommune kun i begrænset omfang ordinerer de fire fokuslægemidler, som var blevet udvalgt pga. deres ofte uhensigtsmæssige anvendelse blandt ældre borgere. En anden årsag kan være den manglende inddragelse af plejecenterpersonalet. Personalet havde sparsom viden om projektet og dets formål, men viste stor interesse for medicingennemgangene, da de efterfølgende blev interviewet. Bedre information om projektet blandt personalet ville have gjort det mere bæredygtigt og kunne nok have øget antallet af inkluderede borgere. En højere implementeringsrate kunne sandsynligvis være opnået, hvis et samarbejde mellem lægen og plejepersonalet i højere grad var blevet styrket, så de kunne hjælpes ad med implementeringen af ændringsforslagene.

Medicingennemgangsmetoden anvendt i dette projekt, er en ressourcekrævende metode med inddragelse af flere sundhedsprofessionelle fra både almen praksis, kommune og region. En stor del af ressourceforbruget ligger således i etableringen af et samarbejde mellem de tre aktører og resultaterne fra denne indsats tyder på, at det vil være mest cost-effektivt at inkludere alle beboere på plejehjem, som er i



medicinsk behandling, og ikke kun brugere af fokuslægemidlerne - når først samarbejdet med alle parter er blevet etableret.

Konklusion

Resultaterne tyder på, at det ikke er hensigtsmæssigt at have så snævre inklusionskriterier, da færre borgere end forventet levede op til disse. Ydermere resulterede medicingennemgangene ikke i mange ændringsforslag blandt fokuslægemidlerne. Det kan ikke konkluderes om fokuslægemidlerne kunne være en indikator for beboere med stort behov for medicingennemgang, da vi ikke kender situationen blandt de resterende beboere. Lægernes implementeringsrate var lav sammenlignet med andre lignende undersøgelser, til trods for den høje godkendelsesrate af ændringsforslagene. Den manglende inddragelse af personalet på plejecentrene kan have medvirket til et relativt lavt antal samtykkeerklæringer og dermed en lav beboerdeltagelse. Trods den lave implementeringsrate havde plejepersonalet nogle positive oplevelser, hvor medicingennemgangene bidrog til blandt andet seponering af lægemidler og de gav udtryk for opnåelse af varig læring omkring medicinering.



Ordforklaring

SFU – sygeplejefaglig udredning

pn. medicin - *pro necessitate*, der betyder efter behov.

UVI – urinvejsinfektion

FMK - Det Fælles Medicinkort



Kilder

1. Pirmohamed, M., et al., *Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients*. *Bmj*, 2004. **329**(7456): p. 15-9.
2. Hug, B.L., et al., *Adverse Drug Event Rates in Six Community Hospitals and the Potential Impact of Computerized Physician Order Entry for Prevention*. *J Gen Intern Med*, 2010. **25**(1): p. 31-8.
3. Eells, S.J., et al., *Recurrent urinary tract infections among women: comparative effectiveness of 5 prevention and management strategies using a Markov chain Monte Carlo model*. *Clin Infect Dis*, 2014. **58**(2): p. 147-60.
4. Stamm, W.E., et al., *Antimicrobial prophylaxis of recurrent urinary tract infections: a double-blind, placebo-controlled trial*. *Ann Intern Med*, 1980. **92**(6): p. 770-5.
5. Jensen, N.M., et al., *[Certain opioids can preferably be administered transdermally]*. *Ugeskr Laeger*, 2015. **177**(9): p. V09140487.
6. Lægemiddelstyrelsen, *PRODUKTRESUMÈ for Fentanyl "Orion", depotplastre*. 2019, Lægemiddelstyrelsen, Axel Heides Gade 1, 2300 København S: Copenhagen.
7. Corbett, A. and C. Ballard, *Antipsychotics and mortality in dementia*. *Am J Psychiatry*, 2012. **169**(1): p. 7-9.
8. Ballard, C. and R. Howard, *Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm*. *Nat Rev Neurosci*, 2006. **7**(6): p. 492-500.
9. Sundhedsstyrelsen, *Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, Udredning og behandling af demens – en medicinsk teknologivurdering*, in *Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering 10(2)*, Sundhedsstyrelsen, Editor. 2008: Copenhagen.
10. Sundhedsstyrelsen, *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens*, Sundhedsstyrelsen, Editor. 2013, Sundhedsstyrelsen.
11. Andersen, S.E., *Specifikke lægemidler mod Alzheimers sygdom*. *Månedstidsskriftet Rationel Farmakoterapi*, 2007(2): p. 1-4.
12. Lægemiddelstyrelsen, *PRODUKTRESUMÈ for Movicol, pulver til oral opløsning, enkeltdosisbeholder*. 2019, Lægemiddelstyrelsen, Axel Heides Gade 1, 2300 København S: Copenhagen.
13. Region Sjælland, *Medicingennemgang på Kalundborgs plejecentre*, Lægemiddelenheden-Kvalitet-og-udvikling, Editor. 2015, Region Sjælland: Sorø.
14. Region Hovedstaden, *Implementering af medicingennemgange til beboere i kommunale plejeboliger i Region Hovedstaden med fokus på nedbrydning af kendte barrierer*, Koncern-Praksis-Medicinfunktionen, Editor. 2012, Region Hovedstaden: Hillerød.

Udgivet 2020



Medicinfunktionen, Klinisk Farmakologisk Afdeling
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden