

Medicinændringer ved plejehjemsbeboere



Forskningstræningsopgave sommer 2022

Jeanette Sørensen, Sara Søndergaard, Louise Sørensen og Annette Jørgensen

Medicinændringer ved plejehjemsbeboere

Indledning:

Patienter, der flytter på plejehjem er oftest skrøbelige, multisyge og med forventet kort restlevetid. I forbindelse med en flytning til plejehjem vil man, som praktiserende læge, ofte lave gennemgang af patientens sygdomshistorik samt vurdering af skrøbeligheden og behovet for ændringer i medicinordinationer. Medianoverlevelsen efter indflytning til plejehjem er i gennemsnit 25,8 måneder (1). Hvor den forebyggende behandling således har været i centrum før, vil man forvente, at en overgang til plejehjem medfører, at den symptomlindrende behandling kommer i fokus fremfor den forebyggende behandling.

Polyfarmaci hos ældre har 2 problemstillinger. For det første sker der aldersrelaterede fysiologiske ændringer i kraft af den ændrede metabolisme, faldet i nyrenes og leverens funktion samt tab af kropsmasse. Som et resultat heraf ændres farmakokinetik og farmakodynamik, hvilket gør at ældre personer er særligt sårbare overfor de potentielle bivirkninger af medicinsk behandling. For det andet vil øget medicinforbrug hos ældre personer med kort forventet restlevetid rejse spørgsmål om den forventede gavn af behandlingen (2).

Lundby et al (3) viste, at der ved overgang til plejehjem i gennemsnit blev tillagt to præparater både af profylaktiske og symptomlindrende karakter. Studiet viste endvidere, at en stor andel af plejehjemsbeboerne får både profylaktisk og symptomlindrende medicin. Dette hos individer med begrænset forventet restlevetid.

Vores formål med opgaven er at afdække ændringer i medicin ordinationer i forbindelse med overgangen til plejehjem og belyse hvilke grupper af medicin det drejer sig om. Det primære effektmål er ændring i antal præparater målt efter tre måneder og efter seks måneder. Sekundære effektmål er belysning af hvilke grupper præparater, der ordineres eller seponeres.

Metode:

Patienter blev rekrutteret fra tre almen medicinske lægeklinikker i Region Nordjylland, to i Aalborg kommune og en i Thisted Kommune. Inklusionskriterier var patienter, der er indflyttet på plejehjem i perioden 1/7-20 til 31/12-21. Både almindelige plejhjemsbeboere og demensplejhjemsbeboere blev inkluderet. Beboerne skulle have boet på plejhjemmet i minimum tre måneder. Hvor den præcise indflytningsdato ikke kunne verificeres, blev skæringsdatoen enten dagen for anmodning af overflytning af lægejournal fra tidligere praktiserende læge eller ved første kontakt/korrespondance fra plejhjemmet.

Eksklusionskriterier var plejhjemsbeboere på aflastningspladser samt patienter med terminalerklæringer forud for flytning.

For to af klinikkerne var der plejhjem tilknyttet og de praktiserende læger var faste plejhjemslæger. Den sidste klinik havde ikke fast aftale med plejhjem.

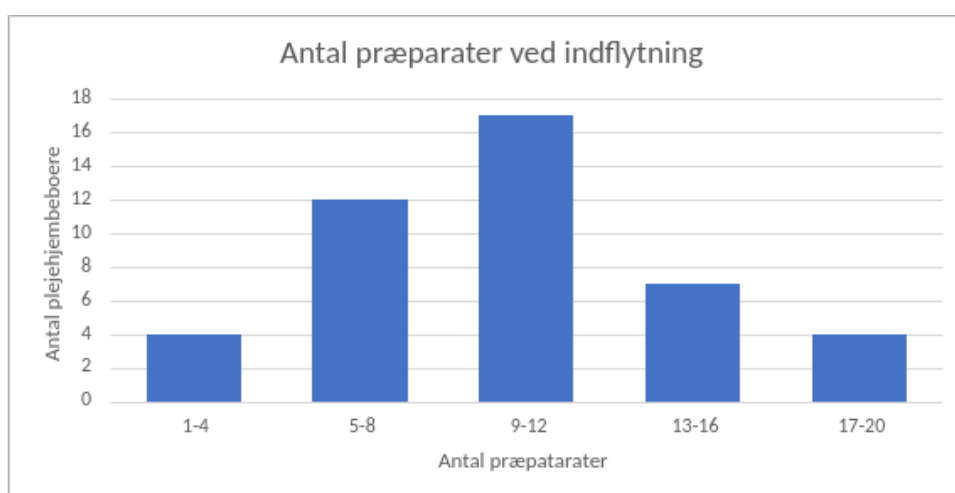
Der blev trukket data fra Fælles Medicin Kort (FMK). Antal aktive ordinationer forud for flytning blev registreret samt antal aktive ordinationer ved 3 og 6 måneder. Vaccinationer og ernæringsdrikke blev ikke talt med.

Der blev noteret hvilke grupper af medicin (ud fra ATC koder), hvori der blev foretaget ændringer. Præparater, der både stod som fast ordinationer og pn ordinationer blev talt enkeltvis trods samme indholdsstof. Ordinationer med samme indholdsstof men to forskellige styrker registreret blev registreret som en samlet ordination. Pauserede ordinationer blev betragtet som inaktive og derfor ikke registreret. Kombinationspræparater blev betragtet som et præparat. Der blev ikke registreret ændringer i dosis for det enkelte præparat.

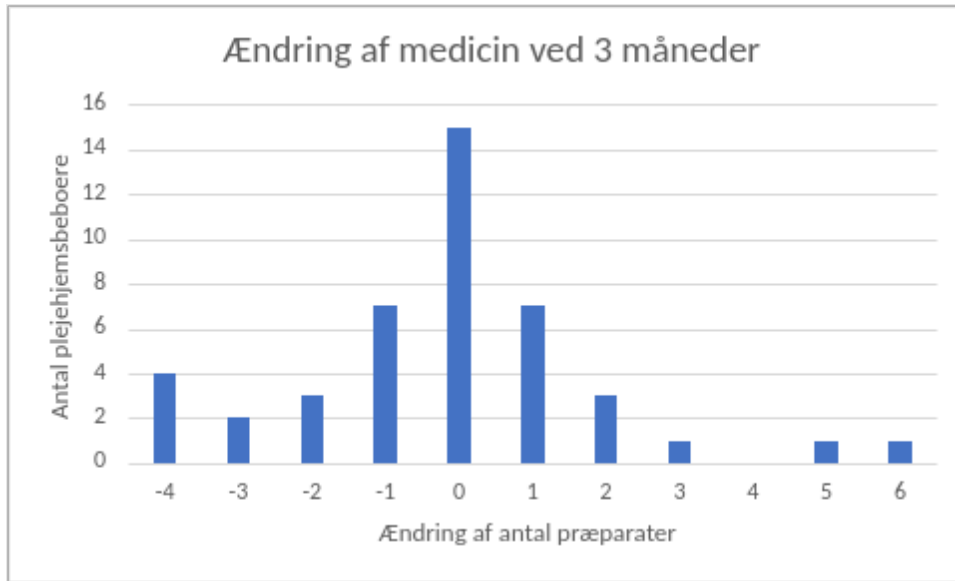
Data blev behandlet i EPI basic samt Microsoft Excel. Data er normalfordelt, hvorfor vi har valgt at udregne spredning, standard afvigelser og at bruge 95% konfidensinterval.

Resultater:

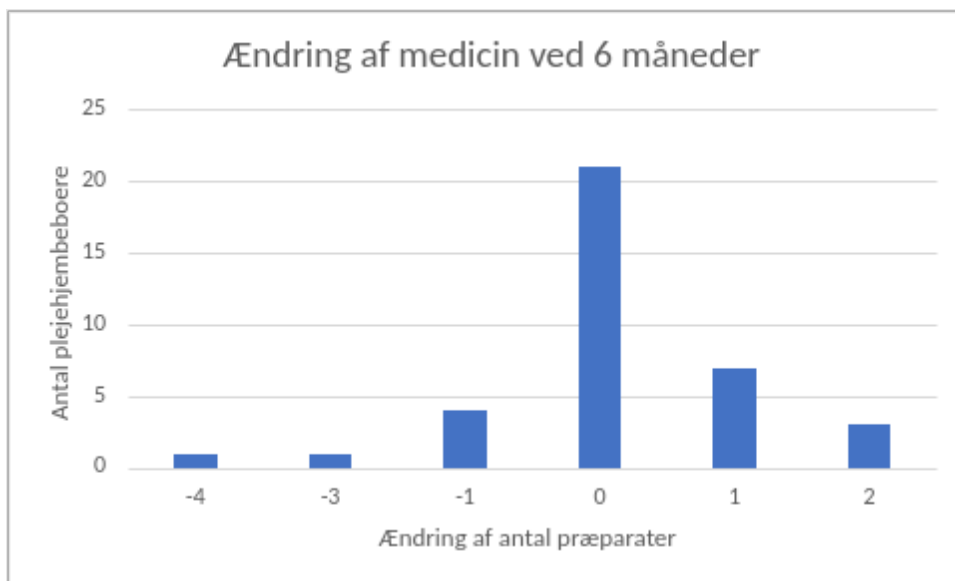
Vi identificerede 44 patienter fra 3 lægeklinikker i Region Nordjylland. Der blev inkluderet hhv. 25, 17 og 2 patienter fra de tre klinikker. Ved indflytning var der i gennemsnit 10,2 95% CI (8,89;11,45) præparater på FMK listen. (Se figur 1). Efter tre måneder gennemsnitlig ændring på -0,18 95% CI (-0,79;0,43) (se figur 2) og efter seks måneder fandtes yderligere gennemsnitlig ændring 0,027 95% CI (-0,35;0,4) (se figur 3). Der var en patient, vi ikke havde oplysninger på efter 6 måneder grundet dødsfald efter 4 måneder. Fem patienter havde ikke boet på plejehjemmet i 6 måneder ved dataindsamling.



Figur 1



Figur 2



Figur 3

Vi har ligeledes set på, hvilke lægemiddelgrupper, der blev ordineret/seponeret efter hhv. 3 og 6 måneder. Efter 3 måneder ordineredes primært laksantia (11 gange), paracetamol (6 gange), diuretica (4 gange), opioider (4 gange) og losartan (3 gange). Øvrige præparater er kun ordineret 1-2 gange og derfor ikke nævnt (*Bilag 2*).

Efter 3 måneder seponeredes primært opioider (6 gange), laksantia (4 gange), corticosteroider til dermatologisk brug (4 gange), vitaminer (4 gange), antidepressiva (3 gange), midler mod obstruktiv lungesygdom (3 gange), pramipexol (3 gange), midler med anvendelse på urogenitalsystemet og kønshormoner (3 gange), antitrombosemidler (3 gange) og fungicider til udvortes brug (3 gange). Øvrige præparater er kun seponeret 1-2 gange og derfor ikke nævnt (*Bilag 1*). Efter 6 måneder ordineredes primært hypnotica og sedativa (3 gange) og opioider (3 gange). Øvrige præparater er kun ordineret 1-2 gange og derfor ikke nævnt (*Bilag 4*). Efter 6 måneder seponeredes primært opioider (3 gange) og laksantia (3 gange). Øvrige præparater er kun seponeret 1-2 gange og derfor ikke nævnt (*Bilag 3*).

Det ses, at det i vores studie primært var symptomlindrende præparater, der blev ordineret og seponeret både 3 måneder og 6 måneder efter borgeren var flyttet på plejehjem.

Vi har desuden valgt at se på udvalgte præparatgrupper. Disse er udvalgt på baggrund af særlig relevans i forhold til den ældre patient (opioider, medicin med påvirkning af CNS (antidepressiva, antipsykotika, hypnotica og sedativa), præparater med risiko for ortostatisme (amlodipin, losartan, metoprolol og enalapril), statiner, bisfosfonat og NSAID), samt hvad vi så (jf. ovenstående) blev ordineret/seponeret mest og samtidig blev vurderet med væsentlig klinisk relevans. Det bemærkes her, at der ved 3 måneder ordineredes statin til en enkelt patient og NSAID til to patienter imens to patienter fik seponeret statin. To patienter fik seponeret bisfosfonat (*Bilag 1 og 2*). Ved 6 måneder bemærkes, at en patient fik ordineret NSAID og en patient fik seponeret NSAID (*Bilag 3 og 4*). Der ses ved 3 måneder ingen, der fik ordineret hypnotica og sedativa imens der ses tre ordinationer ved 6 måneder (*Bilag 2 og 4*). Ved 3 måneder ses tre ordinationer af præparater med risiko for ortostatisme samt fem seponeringer. Ved 6 måneder ses ingen ordinationer, men én seponering (*Bilag 1-4*).

Diskussion:

Vores primære effektmål var at identificere ændringer i antallet af præparater efter indflytning på plejehjem efter 3 og 6 måneder. I vores undersøgelse finder vi, at der ikke er nogen signifikant ændring i antal præparater som patienterne får efter, at de

er flyttet på plejehjem. Dette adskiller sig dermed fra det danske studie (3), der viser, at den enkelte plejehjemsbeboer i gennemsnit får 2 præparater mere, efter de er flyttet på plejehjem. Dog skal det pointeres, at Lundby et al undersøger, hvor meget medicin borgeren får fra 24 måneder før de flyttede på plejehjem og indtil 24 måneder efter indflytning på plejehjem. Vi har valgt kun at undersøge hvor mange præparater borgeren fik ved indflytning på plejehjem samt at se på, hvad der var sket af ændringer 3 og 6 måneder efter indflytning. Vi finder dog et højere antal præparater ved indflytning, 10,2, sammenlignet med Lundby et al, der finder 6 præparater. Dog er undersøgelserne ikke helt sammenlignelige, da Lundby et al viser at stigningen i antal præparater ligger i tiden før indflytning på plejehjem. Dette giver god mening, da der ofte vil have været flere lægebesøg og/eller indlæggelser i tiden op til at borgeren flytter på plejehjem. Vanligvis kommer det først på tale med en plejehjemsplads, når borgerens almene tilstanden er så dårlig, at det ikke længere er optimalt med hjemmepleje i eget hjem. Aftagende almen tilstand kan med god grund udløse flere kontakter med sundhedsvæsenet og dermed også medføre en øget sandsynlighed for opstart af en eller anden medicinsk behandling. En del patienter kommer på aflastningsplads forud for fast plejehjemsplads, hvor der også her kunne være lavet gennemgang af medicinen. I Aalborg Kommune er der desuden aftale med Geriatrisk Afdeling, der går tilsyn på Akutpladser og midlertidige plejepladser. Her laver de gennemgang af medicinlister på en del af patienterne, hvorefter nogle af disse flytter på permanente plejehjemspladser.

Vores sekundære effektmål var at belyse de forskellige grupper af præparater, der blev henholdsvis ordineret og seponeret. Vi finder, at det primært er den symptomlindrende behandling, der ændres i. Vi kender ikke de enkelte præparater ved indflytning. Vi kan derfor ikke udtale os om, hvor mange der får profylaktisk medicin. I forhold til de udvalgte præparatgrupper ses 4 ordinationer af profylaktisk medicin hos plejehjemsbeboerne, men 10 seponeringer. Tallene er små, men det ser ud til, at der har været fokus på den profylaktiske medicin. I forhold til grupper af medicin, der ikke er hensigtsmæssige for den ældre patientgruppe (NSAID, opioider, hypnotica og sedativa, præparater med risiko for ortostatisme), ses der kun ganske få ordinationer.

En svaghed ved studiet er størrelsen af studiepopulationen. Ved overgangen til et plejehjem, vil der oftest ske et lægeskift, da de fleste plejehjem i region Nordjylland

har tilknyttet faste plejehjemsleger. Det viste sig derfor svært at inkludere egnede patienter fra de to lægeklinikker, der ikke var faste plejehjemsleger, hvorfor hovedparten af de inkluderede patienter er fra to klinikker, der begge er faste plejehjemsleger.

En anden svaghed ved studiet er, at der kan være kommet en skævvridning af data, idet der primært er rekrutteret fra lægeklinikker med faste plejehjemsleger. Man kunne derfor tænke, om der var større fokus på medicinseponering, hvilket ville kunne forklare forskellen ift. Lundby. et al (3).

Vi har ved det primære effektmål ikke forholdt os til typen af medicin patienterne får. Således er der en del medicinske cremer, hvoraf flere står som PN ordinationer, hvor brugen af præparatet er begrænset. Vi har heller ikke tjekket for indløste recepter og formoder således, at ordinationen er gældende, når det står på FMK. Sidstnævnte støttes dog også af, at plejepersonale for langt de flestes tilfælde vil ophælde og uddele medicin ved plejehjemsbeboere.

Ved optælling af antal præparater har vi ikke forholdt os til indholdsstoffet i første omgang og således kun om der er ændring i antal. Således kan der godt være sket en ændring fra et kombinationspræparat til monoterapi (fx lorsartan/hydrochlorthiazid til losartan). Der er dermed sket en reduktion i polyfarmacien men dette vil ikke fremgå af vores optælling. Det samme gør sig gældende for evt. reduktioner i dosis, hvor fx en halvering af dosis ikke vil fremgå af data.

I vores studie er der som nævnt ingen ændring i antallet af aktive ordinationer på plejehjemsbeboernes medicinkort fra indflytning på plejehjem og hhv. 3 og 6 måneder efter indflytning. Dette kan være udtryk for, at mange af dem, der flytter på plejehjem allerede har haft nogenlunde tæt kontakt med egen læge og også får hjemmehjælp. Grundet den forventede begrænsede restlevetid kunne man godt formode, at det ville være hensigtsmæssigt at sanere i patienternes medicinkort, således at der primært blev givet symptomatisk behandling. Dog viser både vores studie og andre studier, at der fortsat bliver givet profylaktisk medicin til plejehjemsbeboerne. Morin et al viser i et svensk studie, at der i stor udstrækning gives profylaktisk behandling i patienters sidste livsfase (2). De finder, at statiner sjældent bliver seponeret, og at 16 % af ældre borgere fik udskrevet statiner den sidste måned af deres liv. Dette kan måske skyldes en frygt hos læger for

klagesager, hvis en patient f.eks får en blodprop efter at have fået seponeret simvastatin.

Medicinering er i realiteten en sag imellem læge og patient. Der er dog flere udefrakommende faktorer, når patienten bor på plejehjem. Det kan blandt andet skyldes, at patienterne i denne gruppe er svækket og får aftagende evne til selvbestemmelse. Derudover er plejepersonalet og særligt sygeplejersker på plejehjemmet meget ind over medicinen, da de administrerer medicin og har den løbende daglige kontakt med både patienten samt personale i lægepraksis. Der er ligeledes pårørende, som kan have holdning til patientens tilstand og behandling. Der er derfor mange spillere på banen, som er afgørende for, hvilken behandling patienterne skal have, og der kan sagtens være modsatrettede holdninger. Kliniske guidelines tager sjældent hensyn til patientens skrøbelighed, hvilket kan give modstridende holdninger ift. at stoppe en forebyggende behandling. Der er dog kommet større fokus på området, og der findes også flere værktøjer til hjælp til seponering fx STOPPFrail (4) og Seponeringslisten (5).

Perspektivering:

Undervejs i arbejdet med denne forskningstræning og indsamling af data, er der allerede sket en ændring i fokus på medicinering hos plejehjemsbeboere. I en af praksis har de til vane at afholde fødselsdagsbesøg hos plejehjemsbeboeren i den måned, hvor beboeren har fødselsdag. Dette sikrer, at alle beboere bliver set af deres læge mindst en gang årligt. Her taler lægen med beboeren sammen med sygeplejerske fra plejehjemmet og gerne også plejepersonale, som kender beboeren bedst. Af og til er der også deltagelse af pårørende. Ved denne samtale kommer man ind på den generelle trivsel herunder især humør og aktivitetsniveau. Vi taler også om behandlingsniveau af medicin og om beboeren er interesseret i evt. indlæggelse på sygehuset. Der tages stilling til genoplivning og gennemgang af medicinlisten. I denne praksis er det blevet et nyt tiltag, at tutorlæge og uddannelseslæge forud for besøget kritisk gennemgår medicinlisten. Her får vi en faglig diskussion af, hvilke præparater man kan sanere, og hvad der evt. kan tillægges. Ligeledes giver det anledning til, at vi får overblik over, hvilke målinger og observationer vi har brug for fra plejepersonale. Det kan f.eks. være tættere

blodtryksmålinger, ortostatisk blodtryksmålinger, daglige vejninger, smertedagbog, afføringsdagbog, billeddokumentation af hud ifm. længerevarende behandlinger heraf mm. Allerede nu kan vi se, at nogle af beboerne får seponeret halvdelen af deres medicin i forbindelse med et fødselsdagsbesøg. Derudover giver det anledning til at afprøve medicin på forsøgsbasis. Mange beboere får f.eks. fast panodil 3 eller 4 gange daglig. Her kan det forsøges med PN panodil behandling i en periode med dokumentation af forbrug, for at få et billede af det egentlige behov for smertestillende, som ofte er varierende over døgnet og over tid.

I forbindelse med indsamling af data har de ledende sygeplejersker på de respektive plejehjem været behjælpelige med data. I den forbindelse har vi aftalt, at vores resultater skal fremlægges for sygeplejerskerne. Det kan forhåbentlig give fælles forståelse og tilgang til medicineringen af vores fælles patienter. Derudover vil det være hensigtsmæssig med en diskussion sammen med plejepersonalet om, hvilken linje der skal ligges ift. medicinering af vores ældre beboere, så alle arbejder i samme retning. Som tidligere nævnt er der mange faktorer, der spiller ind på beboerens medicinering, og jo tættere samarbejde og inddragelse disse parter har, jo bedre og mere homogen behandling.

Referenceliste:

1. Reilev M, Lundby C, Jensen J, Larsen SP, Hoffmann H, Pottegård A. Morbidity and mortality among older people admitted to nursing home. *Age and Ageing* 2019;49:67–73.
2. Morin L, Vetrano DL, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, Fastbom J, Johnell K. Choosing wisely? Measuring the burden of medications in older adults near the end of life: Nationwide, longitudinal cohort study. *The American Journal of Medicine* 2017; 130, 927-936
3. Lundby C, Jensen J, Larsen SP, Hofmann H, Pottegård A, Reilev M. Use of medication among nursing home residents: a Danish drug utilisation study. *Age and Ageing* 2020;49:814–820
4. Curtin D, Gallagher P, O'Mahony D. Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation of STOPPFrail version 2. *Age and Ageing* 2020;50:465–471
5. Sundhedsstyrelsen. Rationel Farmakoterapi. Seponeringslisten 2022 – Anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne. 2021.