



UiO • Universitetet i Oslo

Legers erfaringer med legemiddelgjennomgang hos eldre pasienter med polyfarmasi på kommunale akutte døgnenheter

En spørreundersøkelse

Marte Depui Aksnes og Marit Rike Haugsjå

Profesjonsstudiet i medisin

20 studiepoeng

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

02.02.2022

Veileder: Torgeir Bruun Wyller

Copyright: Marte Depui Aksnes og Marit Rike Haugsjå

År: 2022

Tittel: Legers erfaringer med legemiddelgjennomgang hos eldre pasienter med polyfarmasi på kommunale akutte døgnenheter, En spørreundersøkelse

Forfattere: Marte Depui Aksnes og Marit Rike Haugsjå

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

ABSTRACT

Background: The occurrence of polypharmacy (i.e. use of at least five medications) is frequent among the elderly population in Norway. Polypharmacy increases the risk of adverse drug effects, and therefore regular medication reviews are recommended. Municipality acute wards (MAWs) have been implemented in all counties in Norway as an alternative to hospitalization for patients who need acute admission but not specialist healthcare services. MAWs are especially used for treatment of elderly patients, and therefore accounts for treatment-responsibility of many elderly patients facing challenges with polypharmacy.

Objective: The aim of this study was to investigate experiences with medication reviews for elderly patients with polypharmacy among MAW doctors. In this regard also to highlight whether MAW seem to be an appropriate place to perform medication reviews or not.

Methods: A questionnaire containing 18 questions was sent to doctors from 18 MAWs in Norway. Small, medium, and large-sized MAWs were included. The data were analyzed using basic analyzing-programs.

Results: 33 out of 78 MAW doctors answered the questionnaire. Polypharmacy-related challenges seems to be frequent at MAW according to the respondents. A majority of the doctors states that they preform medication reviews in a majority of their patients with polypharmacy. Several challenges in preforming medication reviews at MAW were mentioned. The most frequent were lack of time, the patient's short admission-time at MAW, not having complete knowledge of their drug-indications, uncertainty concerning responsibility and time-consuming work obtaining correct drug lists. Diverse opinions were expressed regarding whether MAW is a good place to perform medication reviews or not.

Conclusions: This study improves our understanding of the experiences and challenges MAW doctors face regarding medication reviews of their elderly patients with polypharmacy. Consequently, several areas of improvement were identified. A more structured cooperation with GPs to secure a more comprehensive evaluation and follow-up after medical adjustments, a more efficient way of obtaining correct drug lists as well as more overall routines for medication reviews at the MAWs are some suggestions for making MAWs more fitted for medication reviews in the future.

FORKORTELSER BRUKT I DENNE OPPGAVEN

KAD: kommunal akutt døgnenhet

I vår oppgave har vi valgt å bruke betegnelsen KAD for kommunenes tilbud om øyeblikkelig-hjelp døgnopphold. Vi er innforstått med at det også anvendes andre navn på samme virksomhet. Andre betegnelser er øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH), kommunal allmenntilleggsinsk sengepost (KAS), kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KØHD) med fler.

LMG: legemiddelgjennomgang

LMS: legemiddelsamstemming

LIB: legemidler i bruk

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	6
1.1	Bakgrunn	6
1.1.1	Etablering av KAD	8
1.1.2	Organisering og bruken av KAD	9
1.1.3	Polyfarmasi	12
1.1.4	Legemiddelgjennomgang (LMG):.....	14
1.2	Formål med oppgaven	15
2	METODE	17
2.1	Deltagere	17
2.2	Spørreskjema	20
2.3	Datainnsamling og gjennomføring	20
2.4	Dataanalyse	21
3	RESULTATER	22
3.1	Presentasjon av data og statistikk	23
4	DISKUSJON	36
4.1	Polyfarmasi er en utfordring i et flertall av pasientinnleggelsene på KAD	36
4.2	Erfaringene og utfordringene med LMG på KAD er mange	38
4.3	Et flertall har ikke overordnede rutiner for LMG på sin KAD-avdeling	41
4.4	Noen legemiddelgrupper er spesielt utfordrende ved LMG	42
4.5	Styrker og svakheter med studien	43
5	KONKLUSJON	47
	LITTERATUR	48
	VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMAET	53
	VEDLEGG 2: BREV TIL KAD-LEGENE	57

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

De eldre utgjør i dag en stor gruppe av Norges befolkning og er en gruppe i stadig vekst. Andelen personer over 67 år var i 2020 ca. 800 000, som tilsvarer 16% av Norges befolkning. Det er estimert at antallet eldre i Norge vil ha økt til 1,1 millioner mennesker innen 2030. Antallet eldre over 80 år er anslått å doble seg i løpet av perioden fra 2020 til 2030 og vil da utgjøre en andel på 400 000 av befolkningen (1). Fraksjonen av eldre vil variere noe avhengig av hvordan begrepet «eldre» defineres, men i følge SSB regnes man som eldre når man er over 67 år (2). Om vi ser på forventet levealder ved fødsel i 2020, ser vi at dette var 81,5 år for menn og 84,9 år for kvinner (3). Dette betyr at flertallet i dag vil leve flere tiår som eldre og gamle. Derfor er det hensiktsmessig både på individnivå og på samfunnsnivå å leve flest mulig av disse årene med minst mulig sykdomsbyrde og funksjonsnedsettelse.

En norsk studie fra 2021 publisert i *Age and Ageing*, undersøkte hva personer i Norge i alderen 60 år og eldre tenkte rundt det å leve lenge. Det framkom her at ønsket om å oppnå en høy levealder sank betraktelig om det betød å leve med sykdom. Sykdommer som demens og kronisk smerte ble rangert som de minst ønskelige (4). Lengre leveutsikter er mye takket være store medisinske fremskritt. Med avanserte behandlingsmuligheter og farmakologiske fremskritt kan man i dag leve mye lenger enn man kunne for bare 50 år siden. Men faktum er at sykdom rammer uansett. Det betyr også at mange lever lenge med kroniske og behandlingskrevende sykdommer. Studien fra *Age and Ageing* problematiserte at ønsket om et langt liv er påvirket av grad av sykdom og opplevd livskvalitet. Legemiddelbivirkninger kan også medføre økt sykdomsbyrde og redusert livskvalitet, og derfor er det viktig å ta slike utfordringer på alvor.

Eldre pasienter med multiple behandlingskrevende sykdommer har ofte god indikasjon for sine lange legemiddellister. Men desto viktigere er det at eldre med lange medikamentlister får en jevnlig monitorering og oppfølging for å optimalisere legemiddelbehandlingen sin. Det være seg å seponere eller forskrive nye medisiner, gjøre doseendringer, vurdere interaksjoner eller på andre måter oppdatere behandlingen til pasienten. Dette kalles legemiddelgjennomgang (LMG), og manglende gjennomføring av LMG har vist seg å kunne sykeliggjøre pasienten mer enn nødvendig. Medisiner som i utgangspunktet skal behandle og

hjelpe vil i stedet kunne sløve og redusere pasientens potensiale ytterligere. Slike legemiddelbivirkninger kan ha mange uheldige konsekvenser som kan føre pasienten inn i større uføre. Hyppige bivirkninger er bla. munntørrehet, redusert appetitt, slitenhet og forstoppelse (5). Disse kan for utenforstående virke lite bryssomme, men for pasienten kan f.eks munntørrehet forårsake karies, svelgevansker, redusert smaksopplevelse, underernæring og kan på samme måte som de andre ovenstående bivirkningene, gjøre pasienten dårligere og gi redusert livskvalitet. Med økende alder og et utgangspunkt som ikke lenger er hva det en gang var, er det viktig å ta i bruk tilgjengelige intervensjoner for å optimalisere den eldre pasientens helse. Derfor er det relevant og viktig med gode rutiner for LMG slik at legemiddelbivirkninger reduseres og pasientsikkerheten og livskvaliteten øker.

Vi begynte å tenke på om kommunale akutte døgnenheter (KAD) kunne være en relevant aktør i LMG av eldre pasienter med polyfarmasi ettersom den største pasientgruppen som innlegges i KAD er pasienter mellom 60-90 år (6). Slik kunne man tenke seg at KAD medierte viktige pasientmøter for å håndtere problemstillinger som polyfarmasi. Da KAD ble opprettet, var det for å gi et allmenmedisinsk øyeblikkelig-hjelp døgntilbud for observasjon, behandling og tilsyn av pasienter hvor sykehusinnleggelse ikke ble ansett som nødvendig. Mange typer innleggesårsaker kunne kvalifisere for et opphold ved KAD og allerede i Helsedirektoratets nasjonale KAD-veileder fra 2016 nevnes pasienter med behov for medikamentjusteringer som en aktuell pasientgruppe for KAD-opphold (7).

Simone de Beauvoir: «La oss holde opp med å jukse: meningen med livet vårt står på spill i den fremtiden som venter oss, vi vet ikke hvem vi er hvis vi ikke vet hvem vi kommer til å bli: La oss gjenkjenne oss selv i den gamle mannen og den gamle kvinnen. Det må vi hvis vi vil ta inn over oss i sin helhet våre menneskelige kår. Da kommer vi ikke lenger til likegyldig å godta en elendig alderdom; vi kommer til å føle at det angår oss, og det gjør det.» (8)

1.1.1 Etablering av KAD

Fra 1.januar 2016 trådte det i kraft en plikt for alle kommuner til å etablere tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med somatisk sykdom med behov for øyeblikkelig hjelp (7). Dette har resultert i etableringen av «kommunale akutte døgnenheter» (KAD), og alle kommuner er pålagt å ha et slik tilbud. Plikten følger av helse- og omsorgstjenesteloven §3-5 tredje ledd (9), og har sitt utspring i samhandlingsreformen som ble presentert i St.meld. nr.47 (2008-2009) og som trådte i kraft 1.januar 2012 (10, 11). Samhandlingsreformen omtales som en «retningsreform», med store og omfattende tiltak for det norske helsevesenet som har blitt iverksatt over tid. Reformen pekte på utfordringer i det norske helsevesenet, og vurderte samhandling mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene som et viktig satsningsområde for å bedre helsetjenesten i Norge. Målet for reformen var ”*rett behandling – på rett sted – til rett tid*” for alle pasienter, og flere tiltak ble iverksatt for å forbedre folkehelsen og helse- og omsorgstjenestene på en bærekraftig måte (10). Bakgrunnen for samhandlingsreformen var bla. erkjennelsen av at helse- og omsorgstjenestene var blitt for fragmenterte og på vei til å bli for kostbare (12).

Med samhandlingsreformen har regjeringen iverksatt flere tiltak for å sikre mer koordinerte helse- og omsorgstilbud, mer helhetlige og kostnadseffektive pasientforløp samt en mer effektiv ressursbruk (10). Kommunehelsetjenesten skulle styrkes med hensikt om å begrense veksten i bruk av spesialisthelsetjenester. Siden reformen ble iverksatt, er det blitt stadig tydeligere at et hovedmål har vært å overføre en større del av helsetilbudet, spesielt for skrøpelige eldre, til kommunene. Formelt sett skal helsetjenestene fra kommunen ha like god eller bedre kvalitet enn tidligere ordning (13), men det er usikkert om kvalitetsstandarden på kommunehelsetilbudene er innfridd og dette er i liten grad blitt evaluert. Eksempelvis viser en norsk artikkel fra 2016 publisert i Family Practice, samt en nyere norsk artikkel fra 2021 publisert i BMC Health Services Research, at flere kommunale leger er skeptiske til KAD-tilbudet og om enhetene kan tilby sikre tjenester av god kvalitet (14, 15). Følgelig påvirker dette bruken av KAD-tilbudet i kommunene.

For å understøtte og realisere målene med samhandlingsreformen ble det iverksatt flere rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler. Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) ble vedtatt, og denne trådte i kraft 1.januar 2012. Loven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å konkretisere oppgave- og arbeidsfordelingen innbyrdes, jf. lovens kapittel 6 (9). Det stilles

minimumskrav til innholdet i avtalene (11). Kommunene har stått relativt fritt med hensyn til hvordan de organisatorisk har ønsket å ivareta det utvidede ansvaret som fulgte med samhandlingsreformen, samt har de hatt frihet til å tilpasse det i samsvar med lokale behov (12).

1.1.2 Organisering og bruken av KAD

KAD er en vesentlig del i realiseringen av målene med samhandlingsreformen (12). Siden innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har kommunene gradvis bygget opp KAD-avdelinger med et mål om å bidra til å avlaste sykehusene for innleggelser når dette ikke ansees som medisinsk faglig nødvendig (16). Dette gjelder spesielt innleggelser for den eldre befolkningen. Ettersom de eldre ofte har mer kompleks sykdom, belyser dette viktigheten av at det må være tydelig avklart hvilke pasienter som egner seg for innleggelse på KAD dersom det forsvarlig skal erstatte sykehusinnleggelse for denne gruppen. Den sterke oppbyggingen av KAD-senger i kommunene i kombinasjon med sterk nedbygging av sykehusenes sengekapasitet, har ført til at kriteriene for hvilke pasienter som kan innlegges på KAD i praksis ofte ikke blir overholdt. KAD er et allmennt medisinsk tilbud (13), og som nevnt ble det f.o.m 1. januar 2016 en lovpålagt plikt at alle kommuner skal ha et øyeblikkelig-hjelp døgntilbud for somatisk sykdom. Øyeblikkelig hjelp-innleggelser er definert som: *«innleggelser av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd»* (6). I helse- og omsorgstjenesteloven §3-5 tredje ledd står det at; *«plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til»* (9). KAD-tilbudet medfører også at pasientene får behandling nærmere bostedet sitt og kommunen blir involvert tidligere i pasientforløpet (6).

Det finnes over 200 etablerte KAD-enheter i Norge i dag (13). Helsedirektoratet har samlet inn data for aktiviteten i KAD siden 2012, og i en rapport utgitt av Helsedirektoratet i 2020 foreligger en status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i 2019. Denne rapporten er basert på rapportering fra 216 KAD-enheter. Her fremkommer at det ble registrert totalt 735 tilgjengelige KAD-plasser i Norge i 2019, flest i Sør-Øst Norge (6).

Det er betydelig mangfold i hvordan kommunene har valgt å organisere KAD-tilbudet. Noen kommuner drifter sitt KAD-tilbud alene mens et flertall av kommunene (67%) driftet KAD

som et interkommunalt samarbeid i 2019. Blant annet er kommunenes folketall og reiseavstand til sykehus av betydning for om de inngår samarbeid eller ikke. Hvor mange kommuner som inngår i det interkommunale samarbeidet varierer, men det vanligste er 2-4 kommuner (6, 12). De mest folkerike kommunene inngår sjeldnere i interkommunale samarbeid enn de mindre befolkningsrike kommunene. Et eksempel på dette er Norges største KAD-avdeling, KAD-Aker, som driftes av Oslo kommune alene. I kommunene med interkommunale samarbeid omtales gjerne kommunen som har tilbudet fysisk plassert hos seg som «vertskommunen», mens kommunene som ikke har tilbudet lokalisert i egen kommune som «samarbeidskommuner». Vertskommunemodellen betyr at vertskommunen, som ofte vil være den største kommunen i samarbeidet, drifter KAD-enheten, mens samarbeidskommunene er med og deler på utgiftene etter en fordelingsnøkkel bestemt ut ifra folketall (6).

Den hyppigste lokaliseringsformen av KAD-enhetene er lokalisering til sykehjem i kommunene. I 2019 var 54% av landets KAD-enheter lagt til sykehjem, etterfulgt av legevakt (14%), lokal- eller distriktsmedisinske senter og helsehus (8%), sykestuer (8%), kombinasjon (8%) eller annet (8%) (6). Antall plasser på KAD-avdelingene varierer fra 1 til 72 senger. Tall fra 2015 angir at 64% av KAD-enhetene har 1-2 plasser (17). Kommuner hvor KAD er lokalisert til sykehjem, har ofte få plasser, mens der KAD er lagt til f.eks helsehus eller lokal/distriktsmedisinske senter, er det ofte flere plasser (6).

Loven legger ikke føringer med hensyn til hvilke pasientgrupper som er aktuelle for å bli innlagt på KAD, men visse retningslinjer foreligger og er å finne i nasjonale veiledere for KAD (7, 13). En helhetlig medisinsk og psykososial vurdering er bestemmende for hva slags helsehjelp en pasient trenger og hvor denne helsehjelpen kan ytes på en forsvarlig måte. Det må gjøres en vurdering om pasienten trenger øyeblikkelig hjelp, og om den aktuelle kommunen har et KAD-tilbud med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å møte pasientens behov. Dersom dette ikke foreligger, må det henvises til spesialisthelsetjenesten. KAD-tilbudet gjelder i hovedsak stabile pasienter med avklart diagnose, enten forverring av kjent kronisk sykdom eller akutt sykdom som kan behandles med allmennt medisinske metoder. Pasienter med uavklart tilstand sies også å være aktuelle for KAD-opphold forutsatt at det er liten risiko for akutt livstruende forverring. Det er imidlertid uklart hvordan risikoen for livstruende forverring skal kunne evalueres dersom tilstanden er uavklart. Eksempelvis oppgir Helsedirektoratets veileder at en aktuell pasientgruppe for KAD-innleggelse er pasienter med

forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS, diabetes eller pasienter med behov for medikamentjusteringer (7). Tilstander som akutt funksjonssvikt og delirium hos eldre uten kjent årsak skal ikke henvises til KAD ifølge veilederen. KAD-tilbudet gjelder for voksne og barn >16 år, men er i hovedsak brukt for behandling av eldre pasienter. Andelen pasienter innlagt på KAD over 66 år utgjorde i 2019 en andel på 70%. Den største brukergruppen av KAD er pasienter mellom 80 og 89 år. De tre største gruppene av innleggelsesdiagnoser i 2019 var sykdom i muskel- skjelettsystem, luftveier og allmenn-og uspesifisert. Disse utgjorde over halvparten av innleggelsesårsakene i 2019 (6).

For å bli innlagt på en KAD-enhet, er det nødvendig med vurdering samt henvisning eller innleggesskriv fra lege. De legene som kan henvide pasienter for innleggelse på KAD er legevaktsleger, fastleger, leger i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten eller andre leger i kommunen. I 2019 kom 84% av pasientene fra eget hjem når de ble innlagt på KAD. Det har de siste årene også vært en gradvis vekst i antallet som ble innlagt ved KAD etter å ha vært innom spesialisthelsetjenesten (6). Hvordan bemanningen er organisert på de ulike KAD-avdelingene varierer. Felles er at alle enhetene har døgnbemannet sykepleiedekning alle dager, samt legevisitt på hverdager (18). Ellers varierer det om enhetene har legebemanning etter kontortid og i helgene. Noen enheter benytter seg av legevaktsleger for dette. Noen kommuner har egne legerressurser for KAD og har på den måten styrket legetjenesten i kommunene det gjelder.

I det første veiledningsmaterialet til KAD ble det oppgitt at innleggelse på KAD burde avgrenses til 3 døgn. Dette gikk man senere bort i fra. Nå sier retningslinjene at det er pasientens tilstand samt psykososiale forhold rundt pasienten som skal avgjøre om pasienten er utskrivningsklar. Tallene fra 2019 viser at omtrent 2/3 av oppholdene hadde oppholdstid under fire døgn (6).

Et av de overordnede målene med KAD har vært å redusere antallet innleggelser ved somatiske sykehus. Tidligere analyser har vist at aktiviteten ved KAD har vært lav, med en beleggsprosent på rundt 30% i 2015 (19). Fram til og med 2018 var det årlig vekst i antall innleggelser i KAD. Beleggsprosenten i 2019 var på 42% (6).

Den norske studien publisert i BMC Health Services Research i 2021 omhandler kommunale legers perspektiv på å henvide til KAD fremfor sykehus, samt hva de tenker om kvaliteten på KAD-tilbudet. Studien er basert på intervjuer med 21 kommunale leger i Østfold. De fleste av

legene som deltok i studien var fremdeles usikre på om KAD egner seg for å erstatte innleggelse i sykehus. Flere var skeptiske til den medisinske forsvarligheten ved KAD, bl.a. siden flere enheter kun har lege til stede på dagtid. Det forelå skepsis om forverring i pasientens tilstand ville fanges opp. Legene pekte også på begrensede muligheter for utredning og diagnostikk på KAD fremfor sykehus. Følgelig hadde disse bekymringene betydning for bruken av KAD-tilbudet. Legene som deltok i studien trakk også frem at flere pasienter som hadde vært innlagt på KAD tidligere, ønsket seg KAD-opphold fremfor sykehusopphold ved ny innleggelse. Disse pasientene opplevde det trygt å være nærmere pårørende og hjemstedet sitt, synes det var mer ro på KAD samt følte seg godt ivaretatt der (15). Dette bekreftes også av tidligere forskning på området. En kvalitativ studie omhandlende pasienters egne erfaringer med desentraliserte akutte helsetjenester fra 2016 fant at pasientene følte at personalet hadde bedre tid til dem på KAD sammenliknet med sykehus (20).

En rapport fra 2016 som har evaluert effektene av KAD-enheter fra oppstarten og frem til 2014 viser at effektene av KAD har vært sterkest for pasienter over 80 år, hvor antall sykehusinnleggelse har blitt redusert med rundt 2%. Ellers fremkommer det at effektene av KAD varierte etter hvordan KAD-avdelingene er organisert og med hensyn på legebemanning (16).

1.1.3 Polyfarmasi

Det er vanskelig å komme med en håndfast definisjon av begrepet «polyfarmasi». Det kan forstås som at en pasient bruker mange legemidler på samme tid eller det kan knyttes til et definert antall legemidler (21). I vår oppgave har vi valgt å bruke definisjonen av polyfarmasi som samtidig bruk av fem legemidler eller fler. Begrepet relateres også til balansen mellom virkning og bivirkning av legemidler (22). Polyfarmasi er vanligst hos eldre siden de har høyest forekomst av sykdommer som krever legemiddelbehandling. En rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2018, forteller at legemiddelbruken blant eldre øker for hvert år. Tallene brukt i rapporten er fra 2017 og viser at av eldre over 65 år fikk 570.000 utlevert minst fem legemidler på resept (23).

Folk lever stadig lengre, og takket være moderne medisin og farmakologisk behandling vil eldre i dag kunne leve relativt vitale liv tross en høy alder (21). Men med alderdommen skjer

det flere fysiologiske forandringer som gjør at organfunksjonen til eldre endres. Endringene er bla. knyttet til tap av nyrefunksjon, redusert muskelmasse, økt fettprosent og økt forekomst av undervekt (5). Nyrene er det organet som viser størst aldersrelaterte endringer i funksjon. Man får en reduksjon i GFR bla. fordi man taper antall glomeruli og får redusert filtrasjonskapasitet per glomerulus. Dette skjer i varierende grad hos den enkelte, men prosessen starter allerede ved 30 års alder hvilket betyr et funksjonstap på omkring 30% for 60 åringer. I tillegg vil nyrenes funksjon være ytterligere påvirket av aldersrelaterte sykdommer som hypertensjon, diabetes og aterosklerose (21). Derfor vil kravene til dosering være mer varierende og individuelle i den eldre pasientgruppen. Eldre pasienter med mange sykdommer og lange medisinlister vil også være mer utsatt for legemiddelinteraksjoner. Interaksjonene kan bla. oppstå fordi pasienten bruker for mange medisiner innen samme medikamentgruppe eller de kan oppstå som følge av uheldige kombinasjoner av legemidler. Også komorbiditetene pasienten har vil kunne føre til et uheldig samspill mellom medikamenter og sykdommer. Eldre er derfor mer utsatt for legemiddelbivirkninger, fordi i tillegg til å ha multiple sykdommer som krever legemiddelbehandling, vil deres farmakodynamikk og farmakokinetikk være endret (5).

Bivirkninger av legemidler er ingen sjeldenhet, men på bakgrunn av de overnevnte faktorene er bivirkninger ofte mindre forutsigbare og hyppigere forekommende hos eldre kontra yngre pasienter. Ett poeng er også at bivirkningene hos eldre med polyfarmasi i høyere grad kan feiltolkes som normale aldersforandringer eller forverring av eksisterende sykdom. Eksempler på legemiddelbivirkninger hos eldre kan være GI- plager som kvalme, redusert matlyst og obstipasjon. Dette kan skyldes bla. bruk av SSRI, statiner eller NSAIDs. Antikolinerge bivirkninger som munntørrehet, obstipasjon og kognisjonspåvirkning forekommer også hyppig. Ellers er falltendens den hyppigste årsaken til ulykker hos eldre og kan ofte henge sammen med bruk av sedativa, opioider, langvarig benzodiazepinbruk og hypertensjonsbehandling (5).

En annen stor legemiddelgruppe blant eldre pasienter er psykofarmaka. I 2016 fikk 1 av 4 eldre over 70 år utskrevet psykofarmaka i form av benzodiazepiner/Z-hypnotika til tross for at det står i Helsedirektoratets retningslinjer at personer over 65 år helst ikke skal benytte dette pga. fare for bivirkninger og avhengighet (24). Bruk utover 3-4 uker av enkelte legemidler i disse legemiddelgruppene kan være uheldig og bla. gi en rebound-effekt som gjør at symptomene man i utgangspunktet behandlet, kan komme tilbake i økt intensitet. I tillegg kan

reaksjoner forekomme hvis pasienten får seponert medikamentet for hurtig. Det er da snakk om abstinenssymptomer som angst, skjelving, søvnforstyrrelser, redusert matlyst, kvalme, oppkast, ortostatisme, feber, delirum med flere (25).

En norsk studie gjort i perioden 2011-2014 som så på legemiddelbruk på 41 norske sykehjem, rapporterte at det i snitt var 2,6 legemiddelrelaterte problemer per beboer (26). En annen studie anslår at ca. 10-20 % av sykehusinnleggelses hos eldre skyldes bivirkninger av legemidler (5, 27). Denne problemstillingen belyses også i en norsk studie hvor man blant et utvalg sykehusinnlagte eldre pasienter fant at 31% av disse hadde alvorlige og uheldige legemiddelbivirkninger, og blant disse hadde nettopp dette forårsaket sykehusinnleggelsen i 68% av tilfellene (28). Medianalder for pasientutvalget i studien var 86 år. Det er også et poeng at eldre oftere får nyoppståtte tilstander og sykdommer som blir behandlingskrevende. I tillegg til kroniske sykdommer kan de også få tilstander som er mer akutte og forbigående, med behov for kortsiktige behandlinger.

De samfunnsøkonomiske konsekvensene av at mange eldre står på uhensiktsmessige lange medikamentlister er også et aspekt ved utfordringene polyfarmasi kan medføre. Problemstillingen er ressurskrevende og kan medføre store utgifter bla. i form av legemiddelrelaterte pasientskader (29).

1.1.4 Legemiddelgjennomgang (LMG):

For å kunne gi adekvat behandling til eldre pasienter med mange sykdommer og for å redusere uheldige hendelser som følge av lange medikamentlister, må det med jevne mellomrom utføres systematiske LMGer. Da tas det stilling til hvilke medikamenter det fremdeles er indikasjon for pasienten å stå på, legemiddeldoseringer vurderes og man ser på eventuelle interaksjoner mellom legemidlene. LMG innebærer altså å foreta en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader/bivirkninger. Ifølge Legemiddelverkets retningslinjer bør LMG utføres ved endringer i pasientens tilstand eller omsorgstilbud og årlig for pasienter med polyfarmasi. LMG utføres av legen eller sammen med farmasøyt og/eller sykepleier. Pasienten og pårørende kan delta (30).

LMG kan være et nyttig tiltak for å redusere risikoen forbundet med polyfarmasi hos den

eldre pasientgruppen. Systematisk LMG er lovfestet praksis i primærhelsetjenesten. Det er bla. beskrevet i forskrift om fastlegeordning i kommunene §25 at fastlegen skal foreta LMG i de tilfeller det ses nødvendig ut ifra en medisinsk vurdering hvor pasienten bruker fire legemidler eller fler. I samme paragraf står det at fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til de andre tjenesteyterne i helse-og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud til listeinnbyggerne (31). Det eksisterer også egne lovfestinger for sykehjemslegene. I forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp §5a står det at det skal foretas LMG ved innkomst og minst en gang årlig for sykehjemsbeboere. Ellers står det at det skal utføres LMG når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling ved sykehjemmene (32). Det finnes ikke tilsvarende lovforskrift omhandlende LMG eksplisitt for KAD. I 2012 utarbeidet Helsedirektoratet en veileder for hvordan å utføre LMG (33), og i 2014 utarbeidet de i samarbeid med flere aktører en sjekklister som skulle bistå leger i å utføre LMG (30). LMG er ikke det samme som legemiddelsamstemming (LMS) som betyr at helsepersonell i samarbeid med pasienten lager en liste over alle legemidler pasienten faktisk bruker. En slik liste kalles «legemidler i bruk» (LIB-liste) (30).

LMG har som mål å optimalisere behandlingen til pasientene. Dette kan i noen tilfeller bety å seponere medikamenter, og i andre tilfeller å forlenge medisinalisten til pasienten ytterligere. Eldre kan altså være utsatt for både over-og underbehandling. Dette framkom bla. i en studie utført av overlege i geriatri Torgeir Bruun Wyller og lege-og stipendiat Rita Romskaug, hvor man så på effekten av et samarbeid mellom fastlege og geriater angående LMG av en gruppe pasienter over 70 år som brukte 7 legemidler eller fler. I denne studien fant man en positiv endring i livskvalitet, kognisjon og fysisk funksjon i favør av intervensjonsgruppen hvor det ble utført LMG. Funnene i studien viste at det ble seponert flest medikamenter i intervensjonsgruppen, men og forskrevet flest nye medikamenter i samme gruppe (34).

1.2 Formål med oppgaven

Med denne studien ønsker vi å undersøke KAD-legers erfaringer med legemiddelgjennomgang hos eldre pasienter med polyfarmasi. Det finnes som nevnt forskrifter om LMG for fastleger og sykehjemsleger. Sykehjemsleger har en naturlig funksjon i å utføre LMG ved sykehjemmene, og fastlegen for sine pasienter. Men det varierer hvor tett

kontakt folk har til fastlegen sin. Det er tenkelig at eldre med stor grad av skrøpeligheit, kroniske sykdommer eller kognitiv svikt, med eller uten offentlig hjelp, ikke oppsøker fastlegen i tilstrekkelig grad. Dette kan medføre at en del pasienter ikke fanges opp av fastlegen. Mange av disse pasientene vil først komme i kontakt med helsevesenet når de har behov for innleggelse på sykehus eller KAD. Etersom KAD benyttes for innleggelse av flere eldre som tidligere ville endt på sykehus, blir det naturleg å vurdere KAD som en mulig aktør for LMG. Det finnes lite litteratur og ingen eksplisitte lovfestede retningslinjer for LMG i KAD. Etersom nasjonal veileder for KAD fra 2016 inkluderer pasienter med behov for medikamentjusteringer som en aktuell pasientgruppe på KAD, er vi interessert i hvilken grad dette er gjort og legene her sine erfaringer og tanker om KAD som arena for LMG blant eldre pasienter med polyfarmasi. Dette har vi undersøkt ved hjelp av et spørreskjema tilsendt flere KAD-leger i Norge.

2 METODE

Studien er en nettbasert spørreundersøkelse med et spørreskjema som ble sendt til flere KAD-avdelinger i Norge av ulik størrelse.

2.1 Deltagere

Vi ønsket at KAD-avdelingene tilknyttet de 25 mest folkerike kommunene i Norge skulle være representert i undersøkelsen (35). Ved internettsøk og kontakter til professor Torgeir Bruun Wyller fant vi de tilhørende KAD-avdelingene til disse kommunene (tabell 1). Dette utgjorde totalt 24 KAD-avdelinger, ettersom to av kommunene samarbeider om driften av en av KAD-avdelingene. Vi fant en kontaktperson for alle disse KAD-avdelingene via bekjentskap og kontakter av professor Torgeir Bruun Wyller, internettsøk og ved å sende e-post til postmottak i de ulike kommunene. På denne måten fant vi også antall KAD-senger på de ulike avdelingene. Kontaktpersonene var ledere ved de ulike KAD-avdelingene. Våren 2021 sendte vi en henvendelse til kontaktpersonene pr. e-post med spørsmål om deres KAD-avdeling og legene som jobber der kunne tenke seg å svare på vår spørreundersøkelse. De som ytret at de ønsket å bidra, fikk tilsendt spørreskjemaet, i alt 18 KAD-avdelinger. Utvalget inkluderer både små, mellomstore og store KAD-avdelinger. Vi har valgt å definere «små avdelinger» som <10 KAD-senger, «mellomstore avdelinger» som 10-20 KAD-senger og «store avdelinger» som >20 KAD-senger. Flere av avdelingene driftes som interkommunale samarbeid. Dette har vi fått bekreftet via nettsider til de ulike kommunene, og der vi var usikre eller ikke fant informasjon spurte vi kontaktpersonene om dette pr. e-post.

TABELL 1. KAD-AVDELINGER SOM BLE FORESPURT OM DELTAKELSE

	KAD-avdelingene:	Kommuner som inngår i KAD-avdelingene:	Befolkningstall i kommunene:	Antall KAD-senger for somatikk:
1.	KAD-Aker	Oslo	697000	72
2.	KAS-Bergen (Kommunal allmenntmedisinsk sengepost)	Bergen	285000	17 - Er f.o.m 01.01.22 en sammenslått enhet som har 17 sengeplasser for utskrivningsklare

				pasienter fra sykehus og 17 senger for KAD. Tidligere: 34 KAD-senger
3.	Øya Helsehus	Trondheim, Malvik, Melhus og Midtre Gauldal	T:208000, Ma:14300, Me:16900, MG:6200 Totalt: 245000	25
4.	Stokka Sykehjem	Stavanger	144000	16
5.	Dønski Sykehjem	Bærum	128000	15
6.	Vallhalla Helsesenter	Kristiansand	113000	12
7.	Drammen Helsehus	Drammen	102000	8
8.	Myratunet bo-og omsorgssenter	Arendal, Froland, Åmli, Risør, Gjerstad, Tvedestrand, Vegårshei og Nissedal	A:45100, F:6000 Å:1800, R:6700 G:2400 T:6100 V:2100 N:1400 Totalt: 71600	10
9.	Nedre Romerike KAD	Lillestrøm, Lørenskog, Nittedal og Enebakk	Li:87000 Lø:42700, N:24500, E:11100 Totalt: 165300	16
10.	Peer Gynt Helsehus	Moss, Råde, Våler og Vestby	M:49700, R:7600, Vå:5800, Ve:18300 Totalt: 81400	10
11.	Jæren Øyeblikkelig-hjelp	Sandnes, Klepp, Gjesdal og Time	S:80450, K:19800, G:12100, T:19100 Totalt: 131450	12
12.	Helsehuset i Tromsø	Tromsø og Karlsøy	T: 77100, K:2200 Totalt: 79300	9
13.	Ålesund Lokalmedisinske Senter	Ålesund, Sula, Vestnes og Fjord	Å: 66700, S:9400, V:7000, F:2500	12

			Totalt: 85600	
14.	Sandefjord Medisinske Senter	Sandefjord	S:64300	8
15.	Follo Medisinske Senter	Nordre Follo, Enebakk, Ås, Nesodden og Frogn	NF: 60000, E:11100, Å:20400, N:19800, F:16000 Totalt: 127300	14
16.	Helsehuset Sarpsborg	Sarpsborg og Rakkestad	S: 57400 R:8200 Totalt: 65600	7
17.	ØHD Tønsberg (tilknyttet legevakt)	Tønsberg, Holmstrand og Færder	T:57000, H:25000, F:27000 Totalt: 109000	13
18.	Sølvsuper Helse-og Velferdssenter	Bodø	52600	6
19.	Indre Østfold Helsehus	Indre Østfold, Marker og Skiptvet	IØ:45200 M:3600 S:3800 Totalt: 52600	7
20.	Helsehuset Fredrikstad	Fredrikstad og Hvaler	F: 83200 H: 4700 Totalt: 87900	12
21.	Larvik Helsehus	Larvik	47500	6
22.	Søndre Borgen akutt-og kortidssenter	Asker	94900	7
23.	Skien helsehus	Skien, Drangedal, Nome og Siljan	S:55100, D:4100, N:6500, S:2300 Totalt: 6800	9
24.	Norheim bu-og behandlingsheim (Karmøy)	Karmøy	42300	5

Tabell 1. (35)

I tabell 1 har vi valgt å runde befolkningstallet i kommuner med >100000 innbyggere til nærmeste tusen, og kommuner med <100000 innbyggere til nærmeste hundre.

2.2 Spørreskjema

Spørreskjemaet ble satt sammen via UiO sin tjeneste «Nettskjema». Første utkast av spørreskjemaet bestod av 16 spørsmål, og ble utarbeidet under veiledning av professor Torgeir Bruun Wyller. Det ble vektlagt at spørreskjemaet skulle inneholde de viktigste spørsmålene vi trengte for å kartlegge vår problemstilling samt at det skulle kunne besvares innen en rimelig tidsramme på rundt 10 minutter. Deretter sendte vi utkastet til seksjonsoverlege på KAD-Aker, Katia Monclair, og leder og overlege på Kommunal Allmenntidnings sengepost i Bergen, Birger Lærum, for å få innspill. Dette resulterte i at det endelige spørreskjemaet bestod av 18 spørsmål (vedlegg 1). Vi fikk også endret og tydeliggjort spørsmålene etter disse innspillene. Spørsmålene bestod av 11 avkryssingsspørsmål hvor man kunne velge ett svar blant flere alternativ (multiple choice), 3 avkryssingsspørsmål hvor man kunne velge flere enn ett svaralternativ (multiple response) og 4 spørsmål med fritekstsvare. Det var ingen begrensning i antall ord på fritekstspørsmålene, og ingen av spørsmålene i undersøkelsen var obligatoriske å svare på. Spørsmålene omhandlet bla. litt om legenes bakgrunn, størrelse på KAD-avdelingene samt flest spørsmål om legenes erfaringer med LMG for eldre pasienter med polyfarmasi på sin KAD-avdeling (vedlegg 1). Vi fikk også innspill på at det kunne være hensiktsmessig å legge ved noen definisjoner av begrepene vi brukte i spørreskjemaet, og valgte derfor å gjøre dette for å sikre at spørsmålene ble forstått likt av respondentene. Begrepene vi valgte å definere i spørreskjemaet var «legemiddelgjennomgang» og «polyfarmasi» (vedlegg 1). Spørreskjemaet ble besvart anonymt, innhentet ingen personinformasjon og det var frivillig å delta. Med disse betingelsene trengte vi derfor ikke å melde inn prosjektet til NSD (36).

2.3 Datainnsamling og gjennomføring

All korrespondanse med kontaktpersonene ved de ulike KAD-avdelingene har foregått over e-post. Alle kontaktpersonene hadde stilling som enten overlege, enhetsleder, avdelingsleder eller virksomhetsleder ved de ulike KAD-avdelingene. I starten av juni 2021 sendte vi en informativ e-post om prosjektet til kontaktpersonene samt en PDF som inneholdt en kort beskrivelse av studien og dens formål og lenke til spørreskjemaet (vedlegg 2). Hver kontaktperson ble bedt om å videresende PDF-en til alle KAD-legene på sin avdeling. I e-posten skrev vi at; «vi ønsker deltagelse fra leger som jobber både deltid, heltid og i vikariater for å høre flest mulig erfaringer og samle best mulig data». Kontaktpersonene ble også bedt om å fremsnakke deltagelse og rapportere tilbake til oss hvor mange KAD-leger de

videresendte spørreskjemaet til på sin avdeling slik at vi kunne regne ut en svarprosent. Det ble sendt en purring via e-post i midten av oktober 2021 til kontaktpersonene ved alle KAD-avdelingene med oppfordring og påminnelse om deltagelse i spørreundersøkelsen blant deres leger. Ettersom spørreundersøkelsen ble besvart anonymt hadde vi ikke mulighet for å purre personlig til dem som ikke svarte. Spørreskjemaet ble stengt for å innlevere svar 3. januar 2022.

2.4 Dataanalyse

Siste innleverte svar på spørreundersøkelsen var i desember 2021, og vi har dermed fått med alle leverte besvarelser i våre beregninger. Alle besvarte spørreskjema ble gjennomgått og det ble gjort enkle andelsberegninger. Microsoft Excel 2019 ble brukt for å utforme grafer og tabeller, og PowerPoint-programmet «think-cell» ble brukt for å lage oppsettet for grafene og tabellene. På tre av fritekstspørsmålene i spørreundersøkelsen kunne KAD-legene skrive lengre svar om egne erfaringer. Disse ble gjennomgått på en systematisk måte for å få gjengitt de mest dominerende svartrendene. Noen av de mest gjennomgående hovedtrendene blant KAD-legenes svar ble sammenfattet i korte tekstavsnitt, samt har flere av svarene blir gjengitt som sitat for å representere helheten i besvarelsene. Alle svarene som er gjengitt som sitat er gjengitt ordrett, uten korreksjon av skrivefeil. Sitatene som er kortet ned er markert med klammetegn.

3 RESULTATER

Vi oppnådde ikke kontakt med 6 av KAD-avdelingene vi henvendte oss til pr. e-post. Disse 6 var: Indre Østfold Helsehus, Helsehuset Fredrikstad, Larvik Helsehus, Søndre Borgen akutt- og kortidssenter (Asker), Norheim bu-og behandlingsheim (Karmøy) og Skien helsehus (tabell 1). Vi fikk kontakt med de resterende 18 KAD-avdelingene, og disse utgjør dermed utvalget. På e-post fikk vi bekreftelse fra kontaktpersonen ved disse 18 avdelingene at deres KAD-avdeling, samt legene som jobbet der, var interessert i prosjektet og positive til å svare på spørreundersøkelsen. Disse avdelingene fikk tilsendt det ferdigstilte spørreskjemaet, og det er basert på svarene til leger fra disse 18 KAD-avdelingene vi har innhentet våre data. Utvalget dekker til sammen 48 av landets kommuner av varierende størrelse (tabell 1).

Kontaktpersonene ved de 18 KAD-avdelingene rapporterte tilbake til oss pr. e-post hvor mange KAD-leger de hadde videresendt spørreskjemaet til på sin avdeling. Vi fikk tilbakemelding fra alle kontaktpersonene. Utfra dette regnet vi ut at spørreskjemaet ble sendt til 78 KAD-leger totalt. 33 av disse svarte på spørreskjemaet, og dermed utgjorde dette en svarprosent på 42%.

Ettersom spørreskjemaet ble besvart anonymt og ikke innhentet noen personopplysninger, kan vi ikke med sikkerhet si at leger ved alle de 18 KAD-avdelingene faktisk har bidratt til spørreundersøkelsen. Vi kan med sikkerhet si at både små, mellomstore og store KAD-avdelinger har bidratt til undersøkelsen, da et av spørsmålene i spørreundersøkelsen kartla dette. Alle de 18 kontaktpersonene rapporterte hvor mange de videresendte spørreskjemaet til på deres avdeling, og et flertall bekreftet i tillegg at leger ved deres avdeling hadde bidratt med svar på undersøkelsen. På bakgrunn av disse bekreftelsene kan vi med sikkerhet si at et flertall av KAD-avdelingene som utgjør utvalget har bidratt til svarene på undersøkelsen og at dette representerer alle fire helseregionene i Norge. Nøyaktig antall KAD-enheter og kommuner som faktisk er representert, eller hvor mange leger fra hver enhet, er ikke mulig å fastslå med en anonym spørreundersøkelse.

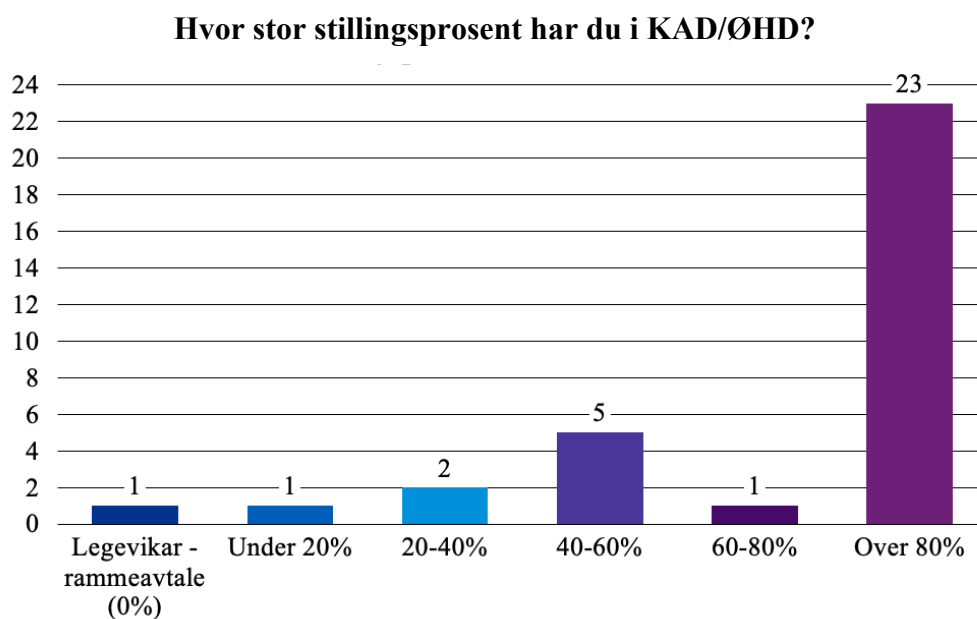
Spørsmålene i undersøkelsen var ikke obligatoriske å svare på. På multiple choice og multiple response spørsmålene svarte alle deltagerne på alle spørsmålene, med unntak av spørsmål 12 («i hvor mange tilfeller medbringer inneliggende pasient oppdaterte medikamentlister»?) hvor 1 lege ikke avga svar. Følgelig er n=33 for alle spørsmålene med forhåndsdefinerte

svaralternativer, unntatt spørsmål 12 der n=32. På fritekstspørsmålene svarte et flertall på disse, med unntak av det siste fritekstspørsmålet hvor et mindretall leverte svar.

Vi har fått utelukkende positive tilbakemeldinger pr. e-post fra KAD-avdelingene som har deltatt i spørreundersøkelsen. Flere av dem informerte om at undersøkelsen omfattet et tema mange av legene hadde utfordringer knyttet til og synes var viktig å belyse.

Vi har valgt å inkludere grafiske fremstillinger og tabeller i resultatdelen for å få en god sammenheng og forståelse av resultatgjengivelsen.

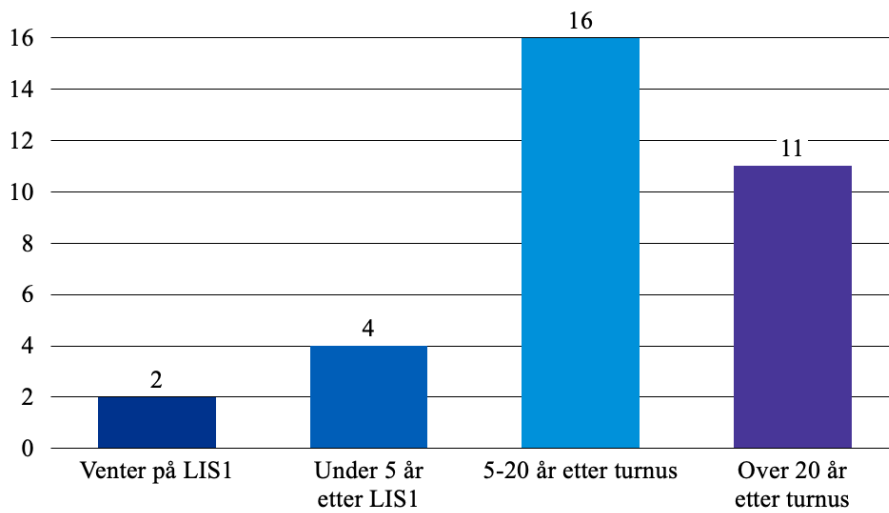
3.1 Presentasjon av data og statistikk



Figur 1

Et flertall på 23 KAD-leger (70%) oppga at de jobbet i over 80% stilling på sin KAD-avdeling. De resterende KAD-legene jobbet i varierende deltidsbrøker.

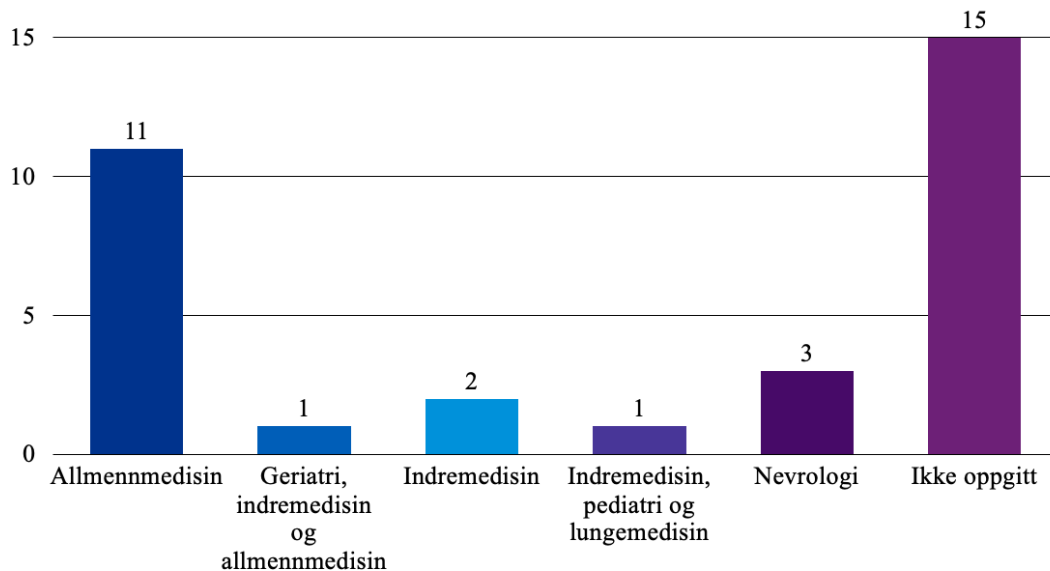
Hvor mange år har du jobbet som lege?



Figur 2

Et flertall av respondentene var erfarne leger som hadde jobbet enten 5-20 år (48%) eller over 20 år (33%) som lege etter turnus. Et mindretall hadde under 5 års erfaring som lege eller ventet på LIS1.

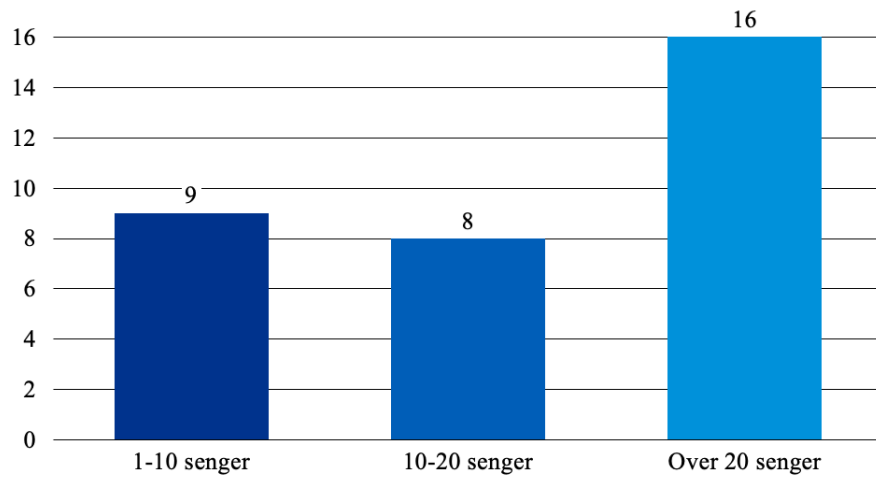
Hvis du er spesialist, hva er din spesialitet?



Figur 3

På dette spørsmålet skulle KAD-legene besvare spørsmålet med tekstsvar. Nær halvparten oppga ikke om de hadde en spesialisering. Av de øvrige var et stort flertall spesialister i allmenntmedisin, mens en liten gruppe var fordelt på ulike andre spesialiteter.

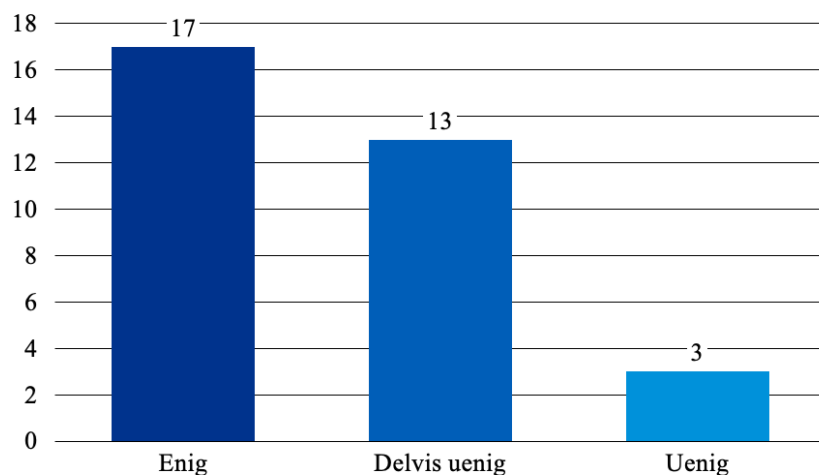
Hvor mange sengeplasser har dere på din KAD/ØHD-avdeling?



Figur 4

Om lag halvparten av KAD-legene jobbet på en KAD-avdeling med over 20 KAD-senger (stor KAD-avdeling), mens de øvrige var likt fordelt mellom mellomstore (10-20 senger) og små (1-10) KAD-avdelinger.

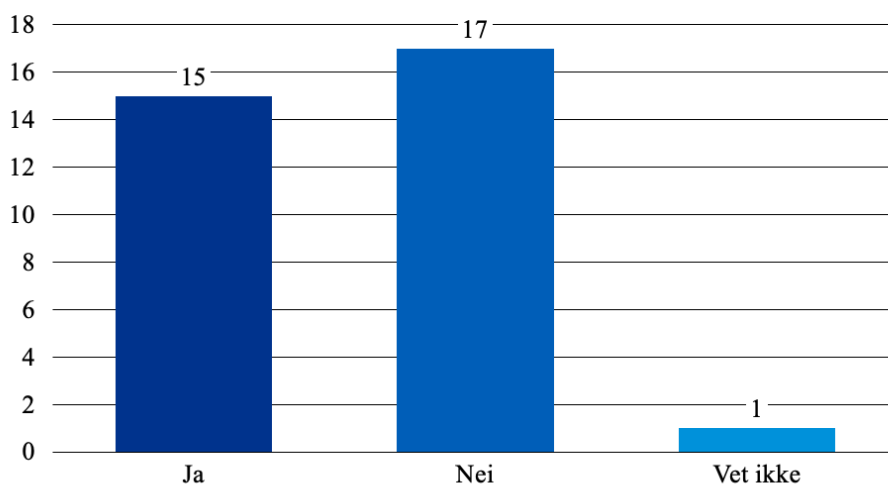
KAD/ØHD-opphold er en god plass for legemiddelgjennomgang (LMG) for pasienter med polyfarmasi



Figur 5

17 KAD-leger (52%) sa seg enig i påstanden om at KAD-opphold er en god plass for LMG for pasienter med polyfarmasi, mens 13 (39%) var delvis uenige. De færreste var uenige i denne påstanden.

Har dere rutiner for LMG på din KAD/ØHD-avdeling?

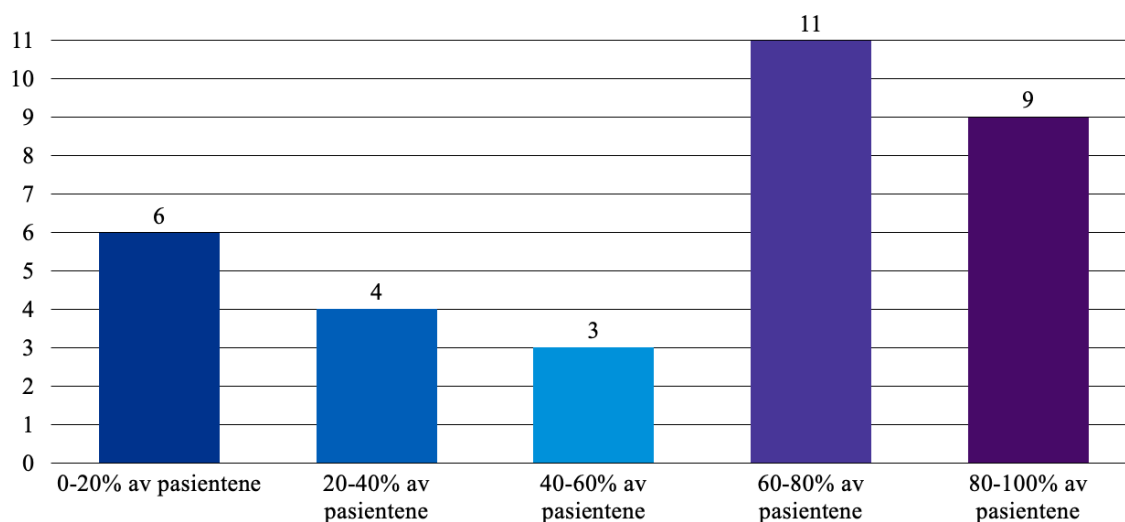


Figur 6

Det er tilnærmet 50/50 om KAD-legene oppga å ha rutiner for LMG på sin KAD-avdeling eller ikke.

Tenk på pasienter på KAD/ØHD som bruker 5 legemidler eller mer ved innleggelsen.

Hvor mange vil du anslå at du gjør en LMG på ila. oppholdet?



Figur 7

11 KAD-leger anslo at de foretok LMG i 60-80%, og 9 leger i 80-100% av pasienttilfellene med polyfarmasi ila. KAD-oppholdet. 6 leger gjorde dette i 0-20% av tilfellene, og de resterende i en noe høyere andel enn dette.

Hva er din rutine for gjennomføring av LMG? (fritekst)

31 av 33 KAD-leger besvarte dette spørsmålet. Her presenteres noen hovedtrender og et utvalg svar vi mener representerer helheten av besvarelsene.

En trend fra besvarelsene er at legene vurderer om LMG er indisert på bakgrunn av bla. pasientens aktuelle problemstilling, sykdomsbyrde, funksjonsnivå, antall liggedøgn og om vedkommende står på mange medikamenter eller ikke. Flere leger har i større grad vektlagt rutiner omhandlende LMS fremfor om eller hvordan de foretar LMG. Det oppgis av flere at det ofte må benyttes diverse kilder for å samstemme medisinlistene. Det trekkes frem verktøy som kjernejournal, reseptformidleren, Geric, multidoserull, sykehus-epikrise, fastlegen og pasienten selv.

Utvalg av besvarelsene (8 stk):

«Skjer tilfeldig hvis man ser at pas. har mange medisiner»

«Info fra innleggende lege, fastlege, medisinliste kommunehelsetjeneste (HBO, sykehjem, etc), epikriser, kjernejournal, info fra pas/pårørende legger grunnlaget for legemiddellisten. For hvert legemiddel på listen tenker jeg gjennom indikasjon, nytte, bivirkninger, sjekker interaksjoner og gjør også prioriteringer.»

«Det er en ganske tidkrevende prosess bare å samstemme medisiner når pasienten innlegges på KAD. Nå har vi endelig fått innført kjernejournal og det hjelper litt. Jeg gjør LMG på de pasientene som er eldre, multimorbide med polyfarmaci som åpenbart krever lengre innleggelse enn 2-3 dager.»

«Sikring av LMS og LIB før LMG, kontakte fastlege dersom usikkerhet eller drøfting av indikasjon[...]»

«Jeg vurderer pasientens aktuelle problemstilling, klinikk, lab og tidligere sykehistorie. Deretter ser jeg gjennom medisinlista for å se etter ting som synes å mangle, være feil dosert, eller overflødig. Har brukbar teft på hvilke preparater som kan gi bivirkninger hos eldre. Bruker interaksjoner.no når jeg er usikker/ved behov.»

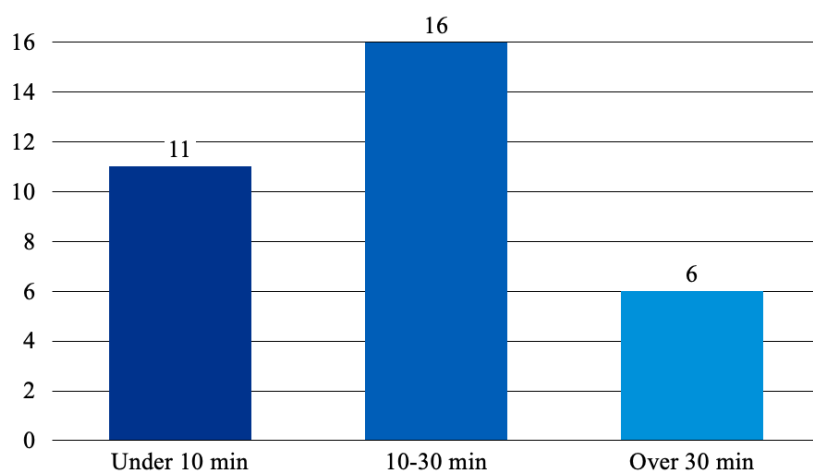
«Opp til hver enkelt lege å følge god praksis med å vurdere legemidlene og mulige interaksjoner, indikasjon, bivirkning. Likevel jevnlig tema ved faglige diskusjoner[...]

«Tas ved første visitt på dag 1.»

«Det store flertallet av pasientene har polyfarmasi, og flertallet av disse har behov for medikamentgjennomgang under innleggelsen. Vi bruker kjernejournal og rapport fra hjemmespl for å innhente sikrest mulig informasjon om hvilke medisiner pas står på. det er ofte feil opplysninger i innleggelseskriv, der hele legemiddellisten fra FL kommer med, og seponerte legemidler ikke er tatt bort. Går som regel gjennom hele medisinlisten og vurderer indikasjon opp mot pot bivirkninger og uheldige kombinasjoner med andre legemidler. Dette typisk i den geriatriske populasjonen der dehydrering, hypotensjon, elektrolyttforstyrrelser og nyresvikt heller er regelen enn unntaket. Seponerer nok relativt mer enn vi legger til, men det hender også at vi starter opp med ny medikasjon.»

«Skal være gjorte innen 24 timer., påminnelse om det i innkomst må , kvittering på kurve og i sampal»

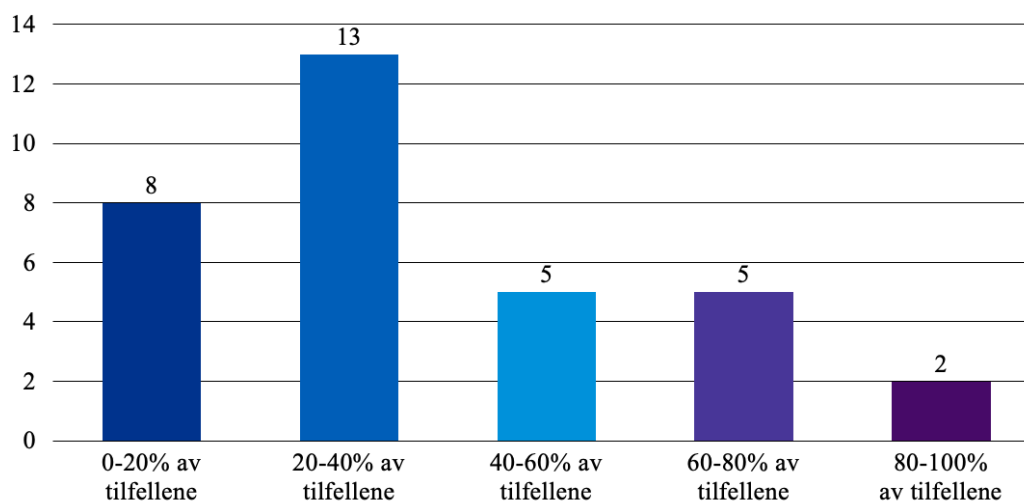
Hvor lang tid bruker du på en LMG i snitt per pasient?



Figur 8

16 KAD-leger anslo at de brukte 10-30 minutter på LMG i snitt pr. pasient, 11 brukte under 10 minutter og 6 brukte over 30 minutter.

I hvor stor andel av dine LMGer foretas en endring av legemiddel i bruk (LIB)-listen?



Figur 9

Flertallet av KAD-leger anga at de gjorde LIB-endringer i 0-20% eller 20-40% av sine LMGer. De resterende var i mindretall og foretok LIB-endringer i en høyere andel av sine LMGer.

Hvordan får du oppdatert legemiddelliste fra dine pasienter?

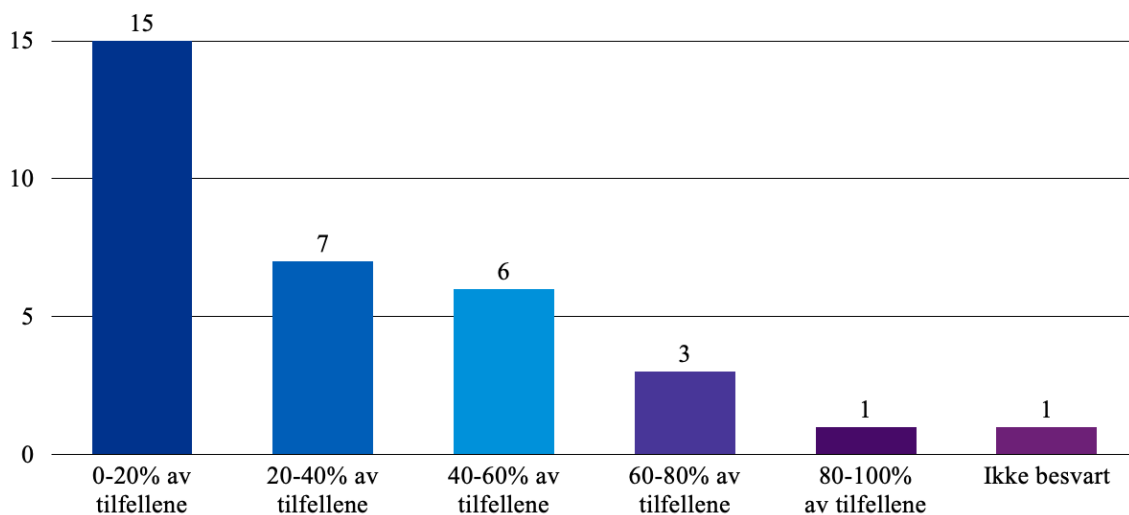
Svaralternativer	Frekvens	Prosent av deltakere som har svart dette
Følger med innleggelsesbrevet	24	73%
Pasienten har egen skriftlig oversikt	10	30%
Har med liste fra hjemmesykepleie, sykehjem eller sykehus	31	94%

Henter fra reseptformidleren: Legemidler i bruk	13	39%
Annet	12	36%
Sum	90	

Tabell 2

Det var mulig å velge inntil 3 svaralternativer på spørsmålet om hvordan KAD-legene får oppdatert legemiddelliste for sine pasienter. De 33 KAD-legene leverte til sammen 90 svar på spørsmålet. 94% av KAD-legene anga at de brukte liste fra hjemmesykepleie, sykehjem eller sykehus som en kilde for oppdatert legemiddelliste. 73% anga at de brukte informasjonen som fulgte med innleggelsesbrevet som en kilde. Noe lavere prosentandel svarte at de brukte pasientens egne skriftlige oversikt, og noen at de hentet informasjonen fra reseptformidleren – hhv. 30% og 39%. KAD-legene som svarte «annet» utgjorde 36%.

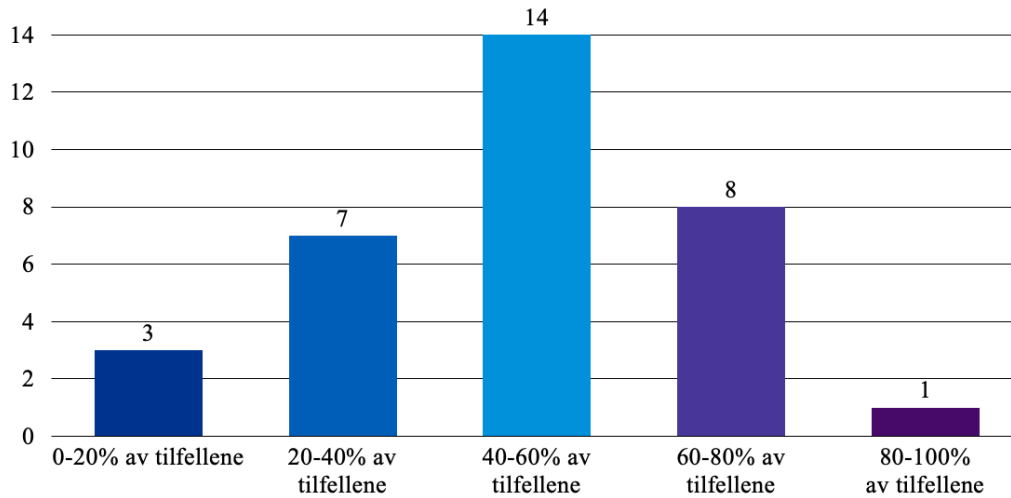
I hvor mange tilfeller medbringer inneliggende pasient oppdaterte medikamentlister?



Figur 10

Et flertall på 15 KAD-leger (46%) svarte at inneliggende pasient medbragte oppdatert medikamentliste i 0-20% av tilfellene. Resten av legene opplevde at medikamentlistene var oppdatert i noe høyere andel, og 1 lege besvarte ikke spørsmålet.

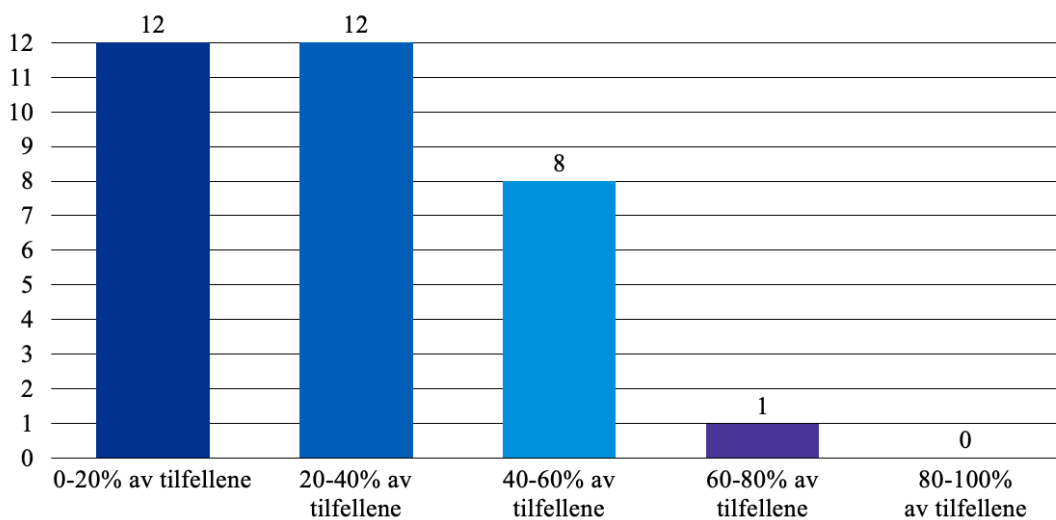
I hvor mange prosent av innleggelsene er det etter din erfaring utfordringer med polyfarmasi?



Figur 11

14 KAD-leger (42%) svarte at de opplevde utfordringer med polyfarmasi i 40-60% av innleggelsene. De resterende opplevde dette i en større eller mindre andel tilnærmet en normalfordeling.

I hvor mange prosent av innleggelsene har etter din erfaring polyfarmasi/bivirkninger vært medvirkende årsak til at pasienten ble innlagt?



Figur 12

12 KAD-leger (36%) anslo at polyfarmasi/bivirkninger hadde vært medvirkende årsak til pasientens innleggelse på KAD i 0-20% av tilfellene, og lik andel leger erfarte dette i 20-40% av innleggelsene. 8 erfarte dette i 40-60% av tilfellene, og 1 lege i 60-80% av tilfellene.

Hvem rådfører du deg oftest med hvis du har behov for råd i forbindelse med en LMG?

Svaralternativer	Frekvens	Prosent av deltakere som har svart dette
Kollega på KAD/ØHD	17	52%
Fastlegen	16	48%
Geriatrer	10	30%
Organspesialist på sykehus	18	55%
Sum	61	

Tabell 3

KAD-legene kunne velge inntil 3 svaralternativer på spørsmål om hvem de rådfører seg oftest med forbindelse med LMG. Til sammen leverte legene 61 svar. De fleste KAD-legene oppga at de rådførte seg med organspesialist på sykehus (55%), kollega på KAD/ØHD (52%) eller fastlegen (48%). De færreste rådførte seg med geriater (30%).

Er det legemiddelgrupper som du synes det er spesielt vanskelig å vurdere når du går gjennom medisinalisten til en pasient?

Svaralternativer	Frekvens	Prosent av deltakere som har svart dette
Hjerte/kar-midler	13	39%
Antitrombotiske midler	9	27%
Psykofarmaka	20	61%
Diabetesmedikamenter	7	21%
KOLS- eller astmamedisiner	2	6%
Analgetika	11	33%
Andre	6	18%
Ingen spesielle	2	6%

Sum	70	
------------	-----------	--

Tabell 4

Her kunne KAD-legene krysse av for inntil 7 svaralternativer, og totalt leverte utvalget 70 svar. Legemiddelgruppen flest fant utfordrende å vurdere i en LMG var psykofarmaka (61%).

Hva opplever du som de største utfordringene med tanke på LMG på din KAD/ØHD-avdeling? (fritekst)

31 av 33 KAD-leger besvarte dette spørsmålet. Igjen er svarene gjennomgått grundig for å kunne presentere noen hovedtendenser og et utvalg svar vi mener representerer helheten av besvarelsene.

Flere leger syntes tidsmangel samt få liggedøgn var en stor utfordring for å gjennomføre LMG på KAD. Det nevnes at medikamentendringer ofte består av tidkrevende seponerings-og justeringsforsøk som flere betviler kan følges opp i tilstrekkelig grad på KAD. Enkelte nevner også at det er vanskelig å utføre LMG grunnet effektivitetskrav fra administrasjonens side.

En annen trend i besvarelsene var at KAD-legene synes LMG er utfordrende pga. ineffektive journalsystemer som vanskeliggjør LMS og innhenting av riktig LIB-liste.

Utvalg av besvarelsene (8 stk):

«Kort forventet liggetid, ingen oppfølging av pasienten, kjenner ikke pasienten fra tidligere og kjenner således ikke indikasjon for de forskjellige legemidlene».

«Det kan være utfordrende å finne ut hvorfor en pasient har blitt innsatt på et medikament, og dermed vil man kanskje kvie seg litt for å seponere. Vi får ikke kontrollert effekten av endringene vi gjør etter at pasienten blir skrevet ut. Noen ganger blir ikke legemiddelgjennomgangen etterfulgt.

«Utdatert/manglende legemiddelliste».

«KAD er en avdeling hvor pasienten er innlagt kort tid og ved det begrenset mulighet til å vurdere indikasjon og også begrenset mulighet til å vurdere effekt etter endringer. Dette fører ofte til at jeg enten gjør endringer og pålegger fastlege å følge opp dette, eller foreslår endringer i epikrise til fastlege som får ta stilling til om dette er en god plan ut fra fastlegens forhåpentligvis gode kjennskap til pasienten.»

«Tidsbruken og krav fra administrativ ledelse til effektivitet»

«Pasientene er innlagt kort tid, forventet liggetid 3 dager +/-, hvor vi skal behandle en avgrenset, avklart problemstilling. Man ser selvfølgelig på helheten, men mener at en fullstendig LMG bør gjøres av fastlegen som er mer kjent med vurderingene bak pasientens medisinerings.»

«Tid!! Og ineffektive journalsystemer uten oppdaterte lister. Det er hyppige utskiftninger på en KAD, og tiden stekker rett og slett ikke til. Der det er relevant gjør jeg alltid LMG. Som sagt på elder, multimorbide med polyfarmasi og diffus klinikk.»

«Ikke rutiner eller tid til å gjøre en sikker gjennomgang. Kjenner ikke pasientene godt nok.»

Er det noe annet du vil legge til? (fritekst)

20 av KAD-legene skrev ikke noe på dette spørsmålet. Av de 13 som ønsket å legge til noe har vi trukket fram noen kommentarer vi syntes tok opp interessante synspunkter.

Utvalg av besvarelsene (6 stk):

«LMG er krevende, vanskelig og viktig.»

«Har god erfaring med å diskutere videre medikamentvalg med fastlegen, da denne ofte kjenner forhistorien best. Vi jobber i felles journalsystem med sykehuset og har

forholdsvis god tilgang til tidligere vurderinger gjort rundt medikamenter og pasientens sykdommer. Dette gjør ofte vurderingene rundt legemiddelgjennomgang noe enklere/ på et sikrere grunnlag.»

«Et felles journalsystem/tilgang til elektronisk journal ville ha gjort LMG lettere. Samt bedring i rutinemessig elektronisk journaloverføring fra sykehus til kommune ved utskrivelse fra sykehus.»

«Så flott prosjektoppgave da! Lykke til. Jeg tenker ØHD er et effektivt og gunstig sted for legemiddelgjennomgang. Fastleger i vår region har også vært fornøyd med arbeidet og det ser ikke ut til at de lar seg frustrere over at det gjøres en del medisinendringer. Jeg har for så vidt jobbet i indremedisin, inkludert geriatri. Mange leger ved KAD/ØHD er nok ganske ferske og synes nok det er utfordrende å ta tak i komplekse medisinlister. Det er mye å ta tak i hos denne pasientgruppen».

«Har også jobbet som fastlege noen år, ville selv mislikt at en tilfeldig lege gikk inn og gjorde LMG på mine pasienter. Det ville jeg gjøre selv, men ville alltid være åpen for innspill. Vet også om kolleger som får epikriser hvor det er gjort endringer og hvor alt prompte endres tilbake til slik det var. Ofte fordi de har den store oversikten og kjenner til historikken bak det pasienten bruker.»

4 DISKUSJON

KAD-legene som har deltatt i studien, har stort sett besvart alle spørsmålene i spørreskjemaet og levert utfyllende besvarelser som har sørget for interessante resultater for videre drøfting av vår problemstilling. Svarprosenten i denne undersøkelsen ble 42% (33 av 78), og dermed lavere enn vi håpet på, men på nivå med hva som er vanlig i spørreskjemaundersøkelser. Resultatene er basert på et selektert utvalg KAD-avdelinger og deres tilhørende KAD-legers svar. Dermed, samt grunnet lav svarprosent og et relativt lite utvalg, kan ikke resultatene nødvendigvis appliseres direkte som gjeldene for KAD-leger i Norge som helhet. Fra resultatene fremkommer at et klart flertall av respondentene var forholdsvis erfarne leger. Flertallet hadde jobbet 5-20 år som lege, og mange hadde over 20 års yrkeserfaring som lege. 70% av KAD-legene jobbet i over 80% stilling ved sin KAD-avdeling. Vi har også bidrag fra mindre erfarne leger i vårt materiale, men de utgjør et mindretall. Et flertall av KAD-legene som har besvart spørreundersøkelsen tilhører også store KAD-avdelinger. Det kan tenkes at disse faktorene har påvirket holdningene og erfaringene som fremkommer fra våre resultater.

4.1 Polyfarmasi er en utfordring i et flertall av pasientinnleggelsene på KAD

Totalinntrykket fra våre resultater er at polyfarmasi er en hyppig forekommende problemstilling på KAD som flere leger synes er utfordrende. Dette stemmer med at vi vet at eldre utgjør hovedtyngden av pasientene som innlegges på KAD, og at utfordringer med polyfarmasi er hyppigst forekommende i den eldre pasientgruppen. Flertallet av KAD-legene (42%) oppga at de opplever utfordringer med polyfarmasi i 40-60% av innleggelsene på sin KAD-avdeling. De resterende opplevde dette i større eller mindre grad tilnærmet en normalfordeling. Det er mulig at spørsmålet om i hvor stor andel av innleggelsene legene opplever utfordringer med polyfarmasi kan ha blitt tolket noe ulikt blant respondentene. Det kan enten ha blitt tolket som i hvor stor andel av innleggelsene de opplever at pasienten står på >5 legemidler, dermed ikke nødvendigvis sagt at dette medfører problemer for pasienten – eller det kan ha blitt tolket som konkrete utfordringer hvor polyfarmasi kan medføre uheldige legemiddelinteraksjoner, uheldige virkninger/bivirkninger eller andre plager hos pasienten.

Sett i sammenheng med at polyfarmasi kan medføre plager hos pasienten, oppgir 36% av KAD-legene at de opplever polyfarmasi/bivirkninger som medvirkende årsak til innleggelse i 0-20% av pasientinnleggelsene på KAD. Lik prosentandel opplevde dette i 20-40% av

innleggelsene, og de resterende legene i enda høyere prosentandel. Det er nærliggende å tenke at KAD-legene hovedsakelig har tenkt på innleggelse av eldre pasienter i besvarelsen, selv om dette ikke ble presisert i spørreteksten. Til sammenlikning viser tidligere forskning at trolig rundt 10-20% av sykehusinnleggelse hos eldre kan relateres til bivirkninger (5, 27). KAD-legene i vår studie opplever dermed at en større andel av pasientene har polyfarmasi/bivirkninger som medvirkende innleggelsesårsak enn hva som fremkommer i studien for samme problemstilling i sykehus. Etersom vår studie er basert på et begrenset antall KAD-legers subjektive erfaringer er det vanskelig å trekke slutninger, men vi synes dette er et interessant funn.

Dersom det er reelt at polyfarmasi/bivirkninger oftere medvirker til innleggelse for eldre pasienter på KAD enn sykehus, kan det tenkes at dette kan henge sammen med at gruppen «eldre pasienter» på KAD kontra sykehus er noe ulik. Pasientgruppen på KAD er hovedsakelig stabile pasienter med forverring av kjent eller nyoppstått sykdom som anses å kunne behandles med allmennmedisinske metoder – eller det kan være uavklarte pasienter hvor det anses som liten fare for akutt forverring (7). Legemiddelbivirkninger hos eldre dreier seg ofte om bivirkninger som økt falltendens, gastrointestinale plager som obstipasjon og diare samt antikolinerge bivirkninger som urinretensjon, ortostatisme og delirium (5). Mange av disse problemstillingene vil kvalifisere for opphold på KAD fremfor sykehus. Om pasienten ender på KAD fremfor sykehus vil også avhenge av i hvor stor grad KAD-tilbudet i kommunen benyttes. På den andre siden vil eldre pasienter med mer alvorlig og uavklart sykdom, eksempelvis akutt funksjonssvikt uten kjent årsak, som oftest innlegges i spesialisthelsetjenesten. Det er grunn til å tro at andelen med polyfarmasi/bivirkninger også er betydelig i denne gruppen – men at denne problemstillingen ikke i like stor grad oppdages eller tas tak i ved sykehusinnleggelse pga. andre fokus. Den største pasientgruppen ved KAD er pasienter på 80 til 89 år. I denne aldersgruppen er det rimelig å anta at andelen med polyfarmasi og legemiddelbivirkninger er høy, og dette kan også passe med at KAD-legene opplever dette som en medvirkende årsak til innleggelse i relativt stor andel av innleggelsene.

KAD-tilbudet ble opprettet med tanken om at pasienter som kunne egne seg for KAD-opphold, skulle få et like godt eller bedre tilbud på KAD fremfor sykehus. Eldre skrøpelige pasienter har ofte mer kompleks sykdom, og dermed skulle en tro at nettopp disse kanskje oftere ville ha behov for sykehusinnleggelse ettersom behandling kan være mer omfattende for denne gruppen. Men ettersom KAD-tilbudet ble opprettet og dermed fikk

behandlingsansvar for mange pasienter tilhørende den eldre pasientgruppen belyser det relevansen av at KAD blir rustet til å nettopp kunne være en trygg og egnet plass for å møte pasientene med disse utfordringene.

4.2 Erfaringene og utfordringene med LMG på KAD er mange

Med LMG menes en systematisk gjennomgang og evaluering av den enkelte pasientens medisinliste med hensikt om å optimalisere effekten av legemidlene og redusere risiko ved legemiddelbruk (30). Det fremkommer en tilnærmet 50/50-fordeling i svarene om det foreligger rutiner for LMG ved de ulike KAD-avdelingene eller ikke. Ser vi derimot på KAD-legenes egne rutiner for LMG, som ble kartlagt mer utfyllende med fritekstsvar, ser vi at det fremkommer ulike praksiser rundt dette blant KAD-legene. Her fremlegges alt fra veldig klare rutiner, som at LMG alltid skal utføres ved første visitt på dag 1 av innleggelsen, til mer skjønnsbaserte praksiser rundt LMG vurdert utfra pasientens aktuelle problemstilling, komorbiditeter, funksjonsnivå og grad av polyfarmasi.

Fra våre resultater angir de fleste KAD-legene at de utfører LMG i et flertall av pasienttilfellene hvor det foreligger polyfarmasi. Men svarfordelingen rundt denne hyppigheten viser likevel variasjoner med en fordeling som dekker hele spekteret, hvor eksempelvis omkring 1/5 av KAD-legene oppga å utføre LMG i kun 0-20% av pasienttilfellene. Etersom en kunne forvente at pasientgruppen, og følgelig forekomsten av polyfarmasi, ville være ganske lik blant de ulike KAD-avdelingene synes vi derfor at dette er interessante funn. Hva KAD-legene legger i å utføre en LMG kan nok spille inn på i hvor høy andel av pasientinnleggelsene KAD-legene angir å utføre LMG. Det ble presisert i spørreundersøkelsen at LMG ikke er det samme som LMS, men i tekstsvaret omhandlende egne rutiner for LMG vektlegger mange hovedsakelig hvor mye tid de bruker på å innhente riktig medisinliste. Det er mulig at noen tenker at å innhente riktig LIB-liste er en form for LMG, og at dette har påvirket svarene angående hyppigheten av LMG-utførelse. Det er også rimelig å anta at legens grad av erfaring og stillingsbrøk i KAD kan spille inn på hvor ofte det blir foretatt LMG. Lengre arbeidserfaring samt større stillingsbrøk kan tenkes å gi større trygghet og tyngde i å foreta en LMG, samt gi økt erfaring i å gjenkjenne bivirkninger og følger av polyfarmasi. At våre resultater viser at et flertall av KAD-legene utfører LMG i et flertall av pasienttilfellene med polyfarmasi kan tenkes å være preget av nettopp dette. Det

kan tenkes at resultatene ville fremstilt en annen trend hvis flere leger med mindre erfaring deltok i studien.

KAD-legene belyser i et av fritekstspørsmålene flere utfordringer med tanke på utførelsen av LMG ved sine KAD-avdelinger. Det trekkes frem at en hovedutfordring for å utføre LMG er mangelen på tid. Flere nevner utfordringer knyttet til at liggetiden for pasientene på KAD ofte er kort, og at dette kan vanskeliggjøre tid til og prioritering av LMG. Den korte liggetiden medfører også begrenset mulighet til å vurdere effekten av eventuelle medikamentendringer, og dette anses som en betydelig utfordring av mange. Som tidligere nevnt sier nåværende retningslinjer at det er pasientens tilstand samt psykososiale forhold som er avgjørende for antall liggedøgn pasienten er innlagt på KAD (6). Dette har medvirket til en økning i antall liggedøgn på KAD sammenliknet med i oppstarten hvor det skulle tilstrebes liggetid under 3 døgn. En kunne derfor tenke at det kunne være noe mer rom for LMG ved KAD med retningslinjene som foreligger i dag.

Flere trekker også fram utfordringer knyttet til at de ikke kjenner pasientene fra før og dermed ikke kjenner indikasjonen for de ulike legemidlene de står på. På bakgrunn av dette nevner flere av KAD-legene at de anser fastlegen som en mer naturlig aktør for LMG. Fastlegen har oftere større kjennskap til pasientene sine, kjenner muligens medikamentindikasjonene deres bedre samt har bedre muligheter til å følge opp. Noen trekker frem at LMG er gunstigere å foreta i en mer stabil fase av pasientens tilstand enn hva som foreligger ved et KAD-opphold, og peker på den måten mot fastlegens viktige rolle. I tråd med dette nevner noen KAD-leger at de foreslår medikamentendringer i epikrisen til fastlegen og overlater på den måten ansvaret om å ta stilling til medikamentendringer til fastlegen. Et alternativ kunne være at KAD-legene konsulterte fastlegene mer i utførelsen av LMG for å ta mer helhetlige avgjørelser. Det er mulig at konsulering med fastlegen angående eventuelle legemiddelendringer også kunne medført bedre behandling og tettere oppfølging av pasienten. Men dette er igjen tidkrevende.

De ovennevnte utfordringene kan òg tenkes ha påvirket i hvor stor grad KAD-legene oppgir at deres LMGer medfører LIB-enderinger. Et flertall oppgir å gjøre LIB-enderinger i 0-20% eller 20-40% av sine LMGer. Liten mulighet til oppfølging ved medikamentendringer, kort forventet liggetid på KAD og mulige rollekonflikter kan tenkes å spille inn på i hvilken grad KAD-legene velger å utføre LIB-enderinger. En av KAD-legene oppgir bla. at man kan kvie

seg for å seponere medikamenter hvis man er usikker på indikasjonen for medikamentet i utgangspunktet. En LMG må ikke nødvendigvis medføre en endring av pasientens LIB-liste, men det er interessant om resultatene omkring LIB-endringer kan være preget av de nevnte utfordringene. Det fremkommer også at flere har opplevd at hvis de foretar LIB-endringer, så blir ikke disse endringene etterfulgt av fastlegen. Dette kan gjøre LMG demotiverende og fremstår som enda et påskudd som belyser et behov for tettere samhandling mellom KAD-legene og fastlegene.

Flere KAD-leger trekker også frem at det går mye tid og arbeid med til LMS. Et klart flertall på 45% av KAD-legene opplever at pasientene bringer oppdatert medikamentliste i kun 0-20% av innleggelsene. På bakgrunn av dette er det ikke vanskelig å forstå at legene ofte må bruke supplerende kilder for å få oppdatert pasientenes medikamentliste, noe som også fremkommer i våre resultater at de gjør. Kildene som ble hyppigst anvendt for å utføre LMS var medisinliste fra hjemmesykepleie, sykehjem eller sykehus (96%), medisinliste som følger med innleggelsesbrevet (73%), verktøy som reseptformidleren (39%) eller annet (36%). I frittekstspørsmålene omhandlende KAD-legers rutiner og utfordringer for LMG ble flere andre kilder også nevnt, eksempelvis kjernejournal, Gericar og multidoserull. Det kan antas at flere har tenkt på disse under «annet»-kategorien. Selve utførelsen av LMG er ofte en tidkrevende prosess. 33% av KAD-legene angir å bruke <10 minutter i snitt på LMG per pasient, 49% oppgir å bruke 10-30 minutter per pasient og 18% angir å bruke over 30 minutter. Det er interessant om respondentene har inkludert tiden på LMS som en del av tidsbruken de oppgir å bruke på LMG eller ikke. Vi hadde ikke et eget spørsmål som kartla hvor lang tid KAD-legene utelukkende bruker på LMS, og ettersom det fremgår fra frittekstsvarene at arbeidet med LMS er en rimelig tidkrevende prosess, hadde dette vært et interessant spørsmål å inkludere i studien.

Tidsbruken og kapasiteten som går med til å utføre LMS synes å virke noe omfattende til at legene får en god plattform for gjennomførelse av LMG på KAD. Ettersom KAD medierer mange viktige pasientmøter for eldre pasienter med polyfarmasi, er det er synd om disse pasientene skulle miste en sjanse til å få en LMG siden det går for mye tid og omfattende arbeid med til LMS. Ettersom en riktig LIB-liste må ligge til grunn for å kunne gjennomføre LMG og ta riktige valg omkring dette – tenker vi det er viktig at prosessen rundt LMS kan effektiviseres og sikres på en bedre måte enn slik det fremgår fra KAD-legene vi har spurt.

Et ønske for oppgaven vår var å kartlegge om KAD er en egnet plass for å utføre LMG. For å belyse dette inkluderte vi en påstand som kunne gi oss et inntrykk av KAD-legenes meninger rundt dette. Svarene viser at KAD-legene har veldig delte meninger. Et knapt flertall (52%) angir at de er enige i påstanden om at KAD er en god plass for LMG for pasienter med polyfarmasi, 39% er delvis uenige og et mindretall (9%) angir å være uenige i denne påstanden. Fra fritekstsvarene som kartla legenes utfordringer med LMG på KAD, fremkom mange synspunkter som underbygger at KAD ikke fremstår som en god plass for LMG. Vi inkluderte på den andre siden ikke et spørsmål som kartla hva legene tenkte var positivt med KAD som arena for LMG. Derfor blir det i hovedsak KAD-legenes erfarte utfordringer som kommer frem i besvarelsene. Likevel er det et flertall som svarer at de synes KAD er en egnet plass for LMG. Slik at de konkrete utfordringene legene oppgir i fritekstsvarene, må ikke nødvendigvis tolkes dit at legen stiller seg uenig i at KAD er en egnet plass for LMG. Sett i etterkant hadde det vært ønskelig med et større innblikk i synspunktene til andelen som mener at KAD er en god arena for LMG, da disse er i flertall.

4.3 Et flertall har ikke overordnede rutiner for LMG på sin KAD-avdeling

Det fremgår som tidligere nevnt fra våre resultater at et flertall av KAD-legene foretar LMG for et flertall av sine pasienter med polyfarmasi. Likevel er det omkring 1/5 som oppgir at de utfører LMG i 0-20% av pasienttilfellene. I en medstudents prosjektoppgave ble fastleger i Telemark sine erfaringer og opplevelser av LMG i allmennpraksis undersøkt med en spørreundersøkelse (37). I denne oppgaven ble det bla. undersøkt om innføringen av en egen refusjonstakst (takst 21d) hadde ført til at fastleger utførte flere LMGER enn tidligere. Her framgikk det at flertallet av fastlegene oppga å gjennomføre flere LMGER etter at LMG ble tildelt en egen takst. Dette synliggjorde at et konkret tiltak hadde effekt. Systematisk LMG er forskriftsfestet i primærhelsetjenesten for fastleger, men det finnes ikke konkrete lovforskrifter som pålegger KAD-leger å utføre dette for sine pasienter. Kan det tenkes at en tydeliggjøring og konkretisering av KAD sin rolle i LMG, i form av eksempelvis forskrifter eller overordnede tiltak, ville medføre en tilsvarende positiv trend som studien viste for fastlegene i Telemark? Vi tenker da på om dette kunne medføre en økt hyppighet av LMG-utførelse i KAD, samt om det kunne bidra til et økt fokus og klarere overordnede rutiner for LMG i KAD. Våre resultater viser at det er ca. 50/50 om KAD-legene oppgir å ha rutiner for

LMG ved sin KAD-avdeling eller ikke. Det kunne tenkes at vi hadde sett et mindre sprik i denne besvarelsen om det hadde blitt innført noen formålsrettede tiltak for LMG på KAD. En tydeliggjøring av KAD sin rolle i LMG ville nok også kunne gjøre det enklere for legene å utføre LMG og avklart deres rolle omkring dette bedre. Akkurat refusjonstaksten som ble innført for fastlegene, var et økonomisk motiverende tiltak. Dette vil nok ikke passe et kommunalt tilbud som KAD.

4.4 Noen legemiddelgrupper er spesielt utfordrende ved LMG

Vi spurte legene om det var medikamenter de fant spesielt vanskelig å håndtere når de foretok en LMG. De medikamentene flest leger opplevde spesielt vanskelig å vurdere var psykofarmaka. Fra våre resultater gjaldt dette i alt 20 leger. Det er kjent at mange eldre benytter psykofarmaka i relativt stor grad. Bruk av eksempelvis benzodiazepiner/Z-hypnotika er noe Helsedirektoratets retningslinjer informerer om at generelt bør unngås for personer over 65 år. Dette pga. fare for bivirkninger og avhengighet (24).

At mange oppgir psykofarmaka som en vanskelig legemiddelgruppe å vurdere i LMG, kan nettopp skyldes at mange eldre benytter det og at indikasjonen for bruk kan være noe uklar. Som nevnt i innledningsdelen kan lengre bruk av benzodiazepiner være uheldig og bla. gi en rebound effekt. Følgelig kan pasienten oppleve f.eks økte søvnproblemer og mer angst enn før de fikk behandling med benzodiazepiner. I tillegg kan seponeringsreaksjoner i form av ubehagelige abstinenssymptomer forekomme om pasienten tas av medikamentet for hurtig (25). Dette er symptomer som kan redusere pasienten ytterligere og som fort kan tilskrives alderdommen heller enn medikamentbivirkninger. Pasienten vil altså kunne få store plager om dette ikke fanges opp. På bakgrunn av den korte liggetiden på KAD kan utfordringer med avhengighet og abstinenssymptomer tenkes å være utfordrende å håndtere på KAD. Men det at mange KAD-leger oppgir psykofarmaka som en utfordrende medikamentgruppe, tyder på respekt og relevans av bla. slike utfordringer.

Det var også et spennende resultat at flest KAD-leger angir at de kontakter organspesialist på sykehus om de trenger å rådføre seg i forbindelse med LMG. Som tidligere nevnt har det fremkommet at fastlegen anses som en viktig aktør for LMG blant KAD-legene, bla. siden de kjenner pasientene og deres sykdomshistorikk bedre. Dermed var det noe overraskende for

oss at flere rådførte seg med organspesialist enn fastlegen i forbindelse med sine LMGer. Geriateren var den spesialiteten færrest kontaktet med tanke på LMG, hvilket også var litt uventet. Det er geriaterne som besitter størst erfaring i å vurdere eldre pasienter med kompleks sykdom på en helhetlig måte. Man vet at de individuelle forskjellene i medikamentbehandling av eldre er store, og virkning/bivirkning må avveies i større grad utfra et helhetsbilde av pasienten. Men da vi vet at KAD er et øyeblikkelig hjelp-tilbud hvor pasientene innlegges med en form for akutt forverringstilstand, er det forståelig at fokuset i stor grad er organrettet i henhold til den aktuelle problemstillingen, og at det dermed konfereres hyppig med organspesialist.

4.5 Styrker og svakheter med studien

Som nevnt var studiens svarprosent på 42% lavere enn vi håpet på. Til sammenlikning hadde den liknende prosjektoppgaven som omhandlet fastlegers holdninger til LMG i allmennpraksis en svarprosent på 20% (37). I medstudentens studie ble spørreskjemaet distribuert direkte til 161 fastleger pr. e-post, mens i vår studie distribuerte vi spørreskjemaet til 18 kontaktpersoner som deretter videresendte spørreskjemaet til KAD-legene på sin avdeling. Det kan tenkes at bla. denne metoden bidro til en noe høyere responsrate i vår oppgave. Flere leger kan tenkes å ha engasjert seg når henvendelsen om å delta på spørreundersøkelsen ble tilsendt fra egen leder på KAD som «har gått god for det» fremfor av ukjente studenter. Det kan også tenkes at fastleger får flere henvendelser med spørsmål om deltagelse i ulike prosjekter og spørreundersøkelser slik at metningspunktet kan være nådd i høyere grad blant denne gruppen kontra KAD-leger som er en mer avgrenset gruppe og tilhører en mindre studert og nyere institusjon. Men svarprosenten ble likevel ikke så høy som vi håpet på. Blant annet sendte vi en purring pr. e-post med påminnelse om å besvare spørreundersøkelsen i oktober 2021. Denne e-posten sendte vi til de 18 kontaktpersonene med oppfordring om å videresende eller videreformidle beskjeden til KAD-legene på sin avdeling. Vi kan ikke vite om alle de 78 KAD-legene faktisk fikk påminnelsen, og dette kan være en av flere grunner til at færre besvarte spørreundersøkelsen. Flere av KAD-legene har også nevnt at det er relativt hyppige utskiftninger av ansatte på KAD, og det kan tenkes at dette også kan ha påvirket antall besvarelser.

Vi kontaktet 24 KAD-avdelinger i forbindelse med vår spørreundersøkelse, men endte opp med respons fra 18 av disse som dermed fikk tilsendt spørreskjemaet. Tiltentk skulle de 25 mest folkerike kommunene i Norge være representert, men ettersom vi ikke oppnådde kontakt med alle avdelingene vi ønsket ble det ikke slik. Et flertall av disse er fremdeles representert, samt flere andre store, mellomstore eller mindre kommuner (tabell 1). Ettersom spørreskjemaet ble distribuert utfra store byer i Norge, og følgende forholdsvis store KAD-avdelinger, er det de minste KAD-avdelingene som er dårligst representert i vår spørreundersøkelse. De minste kommunene som er representert i vårt utvalg er nettopp inkludert siden de er tilknyttet en forholdsvis stor KAD-avdeling i en større nabokommune. Derfor representerer de ikke de minste KAD-avdelingene i landet. Over halvparten av landets KAD-avdelinger er små enheter, gjerne driftet av mindre kommuner, med 1-2 sengeplasser. Ingen av disse minste KAD-avdelingene er representert i vår undersøkelse (tabell 1). Dette gjør at det blir vanskelig å trekke generelle slutninger om norske KAD-leger på bakgrunn av våre resultater.

Vi oppnådde ikke kontaktet med 6 av de 24 KAD-avdelingene vi kontaktet. Ved avdelingene vi ikke oppnådde kontakt med kan det tenkes at vi ikke fant riktig kontaktperson, sendte henvendelse til feil e-postadresse, eller at de ikke svarte oss og dermed ikke fikk til noe samarbeid.

Vi opplevde at noen av kontaktpersonene synes det var vanskelig å vurdere hvilke leger det var relevant å videresende spørreskjemaet til på deres avdeling, og dette kan ha gjort at det har blitt tolket ulikt mellom avdelingene. Fra resultatene fremkommer som nevnt at flest besvarelser er levert av forholdsvis erfarne leger i store stillingsbrøker. Det kan tenkes at dette delvis kan forklares av at flere kontaktpersoner tenkte det var mest relevant at deres mest erfarne leger fikk tilsendt spørreskjemaet, eller at de mer erfarne legene var mer interessert i temaet og dermed utgjør en større andel av de som valgte å svare. Selv om vi vet at et flertall av legene som har besvart spørreskjemaet har flere års erfaring som lege, vet vi dog ikke hvor lenge legene har jobbet på KAD og hvor mye av deres erfaring som er knyttet til den eldre pasientgruppen. På et av fritekstspørsmålene skriver en av KAD-legene; *«mange leger ved KAD/ØHD er nok ganske ferske og synes nok det er utfordrende å ta tak i komplekse medisinalister»*. Av våre respondenter fremkommer at 6% venter på LIS1 og 12% har under 5 års erfaring. Vi har dermed også noe bidrag fra mindre erfarne leger i vårt materiale, men de utgjør et klart mindretall. Igjen er det usikkert om færre av de ferskere legene fikk tilsendt

spørreskjemaet, eller det kan tenkes at engasjementet rundt vår problemstilling var lavere blant disse og dermed medførte lavere oppslutning fra denne gruppen.

Vi innså i ettertid at noen av spørsmålene og svaralternativene i spørreundersøkelsen ikke var tydelige nok. Noen spørsmål var stilt for upresist, og kan dermed ha blitt tolket noe ulikt mellom respondentene. En feilkilde vi har fanget opp i etterkant av distribusjonen av spørreskjemaet, er at på flere av spørsmålene (f.eks spørsmål 5, 8, 13 og 14) har vi bare skrevet «pasienter» i spørreteksten fremfor «**eldre** pasienter» (se vedlegg 1). Ettersom disse problemstillingene virkelig er hyppigst i den eldre pasientgruppen, samt at den eldre gruppen er hele utgangspunktet for oppgaven og problemstillingen vår, antar vi at spørsmålene har blitt besvart på riktig grunnlag.

Vi innså også at svaralternativene på noen av spørsmålene overlappet eller var for upresise. På spørsmål 4 om antall senger på KAD-avdelingene innså vi at svaralternativene «1-10 KAD-senger» og «10-20 KAD-senger» overlappet. Vi burde dermed hatt et mer presist svaralternativ som var <10 KAD-senger, slik at KAD-avdelinger med 10 senger hadde en tydeligere kategori å plassere seg i.

På multiple-response spørsmålene (11, 16 og 17) innså vi i etterkant at det var satt et maks-antall svaralternativer man kunne huke av for. Dette var nok en innstilling i spørreskjemaet, og ikke noe som var bevisst fra vår side. På spørsmål 11 og 16 kunne man velge inntil 3 svaralternativer, og på spørsmål 17 inntil 7 svaralternativer. På fritekstspørsmålet «er det noe annet du vil legge til?» presiserte en av KAD-legene at vedkommende ønsket å krysse av på flere svaralternativer. Det kan antas at dette gjaldt flere av KAD-legene. Blant annet fremkom det fra fritekstsvarene at flere KAD-leger benyttet mer enn 3 kilder for LMS, og det ble dermed begrensende at det kun var mulig å velge 3 svaralternativer på spørsmål 11 som omhandlet å innhente riktig legemiddelliste. Fra fritekstsvarene ble det også nevnt en del kilder til LMS som vi ikke hadde inkludert som svaralternativer i spørsmål 11.

Vi gjennomførte vår spørreundersøkelse på en måte som gjorde at vi var avhengige av flere ledd, og kontaktpersonene har spilt en nøkkelrolle i vår spørreundersøkelse. Det var en positiv opplevelse å være i kontakt med disse, og vi opplevde at dette skapte en alliansebygging og positivitet rundt oppgaven vår. Dette mener vi er en styrke med studien. Det var også tidkrevende å gjennomføre studien på denne måten, og det skapte en del forsinkelser å være

såpass avhengige av kontaktpersonenes tilbakemeldinger. Vår metode kan som nevnt også ha medført feilkilder ved at kontaktpersonene tolket våre intensjoner ulikt. Dette tror vi kan ha skjedd bla. i hvem kontaktpersonene valgte å videresende spørreskjemaet til, og dette kan følgelig ha påvirket utvalgspopulasjonen i studien.

Studien viste seg å være omfattende å gjennomføre, og på bakgrunn av dette besluttet vi å ikke utvide utvalget ytterligere. Vi synes likevel studien får belyst mange viktige sider, utfordringer og erfaringer med KAD som en aktør for LMG hos eldre pasienter med polyfarmasi. Antageligvis er mange av tendensene som fremkommer fra oppgaven gjeldende for flere KAD-avdelinger, men det blir vanskelig å trekke faste konklusjoner fra et såpass lite utvalg.

5 KONKLUSJON

KAD benyttes for innleggelse av flere eldre pasienter som tidligere ville endt på sykehus, og medfører dermed hyppige møter mellom helsevesenet og den eldre pasientgruppen.

Utfordringer med polyfarmasi er hyppig forekommende blant disse pasientene, og LMG er et sentralt tiltak for å optimalisere den eldre pasientens behandling og opplevde sykdomsbyrde.

Denne studien bedrer vår forståelse av KAD-legenes erfaringer og utfordringer vedørende LMG for sine eldre pasienter med polyfarmasi.

Utfordringer med polyfarmasi fremgår som en problemstilling legene møter i en stor andel av pasientinnleggelsene på KAD. Majoriteten av KAD-legene i vår studie angir å utføre LMG i flertallet av innleggelsene hvor pasienten bruker 5 legemidler eller mer. Det er ca. 50/50 om KAD-legene oppgir at det foreligger rutiner for LMG ved deres KAD-avdeling eller ikke. Det fremkommer likevel delte meninger om KAD-legene synes KAD er en god plass å foreta LMG eller ikke, hvor et knapt flertall av legene angir at de synes KAD er en god plass for dette.

Resultatene belyser mange potensielle forbedringsområder vedrørende LMG i rammen av KAD. Både tidsmangel, uklare ansvarsområder samt omfattende informasjonsinnhenting vedrørende LMS pekes på som utfordringer for å få gjennomført LMG. Gjennom studien blir KAD-legenes tanker og erfaringer belyst, og disse fremstår som verdifulle synspunkter for videre diskurs omkring KAD sin rolle i LMG. Vi tror at økt samhandling med fastlegene kunne være et gunstig fokusområde videre. LMG foretas jevnlig på KAD, men hvis LMG og eventuelle LIB-enderinger ble utført i større grad i samråd med fastlegen kunne dette skape en økt trygghet og sikrere avgjørelser. En tydeligere avklaring rundt oppfølgingen etter medikamentjusteringer på KAD for vurdering av effektene og hensiktsmessigheten av endringene, tror vi også er viktig for å gjøre KAD til en bedre plass for LMG.

Det er mulig at klarere overordnede rutiner og en tydeligere konkretisering av KAD sin rolle i LMG ville tilrettelegge for LMG på KAD i større grad. Vi ser også potensialet i at effektivisering av LMS kan gjøre det enklere å foreta LMG på KAD. Etersom KAD er et etablert helsetilbud er det viktig at tilbudet blir rustet til å møte utfordringene tilknyttet eldre pasienter med polyfarmasi på en best mulig måte.

LITTERATUR

1. Folkehelseinstituttet. Befolkningen i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014 [updated 13. okt 2021; cited 2022 10. jan]. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/>.
2. Statistisk Sentralbyrå. Eldre i Norge [Internett]. Oslo/Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå; 1999 [updated 11. aug 1999; cited 2022 10. jan]. Available from: <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf>.
3. Folkehelseinstituttet. Forventet levealder i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014 [updated 08. jul 2021; cited 2022 10. jan]. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/>.
4. Skirbekk V, Langballe EM, Strand BH. Preferred life expectancy and the association with hypothetical adverse life scenarios among Norwegians aged 60. *Age Ageing*. 2021;50(6):2012-8.
5. Norsk Legemiddelhåndbok. Eldre og legemidler [Internett]. Oslo: Norsk Legemiddelhåndbok; 2020 [updated 04. jan 2022; cited 2022 04. jan]. Available from: https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre_og_legemidler.
6. Helsedirektoratet. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, status 2019 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [updated juni 2020; cited 2022 10. jan]. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/status-for-oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Status%20for%20kommunalt%20d%C3%B8gntilbud%20for%20%C3%B8yeblikkelig%20hjelp%202019.pdf/_attachment/inline/c3dd8dfb-c13d-4d94-8f53-96a21f0cd719:e7f7114b1edd12b1ddd3b149e1677c2dcda6c5ca/Status%20for%20kommunalt%20d%C3%B8gntilbud%20for%20%C3%B8yeblikkelig%20hjelp%202019.pdf.
7. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, veiledningsmateriell [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [updated apr 2016; cited 2021 15. jun]. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf/_attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-66670d00886f:87df71d03c450ff1bae72c213db0fb4a07b13a6f/Kommunenes%20plikt%20til%20oyeblikkelig%20hjelp%20dognopphold.pdf.
8. Beauvoir Sd. *The coming of age*. New York: W.W. Norton; 1996.

9. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 [cited 2021 15. jun]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
10. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
11. Helse-og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak [Internett]. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet; 2011 [cited 2021 15.oktober]. Available from: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>.
12. Norges forskningsråd. Evaluering av samhandlingsreformen : sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Lysaker: Norges forskningsråd; 2016.
13. Den norske forening for allmenmedisin. Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD) [Internett]. Oslo: Den norske forening for allmenmedisin; 25. april 2014 [cited 2021 15. juni]. Available from: https://www.legeforeningen.no/contentassets/5b9220e4b9b24f6c8b34feca1a3e66cf/140507-kad-veileder_korr.pdf.
14. Leonardsen A-CL, Del Busso L, Grøndahl VA, Ghanima W, Jelsness-Jørgensen L-P. General practitioners' perspectives on referring patients to decentralized acute health care. *Fam Pract.* 2016;33(6):709-14.
15. Nystrom V, Luras H, Midlov P, Leonardsen A-CL. What if something happens tonight? A qualitative study of primary care physicians' perspectives on an alternative to hospital admittance. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):447-.
16. Swanson J, Alexandersen N, Hagen TP. Førte opprettelsen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter til færre innleggelser for eldre pasienter ved somatiske sykehus? *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 2016(2):125-34.
17. Regjeringen. Kommunale akutte døgnenheter, legeberedskap og avstander [Internett]. Oslo: Regjeringen; 2015 [updated 04. okt 2015; cited 2022 06. jan]. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/sved/08.pdf>.
18. Leonardsen A-CL, Nystrøm V. Hvordan kan vi organisere akutte helsetjenester på en god måte? *Sykepleien* [Internet]. 2020 [cited 2022 9. jan]. Available from:

<https://sykepleien.no/fag/2020/09/hvordan-kan-vi-organisere-akutte-helsetjenester-pa-en-god-mate>.

19. Skinner MS. Skeptiske leger og tomme senger? Bruken av de kommunale akutte døgnplassene. 2015.
20. Leonardsen A-CL, Del Busso L, Abrahamsen Grøndahl V, Ghanima W, Barach P, Jelsness-Jørgensen L-P. A qualitative study of patient experiences of decentralized acute healthcare services. Scand J Prim Health Care. 2016;34(3):317-24.
21. Wyller TB. Geriatri en medisinsk lærebok. 3. utgave ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2020.
22. Norsk elektronisk legehåndbok. Polyfarmasi hos eldre [Internett]. Trondheim,2019 [updated 30. jul 2019; cited 2021 24. juni]. Available from: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/geriatri/tilstander-og-sykdommer/behandling/polyfarmasi-hos-eldre>.
23. Lars Brock Nilsen. Stort antall eldre får utlevert 15 eller flere legemidler årlig [Internett]. Oslo: Norsk Farmaceutisk Tidsskrift; 2018 [cited 2022 4. jan]. 15. jun 2018; [Available from: https://www.farmatid.no/artikler/legemiddelbruken-blant-eldre-okerstadig?fbclid=IwAR1bLitmeMFHcla_C0W1hQ2NAkvRhPqU6dcN5-6WdUBfkjcOvmYwc7cikk0].
24. Helsedirektoratet. Personer med demens bør ikke tilbys benzodiazepiner og/eller z-hypnotika mot søvnvansker [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [updated 27.11.2019; cited 2022 25.januar]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/legemidler-mot-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd/personer-med-demens-bor-ikke-tilbys-benzodiazepiner-og-eller-z-hypnotika-mot-sovnvansker?fbclid=IwAR19RkeVyoUF9fFNw3ZNLwaebz9iWx3chrOPAm4ZoVR04wQ0acybB52V5Q8>.
25. Oslo Universitetssykehus. Benzodiazepiner og Z-hypnotika [Internett]. Oslo: Oslo Universitetssykehus; 2020 [updated 16. des 2020; cited 2022 23. jan]. Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/verktoy-for-fagutvikling/fakta-om-rusmiddel-virkninger/benzodiazepiner-og-z-hypnotika#toleranse-avhengighet-og-abstinens>.
26. Fog AF, Kvalvaag G, Engedal K, Straand J. Drug-related problems and changes in drug utilization after medication reviews in nursing homes in Oslo, Norway. Scand J Prim Health Care. 2017;35(4):329-35.

27. Oscanoa TJ, Lizaraso F, Carvajal A. Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017;73(6):759-70.
28. Wang-Hansen MS, Wyller TB, Hvidsten LT, Kersten H. Can screening tools for potentially inappropriate prescriptions in older adults prevent serious adverse drug events? *Eur J Clin Pharmacol*. 2019;75(5):627-37.
29. Norsk Legemiddelhåndbok. Avmedisinering [Internett]. Oslo: Norsk Legemiddelhåndbok; 2018 [updated 5. jan 2022; cited 2022 5. jan]. Available from: <https://www.legemiddelhandboka.no/legacy/chapter/G27>.
30. Statens Legemiddelverk. Legemiddelgjennomgang [Internett]. Oslo: Statens Legemiddelverk; 2016 [updated 22.nov 2021; cited 2022 5. jan]. Available from: <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/legemiddelgjennomgang#forberedelser,-gjennomf%C3%B8ring-og-oppf%C3%B8lging>.
31. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842 [cited 2022 5. jan]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2012-08-29-842>.
32. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. FOR-2008-04-03-320 [cited 2022 5. jan]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>.
33. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomganger [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 [cited 2022 5. jan]. Available from: https://legemiddelverket.no/Documents/Bivirkninger%20og%20sikkerhet/Råd%20til%20helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Hdir%20Veileder-legemiddelgjennomgang-IS-1998.pdf?fbclid=IwAR3YBfM5qffw9TPhqJc1fZfh8xMhtnLei5IoSSvJnihWg1oDaFjrLs_jRv8.
34. Romskaug R, Skovlund E, Straand J, Molden E, Kersten H, Pitkala KH, et al. Effect of Clinical Geriatric Assessments and Collaborative Medication Reviews by Geriatrician and Family Physician for Improving Health-Related Quality of Life in Home-Dwelling Older Patients Receiving Polypharmacy: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2019;180(2):181-9.
35. Statistisk sentralbyrå. Norges 100 mest folkerike kommuner [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2021 [cited 2021 9.juni]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/norges-100-mest-folkerike-kommuner?tabell=446939>.

36. Norsk senter for forskningsdata. Hvordan gjennomføre et prosjekt uten å behandle personopplysninger? [Internett]. Bergen: Norsk senter for forskningsdata; [cited 2022 6. jan]. Available from: <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/hvordan-gjennomfore-et-prosjekt-uten-a-behandle-personopplysninger>.
37. Haglund V. Fastlegenes erfaringer og opplevelse av legemiddelgjennomganger i allmennpraksis [Prosjektoppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2018.

VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMAET

1. Hvor stor stillingsprosent har du i KAD/ØHD? (ett svar mulig)

- Legevikar – rammeavtale (0%)
- Under 20%
- 20-40%
- 40-60%
- 60-80%
- Over 80%

2. Hvor mange år har du jobbet som lege? (ett svar mulig)

- Venter på LIS1
- Under 1 år etter LIS1
- Under 5 år etter LIS1
- 5-20 år etter turnus
- Over 20 år etter turnus

3. Hvis du er spesialist, hva er din spesialitet (fritekst)

4. Hvor mange sengeplasser har dere på din KAD/ØHD-avdeling? (ett svar mulig)

- 0-10 senger
- 10-20 senger
- Over 20 senger

For videre spørsmål vil vi definere noen begreper:

Med legemiddelgjennomgang mener vi: at man vurderer hvert enkelt legemiddel pasienten bruker og tar standpunkt til om det fremdeles er indisert, om det er riktig dose, om det mest optimale legemiddelet er valgt, og vurderer med hensyn på bivirkninger, interaksjoner og komorbiditet og hvorvidt det er legemidler pasienten burde hatt men ikke har fått.

(Vi presiserer at dette er IKKE det samme som legemiddelsamstemming, som bare er en sjekk av om de ulike versjonene av pasientens legemiddelliste stemmer overens).

Med polyfarmasi mener vi: samtidig bruk av 5 legemidler eller flere.

5. KAD/ØHD-opphold er en god plass for legemiddelgjennomgang for pasienter med polyfarmasi. (Ett svar mulig)

- Enig
- Delvis uenig
- Uenig

6. Har dere rutiner for legemiddelgjennomgang på din KAD/ØHD -avdeling? (ett svar mulig)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

7. Hva er din rutine for gjennomføring av legemiddelgjennomgang? (fritekst)

8. Tenk på pasienter på KAD/ØHD som bruker 5 legemidler eller mer ved innleggelsen. Hvor mange vil du anslå at du gjør en legemiddelgjennomgang på ila. oppholdet? (ett svar mulig)

- 0-20% av tilfellene
- 20-40% av tilfellene
- 40-60% av tilfellene
- 60-80% av tilfellene
- 80-100% av tilfellene

9. Hvor lang tid bruker du på legemiddelgjennomgang i snitt per pasient? (ett svar mulig)

- Under 10 min
- 10-30 min
- Over 30 min

10. I hvor stor andel av dine LMGer foretas en endring av legemiddel i bruk (LIB)-listen? (ett svar mulig)

- 0-20% av tilfellene
- 20-40% av tilfellene
- 40-60% av tilfellene
- 60-80% av tilfellene
- 80-100% av tilfellene

11. Hvordan får du oppdatert legemiddelliste fra dine pasienter? (flere svar mulig)

- Følger med innleggelsesbrevet
- Pasienten har egen skriftlig oversikt
- Har med liste fra hjemmesykepleie, sykehjem eller sykehus
- Henter ut fra reseptformidleren; Legemidler i bruk
- Annet

12. I hvor mange tilfeller medbringer inneliggende pasient oppdaterte medikamentlister?

Skriv det som passer best med din erfaring (ett svar mulig)

- 0-20% av tilfellene
- 20-40% av tilfellene
- 40-60% av tilfellene
- 60-80% av tilfellene
- 80-100% av tilfellene

13. I hvor mange prosent av innleggelsene er det etter din erfaring utfordringer med polyfarmasi? (ett svar mulig)

- 0-20% av tilfellene
- 20-40% av tilfellene
- 40-60% av tilfellene
- 60-80 % av tilfellene
- 80-100% av tilfellene

14. I hvor mange prosent av innleggelsene har etter din erfaring polyfarmasi / bivirkninger vært medvirkende årsak til at pasienten ble innlagt? (ett svar mulig)

- 0-20% av tilfellene
- 20-40% av tilfellene
- 40-60% av tilfellene
- 60-80% av tilfellene
- 80-100% av tilfellene

15. Hva opplever du som de største utfordringene med tanke på LMG på din KAD/ØHD -avdeling? (fritekst)

16. Hvem rådfører du deg oftest med hvis du har behov for råd i forbindelse med en LMG?

(flere svar mulig)

- Kollega på KAD/ØHD
- Fastlegen
- Geriater
- Organspesialist på sykehuset

17. Er det legemiddelgrupper som du synes det er spesielt vanskelig å vurdere når du går gjennom medisinen til en pasient? (flere svar mulig)

- Hjerte/kar midler
- Antitrombotiske midler
- Psykofarmaka
- Diabetesmedisiner
- KOLS- eller astmamedisiner
- Analgetika
- Andre
- Ingen spesielle

18. Er det noe annet du vil legge til? (fritekst)

VEDLEGG 2: BREV TIL KAD-LEGENE

UiO : **Institutt for klinisk medisin**
Det medisinske fakultet
Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus

Dato: 8. juni 2021

Kjære KAD/ØHD-leger og fremtidige kollegaer!

Vi er to medisinstudenter som er ferdig med vårt fjerde år ved Universitetet i Oslo. I løpet av studiet skriver vi en prosjektoppgave. I vår oppgave ønsker vi å undersøke KAD/ØHD-legers erfaringer med legemiddelgjennomgang med et nettbasert spørreskjema. Vi er interessert i å belyse om KAD/ØHD-avdelinger er et godt sted å foreta legemiddelgjennomganger for eldre pasienter med polyfarmasi.

Vår veileder er geriater Torgeir Bruun Wyller ved OUS. Sammen er vi veldig interessert i å høre deres erfaringer rundt dette temaet.

Dine svar vil bli anonymiserte, og skjemaet innhenter ingen personinformasjon. Selve spørreundersøkelsen tar 5-10 minutter å svare på. Deltakelse er helt frivillig, men hvert eneste svar er verdifullt for å kunne samle gode data/gjennomføre prosjektet.

Her er lenken til nettskjemaet:

<https://nettskjema.no/a/179890>

Vi setter stor pris på om du vil bruke litt tid til å svare på spørreskjemaet vårt, og takker på forhånd for hjelpen!

Vennlig hilsen,

Marte Depui Aksnes og Marit Rike Haugsjå, medisinstudenter UiO



Postadresse:
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Geriatrisk avdeling
Bygg 20, 4. etasje
Postboks 4956 Nydalen
0424 Oslo

E-poster:
m.d.aksnes@studmed.uio.no
m.r.haugsjå@studmed.uio.no
t.b.wyller@medisin.uio.no

Redegjørelse for arbeidsfordelingen i arbeidet med prosjektoppgaven

I arbeidet med vår prosjektoppgave omhandlende KAD-legers erfaringer hos eldre pasienter med polyfarmasi har vi hatt en lik arbeidsfordeling. Vi har begge arbeidet med alle deler av prosjektoppgaven: abstract, innledning, metode, resultater, diskusjon og konklusjon. Vi har også begge jobbet med utformingen og distribusjonen av spørreskjemaet. Vi har samarbeidet om endringer gjort etter tilbakemelding fra veileder.