

Landstingsstyrelsen

Granskning av Läkemedel i äldreården

Revisionskontoret har på vårt uppdrag och med hjälp av PWC genomfört en granskning av Läkemedelsförskrivning vid kommunernas särskilda boenden för äldre. Granskningen har genomförts tillsammans med revisorerna i tre av länets kommuner, Östersund, Krokom och Strömsund. Granskningen är i stora delar en uppföljning av de två tidigare utförda granskningarna av Läkemedel i äldreården (REV/5/2005 och REV/24/2007).

De övergripande revisionsfrågorna har varit att undersöka om läkemedelsförskrivningen/ användningen vid kommunernas särskilda boenden för äldre är ändamålsenlig.

Granskningen har huvudsakligen genomförts med hjälp av dokumentstudier, intervjuer med sammanlagt 27 personer inom kommunernas äldreomsorg och i landstinget. Granskningen har även omfattat insamlad statistik avseende läkemedelsanvändningen i samtliga 35 äldreboenden inom de tre kommunerna som ingått i granskningen. Granskningen omfattar däremot inte några analyser och bedömningar av läkemedelsanvändningen i förhållande till de äldres symtom och diagnoser, d.v.s. medicinska bedömningar av enskilda läkemedelsterapier.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Resultatet av granskningen visar att läkemedelsanvändningen hos patienter i äldreården är tämligen omfattande samt att det finns brister i uppföljningen av denna behandling, ett förhållande som även konstaterades i de ovan nämnda tidigare granskningarna.

I det följande redovisas de områden som behöver förbättras.

- Granskningen har visat att det finns anledning att följa upp hur läkemedelsgenomgångar genomförs och hur ofta. Det är enligt uppgifter ett flertal äldre som får någon slags läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Läkemedelsanvändningen är ändå omfattande samt att läkemedel som kan orsaka betydande biverkningar och interaktioner i vissa fall ordinerar i stor omfattning. Det har framkommit att det finns oklarheter om vad en läkemedelsgenomgång ska innehålla och vi har även fått signaler om att antalet läkemedelsgenomgångar rent generellt minskat jämfört med hur det såg ut för några år sedan.
- Den i vissa fall stora skillnaden i läkemedelsförskrivningen mellan äldreboendena bör enligt vår mening undersökas närmare. Som exempel kan nämnas att förskrivningen av Laxantia (laxermedel) varierar bland boendena mellan 15-97 procent.

- Läkarnas medverkan i äldreården kan, enligt vad granskningen visar, behöva följas upp. Det är enligt uppgifter vanligt att sjuksköterskorna från äldreboendena får åka till hälsocentralen när läkarronder ska genomföras istället för att läkaren kommer till äldreboendena. Anledningen uppges vara behovet att under rondens dokumentera patientuppgifterna i det vårdadministrativa systemet VAS.
- Avvikelsesrapporteringen bör ses över för att tillförsäkra att avvikelser avseende läkemedelsterapier rapporteras. I granskningen har framkommit att det sker mycket få, om ens några, avvikelserapporter som upprättas av läkarna med en koppling till läkemedelsterapierna i äldreboendena. Vidare har framkommit att Centuri (systemet för avvikelshantering) behöver utvecklas för att bättre kunna stödja med underlag för analyser av läkemedelsbehandlingen i kommunernas äldreboenden.
- Socialstyrelsen har i sin rapport "Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi" bland annat fört fram behov av en utveckling av vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för specialistläkare inom allmänmedicin. I den nu aktuella granskningen, liksom i våra tidigare granskningar, har framkommit att utbildning av personalen i geriatrik och läkemedelsfrågor är en nödvändig och effektiv åtgärd för att förbättra läkemedelsbehandlingen vid äldreboenden.
- I granskningen har framkommit en förskrivning av antidepressiva medel till äldre i kommunernas boenden i en genomsnittlig omfattning på 48 procent (varierar bland boenden mellan 10-91procent). Vi noterar även att dessa läkemedel tillhör en grupp där läkemedelskommittén i "Behandlingsmål för läkemedelsbehandling" rekommenderar en ökad användning. Vi ställer oss frågande till en rekommendation som uppmanar till ökad förskrivning av visst läkemedel. Detta anser vi kan medföra ett alltför stort fokus på läkemedelsbehandling på bekostnad av andra, både mer lämpliga och önskvärda, alternativa behandlingsmetoder och/eller omvårdnadsåtgärder.

Vi emotser senast den 3 augusti 2012 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Gustaf Onilsgård
Ledamot

Bilaga

Rapporten Granskning av Läkemedelsförskrivning vid kommunernas särskilda boenden för äldre

Kopia till

Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för Centrum primärvården
Chefen för Beställarenheten vid hälso- och sjukvårdsstaben
Ordförande i Läkemedelskommittén

Revisionsrapport

Läkemedelsförskrivning vid kommunernas särskilda boenden för äldre

En samverkansgranskning mellan revisorerna i landstinget och kommunerna Östersund, Krokom och Strömsund

Jämtlands läns landsting

Jan-Erik Wuolo
*Cert. kommunal
Revisor*

Fredrik Markstedt
Revisionskonsult

Mars 2012



Innehållsförteckning

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Sammanfattande bedömning | 1 |
| 2. | Bakgrund och uppdrag | 2 |
| 2.1. | Revisionsfråga | 3 |
| 2.2. | Metod och avgränsning | 3 |
| 3. | Granskningsresultat | 6 |
| 3.1. | Mål och riktlinjer för läkemedelsbehandling vid äldreboenden | 6 |
| 3.1.1. | Bedömningar – mål och riktlinjer | 8 |
| 3.2. | Läkemedelsanvändningen vid äldreboendena | 9 |
| 3.2.1. | Hög risk för biverkningar hos äldre | 10 |
| 3.2.2. | Polyfarmaci | 12 |
| 3.2.3. | Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat | 13 |
| 3.2.4. | Antal äldre med stående ordination av laxantia | 13 |
| 3.2.5. | Bedömningar - läkemedelsanvändningen | 14 |
| 3.3. | Läkemedelsgenomgångar (LMG) | 16 |
| 3.3.1. | Bedömning – läkemedelsgenomgångar | 17 |
| 3.4. | Tillgång till läkare - avtal och läkarinsatser vid äldreboendena | 18 |
| 3.4.1. | Bedömning – läkartillgång vid äldreboendena | 19 |
| 3.5. | Avvikelse rapportering - läkemedel | 20 |
| 3.5.1. | Bedömning – avvikelserapportering avseende läkemedel | 21 |
| 3.6. | Kompetensutveckling | 22 |
| 3.6.1. | Bedömning – kompetensutveckling | 23 |

Bilagor:

Bilaga 1. Beskrivning av de läkemedelsgrupper som ingår i granskningen

Bilaga 2. Läkemedelsanvändning per kommun för Östersund, Krokom och Strömsund äldreboenden (mättillfälle februari 2012)

Bilaga 3. Definition av läkemedelsgenomgång vid äldreboenden i Jämtland

1. **Sammanfattande bedömning**

Revisionsfrågan för denna granskning är om läkemedelsförskrivningen vid kommunernas äldreboenden är ändamålsenlig. I rapporten ovan har vi redogjort för de olika förhållanden i form av kontrollmålsområden som avser att belysa revisionsfrågan. Vår bedömning är att dessa förhållanden inte är ändamålsenliga till alla delar. Det finns behov av olika åtgärder för att närma sig en optimal läkemedelsförskrivning till de äldre.

De områden där vi anser att ändamålsenligheten främst kan förbättras är:

- Polyfarmaci - andelen äldre som kontinuerligt använder mer än tio läkemedel samtidigt samt andelen äldre som samtidigt intar 2-3 psykofarmaka. Det är 29 procent av de äldre som kontinuerligt använder denna kombination av läkemedel med risk för allvarliga biverkningar och interaktioner.
- Andelen äldre som kontinuerligt använder lugnande medel och sömnmedel. Det är 40 procent av de äldre som kontinuerligt använder dessa medel med risk för allvarliga biverkningar.
- Andelen äldre som kontinuerligt använder laxantia. Det är 53 procent i genomsnitt av de äldre som har dessa läkemedel som stående ordination. Olika omvårdnadsåtgärder bör övervägas som alternativ till denna medicinering
- Tillämpningen av den fastställda riktlinjen för hur en läkemedelsgenomgång ska genomföras.
- Läkarnas rapportering och landstingets möjlighet att redovisa uppgifter om avvikelser med koppling till läkemedelsbehandlingar vid äldreboendena.

Riktlinjer för läkemedelsförskrivning till äldre samt läkartillgången vid äldreboendena bedömer vi som tillfredsställande. Vi har dock uppmärksammat att vid vissa äldreboenden är bristande läkarkontinuitet ett problem som kan ha en negativ påverkan på läkemedelsförskrivningen.

Vår uppfattning är att vidareutbildning av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden vid äldreboendena inom området geriatrik kan vara en effektiv åtgärd i arbetet med att optimera läkemedelsbehandling vid äldreboendena.

2. Bakgrund och uppdrag

Att äldre ordinerar och använder mycket läkemedel är välkänt, t ex att personer över 75 år eller äldre uppgår till ca 9 procent av befolkningen men använder mer än 25 procent av alla mediciner som konsumeras i landet. Socialstyrelsen (SoS) har i olika studier uppmärksammat att det i flera avseende förekommer olämplig läkemedelsanvändning bland de äldre, inte minst inom kommunernas äldreboenden. Denna omfattande läkemedelsanvändning innebär enligt SoS en kraftigt ökad risk för oönskade interaktioner mellan olika läkemedel och biverkningar hos de äldre som kan innebära försämrad funktionsförmåga. SoS har tagit fram riktlinjer för medicinering av äldre som ett stöd till läkare och övrig vårdpersonal - *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Målet är en optimal läkemedelsanvändning bland de äldre som tar sikte på hög patientsäkerhet, de äldres välbefinnande samt kostnadseffektivitet. I detta arbete har läkarna med sin kompetens och som förskrivare samt vårdpersonalen vid kommunernas äldreboenden viktiga roller.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) anser att läkemedelsbehandlingen för äldre behöver förbättras avsevärt och redovisar att alltför många äldre får olämpliga läkemedel och att löpande omprövningar av läkemedelsordinationer kan minska läkemedelsrelaterade problem. Andra har även uppmärksammat de äldres läkemedelsanvändning, inte minst de regionala läkemedelskommittéerna och deras gemensamma samverkansorgan – LOK. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har bedrivit ett arbete benämnt, *Bättre läkemedelsanvändning för äldre med omfattande vårdbehov* och gett ut skriften *Kvalitetsindikatorer som stöd för en säkrare läkemedelsterapi hos äldre*, (*SÅLMA-projektet*). Även pensionärsorganisationerna visar ett stort intresse för frågor kring äldres läkemedelsanvändning.

Varje kommun ska, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som bland annat bor i särskilda boenden. För omsorgen och vården av de äldre vid särskilda boendena finns tillgång till sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Kommunens ansvar och befogenhet omfattar däremot inte den hälso- och sjukvård som meddelas och utförs av läkare. Det kan i sammanhanget nämnas att sjuksköterskor har en begränsad behörighet att ordinera läkemedel. Det är landstingets ansvar att tillgodose behovet av läkare vid äldreboendena och det är läkarna som har den huvudsakliga behörigheten att ordinera läkemedel till de äldre. De läkemedel som de äldre vid särskilda boenden använder kan vara förskrivna, förutom av äldreboendets läkare, av läkare från sjukhusvården. Läkarna är oftast allmänläkare från primärvårdens hälsocentraler på orten.

Vid de särskilda boendena för äldre möts landstinget och kommunerna med sina respektive resurser, kompetenser och ansvar kring hälso- och sjukvården. För att vården av de äldre ska bli så effektiv och patientsäker som möjligt är det viktigt med god samverkan, goda kommunikationer och ett effektivt informationsutbyte mellan landstingets och kommunernas personal. Ett bra teamarbete ger en god grund för utveckling av gemensamma synsätt, mål och rutiner.

Revisorerna i landstinget har uppdragit till PwC Kommunal Sektor att granska och bedöma läkemedelsförskrivningen/-användningen och vissa rutiner med koppling till området läkemedel vid kommunens särskilda boenden för äldre. Landstingsrevisorerna gör denna granskning i samverkan med kommunrevisorerna i Östersund, Strömsund och Krokom.

2.1. Revisionsfråga

Revisionsfrågan för denna granskning är om läkemedelsförskrivningen/-användningen vid kommunernas särskilda boenden för äldre är ändamålsenlig.

För att besvara revisionsfrågan har följande kontrollmål varit styrande för granskningen;

- Gällande riktlinjer för förskrivning av läkemedel till äldre tillämpas.
- Förekomsten av polyfarmaci, samtidig användning av alltför många läkemedel samtidigt per boende, är begränsad.
- Förskrivningen av olämpliga läkemedel och olämpliga läkemedelskombinationer för äldre är så låg som möjligt.
- Läkarna medverkar till att årliga läkemedelsgenomgångar (LMG) genomförs för samtliga patienter vid äldreboendena.
- Det finns avtal och rutiner om läkarmedverkan vid äldreboendena som tillämpas och som bidrar till en patientsäker läkemedelsförskrivning till de äldre.
- Det finns riktlinjer för rapportering, uppföljning och åtgärder avseende läkemedelsavvikelser som tillämpas.

2.2. Metod och avgränsning

Granskningen omfattar de som bor på kommunens särskilda boenden för äldre. Det innebär att t ex gruppen psykiskt funktionshindrade och personer som omfattas av LSS inte ingår. Läkemedelsstatistiken som har samlats in avser en mätning en dag under veckorna 4-6 (2012).

Den avvikelserapportering som redovisas i granskningen kommer från den återkommande rapportering som äldreomsorgen/medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS) i respektive kommun redovisar till socialnämnden. Från landstingets primärvård finns ingen tillgänglig statistik att rapportera från detta område (se 2.5 nedan).

Från landstinget har intervjuats fem allmänläkare från hälsocentraler i Östersund (3), Strömsund (1) och Krokom (1). Dessutom har intervjuats ordföranden i Läkemedelskommittén tillika allmänläkare, chefen för Centrum Primärvård, chefen för Beställarenheten vid hälso- och sjukvårdsstaben samt biträdande landstingsdirektör ledningsstaben hälso- och sjukvård.

Intervjuer i kommunerna har genomförts med tre chefer inom äldreomsorgen, tre MAS:ar och 12 sjuksköterskor vid 7 äldreboenden i de tre kommunerna. Äldreboenden som på uppdrag av kommunerna drivs av privata vårdleverantörer ingår även i granskningens läkemedelsstatistik.

Sammantaget har 27 personer intervjuats.

Ordföranden i Läkemedelskommittén och chefen för Centrum Primärvård har faktakontrollerat rapporten.

Vi vill i sammanhanget nämna att ovan nämnda intervjuade personer har varit oss till god hjälp under granskningen med att förse revisionen med såväl muntlig som skriftlig dokumentation som belyser läkemedelsanvändning bland äldre.

De äldres läkemedelsbehandling registreras för dem som har ApoDos¹ i det IT-baserade informationssystemet E-dos² och därifrån kan en läkemedelslista skrivas ut. För de som inte har ApoDos sker registreringen i landstingets journalsystem VAS och läkemedelslistan kan den vägen tas ut i pappersform och utgöra underlag för iordningställande och administreringen (sätta i dosett och ge läkemedel) av läkemedel vid äldreboendena. Sjuksköterska vid äldreboendena får tillgång till ett utdrag avseende de äldres läkemedel från hälsocentralen via läkaren och VAS. För journalföringen använder kommunen sig av det olika IT-baserade program, t ex Viva. Läkarna registrerar läkemedelsförskrivningarna i VAS. Läkemedelslistan i VAS är för varje patient gemensamt tillgänglig för både primärvårdens och slutenvårdens läkare.

Det kan i sammanhanget nämnas att pga omregleringen av hela apoteksmarknaden har det fattats ett nationellt beslut om att under 2012 ersätta E-dos med systemet Pascal, som all hälso- och sjukvårdspersonal i regioner, landsting och kommuner samt apoteksaktörer ska använda.

Läkemedelsstatistiken i denna granskning omfattar de tre kommuners samtliga 35 äldreboenden och av de 1011 äldre/platser som finns vid dessa enheter ingår 983 personer (97 procent). Intervjuer har genomförts med MAS och ansvariga sjuksköterskor vid 9 av dessa boenden. Då motsvarande granskning genomförts i Norrbotten och Västernorrland finns ett jämförelsematerial med sammantaget 2380 äldre vid 83 äldreboenden i åtta granskade kommuner.

Vissa läkemedel och alltför många läkemedel i kombination kan leda till negativa biverkningar hos äldre patienter, t ex förvirringstillstånd, yrsel mm. Detta kan i sin tur negativt påverka de äldres sociala och kognitiva förmåga men även öka risken för fallskador som kan leda till olika frakturer. Kombinationer av läkemedel riskerar att leda till oönskade interaktioner vilket innebär att flera läkemedel i kombination även kan påverka den äldre negativt.

Den läkemedelsanvändning som redovisas i rapporten är stående läkemedel. Inga tillfälliga sk vid-behov-mediciner ingår. Granskningen bygger bland annat på ett urval av indikatorer och kriterier från Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (juni 2010)*. Följande urval av indikatorer avseende de äldres läkemedelsanvändning har mätts vid äldreboendena:

1. Hög risk för biverkningar hos äldre

- Antal äldre med stående ordination av neuroleptika, ATC-kod³: N05A
- Antal äldre med stående ordination av antidepressiva, ATC-kod: N06A

¹ ApoDos innebär att apoteket tar ut läkemedel ur originalförpackningar från leverantörerna och iordningställer maskinellt läkemedel i dospåsar/dosbrickor till varje tillfälle läkemedlen ska intas. Varje ApoDospåse kan innehålla flera olika typer av läkemedel.

² E-dos är en webbaserad applikation som möjliggör tvåvägs kommunikation mellan sjukvård och dosapotek. I E-dos hanteras ordinationer för ApoDos-vårdtagare.

³ Läkemedel klassificeras enligt rekommendation från WHO med ATC-kod (Anatomical Therapeutic Chemical Classification). N=centrala nervsystemet, 05= terapeutisk huvudgrupp t ex neuroleptika, A= kemisk/terapeutisk undergrupp t ex bensodiazepinderivat

- Antal äldre med stående ordination av lugnande medel och/eller sömnmedel, ATC-kod: N05B och N05C

2. Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat (antiinflammatoriska medel), ATC-kod: M01A

3. Antal äldre med stående ordination av laxantia, ATC-kod: A06A

4. Polyfarmaci:

- Antal äldre med samtidig stående ordination 2 – 3 av följande medel:

- Neuroleptika

- Antidepressiva

- Lugnande och/eller sömnmedel

- Antal äldre med fler än 10 ordinerade läkemedel

- Antal äldre med fler än 20 ordinerade läkemedel

5. Antal äldre som får en årlig läkemedelsgenomgång

För ovanstående läkemedel redovisar SoSs kunskapsöversikt information om bland annat användningsområden, biverkningar, interaktioner, vad som bör beaktas avseende äldres användning av medlen osv. (se bilaga1).

I rapporten används begreppen läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändning. När det gäller särskilda boenden för äldre är begreppen synonyma, eftersom man vet att alla läkemedel som förskrivs även intas av de äldre. Följsamheten till förskrivna ordination är med andra ord hög. För personer som bor i ordinärt boende är följsamheten oftast lägre pga. att mediciner inte hämtas ut från apoteket och av olika skäl inte intas enligt ordination även om de hämtats ut.

Granskningen och de bedömningar som görs här bygger i huvudsak på intervjuer, dokumentation och insamlad statistik avseende läkemedelsanvändningen i kommunens äldreboenden. Granskningen omfattar däremot inte några analyser och bedömningar av läkemedelsanvändningen i förhållande till de äldres symtom och diagnoser, d v s medicinska bedömningar av enskilda läkemedelsterapier.

I diskussioner om metodfrågor t ex val av indikatorer, utformning av underlag för insamling av läkemedelsstatistik samt analys av statistiken har vi haft stöd apotekare/läkemedelsstrateg samt allmänläkare.

3. Granskningsresultat

3.1. Mål och riktlinjer för läkemedelsbehandling vid äldreboenden

Nationellt

Landstinget och kommunen/socialnämnden är var och en för sin del ansvariga vårdgivare för hälso- och sjukvården vid de särskilda boendena enligt de krav som HSL ställer. Kommunen ska därutöver beakta Socialtjänstlagens krav.

Socialstyrelsens föreskrift 2011:9, *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* ska tillämpas på den patientinriktade vården inom kommunens verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Enligt *SOSFS 1997:10, Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård*, ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. MAS har bland annat ett medicinskt ledningsansvar för all legitimerad personal inom kommunens vård och omsorg.

När det gäller äldres läkemedelsanvändning är det främst SoSs rekommendationer *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (juni 2010)* som är tillämpliga. SBU har 2009 lämnat rapporten, *Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras*. Här lyfter SBU bland annat fram att löpande omprövningar av läkemedelsordinationer kan minska läkemedelsrelaterade problem.

Regeringen, och SKL har för 2012 överenskommit om utveckling av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. 1,1 miljarder kronor i stimulansmedel har avsatts för ändamålet. Kommuner och landsting får del av de ekonomiska medlen i förhållande till prestation. Två områden prioriteras: God läkemedelsbehandling av äldre och en sammanhållen vård och omsorg. Fokus kommer att ligga på;

- olämpliga läkemedel, andel av alla över 65 år med minst ett olämpligt medel.
- olämpliga läkemedelskombinationer allvarliga interaktioner hos personer över 65 år.
- läkemedel vid psykos. Andel av alla i särskilt boende.

Enligt uppgift kan länet få medel mellan 4,5 mkr-200 mkr (70 procent till länets kommuner och 30 procent till landstinget).

Regionalt

I *Landstingsplan 2012-2014* behandlas vissa mål och aktiviteter med beröringspunkter till området läkemedel och äldre. Kopplingen mellan fallprevention och äldres läkemedelsanvändning lyfts fram. Vidare sägs att landstinget ska förstärka det preventiva arbetssättet samt förbättra livskvalitet och patientsäkerhet för sjuka äldre i samarbete med kommunen och andra utförare. Läkemedelshanteringen i vårdens övergångar ska bli säkrare och speciellt ska en mer ändamålsenlig läkemedelsbehandling för äldre uppnås.

I Centrum Primärvårds *Verksamhetsplan 2012 för landstingsdriven primärvård* hänvisas, när det gäller hälsomålen, till regelverket för hälsovalet. Därutöver finns ett par landstingsgemensamma uppdrag redovisade med koppling till äldres läkemedelsanvändning och som även omfattar Centrum Primärvård;

- I arbetet med "Bättre liv för sjuka äldre" förstärka preventivt arbetssätt och förbättra behandlingskvalitet och patientsäkerhet i samarbete med kommun och andra utförare.

- Läkemedelshanteringen i vårdens övergångar ska bli säkrare och speciellt ska en mer ändamålsenlig läkemedelsbehandling för äldre uppnås.

Landstinget har via läkemedelskommittén (LMK) tagit fram olika rekommendationer och riktlinjer som berör området medicinering av äldre. I LMK finns en ledamot för kommunerna (MAS Åre kommun). Eftersom äldre är en grupp med hög konsumtion av läkemedel så är det flera rekommendationer som berör de äldres medicinering. Följande styrdokument kan nämnas;

- *Förfrågningsunderlag – hälsoval i Jämtlands län 2011*. Dokumentet innehåller uppdragsspecifikation för vårdleverantörer (interna och externa) inom ramen för Lagen om valfrihetssystem. Här läggs bland annat fast att samarbetet mellan landsting och kommun regleras i de sk ädelavtalen, t ex gäller det läkarmedverkan vid äldreboenden. Av uppdragsbeskrivningen framgår att vårdleverantörerna ska följa LMKs rekommendationer.
- *God läkemedelsbehandling hos äldre i öppenvård i Jämtlands län*, är framtaget av Projektgruppen för säker läkemedelshandling i vårdens övergångar. I dokumentet framgår t ex att äldre med kontinuerlig läkemedelsbehandling ska ha en årlig genomgång av sin medicinering men även fortlöpande uppföljning och bedömning av sin totala medicinska status med provtagning i samråd med patienten och anhöriga. Beträffande definition av årlig läkemedelsgenomgång (LMG) se bilaga 3. Vid LMG ska sjuksköterska vid äldreboendet, enligt rutinen för LMG, göra en symptomskattning enligt t e x verktyget *Phase 20* för att identifiera symptom hos de äldre som kan bero på läkemedel. Vidare sägs att varje äldreboende bör ha en namngiven fast läkare.
- Riktlinjen *Olämpliga läkemedel till äldre* redovisar en sammanställning över läkemedel som bör undvikas.
- *Läkemedelsavstämning checklista* är ett stöd för god läkemedelsbehandling i öppenvård samt i vårdens övergångar.
- Det finns fastställda *Behandlingsmål* för tio läkemedelsgrupper som LMK följer upp och rapporterar. T ex gäller det blodtryckssänkare, antidepressiva, antibiotika, antikolinerga⁴ och beroendeframkallande medel.
- Läkemedelskommittén har identifierat fem områden ("golv och tak") där läkemedelsförskrivningen, av medicinska skäl, både bör öka och minska - *Behandlingsmål för läkemedelsbehandling i primärvården i Jämtlands län 2008*. I vissa fall bör medicineringen öka t ex för hypertonimedel, antidepressiva och minska för t ex beroendeframkallande och antikolinerga medel.
- Informationsblad från LMK i Jämtland, *Jämtmedel*. Här informerar läkemedelskommittén regelbundet i olika frågor som berör området äldres läkemedelsanvändning. Det kan gälla olämpliga medel för äldre, riktlinjer, som t ex LMG, uppföljningar mm.

⁴ **Antikolinerga medel** är preparat som blockerar impulserna i de nerver som stimulerar mag-tarmkanalen och urinblåsan men påverkar också de delar av hjärnan som är viktiga för minnet och andra kognitiva funktioner. Medlen kan orsaka muntorrhet, förstoppning och urinstopp samt leda till kognitiva störningar, från lätta minnesstörningar och i svårare fall förvirring eller till och med demensliknande tillstånd.

I landstinget dokumenteras patienternas läkemedel i den gemensamma läkemedelslistan LM i det IT-baserade vårdadministrativa informationssystemet VAS. Det poängteras att LM alltid ska vara fullständig och uppdaterad som ett säkert och tillförlitligt verktyg i sjukvården.

LMK har en omfattande läkemedelsstatistik sedan flera år tillbaka avseende förskrivningen som följs upp på kommunnivå när det gäller äldres läkemedel. Därutöver när det gäller uppföljningar av läkemedelsanvändningen för äldre tar LMK fram *Årsrapport läkemedel JLL 2010*. Här följs upp och redovisas kommunvis flertalet indikatorer avseende läkemedelsanvändningen bland äldre, dock inte specificerat per äldreboende.

Inom landstinget finns Styrgrupp Läkemedel som tillsammans med Läkemedelskommittén utgör hälso- och sjukvårdsdirektörens strategiska resurs för läkemedelsfrågor, bland annat arbetar man med uppföljningar.

Ovan nämnda riktlinjer gäller för hälsocentralerna även de som drivs av privata vårdleverantörer. Det finns fyra hälsocentraler som drivs via vårdavtal inom ramen för Lagen om valfrihet (LOV). Dessa är Hede, Hoting, Offerdal och Hammerdal. Hälsocentralen i Gäddede drivs av Strömsunds kommun.

3.1.1. Bedömningar – mål och riktlinjer

Via främst LMK finns både riktlinjer och uppföljningar av läkemedelsbehandling av äldre i länet/kommunerna. Övergripande mål finns även i landstingsplanen som berör området läkemedelsbehandling av äldre. Likartade mål finns redovisade i Centrum primärvårds verksamhetsplan för 2012. I förfrågningsunderlaget avseende hälsovalet är det tydliggjort att alla vårdleverantörer ska följa LMKs rekommendationer. Vi bedömer denna styrning och uppföljning som tillfredsställande även om det inte löpande sker någon uppföljning hur läkemedelsförskrivningen ser ut på enskilda äldreboenden i kommunerna, på det sätt som t ex skett i denna granskning.

Vi anser att det borde finnas ett gemensamt intresse mellan och krav på berörda hälsocentraler och kommunens äldreomsorg att regelbundet följa förskrivningen på en övergripande nivå vid varje äldreboende. Detta kan ske utifrån gällande riktlinjer och rekommendationer om medicinering av äldre. Valet av indikatorer på läkemedelsförskrivningen som följs upp kan lämpligen utgå från äldreboendenas förutsättningar, prioriteringar etc. LMKs riktlinjer och kompetens kan utgöra ett gott stöd i detta arbete. Sådana uppföljningar skulle öppna möjligheter för jämförelser mellan äldreboendena vilket vore intressanta i detta sammanhang eftersom skillnader mellan enheterna avseende läkemedelsanvändning ställer följdfrågor som; vad beror dessa skillnader på och finns det anledning att vidta åtgärder och förändringar?

När det gäller styrningen av de äldres läkemedelsanvändning vid äldreboenden har även hälsocentralernas läkare i sin löpande dialog med sjuksköterskorna på äldreboendena en nyckelroll när det bland annat gäller att förmedla kunskap till äldreboendenas personal och skapa ett förhållningssätt till medicineringen av de äldre.

3.2. Läkemedelsanvändningen vid äldreboendena

Med SoSs indikatorer som grund har olika studier visat att det förekommer att de äldre använder alltför många läkemedel samtidigt, att olämpliga läkemedel förskrivs och att de äldre har olämpliga läkemedelskombinationer. Det sistnämnda kan innebära att olika läkemedel som intas samtidigt interagerar på ett olämpligt sätt så att läkemedlets avsedda effekt antingen försvagas eller förstärks.

Förskrivningen av läkemedel till dem som är 75 år och äldre har, enligt uppgift, fördubblats de senaste 20 åren. Läkemedelsproblemen kan öka ju fler läkemedel som kombineras, t ex genom sedering (lugnande/ångestdämpning) kan biverkningar hos de äldre uppkomma som, yrsel, förvirring, ökad fallrisk, störd kognitiv (intellektuell) och emotionell funktion.

Studier har även visat att många äldre som tas om hand vid sjukhusens akutmottagningar befinner sig där enbart på grund av läkemedelsrelaterade problem. 20 till 30 procent av alla akuta inläggningar anses bero på detta förhållande och kunde i vissa fall ha undvikits.

Inom verksamhetsområde medicin vid Östersunds sjukhus visade en undersökning (2007) av patienter över 80 år att 7, 2 miljoner kronor årligen uppskattades kunna hänföras till vårdkostnader pga läkemedelsrelaterade problem. Med utgångspunkt från en studie som SoS gjort beräknades den sammantagna kostnaden för Jämtland till 28 miljoner. Det var i undersökningen i Östersund ungefär lika vanligt med underbehandling som överbehandling med läkemedel av de äldre som orsak till inläggningar vid område medicin.

I bilaga 2 redovisas för var och en av kommunerna Östersund, Strömsund och Krokom den läkemedelsanvändning som vi granskat vid samtliga äldreboenden.

Tabell 1 nedan är ett sammandrag av bilaga 2 som visar på det sammantagna resultatet på kommunnivå och som därefter kommenteras i rapporten.

Tabell 1. Jämförelse av läkemedelsanvändningen, stående ordinationer, vid kommunernas äldreboenden (mättillfälle februari 2012)

| Kommun | Östersund | | Strömsund | | Krokom | | Totalt | |
|---|-----------|----|-----------|-----|--------|----|--------|----|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Antal platser | 656 | | 187 | | 168 | | 1011 | |
| Antal äldre med i studien | 634 | 97 | 184 | 98 | 165 | 98 | 983 | 97 |
| Antal boenden | 25 | | 7 | | 3 | | 35 | |
| Hög risk biverkningar | | | | | | | | |
| Antal med neuroleptika | 82 | 13 | 17 | 9 | 14 | 8 | 113 | 11 |
| Antal med antidepressiva | 302 | 48 | 98 | 53 | 76 | 46 | 476 | 48 |
| Antal med lugnande och sömnmedel | 269 | 42 | 70 | 38 | 50 | 30 | 389 | 40 |
| Polyfarmaci | | | | | | | | |
| Antal med 2-3 av ovan | 183 | 29 | 56 | 30 | 46 | 28 | 285 | 29 |
| Antal mer med än 10 medel | 83 | 13 | 48 | 26 | 6 | 4 | 137 | 14 |
| Antal med mer än 20 medel | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Olämpliga läkemedel | | | | | | | | |
| Antal med NSAID | 15 | 2 | 7 | 4 | 2 | 1 | 24 | 2 |
| Ev. bristande rutiner | | | | | | | | |
| Antal med laxantia | 337 | 53 | 142 | 77 | 45 | 27 | 524 | 53 |
| Uppföljning | | | | | | | | |
| Antal som får årlig läkemedelsgenomgång | 594 | 94 | 184 | 100 | 105 | 64 | 883 | 90 |

3.2.1. Hög risk för biverkningar hos äldre

Neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel samt sömnmedel har samlingsnamnet psykofarmaka. Användningen av dessa läkemedel vid kommunernas äldreboenden har undersökts.

- **Antal äldre med stående ordination av neuroleptika (ATC-kod N05A)**

Användningsområdet är främst för patienter med psykotiska tillstånd. Stor risk finns för biverkningar som förvirring, kognitiva störningar samt störningar på sociala funktioner och känslolivet. Enligt rekommendationer ska andelen äldre som använder medlen vara så låg som möjligt och medlen bör undvikas i möjligaste mån. Stor restriktivitet har förordats av Läkemedelsverket som specifikt pekar på risker för patienter med demenssjukdom. Enligt uppgift ska äldre inte använda läkemedlet regelbundet längre än en månad och uppföljning förutsätts ske regelbundet under tiden.

I genomsnitt 11 procent av alla äldre vid de tre kommunernas äldreboenden använder neuroleptika kontinuerligt. Lägst användning har Krokom med 8 procent och

högst har Östersund med 13. Strömsund låg på 9 procent. I de tidigare nämnda undersökningarna som vi gjort i Norrbotten och Västernorrland låg genomsnittet 20 respektive 15 procent. Vid de granskade äldreboendena i Jämtland varierar det stort avseende andelen som kontinuerligt använder neuroleptika. Variationen mellan äldreboendena sträcker sig från 0 och upp till 45 procent (se bilaga 2).

Även om man från vårt material inte kan dra några alltför säkra slutsatser om biverkningar och interaktioner kan nivån på neuroleptikaanvändningen vid de 8 äldreboenden med 20 procent eller mer ses som en varningssignal för behov av ökad kontroll och uppföljning. Hög neuroleptikaanvändning kan, enligt Läkemedelsverket, fås ner med goda omvårdnadsinsatser.

- **Antal äldre med stående ordination av antidepressiva (ATC-kod N06A)**

Det är vanligt med depressiva besvär bland äldre. Förekomsten har uppskattats till cirka 15 procent av befolkningen över 65 år. Hos äldre multisjuka som lider av flera kroppsliga sjukdomar är enligt uppgift förekomsten av depressioner ännu högre. Äldre deprimerade tillfrisknar långsammare än yngre personer. Det finns uppfattningar om att äldre underbehandlas med antidepressiva medel. Jämtlands LMK har rekommendationen att förskrivningen i vissa fall bör öka. Studier har visat att vid behandling av äldre med antidepressiva medel finns brister dels avseende strategier för diagnostiseringen av patienten samt uppföljning, utvärdering och omprövning av medicineringen.

48 procent av samtliga äldre i granskningen använder antidepressiva medel regelbundet. I Östersund var det 48 procent som stående använde antidepressiva medel och i Strömsund 53 samt i Krokoms 46 procent. I Norrbotten och Västernorrland var det 31 respektive 45 procent som använde antidepressiva medel kontinuerligt. Erfarenheter från andra läkemedelsuppföljningar har visat att äldre inte sällan står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns. Kända biverkningar som illamående, huvudvärk och yrsel gör, enligt experter, att andelen äldre som använder medlen ska vara så optimal som möjligt.

Vid äldreboendena varierar användningen av antidepressiva läkemedel mellan 10 och upp till 91 procent. De tre äldreboendena som har den högsta andelen äldre som kontinuerligt använder antidepressiva medel har nivåerna 91, 73, och 69 procent. Resultatet visar på att användning kan variera markant mellan boenden och för vissa äldreboenden kan det indikera en överförskrivning. För att säkerställa en hög kvalitet i de äldres användning av läkemedlen finns rekommendationer att en kontinuerlig uppföljning och utvärdering bör ske.

- **Antal äldre med stående ordination av lugnande medel och sömnmedel (ATC-kod N05B och N05C)**

Lugnande medel/bensodiazepiner är i många fall beroendeframkallande och kan ge påtagliga biverkningar hos den äldre som dagtrötthet, muskelsvaghet, balansstörningar och fall samt kognitiva störningar. En tidigare presenterad forskningsrapport från Aging Research Center vid Karolinska institutet visar på problemet att många äldre använder lugnande medel felaktigt. Det sker kontinuerligt och inte bara vid behov eller under kortare perioder, vilket rekommenderas. Stående ordinationer av sömnmedel är inte lämpliga, omprövning av användningen bör ske senast inom en månad som en del i den löpande uppföljningen av de äldres medicinering. Andelen äldre som har dessa medel bör vara låg. Läkemedelskommittén har i sina rekommendationer angett dessa läkemedel som i många fall olämpliga för äldre och

att förskrivningen bör minska. Omvårdnadsåtgärder kring de äldres kostintag kan övervägas som alternativ till t ex sömnmedel.

Vid äldreboendena i Östersund är det 42 procent som kontinuerligt använder dessa medel. Motsvarande andel i Strömsund och Krokoms är 38 respektive 30 procent. Det är i genomsnitt 40 procent av de äldre i de granskade kommunerna som kontinuerligt använder dessa medel. I Norrbotten var genomsnittet 34 procent och i Västernorrland 29.

Andelen äldre vid de tre kommunernas äldreboenden som använder lugnande/sömnmedel regelbundet varierar mellan 10 – 75 procent. 75 procent får anses som en markant hög andel. Skillnader mellan äldreboendena framgår av bilaga 2.

Vid de äldreboenden som vi i besökt andra län och som aktivt arbetat med att minska sömnmedel framhålls kopplingen mellan de äldres kostintag och bättre sömn, t ex att se över tiderna för kostintag, att ge näringsdryck eller något annat kostalternativ.

3.2.2. Polyfarmaci

Samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp, men även mellan läkemedelsgrupper, innebär en ökad risk för negativa interaktioner och biverkningar som t ex kan leda till läkemedelsorsakad sjukhusvård. Läkemedelsbehandlingsens effekter kan även bli svåra att kontrollera och förutsäga. Socialstyrelsens ståndpunkt är att ett intag av mer än 10 läkemedel samtidigt innebär polyfarmaci. I rapporten *Öppna jämförelser 2010 Vård och omsorg om äldre*, framhålls att samtidig användning av mer än tio läkemedel bör ses som en signal om att det finns risker med läkemedelsbehandlingen. En vanlig orsak till polyfarmaci bland äldre kan t ex vara att läkemedelsterapi inte regelbundet ses över eller bristande läkarkontinuitet.

I denna granskning har vi undersökt förekomsten av polyfarmaci avseende antal äldre med samtidig stående ordination av 2 – 3 av neuroleptika, antidepressiva medel eller lugnande medel/sömnmedel. Vi har även undersökt andelen äldre som samtidigt har mer än tio och mer än 20 läkemedel.

- **Antal äldre som samtidigt använder 2-3 psykofarmaka**

Andelen äldre som samtidigt använder neuroleptika, lugnande medel, antidepressiva och/eller sömnmedel bör enligt expertis hållas så låg som möjligt eftersom det är en grupp läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Vid de tre kommunernas äldreboenden är det i genomsnitt 29 procent, nästan var tredje, av de äldre som samtidigt medicinerar med två till tre av dessa läkemedel. Genomsnittet för respektive kommuns äldreboenden är: Östersund 29, Strömsund 30 och Krokoms 28 procent. I granskningen som gjordes i Norrbotten låg genomsnittet på 23 procent och i Västernorrland 21 procent.

Högsta andelen har ett äldreboende i Östersund med 55 procent av de äldre som samtidigt har två till tre av medlen. Lägsta andelen är, även det ett äldreboende i Östersund, där ingen av de gamla hade denna kombination. Det finns en reell risk för biverkningar eller interaktioner för de sammanlagt 285 äldre som samtidigt och kontinuerligt använder två till tre av dessa läkemedel.

- **Antal äldre med fler än 10 ordinerade läkemedel**

Det finns för denna indikator ett antal jämförelsemått som kan användas förhållanden till mätningar i Östersund, Strömsund och Krokoms.

- Riksgenomsnittet hösten 2009 för äldre (80 år – inkl. äldre i ordinärt boende) var att 11,8 procent för kvinnor och 9,1 procent för män som använde mer än 10 läkemedel samtidigt.
- Länsgenomsnittet hösten 2009 för äldre (80 år – inkl. äldre i ordinärt boende) var 10,2 procent för kvinnor och 7,6 procent för män som använde mer än 10 läkemedel samtidigt.
- Östersund 13 procent, Strömsund 26 procent, Krokoms 4 procent (äldre i särskilt boende).
- Motsvarande genomsnitt för kommunerna i Norrbotten och Västernorrland var 13 och 28 procent (äldre i särskilt boende).

Genomsnittet för de tre här granskade kommunerna var att 14 procent använde mer än 10 läkemedel samtidigt. Det är stora skillnader mellan de tre kommunerna, där Strömsund sticker ut och där mer än var fjärde äldre har mer än 10 läkemedel samtidigt. Sett över de tre kommunernas samtliga äldreboenden varierar andelen mellan 0-60 procent. Vid flera äldreboenden är det ingen som har mer än 10 läkemedel.

Ingen av de äldre vid Krokoms särskilda boenden har mer än 20 läkemedel. Det är i 3 fall, ett i Strömsund och två i Östersund där personerna intar mer än 20 läkemedel samtidigt. Erfarenhetsmässigt är förklaringarna till sådana förhållanden att det avser multisjuka äldre. Vi har dock inte här undersökt de enskilda fallen närmare.

3.2.3. Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat (ATC-kod M01)

NSAID (Non-Steroid AntiInflammatory Drugs) är antiinflammatoriska smärtstillande medel. Läkemedlen bör enligt rekommendationer inte ges vid tillstånd där inflammation saknas eller är obetydlig och där andra medel är lämpligare. Av terapiåtgärder framgår bland annat att vid längre tids intag finns risk för bl a hjärtsvikt, njursvikt och allvarliga blödningar. Dosen bör hållas låg och behandlingstiden om möjligt kort. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Genomsnittet för de tre kommunerna är att 2 procent använder NSAID kontinuerligt. Mellan kommunerna finns det en mindre variation med Östersund på 2 procent, Strömsund 4 procent och Krokoms på 1 procent. Genomsnittet för de fem norrbottenskommunerna var 3 procent och för de tre kommunerna i Västernorrland 5.

3.2.4. Antal äldre med stående ordination av laxantia (ATC-kod A06A)

Medicinering med laxantia dagligen under mer än tre veckor ses som en indikator för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre. Denna indikerar olämplig regim, dvs. att läkemedel ordinerar på ett sådant sätt att det medför risk för biverkningar eller att behandlingen är verkningslös.

Genomsnittet för de tre undersökta kommunerna, avseende andelen som stående använder laxantia, är 53 procent. Resultatet för Östersund är 53 procent, Strömsund 77 procent och Krokoms 27 procent. Mellan samtliga äldreboenden i granskningen finns en variation från 15 upp till 97 procent. Vid fem äldreboenden är det 75

procent eller mer av de äldre som kontinuerligt använder laxantia. Vid 20 äldreboenden är det 50 procent eller mer som har denna läkemedelsbehandling.

Användningen av laxantia kan ge en indikation på kvaliteten i omvårdnaden av de äldre. En god omvårdnad i sammanhanget kan bestå av att de äldre inte använder läkemedel som orsakar förstoppning, kosten läggs om (t ex mer fibrer och dryck) och samtidigt erbjuds mer fysisk aktivitet. Enligt uppgift är det inte säkerställt att laxantia förebygger förstoppning hos äldre patienter.

Om brister i t ex arbetsorganisationen och arbetsplatsrutiner tillåts styra användningen av laxantia kan det vara ett tecken på mindre god omvårdnad. Dessa förhållanden har dock inte undersökts inom ramen för denna granskning. Vid våra tidiga kontakter med äldreboendens sjuksköterskor i andra län framkommer att vissa äldreboenden har ambition att ersätta laxantia med olika kostalternativ t ex oljor, olika typer av gröt, vätska mm. Vårt intryck är att de äldreboenden som aktivt arbetar med att få ner andelen laxantia även når framgång med detta.

3.2.5. *Bedömningar - läkemedelsanvändningen*

14 procent av de äldre i de tre kommunernas särskilda boenden använder mer än tio läkemedel regelbundet. Enligt SoS bedömningsgrund är det för dessa 137 äldre fråga om en betydande polyfarmaci. Det är en något högre nivå jämfört med motsvarande andelen för genomsnittet i riket (11,8 kvinnor/9,1 män) och i länet (10,2 kvinnor/7,6 män) avseende alla personer som är 80 år och äldre.

För de äldre som har mer än tio läkemedel samtidigt och kontinuerligt är det en läkemedelsbehandling som är riskfylld med tanke på biverkningar och interaktioner som kan påverka dem på ett negativt sätt. Förekomsten av många läkemedel för enskilda äldre förutsätter därför att kontroll och uppföljning av förskrivna medel fungerar på ett betryggande sätt. Särskilt finns det anledning att man vid de 9 äldreboenden i de tre granskade kommunerna där 20-60 procent av de äldre har mer än tio medel, uppmärksammar detta.

Det är 11 procent av de äldre vid äldreboendena i de tre kommunerna som använder kontinuerligt neuroleptika. Krokoms ligger lägst med 8 procent och Östersund och Strömsund har 13 respektive 9 procent. Enligt LMK har det skett mer än en halvering förskrivningen av neuroleptika i länet (2007- 2011 avs. personer över 65 år) vilket är positivt och som även kan antas omfatta äldre i särskilda boenden.

Det finns en variation avseende neuroleptikaförskrivningen mellan kommunernas äldreboenden på 0- 45 procent. Det är intressant att notera variationen, att det finns äldreboenden där neuroleptika inte förekommer samtidigt som andra enheter kan ha en stående användning på upptill 45 procent bland de äldre. Mot bakgrund av att inriktningen bör vara att så få som möjligt behandlas med denna typ av läkemedel pga. de betydande riskerna för allvarliga biverkningar är det motiverat med ökad löpande kontroll och uppföljning av de äldre särskilt vid de äldreboenden som ligger klart högre än de övriga med andelar från 25 procent och högre.

För lugnande medel/sömnmedel är andelen äldre som kontinuerligt använder dessa medel 40 procent för de granskade äldreboendena i de tre kommunerna. Detta får anses som en hög andel. Det finns i flera fall anledning för landstinget/läkarna ställa frågan om användningen av sömnmedel/lugnande medel ligger på en rimlig nivå. Sett över alla granskade äldreboenden ser vi även en stor variation i användningen av lugnande/sömnmedel från noll upp till hela 75 procent. Beror dessa skillnader på behandlingspraxis eller finns det faktiska behov hos de äldre som förklarar förhållandena?

Stående ordination av sömnmedel anses inte lämpligt för äldre. Socialstyrelsen har en klar syn på detta; löpande uppföljning bör ske månadsvis och tydliga rutiner för uppföljning av läkemedelsterapi med sömnmedel bör finnas. Vi har inte tagit del av journalanteckningar vid äldreboendena för att se om SoS riktlinjer följs i dessa avseenden. Vi ser det som motiverat att ansvariga tar initiativ till att närmare undersöka om t ex sömnmedelsbehandlingen omprövas löpande enligt rekommendationerna.

Andelen äldre som stående använder antidepressiva medel är i genomsnitt 48 procent för de tre kommunerna. Variationen mellan de olika äldreboendena ligger mellan 10-91 procent. Det går inte med säkerhet att avgöra om genomsnittet på 48 procent är en för hög eller låg andel. Det bör dock säkerställas att det för de flertalet äldre som stående använder antidepressiva medel sker en löpande utvärdering av medicineringen. Det bör i sammanhanget nämnas att antidepressiva medel tillhör en grupp läkemedel där LMK anser att användningen bör öka. Om det är en rimlig rekommendation för de här undersökta äldreboendena bör belysas ytterligare.

I genomsnitt för de tre kommunerna använder 29 procent, nästan var tredje av de äldre vid äldreboendena, samtidigt och kontinuerligt 2-3 medel av psykofarmaka (neuroleptika, sömnmedel/lugnande medel eller antidepressiva medel). Här finns även en tydlig variation mellan äldreboendena på 0-55 procent av de äldre som har dessa läkemedelskombinationer. Denna form av polyfarmaci bör vara så låg som möjligt pga. risk för biverkningar och interaktioner. Därför finns det skäl till en kontinuerlig kontroll och uppföljning av denna grupp av äldre (21 procent/285 personer).

Det är positivt att endast 2 procent av de äldre använder antiinflammatoriska läkemedel (NSAID-preparat) kontinuerligt, vilket är helt i linje med SoS rekommendation. Vid de flesta äldreboenden är det inga patienter som kontinuerligt använder NSAID.

Drygt hälften (53 procent) av alla vid äldreboendena i de tre kommunerna använder kontinuerligt laxantia. Vid 21 äldreboenden ligger andelen över 50 procent. Variationen mellan samtliga äldreboenden ligger på 15-97 procent. Som nämnts tidigare kan användningen av laxantia ge en indikation på kvaliteten i omvårdnaden av de äldre. Om det finns en målsättning och engagemang hos vårdpersonalen att utveckla arbetet med kost och omvårdnad för de äldre, som ett alternativ till laxantia kan denna medicinering reduceras. Det kan även ingå som mål i olika styrdokument i landstinget och i kommunerna med sikte på att förändra laxantiaanvändningen till förmån för andra behandlingsinsatser med mer omvårdnadsfokus. Läkarna vid äldreboenden bör bidra till att stödja en sådan utveckling.

Vi anser att det borde vara intressant att, ur såväl ett medicinskt och omvårdnads-perspektiv, undersöka vad de i många fall stora skillnaderna avseende läkemedelsförskrivningen mellan äldreboenden beror på. Sannolikt finns det flera förklaringar till detta. T ex i vissa fall har patientsammansättningen (t ex många dementa) betydelse eller att det finns olika kultur på äldreboendena och skillnader i personalens synsätt, t ex om fokus ligger på sjukvårdsinsatser eller mer på omvårdnadstänkande. Skillnader i behandlingspraxis mellan läkarna kan även ha betydelse för förskrivningen av läkemedel vid de särskilda boendena.

3.3. Läkemedelsgenomgångar (LMG)

Det är av stor vikt att det i vården och omsorgen om de äldre som har en stående medicinering ingår en årlig bedömning av läkare med översyn av läkemedelsbehandlingen, kontroll av tillståndet, ställningstagande till provtagning och fortsatta kontroller och eventuellt korrigerande av medicineringen. Äldre som bor på särskilda boenden har lika stort behov av sådan årlig bedömning/LMG som t ex äldre i ordinarie boende. Det är med hänsyn till patientsäkerheten och de äldres välbefinnande i övrigt, viktigt att det regelbundet görs genomgångar av de enskilda läkemedelsbehandlingarna. Vid äldreboendena förs dessutom löpande en dialog, ofta på sjuksköterskans initiativ, med läkaren om patienternas läkemedel. För de äldre som har ApoDos görs en översyn av läkemedlen i samband med att ApoDos ska förnyas. Minskade kostnader för läkemedelsbehandlingen kan även uppnås genom LMG.

Vid LMG är tanken att går man systematiskt igenom vårdtagarnas läkemedel för att uppnå en bättre kvalitet i läkemedelsbehandlingen. Vid läkarens återkommande besök på äldreboendet kan tid sättas av för att grundligare gå igenom läkemedlen för t ex några av de äldre åt gången. En läkarrond kan inte anses tillräcklig för att benämnas LMG. I gällande Ädelavtal mellan landstinget och kommunerna som innehåller regler för läkarmedverkan vid äldreboendena är det fastställt att LMG ska göras årligen för de boende.

Jämtlands läns landsting och länets kommuner har gemensamt antagit en definition avseende vad som ska anses vara en LMG vid äldreboenden. Denna definition är framtagen via ett utvecklingsprojekt där flera olika preciseringar har fastställts. De som vi har intervjuat vid äldreboenden och hälsocentraler i många fall till vad en LMG ska innehålla. Gällande definition framgår av bilaga 3 och är en styrande riktlinje som ska tillämpas av verksamheterna.

På revisionens fråga om hur många av de äldre som får en årlig LMG vid äldreboendena i de tre kommunerna är det 90 procent av de äldre som uppges få en sådan. Vid äldreboendena i Östersund är det 94 procent, Strömsunds 100 procent och Krokom 64 procent som årligen uppges få en LMG, och alltid de med ApoDos.

I granskningarna i Norrbotten och Västernorrland var det 87 respektive 45 procent som fick en årlig läkemedelsgenomgång. Enligt rapporten *Öppna jämförelser 2011 Vård och omsorg om äldre* var det i landstingen sammantaget 66 procent av de som bor på äldreboenden som hade en aktuell läkemedelsgenomgång. Definitionen av vad som är att betrakta som en LMG varierar mellan landstingen.

I granskningen i Jämtland anser vi det inte säkerställt att uppgifterna är helt korrekta när det gäller om man vid alla LMG tillämpar den fastställda definitionen på vad en LMG ska innehålla, en uppfattning som även finns inom LMK. Vid våra intervjuer i de tre kommunerna har vi noterat att i flera fall sätter personalen likhetstecken mellan en diskussion om den äldres läkemedelslista vid en läkarrond och LMG. Läkemedelsbehandling tas alltid upp vid läkarronderna då läkemedelslista görs igenom.

Den bild vi får från våra intervjuer med läkare är att man var mer aktiv för några år sedan avseende LMG men att det nu upplevs svårt att hinna med dessa. Det är sällan som apotekare/farmaceut deltar vid LMG. Uppfattningar är att en god läkarkontinuitet och ett bra och nära samarbete mellan läkaren och äldreboendets sjuksköterskor minskar behovet av apotekare. Vårt allmänna intryck är att läkarna vid hälsocentralerna inte ser särskilt stort värde med apotekarmedverkan vid LMG.

I Östersund är det vanligt att läkarronden genomförs på hälsocentralen hos läkaren. Det innebär att sjuksköterskorna tar sig till hälsocentralen för sk sittronder. Detta pga. att läkaren då har tillgång till respektive patients VAS-journal, vilket denne inte har på äldreboendet. I Strömsund och Krokom är det vanligare att rondens sker vid äldreboendet. Läkarna gör även hembesök hos de äldre på boendena.

Det ska i sammanhanget nämnas att inom Jämtlands läns landstings primärvård används inget IT-baserat förskrivarstöd när det gäller läkemedelsbehandling av äldre.

Vårt intryck från intervjuerna är vidare att det vanligaste tillvägagångssättet är att läkaren och sjuksköterskorna vid äldreboendena genomför LMG. Det förekommer även att den äldres kontaktperson vid äldreboendet (undersköterska/vårdbiträde) deltar eller så har sjuksköterskan fört en dialog med dessa inför LMG. Det kan förekomma att även anhöriga deltar.

Äldreboendenas tillgång till läkare är av stor betydelse inte minst när det gäller läkemedelsförskrivningen. Läkarna är förskrivare av läkemedel och ska med sin kompetens ansvara för en så optimal läkemedelsbehandling som möjligt, t ex vid val av läkemedel, dosering, bedömning av risker för biverkningar och interaktioner samt uppföljning och omprövning av läkemedelsterapin. Det är inte ovanligt att flera läkare är involverade som läkemedelsförskrivare till de äldre. Det kan vara läkaren vid på äldreboendet, hälsocentralen och på sjukhuset. Tillgången till läkare och läkarkontinuiteten vid äldreboendena är viktig för en effektiv och säker läkemedelsbehandling av de äldre. Detta område behandlas mer nedan i avsnitt 3.4.

3.3.1. Bedömning – läkemedelsgenomgångar

Det är tillfredsställande att landstinget och kommunerna på ledningsnivå gemensamt har fastställt vad en läkemedelsgenomgång (LMG) ska innehålla. Enligt vår enkät genomförs LMG för 90 procent av de äldre vid särskilda boenden. Vår bedömning är att denna uppgift är osäker eftersom det inte är säkerställt att man vid alla LMG som genomförs vid äldreboendena praktiskt tillämpar den fastställda definitionen på vad en LMG ska innehålla. Vår bedömning grundar sig på våra intervjuer med läkare och vårdpersonalen där vi hört att i flera fall sätts likhetstecken mellan en vanlig läkarrond med dialog om de äldres läkemedel och en mer djupgående LMG. Intervjuerna med läkarna ger oss även ett intryck att aktiviteterna att genomföra LMG har minskat medan man var mer aktiv med detta för några år sedan.

Målet med LMG ska vara att man för alla äldre lever upp till definitionens krav även om det för de äldre som inte får en LMG görs någon form av regelbunden läkemedelsöversyn. Vi anser att för att äldreboendena ska klara av att leva upp till kraven för en LMG krävs att berörda läkare är positiva till och medverkar till att uppnå denna ambition. Här vilar ett ansvar på primärvårdens alla leverantörer och beställarfunktionen att ställa krav på läkarna att tillämpa rutinen.

Det är trots allt ett flertal äldre som får minst en LMG eller mindre omfattande läkemedelsöversyn varje år eller oftare. Ändå måste frågan ställas varför läkemedelsanvändningen i vissa avseenden är så omfattande och att läkemedel som kan orsaka betydande biverkningar och interaktioner i vissa fall ordinerar i stor omfattning. En möjlig förklaring kan vara att det i många fall är samma läkare som ordinerat läkemedlen som är den som vid uppföljningar utvärderar och bedömer den sammantagna läkemedelsterapin. Det kan också vara så att läkare inte vill ändra en ordination som gjorts av en annan läkare om det inte av dokumentationen (t ex journal)

framgår tydligt varför ett läkemedel har satts in. Det bör dock i sammanhanget beaktas att läkemedlen även kan vara förskrivna av andra läkare, t ex vid sjukhusen.

Det är inget krav enligt rutinen för LMG att apotekare ska medverka. Vårt intryck från intervjuerna med läkarna är att de inte ser några avgörande fördelar med att apotekare/farmaceut medverkar vid LMG. Vår uppfattning är dock att farmaceuter med sin specialkompetens kan se på läkemedelsförskrivningen med andra ögon än läkaren.

Vårt intryck är att det är vanligt att sjuksköterskorna från äldreboendena får åka till hälsocentralerna för att genomföra läkarronder. Orsaken till att flera personer ska förflytta sig istället för en (läkaren), är att läkaren på hälsocentralen direkt under rondan kan dokumentera patientuppgifter i VAS, vilket inte går att göra vid äldreboendena. Läkarna gör även hembesök hos patienterna vid äldreboendena. Vi frågar oss om det inte är effektivare att läkaren kommer till äldreboendena och om behov då uppstår att träffa någon av de äldre/patienterna, kan det lätt göras på plats.

3.4. Tillgång till läkare - avtal och läkarinsatser vid äldreboendena

Det är ur rättvisesynpunkt viktigt att de äldre har samma tillgång till läkare som andra åldersgrupper i samhället. Det gäller särskilt för äldre multisjuka att det finns tillgång till och god kontinuitet med en allmänläkare eller geriatrisk som känner till den gamle väl och som har goda kunskaper om och ett fastlagt helhetsansvar för dennes medicinering. Inte minst i norrlandslänen är läkar-patientkontinuiteten ett stort problem vilket bland annat beror på läkarbrist och att landstingen därför måste anlita läkarstafetter vilket ofta medför bristande kontinuitet.

Läkarna är förskrivare av läkemedel och ska med sin kompetens ansvara för en så optimal läkemedelsbehandling som möjligt, t ex vid val av läkemedel, dosering, bedömning av risker för biverkningar och interaktioner samt uppföljning och omprövning av läkemedelsterapin.

Ett skriftligt avtal mellan landstinget och kommunen utgör en god grund för att reglera omfattningen och innehållet i läkarmedverkan vid äldreboendena. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet, att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från landstinget. Denna eventuella situation är preciserad i ovan nämnda Ädelavtal om läkarmedverkan vid kommunernas särskilda boenden.

Från våra intervjuer med MAS och sjuksköterskorna får vi intrycket av att de i stor utsträckning är nöjda med läkartillgången, det finns en läkare att träffa/ta kontakt med. Däremot är man inte lika nöjd med läkarkontinuiteten vid alla äldreboenden, det är alltför många olika läkare som är involverade vid vissa äldreboenden. Avseende läkarstödet har det framförts till oss att sjuksköterskor gärna ser att läkarna i större omfattning ifrågasätter och diskuterar sjuksköterskans förslag till t ex läkemedelsbehandling. Man ser en risk att sjuksköterskor som förbereder ronder och LMG ges för stort inflytande på bedömningar och rekommendationer avseende patientens behandling och läkarens åtgärder. Någon sjuksköterska menar att "man behöver bli mer ifrågasatta av läkaren så att det blir en dialog om för- och nackdelar med olika åtgärder".

Läkarna redovisar goda erfarenheter av team-/samarbete och stöd från äldreboendenas personal, främst sjuksköterskorna. Den kontinuitet som sjuksköterskorna vid äldreboendena representerar anses av läkarna som mycket viktig för såväl de äldre som för deras egen del, inte minst när det gäller information om patienternas tillstånd.

I Ädelavtalet anges en omfattning på läkarinsatserna för äldreboendena vilken ligger på som miniminivå 3,5 minuter per patient och vecka. Läkarens restid till äldreboendet ingår inte i denna tid. Förutom att läkarna regelbundet besöker äldreboendena kan sjuksköterskorna alltid få telefonkontakt med läkare för konsultation.

I läkartiden ingår nedanstående insatser;

- Planerade hembesök hos patienter
- Regelbundna möten/telefonmöten med ansvarig sjuksköterska för genomgång av läkemedelslistor, lab-svar mm
- Telefonkonsultationer dygnet runt
- Delta i aktuella vårdplaneringar där läkares kompetens bedöms nödvändig
- Råd och stöd till kommunens hälso- och sjukvårdspersonal avseende enskilda patienter
- Planerade läkemedelsgenomgångar i samverkan med kommunen

De intervjuade läkarna anser att 3,5 min per patient och vecka får ses som en inriktning. I praktiken blir det mer eller ibland mindre tid. Ingen av de läkare vi talat med har haft synpunkter på att tiden inte räcker till, däremot uttalar flera sjuksköterskor att det är alltför knappt med läkartid.

3.4.1. Bedömning – läkartillgång vid äldreboendena

Om patient- läkarkontinuitet är god vid äldreboendena är det en bra förutsättning för en säker läkemedelsbehandling för de äldre där uppföljningar och kontroller av läkemedelsförskrivningen sker på ett tillförlitligt sätt. Det är tillfredsställande att det finns en gemensam överenskommelse via ädelavtalen som säkerställer och utgör princip för läkarmedverkan vid äldreboenden.

Vid de äldreboenden som vi besökt och där vi intervjuat MAS och sjuksköterskor är vårt intryck att det finns en tillräckligt god tillgång till läkare vid äldreboendena. Dessa får, enligt våra intervjuer, den läkartid som är överenskommen. Det är även vårt intryck från intervjuerna med sjuksköterskorna att läkarkontinuiteten i flera fall inte anses tillräcklig. Uppfattningen är att det är för många läkare som stödjer äldreboendet.

Vi vill även uppmärksamma på de synpunkter som sjuksköterskorna framför om att de ser det som en risk att deras förslag till läkemedelsbehandling vid t ex ronder ofta inte blir föremål för en kritisk, analytisk och professionell dialog med läkarna utan alltför lätt accepteras av dessa. Därmed läggs ett alltför stort ansvar på sjuksköterskorna, enligt deras uppfattning.

3.5. Avvikelseerrapportering - läkemedel

Avvikelseerrapportering ska göras inom hälso- och sjukvården om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning har skadats eller utsatts för risk att skadas. Rapporteringen ska användas som grund för värdering av orsaker till att fel begås och främst till att förbättra verksamheten så att misstagen inte upprepas. Chefer och medarbetare ska föra en dialog om hur incidenter i framtiden ska kunna undvikas. Vissa avvikelser rapporteras till Socialstyrelsen, t ex Lex Maria-ärenden. Avvikelsehanteringen ska ses som verksamhetens egen kvalitetssäkring.

Det är känt att ju fler läkemedel de äldre tar och ju fler gånger det sker per dag, desto större blir risken att misstag begås t ex att läkemedlet doseras fel eller ges på fel sätt. Andra faktiska exempel på avvikelser är att personalen glömt ge den äldre dennes läkemedel helt/delvis/vid utsatt tid eller att en person har fått fel läkemedel, t ex någon annans. I Ädelavtalet om läkarmedverkan vid äldreboendena regleras hur avvikelsererrapporter ska kommuniceras mellan landstinget och kommunen.

Rutinen i kommunerna är att MAS:arna följer löpande upp de rapporterade avvikelserna från äldreboendena och sammanställer och redovisar statistiken till socialnämnden. En avvikelsererrapport innehåller uppgifter om enhet, boende, namn, datum, tid och händelsebeskrivning. Avvikelseerrapporterna som görs av den/de som varit med om händelsen och tas om hand av omvårdnadsansvarig sjuksköterska eller arbetsledare som noterar åtgärd. Sedan kan avvikelsererrapporten tas upp på vårdlags-/arbetsplatsträffar för att med dessa som underlag förbättra rutinerna vad gäller läkemedelshanteringen.

I nedanstående tabell redovisas antalet rapporterade avvikelser från de tre kommunerna de tre senaste åren.

Tabell 2: Antal läkemedelsavvikelser – rapporterade från kommunens särskilda boenden

| Kommun | 2009 | 2010 | 2011 | Antal avvikelser per boendeplats 2011 | Antal boendeplatser |
|-----------|--------------|------|------|---------------------------------------|---------------------|
| Krokom | Uppg. saknas | 195 | 228 | 1,4 | 168 |
| Östersund | 357 | 341 | 375 | 0,5 | 656 |
| Strömsund | 94 | 113 | 165 | 0,9 | 187 |

2009 hade man i Krokom registreringsproblem, enligt MAS, avseende avvikelser och därför finns ingen statistik att redovisa från detta år.

Som en jämförelse kan nämnas från vid en motsvarande mätning i Västernorrland, att Ånge hade 0,3 avvikelser per boendeplats, Kramfors 0,9 och Örnsköldsvik 0,3.

Nyckeltalet, antalet avvikelser per boendeplats, ger en fingervisning om hur kommunen ligger till i förhållande till de övriga kommunerna i granskningen. Tabellen visar att för Krokoms del ligger antalet rapporterade läkemedelsavvikelser på en

jämförelsevis hög nivå. Krokorn sticker här ut medan det inte är så stor skillnad mellan Östersund och Strömsund.

Enligt intervjuerna med sjuksköterskor och MAS:ar finns uppfattningar att avvikelserapporteringen varierar mellan äldreboendena och sker i både tillräcklig och i för liten omfattning. Avvikelserna kan handla om olika förhållanden. Enligt MAS:arnas rapportering är det främst utebliven dos som ligger bakom avvikelserapporterna. Sedan följer orsakerna; att läkemedlen getts vid fel tidpunkt eller att det getts dubbel dos. Personal kan t ex ha blivit störd av någon händelse och därefter glömt att ge medicinen. Det kan även inträffa att den äldre vägrat att inta ett läkemedel. Det uppges att det inte alltid finns en orsak angiven till varför personal glömt att ge en medicin. I de flesta fall beror avvikelser, enligt vår erfarenhet, på att fastställda rutiner inte följs.

Från våra intervjuer med ansvarig för primärvårdens avvikelsestatistik och läkarna vid hälsocentralerna får vi en tydlig bild av att det sker mycket få, om ens några, avvikelserapporter som upprättas av läkarna med en koppling till läkemedelsterapierna vid äldreboendena. Det är ingen läkare, som vi intervjuat, som kan erinra sig att han/hon rapporterat en sådan avvikelse.

Landstinget har styrdokumentet *Rutiner för handläggning av avvikelser och anmälningsärenden för hälso- och sjukvården samt tandvården inom Jämtlands läns landsting*. Från Centrum Primärvård har vi efterfrågat statistik som eventuellt kan visa på antalet rapporterade avvikelser från läkarna med koppling till läkemedelsbehandling vid kommunernas äldreboenden (exklusive de som avvikelserapporter som kommunen ansvarar för och som dess personal ska rapportera). Landstingets avvikelser har fram till sista kvartalet 2010 hanterats i systemet *Vajsing* och därefter i systemet *Centuri*. Enligt uppgift kan man inte från systemen söka ut och redovisa landstingets/läkarnas avvikelser avseende läkemedelsbehandling vid äldreboenden. Därför finns inga uppgifter för oss att redovisa här.

3.5.1. Bedömning – avvikelserapportering avseende läkemedel

I landstinget styrs avvikelserapporteringen av en dokumenterad rutinbeskrivning. Avvikelser inom primärvården ska rapporteras, bedömas och åtgärdas. Det går inte, enligt uppgifter till oss, att ur informationssystemen (*Vajsing* eller *Centuri*) särredovisa vilka avvikelser som eventuellt avser händelser avseende läkemedelsbehandling vid äldreboenden som det är primärvårdens ansvar att rapportera. Mot bakgrund av detta och våra intervjuer med läkarna vid hälsocentralerna och äldreboendenas sjuksköterskor bedömer vi att tillämpningen och befintlig statistik inte är tillförlitlig när det gäller primärvårdens avvikelserapportering vid kommunernas äldreboenden.

Det är inte möjligt att bedöma primärvårdens avvikelserapportering avseende läkemedelsanvändningen vid äldreboendena. Landstinget bör därför överväga om avvikelsestatistiken behöver struktureras så att primärvården kan redovisa och analysera sina avvikelser som har en koppling till läkemedelsbehandlingen vid kommunernas äldreboenden.

3.6. Kompetensutveckling

Även om området kompetensutveckling inte ingår i vårt uppdrag att redovisa vill vi lyfta fram ett antal förhållanden som kan beaktas i sammanhanget.

Äldreboendepersonalens kunskaper tillsammans med läkarna om äldre och läkemedel är en kvalitetsfaktor med stor betydelse i sammanhanget. Patientsäkerheten ökar desto mer kunskap om äldres läkemedelsbehandling personalen har, det gäller inte minst undersköterskor och vårdbiträden. SBU:s har gjort utvärderingar som visar att det finns en koppling mellan utbildningsinsatser till personalen och minskad förskrivning av olika läkemedel som t ex kan innebära en risk för problem hos de äldre.

I Ädelavtalet om läkarmedverkan vid äldreboendena finns bland annat ett avsnitt om fortbildningsinsatser som bör lyftas fram. Här framgår bland annat att kommunens personal kostnadsfritt ska inbjudas att delta vid de för sjuksköterskor/distriktsköterskor återkommande fortbildningsdagarna. Enligt avtalet står primärvårdens läkare och/eller annan specialistkompetens till förfogande för fortbildning av den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vi har från intervjuerna förstätt att kommunens sjuksköterskor deltar vid arrangemang som primärvårdsdagar eller regional läkemedelsstämma som varje år anordnas via LMK. Här deltar även landstingets personal. LMK har hållit utbildningar om "den gemensamma läkemedelslistan" där ca hälften av hälsocentralerna deltog. Via stimulansmedel har det även hållits läkemedelsutbildning för undersköterskor och vårdbiträden. Läkemedelskommittén är aktiv och anordnar utbildningar som både landstingets och kommunens sjuksköterskor deltar vid.

Sjuksköterskorna informerar vid vårdlagsträffar övrig personal om läkemedelsfrågor men här finns uppfattningar att detta har prioriterats ner pga. tidsbrist. Uppfattningen bland sjuksköterskorna och berörda läkare är att det finns ett klart behov av kompetensutveckling bland vårdpersonalen avseende äldre och läkemedelsanvändning. Ett problem är, enligt uppgift, att ta sig tid för detta och dessutom upplevs det problem med att få vikarier till äldreboendet medans personalen genomgår utbildning.

Även om flera av de intervjuade uppger att det har förbättrats kan det fortfarande förekomma uppfattningar bland äldreboendenas personal om att problem kring de äldre kan lösas med ytterligare läkemedel. Enligt de läkare och sjuksköterskor vi intervjuat är det ett förekommande problem att vårdpersonalen "trycker på" om insättning av fler läkemedel. Man är dock alltmer uppmärksam på att de äldres problem/beteende kan vara en följd av t ex något nyinsatt läkemedel eller att den gamle har för många läkemedel. Någon läkare uttrycker att "sjuksköterskorna har oftast bra kunskaper om läkemedel men gruppen undersköterskors och vårdbiträdens kunskaper om läkemedel behöver öka".

Läkarna lyfter, vid våra intervjuer, fram att de är mycket beroende av information om patienterna från äldreboendepersonalen som en del i underlagen för sina beslut om läkemedelsbehandling. T ex behöver man lyssna av vårdpersonalen hur de äldre svarar och reagerar på en in- eller utsättning av ett läkemedel. Äldreboendepersonalen har med andra ord en viktig roll vid uppföljning av läkemedelsbehandlingar.

3.6.1. Bedömning – kompetensutveckling

Vår uppfattning är att satsningar på kompetensutveckling inom området äldre och läkemedel riktat till sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden vid äldreboendena kan vara en effektiv åtgärd i arbetet med att öka patientsäkerheten. Läkarna har i många fall en god kunskapsgrund när det gäller läkemedelsbehandling av äldre men även läkarna behöver få vidareutbildning inom området. SoS har i sin rapport *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – förslag till utformning och genomförande* bland annat fört fram behov av en utveckling av vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi⁵ för specialistläkare inom allmänmedicin. Från våra intervjuer kan vi konstatera att det finns en samstämmig uppfattning att utbildning av personalen i läkemedelsfrågor är både en nödvändig och effektiv åtgärd som kan bidra till att uppnå en optimal läkemedelsförskrivning vid äldreboenden.

Ett syfte med vidareutbildning kan vara att öka förståelsen och insikten om att läkemedel inte alltid är lösningen på de äldres olika problem. Det behövs ibland ett restriktivare synsätt till insättning av läkemedel och mer diskussion om hur omvårdnadsinsatser kan vara ett alternativ till fler läkemedel. Dessutom kan en mer kunnig vårdpersonal ge mer stöd och relevant information till läkare och sjuksköterskor vid deras bedömningar och åtgärder.

Vidareutbildning av äldreboendenas personal är främst kommunens ansvar. Det är dock inom landstinget och apoteken som den främsta kompetensen inom området finns. Landstingets ansvarar för läkarstödet vid äldreboendena och det är tillfredsställande att handledning och kompetensutveckling ingår i ädelavtalen om läkarstöd vid särskilda boenden. Vårt intryck är att LMK är aktiv och engagerad i utbildningsfrågor och kan med sin kompetens bidra med sina kunskaper och erfarenheter i detta sammanhang.

2012-03-27

Jan-Erik Wuolo
Projektledare

Anneth Nyqvist
Uppdragsledare

⁵ Gerontologi är läran om den friska ålderdomen, den medicinska specialitet som behandlar hälsa hos gamla människor. Ej att förväxlas med geriatrik som behandlar åldersrelaterade sjukdomar.

Bilaga 1

Beskrivning av de läkemedelsgrupper som ingår i granskningen

Neuroleptika: Äldre är ofta ytterligt biverkningskänsliga. Bör användas endast vid psykotiska tillstånd. Bör undvikas om inte särskilda skäl finns. Stark koppling finns till biverkningar som förvirring, kognitiva (intellektuella) störningar samt störningar på sociala funktioner och känslolivet. Medlen kan förvärra de symptom som följer med demenssjukdom. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Lugnande medel: Beroendeframkallande medel, t ex bensodiazepiner som bör undvikas om inte särskilda skäl finns. Äldre är biverkningskänsliga. Risk för dagtrötthet, balansstörningar och fall, kognitiva störningar, muskelsvaghet. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Sömnmedel: Olämpligt till äldre mer än en månad utan omprovning. Risk för biverkningar t ex fallolyckor. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Antidepressiva: Förekommer att antidepressiva läkemedel används utan grund och att äldre står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns. Vanliga biverkningar är illamående, huvudvärk och yrsel. Andelen äldre som använder medlen ska vara så optimal som möjligt.

NSAID: (Non-Steroid AntiInflammatory Drugs) Antiinflammatoriska smärtstillande medel. Förskrivning till äldre kan ses vid smärttillstånd där inflammation saknas eller är obetydlig och där andra preparat är lämpligare. Olämpligt att intas dagligen under mer än 2 – 3 veckor. Risk för bla magtarmblödningar, magsår, nedsatt njurfunktion, hjärtsvikt, kognitiva störningar, sömnproblem mm. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Laxantia/laxermedel. En hög användning av laxantia indikerar olämplig regim, dvs att läkemedel ordineras på ett sådant sätt att det medför risk för biverkningar eller att behandlingen är verkningslös. Hög användning kan ifrågasättas eftersom det kan vara ett tecken på att kostfrågor och omvårdnadsaspekter behöver lyftas fram mer som ett alternativ till läkemedelbehandling.

Polyfarmaci: Samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp eller inom/mellan läkemedelsgrupper, t ex samtidig användning av två eller flera psykofarmaka (se ovanstående fyra typer).

Ökad risk för interaktioner och biverkningar. Effekten av läkemedelsbehandlingen blir svår att förutsäga och utvärdera. Socialstyrelsen anger att mer än tio läkemedel är polyfarmaci och en ökad risk för biverkningar och interaktioner. I SKLs *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* anses även mer än tio läkemedel innebära "avsevärd/extrem polyfarmaci". (Korta kurer och vid-behovs-läkemedel inkluderat).

Olämpliga preparat: Läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre bör endast användas om särskilda skäl finns. Det ska finnas en välgrundad indikation för att använda denna typ av medel.

Bilaga 2

| Östersund | Boende 1 | | Boende 2 | | Boende 3 | | Boende 4 | | Boende 5 | | Boende 6 | | Boende 7 | | Boende 8 | | Totalt Samtliga | |
|---|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|----|-----------------|----|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Antal platser | 34 | | 22 | | 68 | | 35 | | 19 | | 19 | | 11 | | 18 | | 656 | |
| Antal äldre med i studien | 34 | 100 | 19 | 86 | 68 | 100 | 35 | 100 | 19 | 100 | 19 | 100 | 11 | 100 | 16 | | 634 | 97 |
| Hög risk biverkningar | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med neuroleptika | 5 | 15 | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 5 | 4 | 21 | 0 | 0 | 2 | 13 | 82 | 13 |
| Antal med antidepressiva | 22 | 65 | 9 | 47 | 29 | 42 | 24 | 69 | 7 | 37 | 7 | 37 | 10 | 91 | 9 | 56 | 302 | 48 |
| Antal med lugnande och sömnmedel | 16 | 47 | 2 | 10 | 21 | 30 | 17 | 49 | 6 | 32 | 13 | 68 | 5 | 45 | 2 | 13 | 269 | 42 |
| Polyfarmaci | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med 2-3 av ovan | 11 | 32 | 0 | 0 | 15 | 22 | 15 | 43 | 1 | 5 | 8 | 42 | 6 | 55 | 2 | 13 | 183 | 29 |
| Antal med mer än 10 medel | 3 | 9 | 2 | 10 | 2 | 3 | 8 | 23 | 2 | 10 | 2 | 11 | 0 | 0 | 1 | 6 | 83 | 13 |
| Antal med mer än 20 medel | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 2 | 0 |
| Olämpliga läkemedel | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med NSAID | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 2 |
| Ev. bristande rutiner | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med laxantia | 28 | 82 | 12 | 63 | 31 | 46 | 19 | 54 | 11 | 57 | 14 | 74 | 2 | 18 | 8 | 50 | 337 | 53 |
| Uppföljning | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal som får årlig läkemedelsgenomgång | 34 | 100 | 19 | 100 | 54 | 80 | 35 | 100 | 19 | 100 | 0 | 0 | 11 | 100 | 14 | 87 | 594 | 94 |

| Östersund | Boende 9 | | Boende 10 | | Boende 11 | | Boende 12 | | Boende 13 | | Boende 14 | | Boende 15 | | Boende 16 | | Totalt Samtliga | |
|---|----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----|-----------|-----|-----------------|----|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Antal platser | 27 | | 35 | | 40 | | 20 | | 22 | | 13 | | 9 | | 9 | | 656 | |
| Antal äldre med i studien | 27 | 100 | 34 | 97 | 39 | 98 | 20 | 100 | 22 | 100 | 11 | 85 | 4 | 44 | 9 | 100 | 634 | 97 |
| Hög risk biverkningar | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med neuroleptika | 7 | 26 | 7 | 21 | 4 | 10 | 0 | 0 | 5 | 23 | 0 | 0 | 1 | 25 | 0 | 0 | 82 | 13 |
| Antal med antidepressiva | 14 | 52 | 18 | 53 | 15 | 38 | 8 | 40 | 7 | 32 | 3 | 27 | 1 | 25 | 5 | 56 | 302 | 48 |
| Antal med lugnande och sömnmedel | 13 | 48 | 22 | 65 | 19 | 49 | 4 | 20 | 10 | 45 | 4 | 36 | 3 | 75 | 4 | 44 | 269 | 42 |
| Polyfarmaci | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med 2-3 av ovan | 11 | 41 | 17 | 50 | 11 | 28 | 1 | 5 | 4 | 18 | 3 | 27 | 1 | 25 | 3 | 33 | 183 | 29 |
| Antal med mer än 10 medel | 2 | 7 | 9 | 26 | 2 | 5 | 4 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 25 | 1 | 11 | 83 | 13 |
| Antal med mer än 20 medel | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Olämpliga läkemedel | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med NSAID | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 2 |
| Ev. bristande rutiner | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med laxantia | 11 | 41 | 6 | 18 | 38 | 97 | 11 | 55 | 10 | 45 | 6 | 55 | 4 | 44 | 5 | 56 | 337 | 53 |
| Uppföljning | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal som får årlig läkemedelsgenomgång | 27 | 100 | 34 | 100 | 39 | 100 | 20 | 100 | 22 | 100 | 11 | 100 | 0 | 0 | 9 | 100 | 594 | 94 |

| Östersund | Boende 17 | | Boende 18 | | Boende 19 | | Boende 20 | | Boende 21 | | Boende 22 | | Boende 23 | | Boende 24 | | Boende 25 | | Totalt Samtliga | |
|---|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------------|----|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Antal platser | 38 | | 27 | | 22 | | 16 | | 18 | | 27 | | 20 | | 24 | | 63 | | 656 | |
| Antal äldre med i studien | 38 | 100 | 27 | 100 | 21 | 95 | 15 | 94 | 18 | 100 | 22 | 81 | 20 | 100 | 23 | 96 | 63 | 100 | 634 | 97 |
| Hög risk biverkningar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med neuroleptika | 6 | 16 | 2 | 7 | 4 | 19 | 1 | 7 | 5 | 28 | 10 | 45 | 1 | 5 | 2 | 8 | 13 | 21 | 82 | 13 |
| Antal med antidepressiva | 16 | 42 | 17 | 63 | 11 | 52 | 5 | 33 | 8 | 44 | 15 | 68 | 9 | 45 | 14 | 60 | 19 | 30 | 302 | 48 |
| Antal med lugnande och sömnmedel | 17 | 45 | 6 | 22 | 7 | 33 | 3 | 20 | 8 | 44 | 10 | 45 | 10 | 50 | 8 | 35 | 39 | 62 | 269 | 42 |
| Polyfarmaci | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med 2-3 av ovan | 14 | 37 | 7 | 26 | 7 | 33 | 2 | 13 | 4 | 22 | 10 | 45 | 0 | 0 | 8 | 35 | 22 | 35 | 183 | 29 |
| Antal med mer än 10 medel | 5 | 13 | 4 | 15 | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 6 | 11 | 50 | 2 | 10 | 4 | 17 | 16 | 25 | 83 | 12 |
| Antal med mer än 20 medel | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Olämpliga läkemedel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med NSAID | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | 0 | 1 | 4 | 2 | 3 | 15 | 2 |
| Ev. bristande rutiner | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med laxantia | 17 | 45 | 21 | 78 | 11 | 52 | 9 | 60 | 6 | 33 | 12 | 54 | 3 | 15 | 11 | 48 | 31 | 49 | 337 | 53 |
| Uppföljning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal som får årlig läkemedelsgenomgång | 38 | 100 | 27 | 100 | 21 | 100 | 16 | 100 | 18 | 100 | 22 | 100 | 18 | 90 | 23 | 100 | 63 | 100 | 594 | 94 |

| | Strömsund | | Boende 1 | | Boende 2 | | Boende 3 | | Boende 4 | | Boende 5 | | Boende 6 | | Boende 7 | | Totalt | |
|---|-----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|--------|---|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Antal platser | 15 | | 33 | | 30 | | 10 | | 35 | | 19 | | 45 | | 187 | | | |
| Antal äldre med i studien | 15 | 100 | 33 | 100 | 29 | 97 | 10 | 100 | 34 | 97 | 18 | 95 | 45 | 100 | 184 | 98 | | |
| Hög risk biverkningar | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med neuroleptika | 0 | 0 | 3 | 9 | 2 | 7 | 1 | 10 | 6 | 18 | 3 | 16 | 2 | 4 | 17 | 9 | | |
| Antal med antidepressiva | 11 | 73 | 20 | 60 | 19 | 66 | 1 | 10 | 17 | 50 | 8 | 44 | 22 | 49 | 98 | 53 | | |
| Antal med lugnande och sömnmedel | 8 | 53 | 22 | 66 | 4 | 14 | 3 | 30 | 11 | 32 | 4 | 22 | 18 | 40 | 70 | 38 | | |
| Polyfarmaci | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med 2-3 av ovan | 6 | 40 | 12 | 36 | 8 | 28 | 2 | 20 | 9 | 26 | 4 | 22 | 15 | 33 | 56 | 30 | | |
| Antal med mer än 10 medel | 2 | 13 | 20 | 60 | 10 | 34 | 2 | 20 | 2 | 6 | 4 | 22 | 8 | 18 | 48 | 26 | | |
| Antal med mer än 20 medel | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | | |
| Olämpliga läkemedel | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med NSAID | 1 | 6 | 2 | 6 | 1 | 3 | 2 | 20 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 4 | | |
| Ev. bristande rutiner | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal med laxantia | 9 | 60 | 27 | 82 | 25 | 86 | 6 | 60 | 31 | 91 | 10 | 56 | 34 | 75 | 142 | 77 | | |
| Uppföljning | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal som får årlig läkemedelsgenomgång | 15 | 100 | 33 | 100 | 29 | 100 | 10 | 100 | 34 | 100 | 18 | 100 | 45 | 100 | 184 | 100 | | |

| Krokom | Boende 1 | | Boende 2 | | Boende 3 | | Totalt | |
|---|----------|-----|----------|-----|----------|-----|--------|----|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Antal platser | 75 | | 48 | | 45 | | 168 | |
| Antal äldre med i studien | 75 | 100 | 48 | 100 | 42 | 93 | 165 | 98 |
| Hög risk biverkningar | | | | | | | | |
| Antal med neuroleptika | 9 | 12 | 3 | 6 | 2 | 5 | 14 | 8 |
| Antal med antidepressiva | 46 | 61 | 18 | 37 | 12 | 29 | 76 | 46 |
| Antal med lugnande och sömnmedel | 22 | 29 | 16 | 33 | 12 | 29 | 50 | 30 |
| Polyfarmaci | | | | | | | | |
| Antal med 2-3 av ovan | 29 | 39 | 11 | 23 | 6 | 14 | 46 | 28 |
| Antal med mer än 10 medel | 1 | 1 | 4 | 8 | 1 | 2 | 6 | 4 |
| Antal med mer än 20 medel | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Olämpliga läkemedel | | | | | | | | |
| Antal med NSAID | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| Ev. bristande rutiner | | | | | | | | |
| Antal med laxantia | 30 | 40 | 8 | 17 | 7 | 17 | 45 | 27 |
| Uppföljning | | | | | | | | |
| Antal som får årlig läkemedelsgenomgång | 37 | 49 | 26 | 54 | 42 | 100 | 105 | 64 |

Bilaga 3

Definition av Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsbehandling hos äldre i öppenvård i Jämtlands län - Riktlinjer för vårdens struktur och rutiner för samverkan mellan landsting och kommun (Projektgruppen för säker läkemedelhantering i vårdens övergångar)

Strukturerad uppföljning med användande av validerat symtomskattningsformulär bör användas årligen och oftare vid behov. Möjlighet att anlita apotekare för deltagande i läkemedelsgenomgång ska finnas. Det underlättar en mer genomgripande bedömning av patienternas läkemedelsbehandling och blir ett bra fortbildningstillfälle för all personal. Särskilt i situationer av läkarbrist eller dålig läkarkontinuitet kan apotekarmedverkan vara lämplig.

Sjuksköterska ska inför årlig förlängning av recept/dosrecept för långvarig behandling eller vid de tillfällen det finns behov av genomgång av ordinerade läkemedel, exempelvis vid fallriskbedömning, förbereda med:

- Tillsammans med patient och/eller närstående fylla i symtomskattningsformulär (Phase-20)
- Efter samråd med läkaren ta prover
- Göra en sammanställning av patientens aktuella läkemedelsanvändning

Efter genomförd läkemedelsgenomgång:

- Dokumentera symtomskattningen och gjorda förändringar i läkemedelsordinationer i omvårdnadsjournal
- Bevaka och genomföra beslutade uppföljningar

Läkare ska vid genomgången:

- Utifrån symtomskattningsformulär och provsvar göra lämpliga förändringar och förlänga ordinationer i samråd med patient och/eller närstående samt vårdpersonalen.
- Dokumentera orsaken till förändringar, lämpligen i läkemedelsnotat i LM i VAS och vid behov även i journaltext i VAS.
- Besluta om lämplig uppföljning.