

Läkemedelsbehandling av äldre i hemsjukvården

Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn
vid 29 vårdcentraler i sydöstra
sjukvårdsregionen 2008

Artikelnr 2009-126-86

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2009

Förord

Socialstyrelsens regionala tillsyn genomför regelbundet samordnad verksamhetstillsyn av utvalda områden inom hälso- och sjukvården. Avsikten med verksamhetstillsynen är att få en bild av en avgränsad del av hälso- och sjukvården med fokus på patientsäkerhetsfrågor.

Under 2008 har Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping granskat läkemedelsbehandling av äldre inom hemsjukvården. Avsikten var att granska läkares ordinationer, läkemedelsval och uppföljning av läkemedelsförskrivning till äldre. Aktiviteten har varit en fortsättning på den granskning som Socialstyrelsen genomförde 2005 och i vissa fall en uppföljning av de resultat som då framkom. Vi har besökt 29 vårdcentraler. Utöver enkätfrågor har vi granskat 289 patienters ordinationsunderlag.

Denna rapport visar på en relativ försämring i läkemedelsbehandlingen av äldre i hemsjukvården jämfört med 2005. Vi kan se försämringar inom flera områden såsom en ökning av antal förskrivna läkemedel, ökning av läkemedel som patienter bör undvika och en ökning av lugnande läkemedel och sömnmedel. Vi kan också se en ökad förekomst av både C- och D-interaktion där vi ser den största ökningen av D-interaktion. Drygt två tredjedelar av alla patienter har ett eller flera läkemedel som kan ge upphov till förvirring.

Rapporten riktar sig i första hand till verksamhetschefer, sjuksköterskor och läkare vid de vårdcentraler som vi har besökt, men också till andra vårdcentraler liksom geriatriska kliniker och medicinkliniker. Vi rekommenderar också att landstingens läkemedelskommittéer tar del av rapporten. Resultatet är tänkt att ge underlag och vägledning för olika former av kvalitetsförbättrande åtgärder och kommer också att ligga till grund för den återföringskonferens som Socialstyrelsen arrangerar den 17 mars 2009.

Ansvariga för verksamhetstillsynen har byrådirektörerna *Åsa Blennborn* och *Eva Kågestad* varit. Föredragande läkaren i geriatrik *Arne Sjöberg* och föredragande allmänläkaren *Birgitta Magnusson* har deltagit i arbetet liksom docent *Johan Fastbom* från Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning. Byrådirektören *Åsa Blennborn* har ansvarat för rapportskrivningen.

Birgitta Hagström
Enhetschef
Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	6
<i>Bakgrund</i>	7
<i>Syfte och mål</i>	8
<i>Urval och metod</i>	9
<i>Resultat</i>	10
Granskning av ordinationsunderlag utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer	10
Indikator 1.1. Preparat som bör undvikas.....	10
Indikator 1.2. Preparat som kräver en korrekt och aktuell indikation.....	11
Indikator 1.3. Olämplig regim.....	11
Indikator 1.5. Polyfarmaci.....	12
Indikator 1.6. C- och D-interaktioner.....	12
Generika.....	13
Genomgång av besvarade enkäter och intervjuer	14
Läkemedelsgenomgångar.....	14
Utbildning och fortbildning kring läkemedel och äldre samt äldres sjukdomar.....	14
Överensstämmelse då det gäller ordinationsunderlag.....	15
Värden av variabler i sydöstra sjukvårdsregionen.....	15
Diskussion och slutsatser	17
En relativ försämring trots olika aktiviteter.....	20
Vårdgivarna bör.....	20
Socialstyrelsen bör i sin stödjande och granskande tillsyn.....	21
Referenser	22
Bilaga	23

Sammanfattning

Under år 2005 genomförde Socialstyrelsen en nationell tematisk verksamhetstillsyn inom hemsjukvården. Inom ramen för denna valde Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping att särskilt granska läkemedelsbehandlingen av de äldsta patienterna inskrivna inom hemsjukvården vid 30 vårdcentraler. Patienternas genomsnittsalder var 91 år i detta projekt.

Som en fortsättning har den regionala tillsynsenheten i Jönköping under 2008 valt att granska ytterligare ett antal patienters behandling. Vi har tittat på behandlingar som läkare har ordinerat dels på 15 av de vårdcentraler som Socialstyrelsen granskade 2005 (represtillsynade), dels på 14 vårdcentraler som inte tidigare har blivit granskade.

Resultatet från tillsynen visar bland annat följande:

- Antalet förskrivna läkemedel har ökat sedan år 2005, störst ökning vid de repristillsynade vårdcentralerna.
- Användningen av läkemedel som patienter bör undvika har ökat, framför allt i den repristillsynade gruppen och på de vårdcentraler som är belägna på större orter.
- Drygt två tredjedelar av alla patienter har ett eller flera läkemedel som kan ge upphov till förvirring.
- Användning av lugnande läkemedel och sömnmedel har ökat sedan år 2005. Störst är ökningen vid de repristillsynade vårdcentralerna.
- Dubbelanvändning av läkemedel har mer än fördubblats, nästan tredubblats vid de repristillsynade vårdcentralerna.
- Förekomsten av både C- och D-interaktioner har ökat. Den största relativa ökningen ser vi av D-interaktioner.
- Vi ser att vårdcentralerna gör läkemedelsgenomgångar i större utsträckning jämfört med år 2005. Störst ökning ser vi i den repristillsynade gruppen.
- Utbildning och fortbildning kring läkemedel och äldre har blivit vanligare i den repristillsynade gruppen. Sker i avsevärt mindre omfattning i de nytillsynade.
- Utbildning och fortbildning om äldres sjukdomar har minskat i den repristillsynade gruppen och minskat betydligt i den nytillsynade.
- Fyra fjärdedelar av vårdcentralerna uppgav att uppgifterna om aktuell läkemedelsbehandling överensstämde med ordinationshandlingen.
- Vi ser variationer då det gäller högsta och lägsta värde av variabler mellan de tre länen.
- Trots ökad omfattning av läkemedelsgenomgångar, initiativ från läkemedelskommittéer och Socialstyrelsens granskningar ser vi överlag inte någon märkbar förbättring.

Bakgrund

I 2 kap. 1 § lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område stadgas att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

Under de senaste åren har flera studier gjorts som har visat att läkemedelsbehandlingen av äldre i Sverige är omfattande och har ökat (1,6,7). Vid granskningen år 2005 var Socialstyrelsen kritisk till resultatet och krävde förbättringar inom området. De förbättringar som Socialstyrelsen krävde var att vårdcentralerna skulle göra systematiska läkemedelsgenomgångar och att de skulle skapa kontinuitet i läkarkontakterna. Vikten av att ta del av och använda "Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi" påtalades, samt att utbildning och fortbildning för personal borde ske i större utsträckning.

Dessa förhållanden gör att det är angeläget att granska läkares ordinationer, läkemedelsval och uppföljningar av läkemedelsförskrivningar till äldre i hemsjukvården. Socialstyrelsen har utarbetat indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling som är ett hjälpmedel vid sådana granskningar. Även tillgång till utbildning om sjukdomar hos äldre samt om läkemedelsbehandling av äldre, liksom kontinuitet i läkarkontakten är av betydelse i detta sammanhang.

Syfte och mål

Verksamhetstillsynens syfte och mål har varit att

- ge en ögonblicksbild av läkemedelsbehandlingen till de äldsta patienterna med hemsjukvårdsinsatser
- undersöka effekter av tidigare utförd tillsynsaktivitet på de vårdcentraler som Socialstyrelsen granskade 2005
- medverka till en mer säker läkemedelsbehandling av äldre
- medverka till att Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling blir mer kända och använda inom äldrevården.

Urval och metod

I detta projekt har vi i sydöstra sjukvårdsregionen (Östergötland, Jönköping och Kalmar läns landsting) valt ut de tio äldsta patienterna med hemsjukvårdsinsatser vid 15 av de vårdcentraler som Socialstyrelsen tidigare har granskat, samt vid 14 vårdcentraler som inte tidigare har blivit granskade. Urvalet av vårdcentraler har skett slumpvis med jämn fördelning utifrån befolkningsunderlag (tolv i Östergötland, nio i Jönköping och åtta i Kalmar (se bilaga)).

Med ordet reprivatiserade vårdcentraler menar vi att dessa blev granskade av Socialstyrelsen år 2005 såväl som 2008.

Från maj till augusti 2008 kontaktade vi verksamhetschefen vid de 15 vårdcentraler som Socialstyrelsen granskade 2005 samt de 14 vårdcentraler som inte tidigare hade blivit granskade. Vi bad verksamhetschefen att skicka in en kopia av aktuellt ordinationsunderlag för de tio äldsta patienterna som får sin läkartillsyn och sina hemsjukvårdsinsatser via vårdcentralen. Verksamheterna som Socialstyrelsen hade granskat tidigare fick också besvara en enkät.

Varje enskild patients ordinationsunderlag har vi avidentifierat och analyserat med hjälp av Socialstyrelsens läkemedelsspecifika kvalitetsindikatorer i dataprogrammet Monitor.

På två av de tidigare granskade vårdcentralerna samt på de 14 vårdcentraler som vi inte hade granskat tidigare bokade vi även in ett tillsynsbesök under september, oktober eller november 2008.

Resultatet av analyserna har vi skickat till de 13 vårdcentraler som vi inte har besökt och till övriga vårdcentraler har vi överlämnat resultatet vid tillsynsbesöket.

Underlaget till denna rapport består av uppgifter från besök med intervjuer med läkare, distriktssköterskor och verksamhetschefer vid utvalda vårdcentraler. Vi har genomfört en granskning av 289 patients ordinationsunderlag.

Vi har utarbetat tillsynsinstrument inför genomförandet av tillsynen (12,13):

Instrument som vi har använt vid vårdcentraler som vi inte har besökt tidigare:

1. ett intervjuformulär med frågor om läkemedel, kompetens och utbildning samt egenkontroll
2. granskning och analys av ordinationsunderlag

Instrument som vi har använt vid tidigare besökta vårdcentraler:

1. en enkät med frågor om läkemedel, kompetens och utbildning samt egenkontroll
2. granskning och analys av ordinationsunderlag

Resultat

Socialstyrelsen har i detta projekt valt att granska läkemedelsanvändningen hos de allra äldsta patienterna i hemsjukvården. Med begreppet reprivatiserade vårdcentraler menar vi att de blev granskade av Socialstyrelsen år 2005 såväl som 2008. Medelåldern var 91 år, vilket den också var vid granskningen 2005 (1). Den yngsta patienten var 47 år och den äldsta var 103 år och båda dessa patienter fanns med i den reprivatiserade gruppen (2005 var motsvarande förhållanden 64–102 år).

Den största förekomsten av antal olika läkemedel en hos enskild patient var 29 stycken läkemedel (2005 var motsvarande förhållande 22 stycken läkemedel).

Med ordet *totalt*, som vi använder i kommande tabeller, menar vi ett genomsnittsvärde för samtliga granskade vårdcentraler 2008 (29 stycken), oavsett om de är nygranskade eller reprivatiserade och är vårdcentraler på större eller mindre ort. Större ort har vi använt för de upptagningsområden med vårdcentraler som geografiskt ligger närmare sjukhus.

Tabell 1. Genomsnittlig förekomst av totalantal förskrivna läkemedel samt läkemedel vid behov

	2005	2008	Repris/Nya	Större/Mindre ort
Totalt antal läkemedel	7,8	8,2	8,6 / 7,8	8,4 / 7,8
Vid behovsläkemedel	1,6	1,6	1,8 / 1,5	1,6 / 1,2

Totalantalet förskrivna läkemedel har i genomsnitt ökat sedan granskningen 2005 (1), mest i den reprivatiserade gruppen där vi även ser en ökning av behovsmediciner.

Granskning av ordinationsunderlag utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer

Indikator 1.1. Preparat som bör undvikas

Denna indikator definieras som läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Dessa preparat bör bara användas om det finns särskilda skäl för det. Det ska vidare finnas en välgrundad och aktuell indikation för att använda läkemedlet, och ordinatören ska ha bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Slutligen bör behandlingen följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall(2).

Tabell 2. Förekomst av förskrivna läkemedel som bör undvikas

2005	2008	Repris/Nya	Större/Mindre ort
18 %	Oförändrat	19 % / 17 %	21 % / 17 %

Förekomsten av förskrivna läkemedel som bör undvikas ligger relativt oförändrad jämfört med granskningen 2005 (1). Tendensen är en ökning framför allt i den reprivstillsynade gruppen och på de vårdcentraler som är belägna på större orter.

De vanligast förekommande exemplen på läkemedel som bör undvikas som fanns med i materialet var långverkande bensodiazepiner och antikolinerga läkemedel (högdosneuroleptika, tricykliska antidepressiva, spasmolytika mot inkontinens och antiarytmika). Andra exempel på läkemedel som bör undvikas är teofyllin i peroral form, Cimetidin och Kinin.

Indikator 1.2. Preparat som kräver en korrekt och aktuell indikation

Preparat som kräver en korrekt och aktuell indikation och som inte sällan används utan välgrundad och/eller aktuell indikation, och vars användning innebär en risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. En förutsättning för att dessa indikationer ska kunna användas är dock att en utförlig information om indikation och aktuellt hälsotillstånd är tillgänglig(2).

Tabell 3. Förekomst av loopdiuretika, protonpumpshämmare samt antidepressiva

	2005	2008	Repris/Nya	Större/Mindre ort
Loopdiuretika	58 %	48 %	49 % / 47 %	40 % / 48 %
Protonpumpshämmare	16 %	20 %	18 % / 23 %	26 % / 17 %
Antidepressiva	19 %	14 %	14 % / 14 %	13 % / 14 %

Förekomsten av loopdiuretika och antidepressiva har minskat med tio respektive fem procent. Användningen av protonpumpshämmare har ökat och vi ser den största ökningen i gruppen med vårdcentraler på större orter.

Exempel på andra läkemedel som vi kan inkludera i denna indikator är NSAID, opioider och digoxin (2). Denna kategori har lagts till i dataanalysprogrammet under indikator 1.2 sedan granskningen 2005.

Indikator 1.3. Olämplig regim

Med regim avses här om preparatet ges regelbundet eller vid behov och hur långvarig terapin är. Denna indikator omfattar grupper av läkemedel som i detta avseende ibland ordineras på fel sätt till äldre, och där detta medför risk för biverkningar eller en verkningslös behandling. Andra exempel på olämplig regim är behandling med NSAID dagligen i mer än tre månader utan omprövning och tarmirriterande läkemedel dagligen i mer än tre veckor utan omprövning.

Tabell 4. Förekomst av lugnande läkemedel och/eller sömnmedel

2005	2008	Repris/Nya	Större/Mindre ort
28 %	33 %	36 % / 30 %	37 % / 31 %

Förekomsten av lugnande läkemedel och sömnmedel har ökat sedan granskningen 2005 (1). Den största ökningen ser vi i den reprivatvårdade gruppen samt vid vårdcentralerna på större orter.

Läkemedelsverket rekommenderar i första hand icke-farmakologisk behandling vid sömnbesvär. Om en läkare ordinerar sömnmedel så ska detta inte ordineras längre än en månad utan omprövning.

Indikator 1.5. Polyfarmaci

Dubbelanvändning: Samtidig regelbunden användning av två eller fler läkemedel inom samma terapeutiska ATC-grupp, eller inom/mellan ATC-grupper där kombinationen är onödig eller förenad med ökad risk för biverkningar. Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, från samma eller olika terapeutiska ATC-grupper, regelbundet eller vid behov (2).

Tabell 5. Förekomst av dubbelanvändning och användande av tre eller fler olika psykofarmaka (lugnande, sömnmedel, neuroleptika, antidepressiva)

	2005	2008	Repris/Nya	Större/Mindre ort
Dubbelanvändning	5 %	11,4 %	8,7 % / 14 %	14 % / 9 %
>= 3 olika psykofarmaka	8,6 %	6,5 %	6 % / 7 %	7 % / 6 %

Förekomsten av dubbelanvändning av läkemedel har mer än fördubblats, nästan tredubblats vid de reprivatvårdade och vårdcentralerna på de större orterna. En patient hade samtidigt ordination på Cytotec, Omeprazol och Nexium. Vissa kombinationer omfattas inte av definitionen eftersom de kan vara befogade, till exempel flera olika insuliner, medel vid Parkinsons sjukdom samt vissa kombinationer av antidepressiva läkemedel (2).

Användningen av tre eller fler olika psykofarmaka har däremot minskat något.

Indikator 1.6. C- och D-interaktioner

C-interaktioner: Interaktionen kan leda till ändrad effekt eller biverkningar... Kombinationen kan kräva dosanpassning.

D-interaktioner: Interaktionen kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas (2).

Tabell 6. Förekomst av C- och D-interaktioner

	2005	2008	Repris/Nya	Större/Mindre ort
C-interaktioner	30 %	35 %	35 % / 36 %	35 % / 36 %
D-interaktioner	6 %	8 %	8 % / 8 %	5 % / 10 %

Förekomsten av både C- och D-interaktioner har ökat. Den största relativa ökningen ser vi av D-interaktioner och framför allt vid vårdcentralerna på de mindre orterna.

De vanligast förekommande läkemedel som kunde ge upphov till C-interaktioner var:

- Loopdiuretika visavi ACE-hämmare/ Digoxin/ NSAID
- Waran visavi paracetamol
- Levaxin visavi kalkpreparat/ järnersättningspreparat
- NSAID visavi ACE-hämmare/ betablockerare

De vanligast förekommande läkemedel som kunde ge upphov till D-interaktioner var:

- Trombyl visavi NSAID/ Waran

Under perioden 2005–2008 har följande indikatorer ökat:

- Totala antalet läkemedel
- Förekomst av dubbelanvändning
- Förekomst av lugnande medel och sömnmedel
- Förekomst av risk för C- och D-interaktioner
- Förekomst av läkemedel mot magbesvär och reflux

Under samma period ser vi att förekomsten av antidepressiva och loopdiuretika har minskat samt att antalet patienter som har tre eller flera olika psyko-farmaka har minskat.

Förekomsten av läkemedel som långverkande bensodiazepiner och antikolinerga läkemedel är relativt oförändrad.

Förekomsten av läkemedel som kan ge upphov till förvirring hos de allra äldsta är mycket stor, då drygt två tredjedelar av alla patienter har ett eller flera av dessa läkemedel.

Graden av användningen av indikatorerna har visat sig vara mycket varierande. I vissa fall har dessa använts och legat till grund för upprättande av lokala rutiner, medan de i andra fall har varit tämligen okända.

Generika

När patenttiden för ett originalläkemedel gått ut får kopia av detta läkemedel tillverkas, det benämns då generika. Exempel på vanliga läkemedel som dubbelanvändes vid granskningen 2005 var opioider, NSAID och bensodiazepiner. Vanligast förekommande var olika sömnmedel.

Vid granskningen 2008 ser vi ett annat mönster. Det är dubbelanvändning på grund av generika som är vanligast och som har ökat oroväckande.

I granskningen 2008 förekom detta hos nio procent av alla behandlade patienter. Det var ACE-hämmare, opioider och betablockerare som var vanligast förekommande som generikadubblingar.

Näst vanligast förekommande dubblingar var sömnmedel (två procent), vanligt var även kombinationen Zopiklon och Propavan. Medel mot magbesvär och reflux förekom också som dubblade läkemedel i två procent av fallen.

Genomgång av besvarade enkäter och intervjuer

Läkemedelsgenomgångar

Vårdcentralerna genomför regelbundet läkemedelsgenomgångar i en mycket ökad utsträckning jämfört med 2005 (1). Vi ser nästan en fördubbling. Den största ökningen ser vi i den reprivatgruppen av vårdcentraler. Vi ser även en skillnad mellan vårdcentralerna på de större och mindre orterna där vårdcentralerna på de mindre orterna har ökat antalet genomgångar mest.

Tabell 7. Förekomst av regelbundet genomförda läkemedelsgenomgångar

2005	2008	Repris/Nya	Större/Mindre ort
43 %	76 %	80 % / 71 %	64 % / 78 %

Utbildning och fortbildning kring läkemedel och äldre samt äldres sjukdomar

Dubbelt så många av de reprivatgruppen vårdcentralerna har haft utbildning och fortbildning kring läkemedel och äldre för läkare de senaste två åren jämfört med de nyprivatgruppen. De nyprivatgruppen har avsevärt mindre omfattning av denna utbildning och fortbildning jämfört med granskningen som Socialstyrelsen gjorde 2005. Vi ser ingen skillnad då det gäller större eller mindre ort, båda grupperna har en lägre omfattning än 2005 (1).

När det gäller utbildning och fortbildning om äldres sjukdomar ser vi en minskning i den reprivatgruppen och en betydligt lägre omfattning i den nyprivatgruppen. Vårdcentraler på större orter har störst omfattning jämfört med de på mindre orter.

Tabell 8. Förekomst av utbildning de två senaste åren, om läkemedel och äldre respektive om äldres sjukdomar

	2005	2008	Repris/Nya	Större/Mindre ort
Läkemedel och äldre	67 %	45 %	60 % / 29 %	46 % / 44 %
Sjukdomar hos äldre	56 %	38 %	47 % / 29 %	55 % / 33 %

Överensstämmelse då det gäller ordinationsunderlag

Vid granskningen 2005 uppgav 22 av 30 vårdcentraler att uppgifter om aktuell läkemedelsbehandling i patientjournalen överensstämde med ordinationsunderlagen (ofta eller alltid). Åtta vårdcentraler uppgav att de sällan (sex stycken) eller aldrig (två stycken) överensstämde.

Vid granskningen 2008 tillfrågade vi bara 16 av totalt 29 vårdcentraler (där vi genomförde besök och intervjuer). Av dessa 16 vårdcentraler svarade 13 stycken att ordinationsunderlagen överensstämde (ofta eller alltid). Tre vårdcentraler uppgav att de sällan överensstämde.

Värden av variabler i sydöstra sjukvårdsregionen

Tabell 9. Genomsnittsvärde som sågs vid granskning 2008 i sydöstra sjukvårdsregionen

Variabel	Jönköpings län	Östergötlands län	Kalmar län
Medelålder	90,8	91	93
Totalt antal läkemedel	9	6,9	8,7
Vid behovsläkemedel	2,2	1,1	1,8
Dubbelanvändning	11 %	5 %	20 %
3 eller fler olika psykofarmaka	5,6 %	3 %	10 %
1 eller fler läkemedel som bör undvikas	10 %	19 %	28 %
Läkemedel som kan ge förvirring	57 %	61 %	76 %
Antidepressiva	14 %	15 %	19 %
Lugnande/sömnmedel	28 %	28 %	48 %
C- interaktioner	47 %	32 %	29 %
D- interaktioner	9 %	7 %	9 %
Loopdiuretika	59 %	40 %	48 %
Läkemedel mot magbesvär eller reflux	9 %	7 %	90 %
Gör systematiska läkemedelsgenomgångar	100 %	60 %	75 %
Utbildning < 2 år, läkemedel och äldre	44 %	67 %	25 %
Utbildning < 2 år, geriatrik	44 %	58 %	25 %
Antal patienter	90	119	80
Antal vårdcentraler	9	12	8

Kommentar: Om man jämför genomsnittsvärdena ser man att vårdcentralerna i Kalmar län i genomsnitt ligger högt i flest variabler.

Mycket stora skillnader ser vi för indikatorerna polyfarmaci, både vad det gäller dubbelanvändning och förekomst av tre eller fler psykofarmaka hos en och samma patient.

Detta sammanfaller med att man också har angett minst förekomst av utbildning inom områdena geriatrik och läkemedel och äldre (25 procent), de senaste två åren. Förekomsten av regelbundna läkemedelsgenomgångar är hundraprocentig i Jönköping. I Östergötland gör cirka 60 procent av samtliga vårdcentraler läkemedelsgenomgångar och i Kalmar sker det vid 75 procent av vårdcentralerna.

Tabell 10. Lägsta respektive högsta genomsnittsvärde som sågs per vårdcentral vid granskning 2008 (289 patienter, 19 vårdcentraler i Jönköpings, Kalmar och Östergötlands län)

Variabel	Lägsta	Högsta
Medelålder	77	97
Totalt antal läkemedel	6 stycken	13 stycken
Vid behovsläkemedel	0,6 stycken	4,2 stycken
Dubbelanvändning	0 %	90 %
3 eller fler olika psykofarmaka	0 %	20 %
1 eller fler läkemedel som bör undvikas	0 %	50 %
Läkemedel som kan ge förvirring	40 %	100 %
Antidepressiva	0 %	30 %
Lugnande/sömnmedel	0 %	70 %
C-interaktioner	10 %	70 %
D-interaktioner	0 %	30 %
Loopdiuretika	0 %	90 %
Läkemedel mot magbesvär/reflux	0 %	50 %
Enkät gällande systematiska läkemedelsgenomgångar	0 %	100 %
Utbildning < 2 år, läkemedel och äldre	0 %	100 %
Utbildning < 2 år, geriatrik	0 %	100 %

Kommentar: Variationen mellan lägsta och högsta värde per individuell vårdcentral är avsevärd på så gott som samtliga variabler.

Vid granskningen 2008 har vi sett att det trots en hel del viktiga aktiviteter, såsom ökad omfattning av läkemedelsgenomgångar, initiativ från läkemedelskommittéer och Socialstyrelsens granskningar, ändå överlag inte har skett någon märkbar förbättring. Det har också visat sig att utbildning och fortbildning till läkare om läkemedel och äldre nu sker i dubbelt så stor utsträckning vid de vårdcentraler som vi har granskat i repris i förhållande till de nygranskade.

Granskningen visade ökad förekomst av dubbelanvändning, lugnande läkemedel och sömnmedel samt förekomsten av risken för såväl C- som D-interaktioner. Förekomsten av ordinationsunderlag som inte överensstämmer med uppgifterna i patientjournalen är i princip oförändrad mellan granskningarna 2005 och 2008.

Diskussion och slutsatser

”Nästa morgon kom stadsrådet in när jag satt och medicinerade.

Det tar sin tid. Mina hjärtstimulerande tabletter ger nämligen en lätt yrsel, som jag förekommer genom att raskt inta två stabiliserande piller (förmodligen ett till vardera hörselgången). Denna medicin påverkar emellertid tarmen mindre gynnsamt. De negativa effekterna häver jag med hjälp av ett salicylsyrepreparat som dessvärre gröper ur benstommen, en kalamitet som förhoppningsvis bemästras av fyra kalktabletter. Får kalken lagra sig fritt kan den dock ge upphov till ett njurlidande, varför jag hastigt sväljer två mandelformade dragéer, som uppmuntrar och stärker njurarna i deras arbete. För att lindra min allergi mot de mandelformade inhalerar jag en gas, vars verkningar på min känsliga mage lindras av ett halvt glas av någon dekott, som på vetenskapens nuvarande ståndpunkt lämnar mig helt oskadd.

Avslutningsvis intar jag ett allmänt stärkande medel.

Stadsrådet som aldrig äter medicin, stirrar på mig där jag arbetade över mina burkar. Jag förklarade de medicinska sammanhangen för honom. Jag försökte göra det så lättfattligt som möjligt.

– Det där skulle jag aldrig klara, sa han när jag slutat.

– Nej, sa jag. Det tror inte jag heller. Du skulle dö i sviterna av din första medicin. Att medicinera kräver en klar hjärna och en säker hand.

En lätt feldosering och man står där med ett urkalkat skelett.”

Utdrag ur Bo Balderson: ”Mord herr talman!”
Bonniers förlag, 1975

Detta utdrag hade Socialstyrelsen med i sin rapport om läkemedelsbehandling av de allra äldsta på medicinkliniker (1). Texten är lika aktuell i dag.

Hos äldre, i synnerhet hos de allra äldsta, är de biologiska förutsättningarna annorlunda när det gäller att bemästra läkemedel i kroppen. Den biologiska reservkapaciteten är minimal och läkemedel har lättare för att ansamlas och dröja kvar i kroppen. Det beror bland annat på att det normala åldrandet innebär att upptagning, fördelning och utsöndring av läkemedel är annorlunda (3).

Vi vet också att evidens för läkemedelsbehandling till äldre är mycket svag (4). För de allra äldsta är den så gott som obefintlig (3).

Om man vill kan man jämföra de biologiska förutsättningarna som de äldsta har med motsvarande biologiska förutsättningar hos nyfödda friska barn. Båda grupperna har en biologisk skörhet när det gäller funktion i njurar, lever, lungor, hjärna och hjärta (5). Men vem skulle få för sig att ge ett nyfött barn upp till 8–10 läkemedel, vilket vi ser ske till de äldsta.

Det saknas vetenskapliga belägg för vad som händer i kroppen när ett fjärde läkemedel intas. Mot denna bakgrund är det särskilt förvånande att en patient som är nästan hundra år ska kunna ha 29 olika läkemedel.

Man kan med fördel behandla ett flertal tillstånd hos äldre "icke-farmakologiskt", bland annat förstoppning, sömnbesvär och beteendesymtom hos demenspatienter. Den omfattande användningen av laxermedel, sömnmedel samt neuroleptika och andra psykofarmaka hos äldre, tyder dock på att läkare sällan tillämpar detta (8).

Resultatet av granskningen gör att man kan fundera över de vårdprogram som är framtagna och som används. De är helt relevanta och adekvata utifrån den specifika sjukdomsbild som patienten uppvisar, men som inte är anpassade efter äldre patienters biologiska förutsättningar. Patienten skrivs ut och kan därefter ha kontakt med primärvården. Här har då distriktsläkaren en grannliga uppgift att se till helheten och väga in olika faktorer i det enskilda fallet. Behovet av läkemedel som en läkare har ordinerat inom slutenvården i samband med sjukhusvistelse måste primärvården följa upp och utvärdera. Höga doser av exempelvis analgetika som en läkare har ordinerat i det akuta skedet, kan behöva fasas ut vartefter läkningen fortskrider. För primärvården tillräcklig information om hur planeringen för den fortsatta läkemedelsbehandlingen är tänkt? I de fall då primärvården har fått information är det betydligt lättare att ta ställning till att sätta ut läkemedel som en annan specialist har ordinerat. Kommunikationsbrister i vårdkedjan leder till osäkerhet om behandlingar och är därmed en patientsäkerhetsrisk.

Hur ska vi komma till rätta med problematiken att läkare inom primärvården inte gärna vill ta ställning eller ansvar för förändringar av andra specialisters ordinationer? De måste känna att de kan ta ansvar för att omvärdera en läkemedelsbehandling, som till exempel en läkare med specialistkompetens inom ögonsjukvård har ordinerat.

Läkare måste bedöma patienten utifrån ett helhetsperspektiv där de väger in förutsättningarna för den enskilde, såväl fysiskt, psykiskt och existentiellt som socialt. Dagens vårdprogram för till exempel behandling av hypertoni förespråkar en strategi med sänkning av blodtrycket som kan få till följd att äldre patienter påverkas negativt, bland annat med risk för att råka ut för fallolyckor. Är det dags att ta fram vårdprogram som särskilt riktar sig till läkemedelsbehandling för äldre och som tar hänsyn till den specifika skörhet som denna åldersgrupp har?

I samarbete mellan Socialstyrelsen och Apoteket AB gjordes 2004 en enkätstudie vid 20 slumpvis utvalda apotek. Där deltog 700 apotekskunder som hade fått andra läkemedel på grund av generikabyten (9).

I denna enkät uppgav sju procent (49/700) av dem som hade fått sitt läkemedel utbytt att de hade felmedicinerat på grund av bytet. Dubbelmedicinering var det vanligaste felet. En åtgärd som då angavs som kvalitetsförbättrande var en ökad användning av dosdispensering av läkemedel.

I granskningen 2008 har större delen av patienterna dosdispensering och trots detta förekom generisk dubbelmedicinering hos nio procent av patienterna (26/289), det vill säga en ökning trots dosdispensering. Vad kan det bero på?

En orsak kan vara att vi har fått fler generika och förekomsten av byten har därmed ökat, men det finns sannolikt fler orsaker. Det är oroväckande

att förekomsten av dubbelmedicinering ökar och att generikabyten kan vara en av de vanligaste orsakerna.

För de patienter som får sina läkemedel expedierade genom ApoDos utgör det så kallade ordinationskortet, en form av gemensam läkemedelslista. För varje ordinationskort finns det en ansvarig läkare som ska ha en samlad bild över patientens ordinationer. Den ansvariga läkaren ansvarar också för den årliga förnyelsen av ordinationskortet, då de också bör göra en genomgång av ordinationerna. Det borde alltså finnas förutsättningar för en bättre kontroll över läkemedelsbehandlingen av äldre med ApoDos. Ett problem är dock att ett ordinationskort ofta omfattar läkemedel från flera olika förskrivare (10).

Detta ställer stora krav på den som ska förnya ordinationskortet eller dosreceptet vad gäller överblick, kunskap och ansvar. Den årliga förnyelsen av ordinationskortet eller dosreceptet borde ansvarig läkare se som ett tillfälle för en systematisk och noggrann läkemedelsöversyn.

Förekomsten av läkemedelsgenomgångar har närmast fördubblats jämfört med granskningen 2005 (1). Detta är sannolikt ett resultat av ett systematiskt arbete från läkemedelskommittéerna, satsningar inom primärvården samt Socialstyrelsens tillsynsarbete.

Trots att läkemedelsgenomgångar har ökat markant ser vi en ökad förekomst av de flesta indikatorerna då man istället skulle ha förväntat sig en minskning. Orsaken till detta bör vi undersöka vidare.

Det verkar inte räcka med *att* man gör en läkemedelsgenomgång och att man gör den systematiskt, vilket enbart behöver betyda att man gör den med jämna mellanrum. Frågan är kanske istället *hur* man gör den samt hur pass kvalitetssäkrat arbetet är.

Denna fråga stärks ytterligare då man isolerat tittar på reprisgruppen där både läkemedelsgenomgångar och utbildningssatsningar då det gäller läkemedel och äldre samt sjukdomar hos äldre har ökat mest, samtidigt som reprisgruppen har visat sämre resultat i flest indikatorområden istället för, som förväntat, tvärtom.

Flera har påpekat att i de fall där en undersköterska eller motsvarande deltar vid läkemedelsgenomgången kan man ta tillvara på dennes kompetens och iakttagelser. Det är de som har störst närhet till patienten och som också möter patienten under flest timmar av dygnet, vilket innebär att de kan uppmärksamma verkan eller biverkan av patientens ordinerade läkemedel.

Cirka dubbelt så många vårdcentraler inom reprisgruppen som de nygranskade har haft utbildning och fortbildning inom läkemedel och äldre samt äldres sjukdomar de senaste två åren. Detta är sannolikt en effekt av Socialstyrelsens tidigare granskning 2005 (2), då de påtalade bristen på dessa utbildningar. Trots detta ser vi fortfarande betydande brister i ordinationerna av läkemedel.

Samtidigt dominerades de uppgivna utbildningssatsningarna 2008 av att vara diagnosrelaterade undervisningstillfällen (till exempel hjärtsvikt, osteoporos och så vidare), det vill säga *generellt* till alla åldersgrupper. Det var endast några enstaka vårdcentraler som hade haft *specifika* utbildningar med fokus på enbart läkemedel och äldre eller äldres sjukdomar.

Det har vid flera intervjuer och i enkäterna framkommit att under senare år har vårdcentralerna inte alltid prioriterat utbildning och fortbildning på

grund av ekonomi. Socialstyrelsen ställer sig frågan om detta har lett till att kunskaperna på området har minskat, vilket i så fall skulle innebära en ökad patientsäkerhetsrisk.

Att man ansåg det vara alarmerande att 27 procent av ordinationsunderlagen inte stämde överens med vilka läkemedel patienten faktiskt intog vid granskningen 2005 är kanske inte så märkligt. Att vi tre år senare finner att det fortfarande är en mycket hög siffra (23 procent) som inte stämmer överens måste vi se som anmärkningsvärt.

Granskningen visar att vårdcentraler på större ort generellt sett har sämre resultat både vad gäller läkemedelsbehandling, läkemedelsgenomgångar och utbildning och fortbildning. Socialstyrelsen ställer sig frågan vad som kan vara orsaken och om det finns anledning för verksamheterna att analysera frågan vidare.

En relativ försämring trots olika aktiviteter

- Västerbottens läns landsting har gett ut en vägledning, FAS-UT (11). Där kan man läsa att ”det ej är försvarbart att utsätta en patient för läkemedelsbehandling som inte ger avsedd effekt, medför besvärande biverkningar eller skapar risker i kombination med andra läkemedel”.
- Staten har riktat resurser för att förbättra läkemedelsbehandling till äldre (Stimulansmedel för äldre).
- Landets samtliga läkemedelskommittéer har haft olika program för att angripa problematiken kring läkemedel och äldre. 2007 angavs särskilt som året då man skulle sätta ”Läkemedel och äldre” i fokus.
- Utbildning och fortbildning har genomförts i olika omfattning.

Trots dessa aktiviteter och satsningar ser vi vid denna granskning en relativ försämring under perioden 2005–2008 i sydöstra sjukvårdsregionen.

Det handlar kanske inte om *att* man genomför aktiviteter utan mer om *hur* man genomför dem. Detta blir en viktig uppgift för huvudmännen att förbättra framöver och se till att de tillämpar kunskaperna praktiskt i verksamheterna.

Vårdgivarna bör

- se till att ge personalen en ökad kunskap om det normala åldrandet, gerontologi
- se till att ge personalen en ökad kunskap om effekterna av läkemedel hos äldre och deras sjukdomar, geriatrik
- genomföra läkemedelsgenomgångar på ett annorlunda och mer systematiskt sätt – det är inte tillräckligt *att* de gör dem utan det viktigaste är *hur* de gör dem
- se över i vilken utsträckning det finns dokumenterat(e) underlag för givna ordinationer (indikator 1.1 och indikator 1.2) och hur personalen följer upp och utvärderar dessa läkemedel

- se över förekomst och indikation av ordinerade sömnmedel och lugnande preparat (indikator 1.3)
- särskilt kontrollera förekomst och skäl till dubbelanvändning och ordination av tre eller fler olika psykofarmaka samtidigt (indikator 1.5)
- särskilt uppmärksamma effekter av generikabyten
- särskilt uppmärksamma förekomst av differenser i ordinationsunderlag, det vill säga, när patientens aktuella ordinationsunderlag av läkemedel inte överensstämmer med anteckningar i patientjournalen, eller när flera olika ordinationsunderlag finns i omlopp.

Socialstyrelsen bör i sin stödjande och granskande tillsyn

- granska i vilken utsträckning det finns dokumenterade underlag för givna ordinationer (indikator 1.1 och indikator 1.2), samt hur personalen följer upp och utvärderar dessa läkemedel
- granska förekomst och indikation av ordinerade sömnmedel och lugnande preparat (indikator 1.3)
- särskilt granska förekomsten och skälen till dubbelanvändning och ordination av tre eller fler olika psykofarmaka samtidigt (indikator 1.5)
- uppmärksamma effekter av generikabyten
- granska att ordinationsunderlag överensstämmer med aktuella ordinationer.

Referenser

1. Läkemedelsbehandling till äldre i hemsjukvården – Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn vid 30 vårdcentraler i sydöstra sjukvård-regionen. Socialstyrelsen, 2005
2. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsen, 2004
3. Antonovsky inte Maslow. För en salutogen omsorg och vård. Sjöberg. A., Westlund. P. Fortbildning AB, 2005
4. Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. SBU-rapport nr 163
5. Planera för Mirakel. Sjöberg. A., Westlund. P. Fortbildning AB, 2008
6. Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik, Socialstyrelsen, 2007
7. Läkemedelsbehandling inom äldrevården – Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Socialstyrelsen, 2004
8. Två av tre äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Kragh. A. Skåne. Läkartidningen 2004;101 (11):994-9
9. Socialstyrelsen, publikationer, Patientsäkerhet vid utbyte av läkemedel på apotek, 2004-10-29
10. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA-projektet. En tillämpning av kvalitetsindikatorer för analys av läkemedelsanvändningen hos äldre med dosexpedition på kommunala äldreboenden i ett svenskt län. Olsson. J., Bernsten. A., Carlsten. A., Schmidt. I., Fastbom. J. Socialstyrelsen 2004;2004-131-24.
11. FAS-UT, Claes Lundgren, Läkemedelskommittén i Västerbottens läns landsting, 2005
12. Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
13. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)

Bilaga

Följande vårdcentraler har ingått i projektet. De som är markerade med * har Socialstyrelsen besökt 2005 och de med ** besöktes både 2005 och 2008.

- Anderstorps vårdcentral, Landstinget i Jönköpings län *
- Bankeryds vårdcentral, Landstinget i Jönköpings län
- Emmaboda vårdcentral, Landstinget i Kalmar län
- Färjestadens vårdcentral, landstinget i Kalmar län
- Hageby vårdcentral, Landstinget i Östergötland
- Kolmårdens vårdcentral, Landstinget i Östergötland *
- Kristinebergs vårdcentral, Landstinget i Kalmar län
- Landsbro vårdcentral, landstinget i Jönköpings län
- Lindsdals vårdcentral, landstinget i Kalmar län
- Lyckorna vårdcentral i Motala, Landstinget i Östergötland
- Mantorps vårdcentral, Landstinget i Östergötland *
- Mjölby vårdcentral, Landstinget i Östergötland *
- Reftele vårdcentral, Landstinget i Jönköpings län
- Rydaholms vårdcentral, Landstinget i Jönköpings län *
- Ryds vårdcentral, Landstinget i Östergötland **
- Råslätts vårdcentral, landstinget i Jönköpings län
- Skarptorps vårdcentral, Landstinget i Östergötland**
- Skäggetorps vårdcentral, Landstinget i Östergötland
- Skänninge vårdcentral, Landstinget i Östergötland
- Slottsgatans vårdcentral, Landstinget i Kalmar län *
- Skärblacka vårdcentral, Landstinget i Östergötland *
- Sävsjö vårdcentral, Landstinget i Jönköpings län
- Söderåkra vårdcentral, Landstinget i Kalmar län *
- Torsås vårdcentral, landstinget i Kalmar län *
- Vaggeryds vårdcentral, Landstinget i Jönköpings län *
- Vikbolandets vårdcentral, Landstinget i Östergötland *
- Västers vårdcentral i Värnamo, Landstinget i Jönköpings län *
- Ödeshögs vårdcentral, Landstinget i Östergötland *
- Överums vårdcentral, Landstinget i Kalmar län *