
Revisionsrapport

Läkemedelsanvändningen vid kommunens särskilda boenden för äldre

En samverkansgranskning mellan revisorerna i Krokoms, Östersunds, Strömsunds och landstinget

Krokoms kommun

Jan-Erik Wuolo
Cert. kommunal
Revisor

Fredrik Markstedt
Revisionskonsult

Mars 2012



Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	1
2.	Bakgrund och uppdrag	3
2.1.	Revisionsfråga	3
2.2.	Metod och avgränsning	4
2.3.	Organisation	6
3.	Granskningsresultat	7
3.1.	Mål och riktlinjer för läkemedelsbehandling vid äldreboenden	7
3.2.	Läkemedelsanvändningen vid äldreboendena	10
3.2.1.	Hög risk för biverkningar hos äldre	11
3.2.2.	Polyfarmaci	13
3.2.3.	Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat	14
3.2.4.	Antal äldre med stående ordination av laxantia	14
3.3.	Läkemedelsgenomgångar (LMG)	15
3.4.	Tillgång till läkare - avtal och rutiner och teamarbete vid äldreboendena	16
3.5.	Avvikelseberättelser - läkemedel	17

Bilagor:

Bilaga 1. Beskrivning av de läkemedelsgrupper som ingår i granskningen

Bilaga 2. Läkemedelsanvändning vid Krokoms kommunens äldreboenden

Bilaga 3. Jämförelse mellan läkemedelsanvändning vid tre av kommunernas äldreboenden

Bilaga 4. Definition - läkemedelsgenomgång vid äldreboenden i Jämtland

1. Sammanfattande bedömning

På uppdrag av revisorerna i Krokoms kommun har PwC Kommunal Sektor granskat läkemedelsanvändningen och avvikelshantering avseende läkemedel i Krokoms kommuns särskilda boenden. Revisorernas bedömning av väsentlighet och risk har legat till grund för valet av granskningsinriktning.

Vår sammanfattande bedömning är att läkemedelsanvändningen och avvikelshantering vid kommunens särskilda boenden inte till alla delar är ändamålsenliga. Den sammanfattande bedömningen baseras på följande iakttagelser:

Övergripande från politisk nivå/socialnämnden finns inga mål angivna eller en inriktning som mer specifikt omfattar de äldres läkemedelsanvändning vid kommunens äldreboenden. Vi anser att socialnämnden bör låta ta fram några övergripande mål rör läkemedelsanvändningen som nämnden kan fastställa och som sedan förankras hos personalen vid äldreboendena. Detta i sin tur kan ge ett stöd till äldreboendenas arbete med att utveckla och lägga fast lokala mål. Detta anser vi är ett teamarbete som vi rekommenderar görs i samverkan mellan MAS, äldreboendena och berörda läkare vid hälsocentralerna. Vi grundar vår uppfattning på det faktum att läkemedelsbehandlingen är en väsentlig del av vården vid äldreboendena.

När det gäller läkemedelsanvändningen finns det vissa förhållanden som inte är helt tillfredsställande. Nästan var tredje äldre vid de särskilda boendena använder kontinuerligt lugnande medel/sömnmedel, vilket vi bedömer som en förhållandevis hög andel. Vi bedömer att det finns anledning att säkerställa att användandet av lugnande/sömnmedel är optimalt med tanke på risken för påtagliga biverkningar. 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 sömnmedel bör finnas. Vi ser det som motiverat att det närmare undersöks om användningen av sömnmedel/lugnande medel ligger på en rimlig nivå. Vi har sett att nivån vid enskilda äldreboenden i andra kommuner kan ligga på en betydligt lägre nivå jämfört med i Krokoms. Beror dessa skillnader på t ex behandlingspraxis eller finns det faktiska vårdbehov hos de äldre som förklarar förhållandet?

Nästan varannan vårdtagare (46 procent) vid äldreboendena använder kontinuerligt antidepressiva medel. Nivån indikerar att för säkerställande av en hög kvalitet i de äldres användning av läkemedlet behövs en kontinuerlig uppföljning och kontroll, inte minst vid det äldreboende där andelen är 61 procent. Erfarenheter från andra läkemedelsuppföljningar har visat att äldre inte sällan står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns.

28 procent av de äldre vid äldreboendena använder samtidigt 2-3 medel av psyko-farmaka (neuroleptika, antidepressiva eller sömnmedel/lugnande). Denna form av polyfarmaci bör vara så låg som möjligt pga. uppenbar risk för biverkningar. Därför finns det skäl till en kontinuerlig kontroll och uppföljning av denna grupp av äldre (46 personer).

Det är positivt att noteras att endast 4 procent av de äldre i Krokoms äldreboenden regelbundet använder mer än 10 läkemedel samtidigt. I Strömsund är motsvarande resultat 26 procent och i Östersund 13 procent. Ingen har heller mer än 20 läkemedel samtidigt.

När det gäller laxantiaanvändningen är nivån vid Krokoms äldreboenden jämförelsevis låg, vilket är positivt. Vid ett äldreboende är det dock 40 procent som kontinuerligt använder laxantia. Vår erfarenhet är att det finns goda möjligheter att reducera laxantiaanvändningen till förmån för olika omvårdnadsåtgärder. Även användningen av antiinflammatoriska medel (NSAID) ligger på en låg nivå i Krokoms.

I sammanställningen kan konstateras att endast 64 procent av de boende får en årlig läkemedelsgenomgång i enlighet med den överenskomna och fastställda definition avseende innehållet i läkemedelsgenomgångar som kommunen har med landstinget. Målet är att alla äldre vid äldreboendena årligen ska få en läkemedelsgenomgång. Via de intervjuade framgår även att läkemedelsgenomgångar inte alltid sker i enlighet med fastställd definition. Vi anser inte att det går att sätta likhetstecken mellan en återkommande läkarrond vid äldreboendet och en mer djupgående och individuell årlig läkemedelsgenomgång. Det är positivt att rekommenderade symptomskattningar används när läkemedelsgenomgångar genomförs.

Vi bedömer att kommunen och landstinget på ett tillfredsställande har klarat av att tillgodose läkartillgången på äldreboendena, men det bör uppmärksammas synpunkterna på tidsbrist vid läkarronder från äldreboendenas sjuksköterskor.

Avvikelsehanteringen är av största betydelse för förbättringsarbetet och kvalitetsutveckling vid äldreboendena. Därför är det allvarligt att uppgifter om avvikelserapportering för ett helt år (2009) kommer bort. Vi har inte fördjupat oss varför inte avvikelserapportering kan ske elektroniskt i befintliga informationssystem, t ex Viva utan att det fn är en manuell pappersrutin. Kommunen bör sträva mot att skapa en IT-baserad rapporteringsrutin vilket skulle underlätta såväl inrapportering som uppföljning av avvikelser.

I jämförelser med Östersund och Strömsund men även med kommuner i Västernorrland som vi tidigare granskat har Krokoms ett jämförelsevis högt antal rapporterade avvikelser per vårdplats och år. Vad detta beror på behöver klarläggas av socialnämnden och MAS. Ur patientsäkerhetssynpunkt är avvikelsernas omfattning ett riskområde. Brister i rutinerna kring läkemedelshanteringen vid äldreboendena kan det få allvarliga konsekvenser för de äldre. Ett första inriktningsmål för äldreboendena i Krokoms kan t ex vara att antalet avvikelser inte ska överstiga en per vårdtagare och år.

Vi bedömer att kompetensutvecklingen av personal vid äldreboendena är ändamålsenlig men vi vill peka på att ytterligare utbildningsinsatser kommer att öka kvaliteten i omvårdnaden. Särskilt undersköterskor och vårdbiträden bör uppmärksammas i detta avseende.

Socialnämnden har i sin roll som ansvarig vårdgivare ett övergripande ansvar för styrning, kontroll och utvärdering av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerheten inom äldreboendena. När det gäller de äldres läkemedelsanvändning anser vi att nämnden årligen bör få/begära information om läkemedelsanvändningen vid äldreboendena via MAS rapportering. Detta för att nämnden, bland annat med utgångspunkt från lämnad rapportering, ska kunna vidta mer aktiva åtgärder när det gäller styrningen av området t ex genom att ange inriktning/övergripande mål för de äldres läkemedelsanvändning. I detta arbete finns gott stöd från läkemedelskommitténs riktlinjer.

Socialnämnden bör stimulera och stödja intresse och engagemang från vårdpersonalens sida vid äldreboendena när det gäller att utveckla arbetet med kost och omvårdnad för de äldre, som alternativ till vissa läkemedel.

2. Bakgrund och uppdrag

Socialstyrelsen (SoS) har tidigare redovisat att läkemedelsanvändningen bland äldre ökat påtagligt i kommunala särskilda boendeformer. Denna omfattande läkemedelsanvändning innebär enligt SoS en kraftigt ökad risk för oönskade interaktioner mellan olika läkemedel och biverkningar hos de äldre som kan innebära försämrade funktionsförmåga. SoS har tagit fram riktlinjer för medicinering av äldre som ett stöd till läkare och övrig vårdpersonal. 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 och vårdpersonalen vid kommunernas äldreboenden viktiga roller.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) anser bland annat 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. Förutom SoS och SBU har även andra 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, (SÄLMA-projektet)*. Även pensionärsorganisationerna visar ett stort intresse för äldres läkemedelsanvändning.

Varje kommun ska erbjuda en god och patientsäker vård och omsorg till dem som bor i särskilda boendeformer. Grunden för läkemedelsbehandlingen inom den kommunala hälso- och sjukvården är att den ska vara individuellt anpassad till den enskildes sjukdom/besvär och personliga förutsättningar. Landstinget har ett ansvar för att tillgodose kommunernas behov av läkarkompetens. Det innebär att landstinget ska svara för att de äldre som får hälso- och sjukvård vid kommunernas särskilda boenden ska ha tillgång till läkare på samma villkor som andra grupper i samhället.

Revisorerna i Krokom kommun har uppdragit till PwC Kommunal Sektor att granska och bedöma läkemedelsanvändning och vissa rutiner med koppling till området läkemedel vid kommunens särskilda boenden för äldre. Uppdraget är att detta ska ske i samverkan med kommunrevisorerna i Östersund, Strömsund samt revisorerna i Jämtlands läns landsting.

2.1. Revisionsfråga

Revisionsfrågan för denna granskning är; om läkemedelsanvändningen och avvikelshanteringen vid Krokom kommuns 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.
- Förskrivning av läkemedel olämpliga för äldre är så låg som möjligt.

- Förskrivning av olämpliga läkemedelskombinationer med risk för interaktioner är så låg som möjligt.
- Läkemedelsgenomgångar (LMG) genomförs för samtliga äldre vid äldreboendena.
- Det finns avtal och rutiner om läkarmedverkan vid äldreboendena som tillämpas och som bidrar till en patientsäker läkemedelsanvändning för de äldre.
- Det finns riktlinjer för rapportering, uppföljning och åtgärder avseende läkemedelsavvikelser som tillämpas.

Revisionsfrågan är densamma i Östersund, Strömsund och landstinget.

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 rapportering som äldreomsorgen/MAS redovisar till socialnämnden.

Sammantaget har fem personer inom kommunen intervjuats; fyra sjuksköterskor, MAS och en allmänläkare från Krokoms hälsocentral. MAS har även faktakontrollerat rapporten.

Vi vill i sammanhanget nämna att MAS, äldreboendenas sjuksköterskor och intervjuade läkare har varit oss till god hjälp under granskningen med att förse revisionen med information och läkemedelsstatistik som belyser läkemedelsanvändningen vid äldreboendena. Socialchefen har inledningsvis informerats om granskningen.

Vi har dessutom gjort ett flertal intervjuer inom landstinget med olika ledningspersoner med koppling till äldres läkemedelsanvändning. Vi hänvisar till landstingsrevisorerna revisionsrapport.

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 läkemedelslista 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 från VAS avseende de äldres läkemedel från hälsocentralen via läkaren. För journalföring använder kommunen sig av det IT-baserade programmet Viva. Läkarna registrerar läkemedelsförskrivningarna i VAS. Läkemedelslistan i VAS är för varje patient gemensamt tillgänglig för både primärvårdens och slutenvårdens läkare.

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.

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 landsting, regioner, kommuner samt apoteksaktörer ska använda.

Läkemedelsstatistiken i denna granskning omfattar kommunens samtliga tre äldreboenden och av de 168 äldre/platser som finns vid dessa enheter ingår 165 personer (98 procent). Intervjuer har genomförts med MAS och ansvariga sjuksköterskor vid två av dessa boenden, Blomstergården och Hällebo. Dessutom finns äldreboendet Solbacken som drivs av entreprenören Förenade Care på uppdrag av kommunen.

Den sammantagna samverkansgranskningen omfattar 896 äldre som bor vid 29 äldreboenden i de tre granskade kommunerna. Då motsvarande granskning genomförts i Norrbotten och Västernorrland finns ett jämförelsematerial med sammantaget 2380 personer 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
- 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, 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

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

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 ordinationer 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 och sammanställd 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.

2.3. Organisation

Äldreomsorgen i Krokomböden ingår i socialnämndens/socialförvaltningens ansvarsområde och består förutom olika insatser i ordinärt boende även av särskilda boenden. De äldre som bor på särskilda boenden har ofta ett omfattande behov av omvårdnad och hälso- och sjukvård.

Kommunens äldreboenden leds av funktionschefen för särskilda boenden. Arbetsledare är chefer vid äldreboendena. All personal vid äldreboendena är underställda arbetsledarna, inkl sjuksköterskorna. MAS har ett medicinskt ledningsansvar för all legitimerad personal inom vård och omsorg (sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter).

I Krokomböden ingår MAS i funktionen Legitimerad personal, enheten leds av en funktionschef. De uppgifter som generellt åligger MAS innebär att denne har ansvar för kvalitet och säkerhet i den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kommunen bedriver.

I MAS ansvarsområde ingår även att bevaka att vårdtagarna i de särskilda boendena får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet genom att t ex se till att rutinerna för journalföring, läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande samt att processen för avvikelserapporteringen och Lex Maria-rapporteringar fungerar tillfredsställande. I förhållande till äldreboendenas sjuksköterskor utövar MAS tillsyn samt är stödjande/rådgivande vid i olika frågor som berör hälso- och sjukvården. MAS har även uppdrag att arbeta med utvecklingsfrågor avseende hälso- och sjukvård.

Läkarstödet till äldreboendena lämnas från landstingets hälsocentraler (se 3.4.1 nedan).

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.

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 och 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 -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 och 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 arbetsätt 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 flertalet 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 bland annat att äldre med kontinuerlig läkemedelsbehandling ska ha en årlig genomgång av sin medicinering men även fortlöpande uppföljning och bedömning av den totala medicinska statusen med provtagning, i samråd med patienten och anhöriga. Beträffande definition av årlig läkemedelsgenomgång (LMG) se bilaga 4. Vid LMG ska sjuksköterska vid äldreboendet, enligt rutinen för LMG, göra en symptomskattning enligt t ex verktyget *Phase 20* för att identifiera symptom hos de äldre som kan bero på läkemedel.
- 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.
- LMK har identifierat fem områden (”golv och tak”) där läkemedelsförskrivningen, av medicinska skäl, bör öka respektive minska - *Behandlingsmål för läkemedelsbehandling i primärvården i Jämtlands län 2008*. I vissa fall bör medicineringen öka t ex för hypertoniemedel, antidepressiva och minska för t ex beroendeframkallande och antikolinerga medel.
- Informationsblad från LMK i Jämtland, *Jämtmedel*. Här informerar läkemedelskommittén regelbundet om olika frågor som berör området äldres lä-

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 allt ifrån lätta minnesstörningar och i svårare fall förvirring eller till och med demensliknande tillstånd.

kemedelsanvändning. Det kan gälla olämpliga medel för äldre, riktlinjer som t ex avseende LMG, uppföljningar mm.

I landstinget dokumenteras patienternas läkemedel 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 läkemedelsförskrivningen i länet som följs upp på kommunnivå när det gäller olika typer av medel. Därutöver, när det gäller uppföljningar av läkemedelsanvändningen vid äldreboenden, 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.

Kommunen

Socialnämnden har som vårdgivare det övergripande ansvaret för att hälso- och sjukvården i kommunen uppfyller de krav som Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen ställer.

Kommunens/socialnämndens inriktning för området äldres läkemedelsanvändning har granskats avseende måldokumentet nedan. För respektive dokument beskrivs mål/inriktningar som har en koppling till läkemedelsbehandlingen av de äldre vid särskilda boenden.

- Ledningssystem för HSL och SoL *Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet*.
- *Kvalitetspolicy för socialnämnden i Krokoms kommun*.
- *Verksamhetsplan 2012-2014* för socialnämnden. Här nämns under rubriken Särskilt boende att man ska fortsätta att utveckla arbetet med genomförandeplaner för de äldre och kontaktmannaskap. Vid uppföljningar ska ett nyckeltal vara avvikelserapportering. Något mer specifikt avseende läkemedelsanvändning nämns inte.
- Någon specifik verksamhetsplan för särskilda boenden finns ännu inte framtagen. Det som finns är fem inriktningsmål för en sådan plan.
- *Kvalitetsplan för Blomstergården/Orion/Polstjärnan 2012*. Här lyfts fram att de boende ska få en god och säker hälso- och sjukvård som utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Regelbundna läkarkontakter ska tas. LMG ska göras för varje äldre en gång per år med målet att minska läkemedelsanvändningen. Delegerade medicinska uppgifter till övrig personal ska följas upp av sjuksköterska. Genomförandeplan för medicinska åtgärder ska upprättas.
- *Verksamhetsplan för Blomstergården-Orion-Polstjärnan(2010)*.
- *Rutin för avvikelse- och riskhantering(2009)*. Rutinen omfattar identifiering, rapportering, analys, uppföljning, åtgärder och återföring av erfarenhe-

ter av negativ händelse. Rutinen gäller för läkemedelsavvikelser och övriga avvikelser. Sjuksköterska, arbetsledare/berörd chef och MAS tar del av avvikelserapporterna. MAS sammanställer rapporterna. Det framgår inte i rutinen men enligt våra intervjuer med MAS får socialnämnden regelbundna rapporter om utvecklingen avseende läkemedelsavvikelser.

- *Ädelavtal Krokombom (2009-04-02)*. I avtalet regleras frågor om läkarmedverkan vid de särskilda boendena för äldre (se mer information i avsnitt 3.4.1).

I ovan nämnda övergripande styrdokumenterna är det endast i *Kvalitetsplan för Blomstergården/Orion/polstjärnan, Rutin för avvikelse- och riskhantering och Ädelavtal Krokombom* som inriktningar/mål förekommer som berör de äldres läkemedelsanvändning. I övriga styrdokument finns vissa övergripande mål för vård och omsorg men det nämns inga mål som direkt berör läkemedel/medicinering av äldre vid kommunens särskilda boenden.

En gång i kvartalet har MAS en dialog med bland andra äldreboendenas sjuksköterskor i frågor om läkemedel och avvikelser. Sjuksköterskorna deltar även på äldreboendenas arbetsplatsträffar och kan där informera/utbilda övrig personal vid på äldreboendena om bland annat läkemedelsfrågor.

En gång per vecka har sjuksköterskorna på äldreboendena rond med läkare avseende de äldre. Vid sina återkommande kontakter med äldreboendenas läkare finns möjlighet för sjuksköterskorna att få kompletterande och nya kunskaper om läkemedelsterapi till äldre. Det inträffar t ex vid de genomgångar som görs av de äldres läkemedelslistor samt vid olika tillfällen när in- och utsättningar samt dosförändringar avseende läkemedel är aktuella. Sjuksköterskorna kan alltid vid behov ta kontakt med läkarna per telefon för rådgivning kring dessa frågor. Vid äldreboendena i Krokombom får många av de äldre sina mediciner via ApoDos och en del får sina mediciner via dosett (se avsnitt 2.2).

3.2. Läkemedelsanvändningen vid äldreboendena

Med SoS 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 akuttagningar 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 en sammanställning för samtliga äldreboenden i kommunen avseende vissa delar av läkemedelsanvändningen bland de äldre. Nedan redovisas och kommenteras delar av denna sammanställning. I bilaga 3 finns en sammanställning över läkemedelsanvändningen vid äldreboendena i Östersund och Strömsund som ingår i granskningen. Jämförelse mellan kommunerna redovisas även nedan i rapporten.

3.2.1. Hög risk för biverkningar hos äldre

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

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

Användningsområdet för neuroleptika är främst patienter med psykotiska tillstånd. Stor risk finns för biverkningar som förvirring, kognitiva störningar samt störningar på sociala funktioner och känslolivet. Läkemedlen bör undvikas för äldre i möjligaste mån. Andelen äldre som använder medlen och doserna ska, enligt experter, vara så låga som möjligt. Stor restriktivitet har förordats av Läkemedelsverket som bland annat pekar på ökade risker för patienter med demenssjukdom. Enligt uppgift ska behandlingstiderna hållas korta. Äldre bör inte använda läkemedlet kontinuerligt längre än en månad och uppföljning förutsätts ske regelbundet under tiden.

8 procent av alla äldre vid kommunens äldreboenden har en stående användning av neuroleptika. Det är lägre än genomsnitt på 11 procent för samtliga tre kommuner som ingår i denna samverkansgranskning. Vid Östersunds äldreboenden är det i genomsnitt 13 procent som använder neuroleptika och i Strömsund 9 procent. Vid andra undersökningar⁵ som vi genomfört i fem kommuner i Norrbotten och tre i Västernorrland var genomsnittet 20 respektive 15 procent.

Vid de tre granskade äldreboendena i Krokoms var andelen som använder neuroleptika kontinuerligt 5, 6 och 12 procent. En frågeställning i sammanhanget är, vad det beror på att ett äldreboende har mer än dubbelt så hög neuroleptikaanvändning. Neuroleptikaanvändning kan, enligt bland andra Läkemedelsverket, reduceras 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 förekomsten av depressioner dubbelt så hög. Äldre deprimerade tillfrisknar långsammare än yngre personer. 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. Kända biverkningar som illamående, huvudvärk och yrsel gör att andelen äldre som använder medlen ska vara så optimal som möjligt.

46 procent av de äldre vid Krokoms äldreboenden använder antidepressiva medel regelbundet. Motsvarande värden för Östersund och Strömsund är 48 respektive 53 procent. I de ovan nämnda granskningen av kommuner i Norrbotten och Västernorrland var genomsnittet 31 respektive 45 procent.

⁵ I Piteå, Jokkmokk, Övertorneå, Pajala och Kiruna (april 2009) samt Ånge, Kramfors och Örnsköldsvik (mars 2011) gjordes en revisionsgranskning av läkemedelsanvändningen vid kommunernas äldreboenden.

Vid äldreboendena i Krokom var användningen av antidepressiva läkemedel 29, 37 samt 61 procent. Lägsta andelen i granskningen har ett äldreboende i Strömsund på 10 procent och högsta har ett äldreboende i Östersund på 91 procent.

Erfarenheter från andra läkemedelsuppföljningar har visat att äldre inte sällan står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns. Det finns en tydlig variation mellan äldreboenden i denna granskning avseende användningen av antidepressiva medel. Såväl över- som underförskrivning av medlen kan förekomma. För att säkerställa en hög kvalitet i de äldres användning av läkemedlet behövs en kontinuerlig uppföljning och kontroll.

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

Lugnande medel/bensodiazepiner är ofta beroendeframkallande och kan ge påtagliga biverkningar hos den äldre som dagtrötthet, balansstörningar och fall, kognitiva störningar samt muskelsvaghet. 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 bedöms inte lämpliga, omprövning av användningen bör ske inom en månad. Andelen äldre som har dessa medel bör vara låg.

I Läkemedelskommitténs terapiråd *Olämpliga läkemedel för äldre* ingår dessa läkemedel. Läkemedelskommittén har via sina rekommendationer arbetat för att få ner förskrivningen av sömnmedel. Omvårdnadsåtgärder t ex kring kostintag bör övervägas som alternativ till t ex sömnmedel. Bland de intervjuade finns det olika uppfattningar avseende om kostintagen för de äldre försämrats eller förbättrats avseende kostinnehåll och tidsrymden mellan målen. Uppfattningar finns att det blivit en ökad medvetenhet bland personalen om kvällsmålens betydelse för de äldres välbefinnande och sömn.

Vid äldreboendena i Krokom är det 30 procent, nästan var tredje äldre, som kontinuerligt använder lugnande-/sömnmedel vilket mot bakgrund av biverkningar får ses som en hög andel. Motsvarande andel i Kramfors och Örnsköldsvik är 29 respektive 28 procent. Andelen äldre som använder lugnande/ sömnmedel regelbundet vid Krokoms tre äldreboenden är 29, 29 och 33 procent. I den tidigare nämnda granskningen i Norrbotten var genomsnittet 34 procent och i Västernorrland 29 procent.

Från våra intervjuer med sjuksköterskorna är uppfattningarna att rekommenderade täta uppföljningar inte görs avseende av behandling med sömnmedel och antidepressiva medel.

Många äldreboenden i de tre kommunerna har en omfattande användning av lugnande/ sömnmedel men det finns även exempel på de som har en låg nivå (10 procent). Det är alltså möjligt även för äldreboenden i Krokom att nå en lägre nivå. Enligt de våra intervjuer från bland annat Västernorrland beror minskningen av användningen av sömnmedel som man sett i länet på ett målmedvetet omvårdnadsarbete med bland annat kostintag.

3.2.2. Polyfarmaci

Som nämnts tidigare innebär samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp men även mellan läkemedelsgrupper en ökad risk för skadliga interaktioner och biverkningar samt läkemedelsorsakad sjukhusvård. Läkemedelsbehandlingen effekter blir svåra att kontrollera och förutsäga. Socialstyrelsen har uttalat att ett intag av mer än tio läkemedel samtidigt innebär polyfarmaci. Socialstyrelsen och SKL framför i rapporten *Öppna jämförelser 2010 Vård och omsorg om äldre*, att samtidig användning av mer än tio läkemedel innebär avsevärd/extrem polyfarmaci och bör ses som en varningssignal. En vanlig orsak till polyfarmaci bland äldre kan t ex vara att läkemedelsterapin 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, lugnande medel/sömnmedel. Vi har även undersökt andelen äldre som samtidigt har mer än tio eller 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 hållas så låg som möjligt eftersom det är en grupp läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Vid Krokoms äldreboenden är det i genomsnitt 28 procent (39, 23 och 14 procent) av de äldre i granskningen som medicinerar med två till tre av dessa läkemedel. Motsvarande värden i Östersund och Strömsund är 29 respektive 30 procent. I granskningen som gjordes i Norrbotten och Västernorrland låg genomsnittet på 23 respektive 21 procent, alltså något lägre än för de tre jämtlandskommunerna.

Det finns en uppenbar risk för biverkningar eller interaktioner för de sammanlagt 46 äldre vid kommunens äldreboenden 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 i relation till förhållandena i Krokoms där 4 procent av de äldre regelbundet använder mer än 10 läkemedel samtidigt:

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

Jämförelsen ovan visar att Krokoms har en klart lägre andel äldre som använder mer än 10 läkemedel samtidigt. Variationen mellan boenden var 1, 2 och 8 procent. Vid intervjuer med vårdpersonalen i Krokoms framkommer att man har ”en känsla av” att antalet läkemedel vid äldreboendena har minskat under åren.

Ingen av de äldre vid Krokoms särskilda boenden har mer än 20 läkemedel. Det är endast i 3 fall i Östersund och Strömsund där äldre använder mer än 20 läkemedel samtidigt. Ofta finns förklaringar till sådana förhållanden att det avser en multisjuka äldre. Vi har dock inte här undersökt detta 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 inte ges vid tillstånd där inflammation saknas eller är obetydlig och där andra medel är lämpligare. Av terapiråd framgår bland annat att vid längre tids intag finns risk för bl a hjärtsvikt, magtarmblödningar/ magsår, nedsatt njurfunktion, kognitiva störningar mm. Dosen bör hållas låg och behandlingstiden om möjligt kort. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

I genomsnitt endast 1 procent av de äldre vid Krokoms särskilda boenden har en stående ordination av NSAID. Genomsnittet för Östersund och Strömsund är också lågt, 2 respektive 4 procent. Trenden har allmänt varit att denna typ av läkemedel har minskat bland de äldre. Vid de flesta av de undersökta äldreboendena i de tre jämtlandskommuner förekommer inte NSAID, men vid ett boende i Strömsund ligger man på den jämförelsevis höga nivån, 20 procent.

I Norrbotten och Västernorrland var genomsnittet i 3 och 5 procent.

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 behov av utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre. Denna indikerar olämplig regim, dvs. att läkemedel ordineras på ett sådant sätt att det medför risk för biverkningar eller att behandlingen är verkningslös.

27 procent av de äldre vid Krokoms äldreboenden använder kontinuerligt laxantia. Ett äldreboende ligger över detta genomsnitt för kommunen med 40 procent. De två övriga ligger på 17 procent. I Östersund och Strömsund ligger laxantiaanvändningen klart högre på 53 respektive 77 procent.

Våra mätningar i Norrbotten och Västernorrland visade att andelen av de äldre som där använde laxantia kontinuerligt var 50 respektive 58 procent. Sett över samtliga tre jämtlandskommunerna finner vi den högsta andelen med laxantia vid ett äldreboende 97 procent och den lägsta 15 procent, vilket är markanta skillnader.

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, lägger om kost (t ex mer fibrer och dryck) och samtidigt erbjuds mer fysisk aktivitet. Det är, enligt uppgift, 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 vi dock inte undersökts i Krokoms inom ramen för denna granskning. Vid våra tidigare kontakter med andra äldreboendens sjuksköterskor 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.

3.3. Läkemedelsgenomgångar (LMG)

Vid vården av de äldre är det viktigt att de med en stående medicinering ska ha en årlig bedömning av läkare med översyn av medicinering, kontroll av tillståndet, ställningstagande till provtagning och fortsatta kontroller och eventuellt korrigerande av medicineringen. Att den äldre bor på särskilt boende gör inte att behovet av sådan årlig läkemedelsgenomgång minskar. Det är med hänsyn till patientsäkerheten och de äldres välbefinnande i övrigt, viktigt att det regelbundet görs LMG 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 denna ska förnyas. Minskade kostnader för läkemedelsbehandlingen kan även uppnås genom systematiska LMG.

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

Landstinget och länets kommuner har som nämnts tidigare en dokumenterad och gemensamma riktlinje och rutin för LMG (se 3.1 och bilaga 4). De som vi har intervjuat känner väl till vad en LMG ska innehålla.

Det förekommer i landstingen att hälsocentralernas läkare har tillgång till ett IT baserat förskrivarstöd, t ex MiniQ. Förskrivarstödet sammanställer de äldres läkemedelsinformation, innehåller symptomskattning, uppmärksammar på interaktioner och biverkningar mm. Enligt uppgift används inget förskrivarstöd inom primärvården i Jämtlands läns landsting.

På revisionens fråga om hur många av de äldre som får en årlig LMG vid äldreboendena är det 64 procent av de äldre vid Krokoms äldreboenden som får detta, alltid de med ApoDos. I Östersund och Strömsund är motsvarande uppgifter 94 respektive 100 procent. Det är inte för oss säkerställt att dessa uppgifter är helt korrekta när det gäller om man vid alla LMG tillämpar den fastställda riktlinjen, en uppfattning som även finns i LMK. Vid våra intervjuer i de tre kommunerna har vi noterat att en del personal felaktigt sätter likhetstecken mellan en diskussion om den äldres läkemedelslista vid en läkarrond och LMG.

På riksnivå hade 66 procent av de äldre i särskilt boende en aktuell genomgång av förskrivna läkemedel. Andelen varierade mellan 0 och 100 procent bland landets kommuner. I Norrbotten och Västernorrland var andelen 87 respektive 45 procent. Krokoms ligger således i stort sett på riksnivå.

Det finns uppfattningar att anhöriga bör i större omfattning än vad som sker fn. erbjudas att delta vid LMG. Inför LMG lyssnar sjuksköterska av kontaktpersonerna (undersköterskor och vårdbiträden) vid t ex vårdlagsträffar om de äldres situation mm. Kontaktpersonen kan även delta vid LMG. Vid LMG kan läkaren även vilja göra ett hembesök och träffa patienten. Symptomskattningsformulär används av sjuksköterskorna inför LMG. Uppfattningen bland sjuksköterskorna är genomgående att det inte finns tillräckligt med tid för att prata om de äldres status, läkemedel mm.

3.4. Tillgång till läkare - avtal och rutiner och teamarbete vid äldreboendena

Det är ett rättvisekrav att de äldre har samma tillgång till läkare som andra åldersgrupper i samhället. Det är särskilt viktigt för äldre multisjuka patienter att det finns kontinuitet och tillgång till en fast specialist i allmänmedicin eller geriatrik som känner till den gamle väl och som har goda kunskaper om och ett fastlagt helhetsansvar för dennes medicinering. Inte minst i norrlandslänet är läkarpatientkontinuiteten 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 läkemedelsterapi. Det är inte ovanligt att flera läkare finns som förskrivare till den enskilda äldre patienten - på äldreboendet, vid hälsocentral och på sjukhus.

Ett skriftligt avtal mellan landstinget och kommunen utgör en god grund för att reglera omfattningen och innehållet i denna läkarmedverkan. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan vid bland annat kommunens äldreboenden. 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.

I Krokoms är det läkare från hälsocentralerna som har hand om de tre äldreboendena. Från våra intervjuer med MAS och sjuksköterskorna får vi intrycket att de i stort sett är nöjda med läkartillgången. Däremot är man inte lika nöjd med läkarkontinuiteten, det är alltför många olika läkare som stödjer äldreboendena, anser man.

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 läkaren. Från våra intervjuer framhåller läkarna sitt beroende av information om patienterna från äldreboendepersonalen som underlag för sina läkemedelsordinationer. Vid in- och utsättningar behöver läkare få veta hur t ex den äldre reagerat på ett nytt insatt läkemedel.

Personalens/teamets kunskaper om läkemedel vid äldreboendet får ses som en kvalitetsfaktor med stor betydelse för det sammantagna arbetet med administrering av och behandling med läkemedel. Patientsäkerheten ökar desto mer kunskap om äldres läkemedelsbehandling personalen har, det gäller även undersköterskor och vårdbiträden. SBU:s utvärderingar visar att det finns ett samband mellan utbild-

ningsinsatser till personalen och minskad förskrivning av olika läkemedel som kan öka risken för problem hos de äldre.

I Ädelavtalet om läkarmedverkan vid äldreboendena finns bland annat ett avsnitt om utbildningsinsatser som bör lyftas fram. Här framgår bland annat att kommunens personal kostnadsfritt ska inbjudas att delta vid för sjuksköterskor/ distriktsköterskor återkommande utbildningsdagar. Primärvårdens läkare och/eller annan specialistkompetens står till förfogande för utbildning av den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen. Vi har från intervjuerna förstått att kommunens sjuksköterskor deltar vid arrangemang typ primärvårdsdagar eller regional läkemedelsstämma som anordnas via LMK. Via stimulans medel har det även hållits läkemedelsutbildning för undersköterskor och vårdbiträden. Enligt MAS får sjuksköterskor årligen utbildning och undersköterskor ungefär vart fjärde år. Läkemedelskommittén är aktiv och anordnar utbildningar som 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 ta sig tid för detta och dessutom kan det vara svårt att få vikarier till äldreboendet medans personalen genomgår utbildning.

Även om det har förbättrats kan det förekomma uppfattningar bland vårdpersonalen om att problem kring de äldre kan lösas med ytterligare fler läkemedel. Enligt de läkare och sjuksköterskor vi intervjuat är man nu mer uppmärksam på om den äldres problem/beteende kan vara en följd av t ex något insatt läkemedel.

I det lokala Ädelavtalen i Krokombesöksgruppen anges en omfattning på läkarinsatserna för äldreboendena vilken ligger på, som minimum 3,5 minuter per patient och vecka. Läkarens restid till äldreboendet ingår inte i denna tid. Förutom att läkarna regelbundet besöker äldreboendena kan sjuksköterskorna dagligen nå 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

3.5. Avvikelse rapportering - läkemedel

Avvikelse rapportering 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 och misstag 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 Ma-

ria-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.

MAS följer löpande upp de rapporterade avvikelserna från äldreboendena och sammanställer och redovisar statistiken till socialnämnden. En avvikelserapport innehåller uppgifter om enhet, boende, namn, datum, tid och händelsebeskrivning. Avvikelserapporterna som görs av den/de som varit med om händelsen tas om hand av omvårdnadsansvarig sjuksköterska som noterar åtgärd. Sedan går rapporten till arbetsledare vid boendet som kan ta upp avvikelserapporten på vårdlags-/arbetsplatsträffar för att med dessa som underlag förbättra rutinerna vad gäller läkemedelshanteringen. MAS får sedan dessa avvikelserapporter för sammanställning, analys och vidare rapportering till nämnden.

Tidigare var rutinen avvikelserapporter hanterades via det IT-baserade journalsystemet *Viva* men fn tillämpas en rutin där rapportering sker för hand på papper. Vi känner inte närmare till bakgrunden till denna förändring.

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 för detta år.

Som en jämförelse kan nämnas från 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 två kommunerna i granskningen. Tabellen visar att för Krokom ligger antalet rapporterade läkemedelsavvikelser på en jämförelsevis hög nivå. Krokom sticker här ut medan det inte är så stor skillnad mellan Östersund och Strömsund.

Enligt intervjuerna med sjuksköterskor och MAS 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 s rap-

portering är det främst utebliven dos som ligger bakom avvikelserapporterna. Sedan följer orsakerna; att läkemedlen getts vid fel tidpunkt eller att det getts dubbel dos.

Det är även en patientrisk om personal inte uppmärksammar och läser på ordinationen/läkemedelslistan om tilläggsmediciner eller reduceringar av doser. Mestadels beror avvikelser, enligt vår erfarenhet, på att fastställda rutiner inte följs.

2012-03-27

Jan-Erik Wuolo
Projektledare

Anneth Nyqvist
Uppdragsledare

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 ordinerar 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

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

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

Bilaga 4

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 omvårdningsjournal
- 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.

