

En modell för regelbunden uppföljning av äldres läkemedelsbehandling

Symtomskattning och läkemedelsgenomgångar
på distans – ett pilotprojekt vid Björntorps
äldreboende och demensboende i Oxelösund

Ingrid Schmidt

Förord

Majoriteten äldre människor i Sverige är friska, och medellivslängden är bland de högsta i världen. Samtidigt är det så att de gamla som vårdas för sina sjukdomar och symtom ofta ordinerar alltför många läkemedel, vilket kan orsaka en rad problem. Detta har konstaterats i ett flertal rapporter och studier de senaste 10 åren, och gäller både de som bor i något av kommunernas äldreboenden, och den ökande andel äldre som bor i eget boende. Det har bland annat visat sig att det brister särskilt när det gäller uppföljning och utvärdering av läkemedelsbehandlingen och att verksamheterna har behov av att utveckla sådana rutiner och arbetssätt.

FoU Äldre i Sörmland beslutade våren 2004 att satsa särskilt på projekt som syftar till kvalitetsförbättringar av äldres läkemedelsbehandling. Den här sammanställningen beskriver en praktisk modell för uppföljning av äldres läkemedelsanvändning, och resultaten av ett försök där denna modell tillämpats på Björntorps äldreboende och demensboende i Oxelösund. Deltagare i projektet har varit distriktsläkare Gunnar Axelsson, sjuksköterskan Maud Lindell, sjuksköterska Kristina Sundelius, sjuksköterska Birgitta Åslund, Björntorps äldreboende och Björntorps Demensboende samt Medicinskt ansvarig sjuksköterskan Ingela Mindemark, Oxelösunds kommun.

Denna rapport redovisar resultaten från ett av delprojekten i ett större projekt, kallat "Äldre och läkemedel", vilket utgör ett samarbete mellan FoU Äldre i Sörmland, Allmänmedicinskt Centrum i Eskilstuna och landstingets läkemedelskommitté. Rapporten har skrivits av Ingrid Schmidt, som har varit koordinator för projektet Äldre och läkemedel. Ingrid Schmidt arbetar med läkemedelsfrågor på Socialstyrelsen och har tidigare bland annat skrivit en avhandling om läkemedelsbehandling på sjukhem.

Sammanfattning

Denna rapport beskriver en modell för genomgång av äldres läkemedelsanvändning, och resultaten av ett försök där denna modell tillämpats på ett äldreboende i Sörmland. Till skillnad från flertalet hittills genomförda läkemedelsgenomgångar, där en extern expert, vanligen apotekare, leder genomgången på plats, har vi i denna pilotstudie utvecklat ett expertstöd som arbetar på distans.

Expertstödet utgjordes av en apotekare som administrerar ett datorbaserat system för kvalitetsanalys av äldres läkemedelsanvändning enligt Socialstyrelsens indikatorer. Apotekaren kunde vid behov samråda med en klinisk farmakolog och/eller geriatriker.

Äldreboendet skickade till expertstödet uppgifter om vårdtagarnas aktuella läkemedelsanvändning, diagnoser, symptom och andra relevanta hälsouppgifter. Efter datoranalys åtföljd av apotekarens bedömning, sändes utlåtanden för varje vårdtagare till äldreboendet. Med utgångspunkt från dessa utlåtanden kunde läkaren tillsammans med ansvarig sjuksköterska och vårdpersonal, systematiskt gå igenom varje individs läkemedelsanvändning. Resultaten av dessa genomgångar skickades sedan till expertstödet för registrering och rapportsammanställning.

De 30 vårdtagare som ingick i försöket hade i genomsnitt 11,7 läkemedel. I synnerhet användningen av smärtstillande medel och psykofarmaka var mycket omfattande. Exempelvis användes lugnande medel och antidepressiva medel av vardera 40 procent av vårdtagarna. Det fanns också tydliga kvalitetsbrister. Bland annat hade var tredje individ sk antikolinerga läkemedel, som är starkt benägna att framkalla förvirringstillstånd hos äldre.

Vid läkemedelsgenomgången identifierades sammanlagt 85 läkemedelsproblem, d.v.s. i genomsnitt tre problem per person, vilka föranledde totalt 55 åtgärder (ut-sättning, dosminskning etc.).

Uppföljningen visade att förekomsten av kvalitetsbrister hade minskat (med 13-50 procent) med avseende på samtliga använda indikatorer. Enligt personalen måste det stora flertalet av vårdtagarna (80-90 procent) oförändrat eller bättre.

Vid en enkätundersökning efter läkemedelsgenomgångarna svarade en övervägande andel av personalen att genomgångarna hade varit värdefulla för dem personligen och för teamet runt den boende. Det stora flertalet ansåg också att genomgångarna var av stort värde för den boendes livskvalitet.

Innehåll

Förord.....	2
Sammanfattning	3
Läkemedelsanvändning hos äldre	5
Varför använder äldre mycket läkemedel?.....	6
Sörmland	7
Syfte	7
Översikt över arbetsprocessen	8
Insamling av uppgifter	8
Resultat	10
Antal läkemedel	10
Läkemedelsanvändningens kvalitet	11
Vad personalen tyckte om arbetssättet	12
Diskussion.....	17
Antalet läkemedel minskade med ett preparat per person	18
Bättre kvalitet enligt Socialstyrelsens indikatorer	18
Referenser	23

Rapporter utgivna av FoU Äldre i Sörmland

Rapport 2006:1

Förbättrat stöd för personer med demens i eget boende – utvärdering av utbildningsprogram för hemtjänsten i Flens kommun.

Författare: Sofia Kialt

Rapport 2006:3

Dagverksamhet för demenssjuka i Vingåkers kommun.

Författare: Sara Ohlsson

Projektredovisningar utgivna av FoU Äldre i Sörmland

Projektredovisning 2006:1

Utveckling av särskilt boende för äldre med specifik problematik i sin demenssjukdom. Beteendestörning och psykiska symtom vid Demenssjukdom BPSD

Författare: Siv Hansson, Lena Nordin

Projektredovisning 2006:2

Fallpreventivt arbete inom särskilt boende i Eskilstuna Utveckling av en modell.

Författare: Åsa Eriksson

Rapporter och projektredovisningar går att beställa från FoU Äldre i Sörmland
www.foualdre.sormland.se

Bakgrund

Läkemedelsanvändning hos äldre

Äldre människor förskrivs ofta många läkemedel. De som är 75 år och äldre utgör ungefär nio procent av befolkningen men konsumerar mer än en fjärdedel av alla mediciner i Sverige. Under 90-talet har förskrivningen av läkemedel ökat i denna grupp, särskilt inom de särskilda boendeformerna, där de äldre idag i Sverige i genomsnitt är ordinerade 8–10 läkemedel per person [1-3].

En viktig orsak till denna ökning är att nya läkemedel introducerats och därmed nya behandlingsmöjligheter. Det finns dock andra faktorer som bidrar till denna ”polyfarmaci” (samtidig användning av flera läkemedel), exempelvis bristande läkarkontinuitet, avsaknad av en gemensam läkemedelslista, brister i dokumentationen av läkemedelsordinationer samt brist på rutiner för uppföljning och omprövning av dem. Hur många läkemedel som ordineras är dock bara en aspekt. Många studier har också visat att det finns brister när det gäller vilka läkemedel som ordineras, hur de används, doseras och kombineras. Den omfattande användningen av neuroleptika på sjukhem är ett exempel på detta [1-3].

Den omfattande läkemedelsanvändningen är emellertid inte unik för äldre i särskilt boende. Flera undersökningar av hemmaboende multisjuka äldre har visat en användning på i genomsnitt tio läkemedel per person liksom en rad brister i kvaliteten [1].

Varför uppstår läkemedelsproblem hos äldre?

Många av de förändringar som sker i kroppen med stigande ålder, påverkar hur läkemedlen tas upp, fördelas, omvandlas och utsöndras från kroppen. Ofta blir resultatet att läkemedel dröjer kvar längre i kroppen. Detta kan i sin tur medföra att de får en förlängd verkan, men också att halten av dem byggs upp till alltför höga nivåer i kroppen med risk för biverkningar.

Åldrandet påverkar också läkemedlens verkan på kroppen. Det kan bero på att cellernas känslighet ökar eller minskar, eller på en nedsatt kapacitet i olika organ eller i kroppens reglerfunktioner. Bland annat ökar hjärnans känslighet för många läkemedel, såsom psykofarmaka och smärtstillande medel, med ökad risk för trötthet, förvirring och fall. Regleringen av blodtrycket påverkas, vilket ökar risken för blodtrycksfall vid användning av läkemedel med blodtryckssänkande effekter. Magsäckens skyddsmekanismer försämras med ökad risk för magsår och blödningar vid användning av antiinflammatoriska medel (s.k. NSAID).

En minst lika stor risk utgörs av den polyfarmaci som är så vanlig hos äldre. Antalet läkemedel är den viktigaste riskfaktorn för biverkningar. Med många mediciner

ökar också sannolikheten för att olika preparat ska påverka varandra (läkemedelsinteraktioner), samtidigt som förmågan att följa ordinationerna (följsamhet) minskar. Behandlingen med många läkemedel gör det också på andra sätt svårare att vårda den äldre. Effekterna av läkemedlen blir svåra att förutsäga och bedöma. Eventuella biverkningar blir svåra att tolka och kan t.o.m. misstolkas som ett symptom som kan leda till att man behandlar med ytterligare ett läkemedel.

Varför använder äldre mycket läkemedel?

En viktig anledning till att äldre förskrivs många läkemedel är naturligtvis att många som är gamla har flera diagnoser/symtom som kräver behandling med mediciner. Utvecklingen av nya läkemedel leder också till att allt fler tillstånd blir behandlingsbara. Det finns dock en rad andra faktorer som bidrar till den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre:

- Brister i kunskaper, bl.a. om alternativa behandlingsformer, t.ex. beteende och omsorgsinterventioner för personer med demens eller depression.
- Att äldre ofta behandlas för en rad symptom, istället för att få en behandling grundad på omsorgsfull diagnos av den egentliga orsaken.
- Att varje sjukdom/symtom behandlas för sig istället för att man ”skräddarsyr” en behandling grundad på en helhetsbedömning av patientens eller den boendes sjukdomsbild.
- Att äldre får mediciner utskrivna av flera olika läkare som inte känner till varandras ordinationer.
- Brister i information om patienters/boendes läkemedel när denne flyttar mellan olika vårdformer.
- Att en biverkan av ett läkemedel misstolkas som ett nytt symptom eller sjukdomstillstånd som behandlas med ytterligare läkemedel.
- Att många läkemedelsordinationer inte omprövas, utan förnyas slentrianmässigt.

Hur kan man förbättra kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning?

I mitten av 90-talet initierade Apoteket och Socialstyrelsen det s.k. sjukhemsprojektet, där man prövade en modell där man i ett team med apotekare, läkare och vårdpersonal, gjorde en systematisk översyn av äldres läkemedelsanvändning [2]. Sådana ”läkemedelsgenomgångar” har sedan genomförts i Apotekets regi på flera av landets äldreboenden [t.ex. 3-5].

Andra modeller har också prövats i begränsad omfattning, där läkemedelsuppföljningarna leds av en klinisk farmakolog eller av läkare i öppen vård. I syfte att underlätta utvärderingen av äldres läkemedelsanvändning har Socialstyrelsen utarbetat ett förslag till kvalitetsindikatorer, som publicerades i januari 2004. Indikatorerna är tänkta att användas dels som instrument för utvärdering/uppföljning av kvaliteten på lokal och nationell nivå, dels som ett stöd vid förskrivning och vid olika typer av läkemedelsöversyn.

Sörmland

I Sörmland utgör de som är 80 år och äldre är drygt 5 procent invånarna, men är ordinerade 20 procent av antalet försålda läkemedelsdoser i länet.

I Sörmland har läkemedelsgenomgångar genomförts tillsammans med apotekare vid äldreboenden i Torshälla, Strängnäs och Mariefred, samt i Eskilstuna och Strängnäs. I andra delar av länet har detta inte prövats i någon större omfattning. Det är dock angeläget att hitta effektiva modeller och hållbara rutiner för uppföljning av äldres läkemedelsanvändning.

Björntorps boende

Björntorp består av ett äldreboende och ett demensboende som också har 15-17 korttidsplatser. Enheterna Holmen, Kobben och Skäret har tillsammans 40 platser för äldreboende. Björntorps demensboende har 33 platser fördelat på 3 avdelningar med 11 platser vardera; Grundet, Viken och Piren.

Kobben och Skäret deltog i pilotprojektet. Här finns sammanlagt 25 vårdtagare. De anställda består av en sjuksköterska, 21 undersköterskor och vårdbiträden samt vikarier. Äldreboendet har tyngdpunkten på psykiatri, men här bor även personer med demens, stroke etc. Läkaren besöker boendet en gång i veckan.

Syfte

Det övergripande syftet med detta projekt var att utveckla en praktisk och enkel arbetsmodell för uppföljning och omprövning av läkemedelsbehandlingen hos äldre i särskilt boende. Målet är förbättrad säkerhet och kvalitet i läkemedelsbehandlingen för de boende.

Ett sekundärt syfte med pilotprojektet var att introducera en modell för tillämpning av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer i löpande praktisk verksamhet.

Modellen bestod av ett expertstöd på distans, för bedömning av de boendes läkemedelsbehandling, i kombination med en systematisk skattning av de boendes symtom enligt ett skattningsformulär.

Metod, arbetsform och process

Översikt över arbetsprocessen

Syftet med projektet var i första hand att utveckla en praktisk metod att arbeta med regelbunden uppföljning av de boendes läkemedelsbehandling, anpassad till övriga rutiner vid boendet. Ingen extra tid avsattes för utbildning eller för möten med apotekare. I stora drag utgjordes arbetsprocessen av följande moment:

- För varje boende skickas en läkemedelslista, i form av ett ordinationskort (ApoDos), tillsammans med information om aktuella diagnoser, symtomskattning och andra väsentliga uppgifter (blodtryck mm), via fax eller post till en för pilotprojektet tillgänglig apotekare.
- Apotekaren genomför på grundval av dessa uppgifter, med hjälp av ett särskilt datorprogram (Monitor), en analys baserad på Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer (Socialstyrelsen 2003-110-20).
- Utifrån denna kvalitetsanalys görs en bedömning av vilka förändringar i läkemedelordinationerna som bör göras. Apotekaren har tillgång till klinisk farmakolog och/eller geriatriker vid denna bedömning.
- Bedömningen och med förslag till åtgärder, skickas till den förskrivande läkaren och ansvarig sjuksköterska, och tas upp till diskussion vid läkarens ordinarie besök vid boendet. Läkaren tar ställning till förslagen, och bedömer om de föreslagna förändringarna är motiverade i det aktuella fallet.

Förberedelse

Ansvarig läkare, enheternas medicinskt ansvarig sjuksköterska (IL) samt projektkoordinatör/apotekaren (IS) träffades vid två tillfällen för att gå igenom arbetsgång och formulär.

Insamling av uppgifter

Projektet började med att närmast vårdande personal och/eller sjuksköterska genomförde symtomskattning på de i projektet ingående vårdtagarna. Det fanns två huvudsyften med symtomskattningen. Det första var att göra omvårdnadspersonalen mer uppmärksam på symtom hos den boende, symtom som också kan vara relaterade till problematisk läkemedelsanvändning. Det andra syftet var att ge en bild av den boendes aktuella hälsotillstånd, som tillsammans med diagnoser och läkemedelslistor utgör underlag till apotekaren, för kvalitetsanalys och formulering av förslag till förändringar i läkemedelordinationerna.

Symtomskattning har använts i ett flertal utvecklingsprojekt med läkemedelsgenomgångar, för att ge en bild av patientens/den boendes aktuella symtom, underlätta identifieringen av läkemedelsrelaterade problem och utgöra hjälp i utvärderingen av interventioner. Symtomskattningen utgörs av 26 frågor kring symtom av både

somatisk och psykisk art. Bedömning görs av den boende själv, på en fyrgradig Likert skala (1) som ”inga”, ”små”, ”måttliga” eller ”stora besvär”.

Symtomskattningen genomfördes cirka 2–3 veckor före läkemedelsgenomgången, av en sjuksköterska på äldreboendet. I de fall den boende inte själv kunde svara på frågorna, intervjuades dennes kontaktperson.

På symtomskattningsformuläret (bilaga 1) bifogades uppgifter om ålder, kroppsvikt, blodtryck samt kända diagnoser. Symtomskattningen skickades till apotekaren tillsammans med den aktuella läkemedelslistan.

Aktuell läkemedelsbehandling inhämtades via Apodos (Apotekets Dosdispenseringssystem) i form av ett s.k. ordinationskort, eller via äldreboendet, före och 4-6 veckor efter läkemedelsgenomgången.

Läkemedelsanalys och kvalitetsindikatorer

Läkemedlen dokumenterades, tillsammans med aktuella diagnoser, symtomskattning och vissa andra viktiga uppgifter (blodtryck mm), i dataprogrammet Monitor som automatiskt utför en kvalitetsanalys baserad på ett urval av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer (Socialstyrelsen 2003-110-20). En kvalitetsanalys av samtliga vårdtagares läkemedelslistor gjordes initialt, för att ge ett utgångsvärde för projektet. Därefter gjordes en separat analys av de deltagande vårdtagarnas aktuella läkemedelsbehandling före och efter läkemedelsgenomgången.

De kvalitetsindikatorer som användes var:

- Förekomst av läkemedel med antikolinerga effekter
- Förekomst av långverkande bensodiazepiner (diazepam, nitrazepam samt flunitrazepam)
- Förekomst av Läkemedel som kan orsaka förvirring utan att ha antikolinerga egenskaper
- Regelbunden användning av två eller flera läkemedel inom samma terapeutiska läkemedelsgrupp (dubbelanvändning).
- Samtidig användning av tre eller flera psykofarmaka
- Förekomst av läkemedelskombinationer som kan medföra läkemedelsinteraktioner av klinisk betydelse (C- och D- interaktioner)

Symtomskattningen, diagnoser, den aktuella läkemedelslistan samt kvalitetsanalysen utgjorde underlag för identifiering av läkemedelsrelaterade problem. Ett särskilt formulär med de beskrivna läkemedelsproblemen samt förslag till åtgärder kring medicinering och hälsoproblem (bilaga 2) sammanställdes av apotekaren. Denna blankett skickades med e-post till de aktuella äldreboendena, för att användas vid ett möte, där patientansvarig läkare, sjuksköterska på äldreboendet och om möjligt

den boendes kontaktperson, diskuterade de givna förslagen och läkaren beslutade om åtgärder.

Efter avslutat projektarbete delades en enkät ut till sjuksköterskor och läkare för utvärdering av arbetets delmoment.

Resultat

De boende

Totalt omfattade genomgångarna 30 boende med en medelålder på 80 år. Sjuttio procent var kvinnor.

Antal läkemedel

Antalet läkemedel per vårdtagare var 11,7 (varav 1,67 ordinerade för användning vid behov) före och 10,7 (1,47 vid behov) efter läkemedelsgenomgången. Läkemedelskostnaderna minskade med i medeltal 924 kr per patient och år, motsvarande 27 720 kr för hela studiegruppen.

De vanligaste läkemedelsgrupperna

De vanligaste läkemedelsgrupperna och deras användning före och efter läkemedelsgenomgången visas i tabell 1. De läkemedel som minskade mest i användning var opioider, antidepressiva medel och lugnande medel. Laxermedel ökade något.

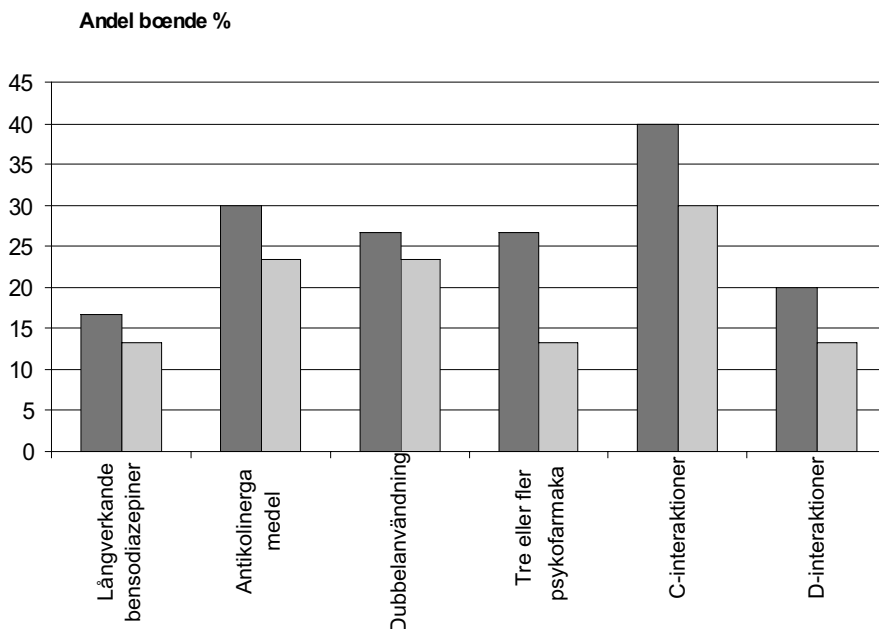
Tabell 1. De tio vanligaste läkemedelsgrupperna och deras användning före och efter läkemedelsgenomgången.

Läkemedelsgrupp	Före %	Efter %
Laxantia	77	83
Hudskyddande och uppmjukande medel	57	60
Övriga analgetika och Antipyretika	53	50
Loop-diuretika	50	50
Opioider	43	27
Lugnande medel, ataraktika	40	37
Antidepressiva medel	40	27
Östrogener	33	33
Antikoagulantia	30	30
Glukokortikoider	30	30

Läkemedelsanvändningens kvalitet

Analysen av läkemedelsanvändningens kvalitet före och efter läkemedelsgenomgången redovisas i figur 1. Samtliga kvalitetsmått minskade i frekvens. Mest tydligt var detta för användning av tre eller fler psykofarmaka, som minskade till hälften, samt för D-interaktioner som minskade med en tredjedel.

Figur 1. Analys av läkemedelanvändningens kvalitet, före och efter läkemedelsgenomgången.

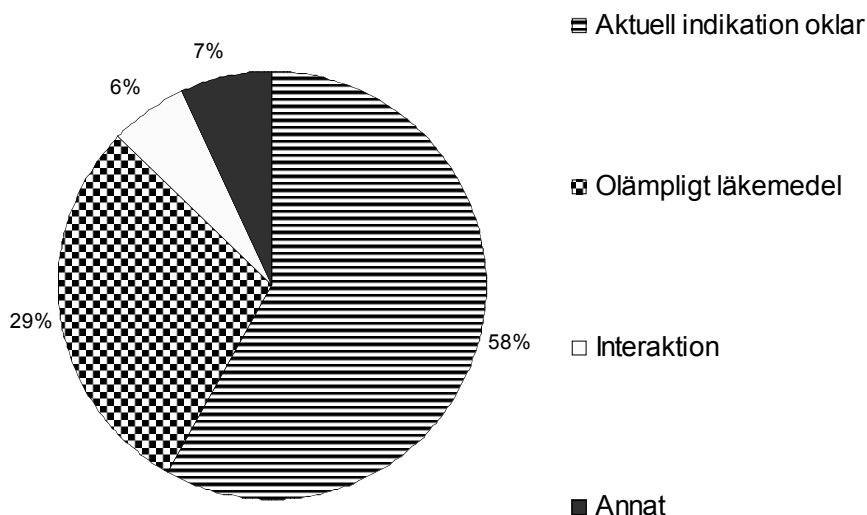


Läkemedelsrelaterade problem

Totalt identifierades 85 läkemedelsrelaterade problem hos de 30 vårdtagarna. De olika typerna av problem och deras frekvens visas i figur 2.

Den vanligaste genomförda åtgärden var utsättning eller byte av läkemedel. När det gäller utsättning av läkemedel handlar detta i allmänhet att man identifierat en situation när indikationen för läkemedlet inte längre är aktuell. Byte av läkemedel kan handla om att man till exempel byter en långverkande bensodiazepin (Nitrazepam, Mogadon) till ett lugnade läkemedel som är mer lämplig till äldre pga. t.ex. kortare halveringstid, och därmed minskad risk för ackumulering i kroppen (Oxazepam, Sobril).

Figur 2. Fördelning av läkemedelsrelaterade problem



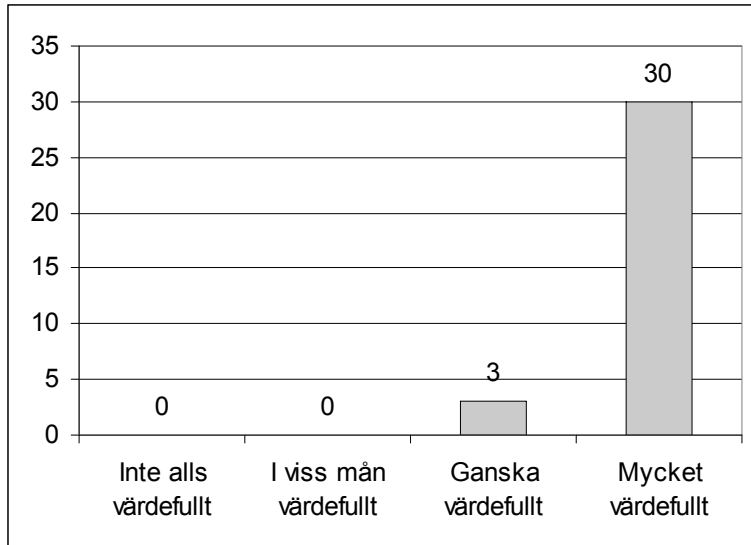
Tabell 2. Genomförda åtgärder

Åtgärder	Frekvens %
Utsättningar	35
Övrigt, inkl. icke farmakologiska åtgärder	2
Dosminskning	2
Byte av läkemedel	10
Insättningar	3
Dosökning	1
Totalt	58

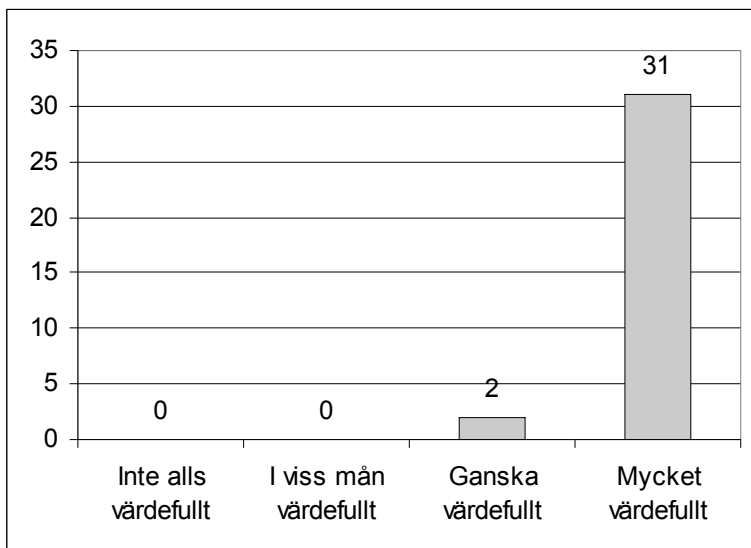
Vad personalen tyckte om arbetssättet

Efter det att projektet var avslutat fick alla deltagare i projektet svara på en kortfattade enkät. Sammanlagt svarade 33 personer på frågorna; en läkare, fem sjuksköterskor, samt 19 undersköterskor/vårdbiträden. Resultatet för varje fråga presenteras i figurerna nedan.

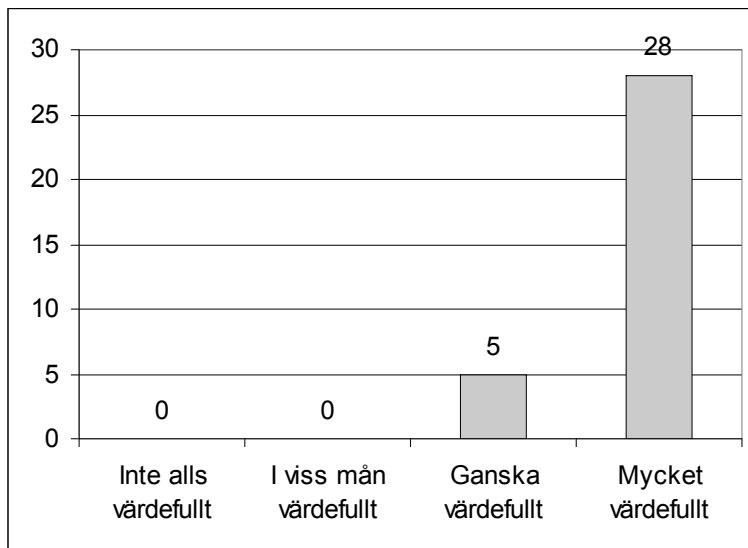
Figur 3. Hur bedömer **Du värdet för Dig i Ditt arbete** av att göra symtomskattning av de boendes tillstånd samt att delta i regelbundna genomgångar av de boendes läkemedel?



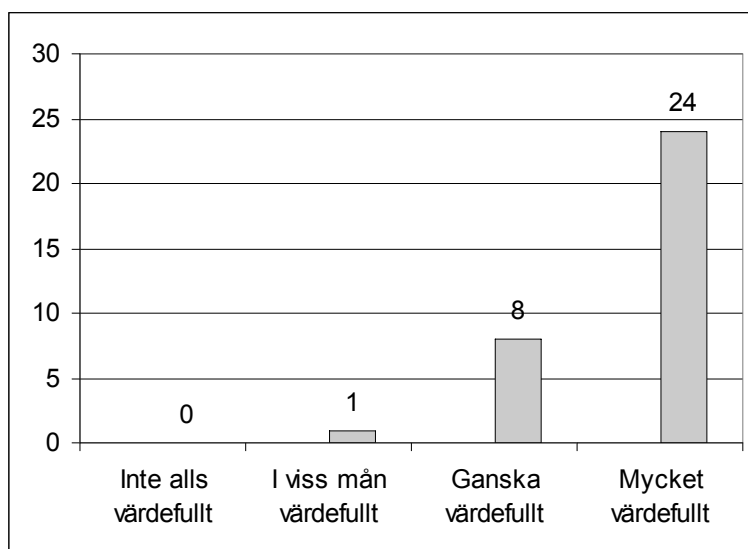
Figur 4. Hur bedömer du **värdet för "teamet" runt den boende**, av att göra symtomskattning av de boendes tillstånd samt regelbundna genomgångar av de boendes symtom och läkemedel?



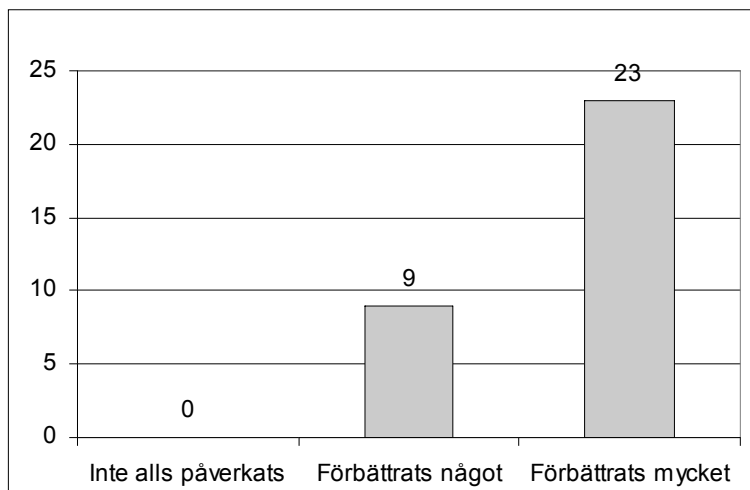
Figur 5. Hur bedömer värdet av arbetssättet för de boendes livskvalitet?



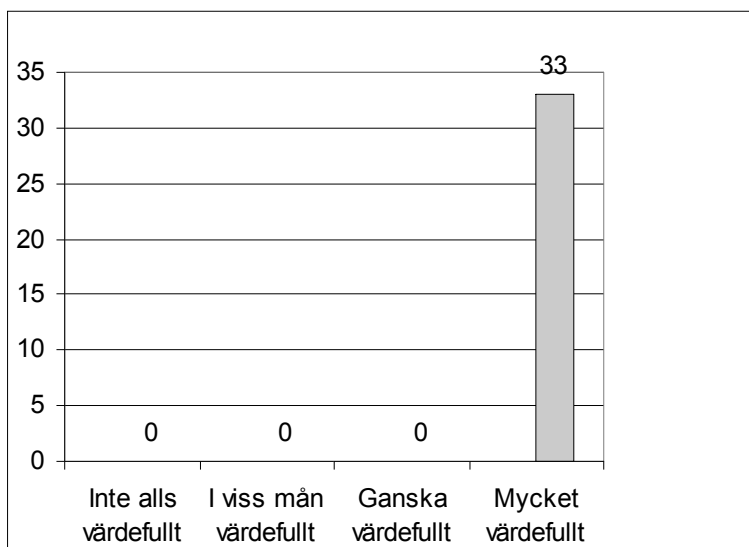
Figur 6. Hur bedömer du värdet av att få skriftliga förslag från apotekare om de boendes läkemedelsbehandling?



Figur 7. Uppskatta hur dina **kunskaper** påverkats



Figur 8. Sammanfattande bedömning - värdet för dig, teamet och den boende



Uppföljningsmöte

Den 21 september hölls ett uppföljningsmöte med all personal som varit involverad i projektet vid de båda enheterna. Syftet var framför allt att återrapportera resultat från kvalitetsanalysen, och att be personalen svara på några frågor kring arbetssättet. De deltagande ombads besvara frågorna i grupper på 3-5 personer.

A: Har sättet att arbeta med uppföljning av symtom och läkemedelsanvändning förändrats på något sätt sedan projektet genomfördes?

B. Skriv kort ner både positiva och negativa erfarenheter med denna modell att arbeta med symtomskattning och läkemedelsbehandling.

Sammanfattningsvis gav gruppen en mycket positiv bild av att arbeta med modellen. Man rapporterade att man blivit mer uppmärksam på att symtom och beteendeproblem ibland kan vara kopplade till läkemedelsanvändningen. Man menade också att projektet bidragit till att öka medvetenheten om vikten att avvakta innan man föreslår att läkemedel ska sättas in vid något symtom eller problem som t.ex. oro eller sömnsvårigheter

Exempel på kommentarer:

”Vi tänker mer kritiskt, läser FASS mer och har bättre uppföljning och dokumentation. Vi har en målsättning att minimera antalet läkemedel.

”Personalen är mer alert på att fråga om medicinen är bra och varför. Om det är för många och att ev. mediciner för många år sedan är kvar.

”Många gamla har blivit piggare och alertare”

”Vi arbetar tillsammans som förut”

”Ännu mer ökad uppmärksamhet kring observationer, piller, funderingar - behövs piller?”

”Mycket positivt att fördjupa kunskaperna om de boendes läkemedel. Negativt: Att klippa upp dospåsar och plocka ur piller, samt kontakten med doscentrum.

”Ökad tolerans hos personalen beroende på att man förstår ifrågasättandet av läkemedelsbehandling”

”Negativt att några blivit lite mer oroliga. Positivt att några är ”med” mer.”

Diskussion

Resultaten från detta pilotprojekt vid Björntorps boende visar att modellen fungerar väl - trots att den genomfördes under kort tid, och att endast omfattade en genomgång. Vi fann att läkemedelsanvändningens kvalitet förbättrades på flera punkter. Vidare ansåg personalen att arbetssättet var värdefullt både för den boende och för teamet runt den boende

Tolv läkemedel per boende

De 30 vårdtagare som ingick i försöket hade i genomsnitt 11,7 läkemedel. I synnerhet användningen av smärtstillande medel och psykofarmaka var mycket omfattande. Exempelvis användes lugnande medel och antidepressiva medel av vardera 40 procent av vårdtagarna. Det fanns också tydliga kvalitetsbrister. Bland annat förekom s.k. antikolinerga läkemedel, som kan framkalla förvirringstillstånd hos äldre, hos nära var tredje individ.

Den omfattande läkemedelsanvändningen vid Björntorp är inte unik. Siffrorna stämmer i stort sett med vad man kunnat konstatera i andra studier.

En klar trend är att antalet ordinerade läkemedel per person ökat den senaste 10-årsperioden. Den ökande läkemedelsanvändningen beror till stor del på att nya läkemedel kontinuerligt introduceras. Det kan innebära nya möjligheter att behandla sjukdomar och besvär hos äldre, men bidrar samtidigt till polyfarmaci och de risker den innebär i form av biverkningar, läkemedelsinteraktioner mm. Hur många läkemedel är rimligt att använda? Det finns givetvis inget enkelt svar på den frågan. De boende som ingick i pilotprojektet är mycket gamla och mycket sjuka. De flesta hade flera olika diagnoser som kräver medicinsk behandling, vilket är en förklaring till den omfattande läkemedelsanvändningen.

Tyvär har vi begränsade kunskaper om hur en så pass omfattande läkemedelsanvändning egentligen påverkar den gamla människan. För det första är de flesta läkemedel utprovade på betydligt yngre och friskare personer. De som i realiteten sedan använder läkemedel är ofta helt andra grupper; nämligen gamla med kroppsliga förändringar till följd av ålder och sjukdom, som bland annat innebär reducerad förmåga att bryta ner och utsöndra läkemedel. För det andra är det svårt att förut säga både effekter, biverkningar och interaktioner mellan preparat när en människa är ordinerad många läkemedel samtidigt.

Läkemedelsanvändningen hos äldre idag ställer betydligt större krav än tidigare, på en klok förskrivning liksom rutiner för systematisk uppföljning och omprövning av läkemedelsordinationer.

Antalet läkemedel minskade med ett preparat per person

Trots att detta försök inte föregicks av några omfattande utbildningsinsatser eller andra förberedelser, utan i stort sett direkt integrerades i de dagliga rutinerna, ledde genomgångarna till att antalet läkemedel minskade från 11,7 till 10,7 preparat per person.

Läkemedelskostnaderna minskade

Beräkningar som genomfördes med utgångspunkt från läkemedelslistorna före och efter genomgången visade att den teoretiskt ledde till att kostnaderna för läkemedel minskade med 924 kr per boende och år.

Målet med förbättrad läkemedel användning är givetvis inte att minska läkemedelskostnaderna eller mängden läkemedel, utan att den enskilde individen ska få en läkemedelsbehandling av god kvalitet. Vidare kan en del av de nyare och därmed också dyrare läkemedlen ibland ha mer fördelaktiga farmakologiska egenskaper och mindre allvarliga biverkningar. Kostnadsbesparingen till följd av en läkemedelsgenomgång kan därför variera.

Felaktig läkemedelsanvändning leder, som tidigare nämnts, till ökade kostnader för sjukvården, bland annat till följd av akuta inläggningar på sjukhus. Sannolikt är det här de stora potentiella besparingarna ligger. Vi vet emellertid idag mycket lite om hur regelbundna läkemedelsgenomgångar på sikt påverkar äldres vårdutnyttjande.

Bättre kvalitet enligt Socialstyrelsens indikatorer

Uppföljningen visade att förekomsten av kvalitetsbrister minskade (med 13-50 procent) med avseende på samtliga använda indikatorer. Andelen boende som var ordinerade 3 eller fler psykofarmaka halverades, liksom andelen boende som var ordinerade kombinationer som kan ge upphov till läkemedelsinteraktioner.

Ett mål med modellen var att introducera Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer (Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi) i det dagliga arbetet med uppföljning och utvärdering av äldres läkemedelsanvändning. Indikatorerna, som är nya i sitt slag i Sverige, kan tillämpas på olika nivåer. De kan vara ett stöd för förskrivaren i valet av lämplig läkemedelsbehandling, genom att visa vilka läkemedel eller kombinationer av läkemedel som kan vara problematiska och vilka som är mer lämpliga vid behandling av äldre. På samma sätt kan de användas för att identifiera läkemedelsrelaterade problem vid läkemedelsgenomgångar. De kan också tillämpas som uppföljningsinstrument på olika nivåer i sjukvården, t.ex. vid lokal uppföljning av förskrivningsmönster, för att följa kvaliteten på landstingsnivå, samt i tillsynsverksamheten. Kvalitetsindikatorerna kan således både ge stöd för förbättrad kvalitet i äldres läkemedelsterapi och fungera som uppföljningsinstrument. Ökad användning av indikatorerna är angeläget.

Hur kan kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning förbättras – vad vet man?

En noggrant övervägd ordination av rätt läkemedel vid rätt tillfälle i lämplig dos kan vara en effektiv behandlingsstrategi ur såväl medicinsk- som kostnadssynpunkt. Läkemedel som däremot används på ett felaktigt eller mindre lämpligt sätt, förbrukar inte bara sjukvårdens resurser utan kan också orsaka mer skada än nytta för den enskilde. Mycket resurser satsas på att ta fram och marknadsföra nya läkemedel, och förskrivningsmönster förändras i takt med denna utveckling.

Ett stort antal studier har haft som syfte att påverka läkarnas förskrivning av läkemedel. Nedanstående sammanställning baseras på en avhandling som handlar om detta [9].

Hur kan man mest effektivt kommunicera frågor kring läkemedelsanvändning till förskrivare så att patienten garanteras en säker och effektiv läkemedelsterapi? Man kan grovt dela in de olika metoderna eller strategierna som prövats i 4 huvudgrupper.

Distribution av skriftligt utbildningsmaterial

Det vanligaste och kortsiktigt billigaste sättet att påverka läkemedelsförskrivningen är distribution av skriftligt informationsmaterial. Som exempel kan nämnas Läkemedelsverkets rekommendationer som grundar sig på konsensus av experter inom det aktuella terapiområdet. I Sverige distribuerar läkemedelskommittéerna ofta regelbundna nyhetsbrev med lokala terapirekommendationer. Läkemedelsindustrin skickar också ut stora mängder material, främst till läkare, också med syfte att påverka läkarnas förskrivning. Ofta är dock direkta effekter på förskrivningen relativt svåra att uppnå med enbart denna metod. När denna metod kombineras med muntlig information som sker vid besök av läkemedelsindustrins konsulenter, kan man emellertid se betydande effekter.

Återföring via datorteknik

I en del länder används datorn idag rutinmässigt som hjälpmedel för att ge förskrivaren direkt återkoppling vid eventuella problem. I exempelvis Holland finns ett system där läkarens dator står i förbindelse med apoteket. Vid förskrivning av läkemedel kan förskrivaren få direkt information om t.ex. kontraindikationer och läkemedelsinteraktioner.

För att förbättra säkerheten i läkemedelsförskrivningen i Sverige har arbetet med förskrivarstöd intensifierats på senare år. IT-baserat förskrivarstöd innebär att läkaren i förskrivningsögonblicket snabbt kan kontrollera bland annat risk för att olika läkemedel påverkar varandra (interaktioner). Ett exempel på datoriserat stöd har utvecklats i Stockholms läns landsting (det s.k. ”Janusfönstret”) och är tänkt att

hjälpa förskrivaren med de vardagliga besluten och valen av behandling för hans eller hennes patienter. Datorstödet kan integreras i användarens journalsystem och ger bland annat information om biverkningar, interaktioner och behandlingsråd med utgångspunkt från patientens läkemedel. Flera olika initiativ har tagits för att samordna detta på nationell nivå. Ett problem för att åstadkomma detta är dock den mängd av olika journalsystem som byggts upp i landstingen.

Utbildningsprogram och interventioner

Många studier har testat effekten av olika typer av utbildningsprogram. Traditionella metoder som exempelvis föreläsningar och konferenser har visat sig vara relativt ineffektiva med avseende på mätbara effekter på förskrivningsvanor. Mer effektivt är interventioner som riktar sig till mindre grupper och som innehåller något moment av återkoppling till läkarnas förskrivning. Utbildaren är en läkare eller apotekare som är särskilt utbildad för att föra ut specifika rekommendationer. Interaktiva diskussioner i mindre grupper av förskrivare med syfte att diskutera den egna förskrivningen i relation till kollegor och nationella riktlinjer har också visat sig vara effektivt. Tyvärr har man i dessa studier oftast inte tagit reda på hur långvarig effekt denna typ av interventioner har på förskrivningen. Oftast har man analyserat resultatet i omedelbar anslutning till genomförandet av programmet.

Lagstiftning och föreskrifter

I Sverige är vissa delar av läkemedelsanvändningsprocessen reglerade i föreskrifter. Av kvalitetssystemföreskriften (SOSFS1996:24) framgår att det ankommer på verksamhetschefen eller motsvarande att ta fram och fastställa ändamålsenliga kvalitetssystem för att kontinuerligt följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten, för att nå de uppsatta kvalitetsmålen. Vidare framhålls verksamhetschefens ansvar för att personalen har den kompetens som krävs för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. I delegeringsföreskriften (SOSFS 1997:14) anges under vilka omständigheter delegering av arbetsuppgifter till annan personal kan bli aktuell och i läkemedelshanteringsföreskriften (SOSFS 2000:1 ändrad och omtryckt genom SOSFS 2001:17) finns reglerat vem som får iordningställa och administrera läkemedel när patienten själv inte har ansvar för sin läkemedelshantering. Dessutom finns det noga reglerat i Läkemedelsverkets receptföreskrifter om hur förordnande och utlämnade av läkemedel ska ske (LVFS 1997:10), hur ett recept ska utformas, vilka uppgifter om läkemedlet som måste anges och hur det ska anges.

I USA infördes i början av 90-talet en lagstiftning som kallas OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act). Syftet med denna lag är fr.a. att reglera användningen av psykofarmaka på amerikanska sjukhem. Lagen innebär t.ex. krav på regelbundna översyner av läkemedelsanvändningen på sjukhemmen. Ett flertal studier har visat att OBRA-lagen resulterat i en minskad användning av psykofarmaka, i synnerhet om den kombinerats med utbildning till berörd personal [8–9].

Någon motsvarighet till OBRA finns emellertid inte i Sverige. I motsats till den noggranna regleringen av läkemedelshanteringen, finns det idag inget regelverk kring läkemedelsordinationer, utan det förutsätts ingå i den behöriga förskrivarens yrkesansvar precis som uppföljning av övriga insatta behandlingsåtgärder [Lag om (1998:531) yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS].

I Sverige finns därmed heller ingen särskild lag eller föreskrift som kräver eller särskilt specificerar att regelbundna uppföljningar av läkemedelsanvändning behöver genomföras. I en studie från 1996 uppmärksammade Socialstyrelsen den problematiska läkemedelsanvändningen vid de dåvarande sjukhemmen. Man bestämde då att inte utarbeta en särskild föreskrift, utan rekommenderade istället verksamheterna att arbeta med regelbundna läkemedelsgenomgångar och uppföljningar i samarbete med läkemedelskunnig person.

I sin utredning kring Äldres läkemedelsanvändning 2005 aviserade dock Socialstyrelsen att man avsåg att överväga att införa en särskild bestämmelse om rutiner kring uppföljning i läkemedelshanteringsföreskriften. Bakgrunden är den alltjämt ökade omfattningen av problem förknippade med äldres läkemedelsanvändning, samt att de lokala initiativ som tagits alltjämt bedrivs i projektform som tenderar att bli tillfälliga.

Lagstiftning och föreskrifter är dock troligen inte särskilt effektiva som enda metod att påverka kvaliteten i läkemedelsanvändningen vid äldreboenden, eller hos den ökande andelen hemmaboende äldre med många läkemedel. På detta pekar bland annat de amerikanska studier som genomförts med syfte att utvärdera OBRA-lagstiftningen. I vilken utsträckning man förbättrat kvaliteten i läkemedelsanvändningen hänger samman med andra faktorer, t.ex. utbildningsinsatser och hur arbetet organiseras vid enheterna.

Multidisciplinära grupper eller "team"

Dagens sjukvård präglas av en ökande komplexitet och ett ständigt ökande flöde av ny information och kunskap, och medicinska beslut i dag kräver ofta ställningstagande ur flera olika perspektiv. Under 90-talet har intresset för att arbeta enligt "teamorienterade" vårdlagsmodeller ökat. Antalet studier för att vetenskapligt utvärdera dessa strategier har också ökat

Idén bakom en "teamorienterad" vårdlagsmodell är att olika yrkeskategorier i samarbete under vårdprocessen fokuserar på problem och bidrar med sin specifika kompetens. Ansvarig läkare kan med detta arbetssätt vid sittande bord få en helhetsbild av den boendes medicinska, sociala, emotionella situation. Om en apotekare närvarar vid möten kan denne bidra med läkemedelskompetens. I andra fall kan apotekare utgöra expertstöd på distans som i detta projekt. Sjuksköterskans roll

är självklar med sitt övergripande ansvar för den boendes omvårdnad. På äldre- och demensboenden är det dessutom oftast den närmast vårdande personalen – undersköterskor och vårdbiträden – som noterar förändringar i de boendes hälsotillstånd. Det är därför särskilt viktigt att deras kunskaper tas till vara i arbetet med de gamlas läkemedelsbehandling.

Hur går vi vidare i Sörmland?

Pilotprojektet visade att de boende på Björntorp hade en omfattande och delvis problematiskt läkemedelsanvändning, men flera kvalitetsproblem som kunde åtgärdas med en enkel uppföljningsmodell. Man har vid de båda enheterna fortsatt att arbeta enligt ett strukturerat sätt för genomgångarna av de boendes läkemedel. Det finns ingen anledning att tro att det skulle vara mindre omfattande problematik med läkemedelsbehandlingen vid andra boenden runt om i Sörmland.

FoU-Äldre i Sörmland i samarbete med läkemedelskommittén Sörmland, och Allmänmedicinskt centrum har initierat en särskild satsning på just läkemedel och äldre. Syftet är att bidra till att initiera arbetssätt och metoder runt om i länet med målet att förbättra samarbetet mellan olika professioner och därmed uppnå ökad säkerhet och kvalitet i äldres användning av läkemedel. FoU-Äldre Sörmland genomförde under hösten 2004 en enkät undersökning som omfattade verksamhetschefer inom primärvården och vid kommunernas äldrevård. Frågorna handlade om i vilken utsträckning man kände till Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer, och hur man i dag arbetar med uppföljning av läkemedelsbehandling. En majoritet menade att rutinerna kring uppföljning skulle kunna förbättras.

För närvarande finns det också medel och metodstöd att söka från FoU-Äldre till utvecklingsprojekt som syftar till att utveckla uppföljning av äldres läkemedelsbehandling.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen 2004-103-19.
2. Läkemedel på sjukhem (1996) Stockholm: Socialstyrelsen.
3. Läkemedelsgenomgångar vid särskilda boenden i Uppsala län. FoU-rapport 4/2003.
4. Läkemedelsgenomgångar på Kungsholmen och Norrmalm, ett samarbetsprojekt (2002) Stockholm: Apoteket AB
5. Kragh A, Rekman E (1999) Ökad läkemedelsnytta på sjukhem. Läkemedelsrevision på Östergård, Kristianstad kommun. Kristianstad: Apoteket AB och Region Skåne
6. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre – Socialstyrelsens förslag. 2003-110-20.
7. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling inom äldreården Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Socialstyrelsen 2004-109-16.
8. Garrad L. The impact of the 1987 federal regulations on the use of drugs in Minnesota nursing homes. Am J Public Health 1995;85:771-6
9. Schmidt I. Communication and Teamwork. Studies of the impact on quality of drug use in Swedish Nursing homes. Avhandling, Uppsala, 2000.

FoU Äldre i Sörmland

FoU Äldre i Sörmland är en verksamhet som drivs av kommunerna och landstinget i Sörmland genom Regionförbundet Sörmland. Vi vill stödja och stimulera anställda att ta initiativ till olika former av forsknings- och utvecklingsarbeten. FoU Äldre i Sörmland vill särskilt uppmuntra till forsknings- och utvecklingsarbeten som handlar om samverkan mellan huvudmän och personalgrupper, om kvalitetsfrågor och om äldres inflytande i vården och omsorgen.

FoU Äldre i Sörmland arbetar utifrån verksamhetsidén med en fyrdelad FoU-strategi:

- Att skapa möjligheter för olika former av kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- Att tillhandahålla handledning och ge metodstöd
- Att ge ekonomiskt stöd till forsknings- och utvecklingsarbeten
- Att ta initiativ till länsgemensamma FoU-projekt

FoU Äldre i Sörmland är samlokaliserat med Landstingets FoU-Centrum.



Forskning och Utveckling Äldre i Sörmland
Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna
Telefon: 016-10 54 02 Fax: 016-10 54 30
e-post: info@foualdre.sormland.se