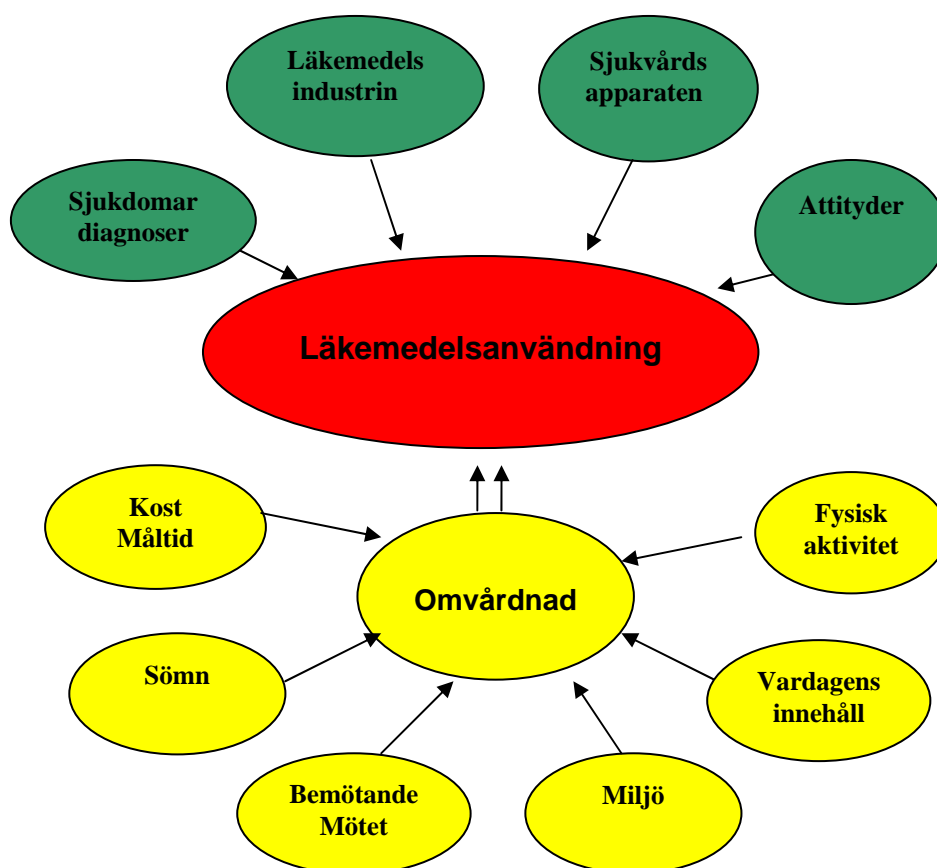


Läkemedelsgenomgångar Särskilda Boenden Örebro och Karlskoga 2008-2009

Delrapport



Innehållsförteckning

| | | |
|---|-------------------------------------|----|
| Inledning | 3 | |
| Bakgrund | 3 | |
| Syfte och mål | 4 | |
| Omfattning | 4 | |
| Metod | 5 | |
| Läkemedelsgenomgångar | 5 | |
| Beskrivning av arbetsmodell för läkemedelsgenomgångar | 6 | |
| Implementering av arbetsmodell | 6 | |
| Resultat | 8 | |
| Läkemedelsgenomgångar | 8 | |
| Antal läkemedelsgenomgångar | 8 | |
| Antal läkemedel och läkemedelskostnader | 8 | |
| Kvalitetsanalys av läkemedelsbehandlingen | 9 | |
| Läkemedelsrelaterade frågeställningar | 11 | |
| Resultat av föreslagna åtgärder | 12 | |
| Sammanfattande kommentarer | 12 | |
| Livskvalitet | 13 | |
| Indikation/Syfte på dosrecept | 13 | |
| Resultat av genomförda enkäter | 14 | |
| Enkät svar läkare | 14 | |
| Enkät svar sjuksköterskor Örebro | 17 | |
| Enkät svar omvårdnadspersonal Örebro | 21 | |
| Utbildning äldre och läkemedel | 24 | |
| Diskussion | 25 | |
| Sammanfattning och konklusion | 27 | |
| Referenser | 28 | |
| Bilaga 1 | Arbetsflöde vid läkemedelsgenomgång | 30 |
| Bilaga 2 | Symptomskattning | 32 |
| Bilaga 3 | EQ-5D | 33 |

Läkemedelsgenomgångar på Särskilda Boenden - SÄBO - och ett hemvårdsområde i respektive Örebro och Karlskoga kommun.

Inledning

Projektet "Läkemedelsgenomgångar på Särskilda boenden" är ett samarbete mellan Örebro kommun, Karlskoga kommun och Örebro läns landsting. Ansökan om stimulansmedel för läkemedelsgenomgångar gjordes var för sig och samordnades senare med gemensam projektgrupp och styrgrupp. Projektgruppen består av apotekare, Apoteket Farmaci AB tillika projektledare, sjuksköterska på halvtid som processledare för Örebro kommun, sjuksköterska Karlskoga kommun och läkare representant för primärvården. I styrgruppen ingår primärvårdens chef, biträdande chef, ordförande i läkemedelskommittén, affärschef och driftchef för Apoteket Farmaci, MAS för Örebro, MAS för Karlskoga och chef för utvecklingsarbeten Örebro kommun.

Arbetet med läkemedelsgenomgångar började aktivt i september 2008 och kommer att fortsätta på särskilda boenden (SÄBO) även under 2010. Implementering av samma arbetsmodell för läkemedelsgenomgångar har påbörjats för hemvården både i Karlskoga och Örebro kommun och planeras pågå fram till årsskiftet 2010/2011. Målet är att fullfölja arbetet för hemvården under 2011 för att ytterligare utveckla och utvärdera arbetsmodellen för att hösten 2011 kunna fastställa en gemensam modell/rutin för årliga läkemedelsgenomgångar för boende på SÄBO och i hemvården reglerat i samverkansavtal där läkemedelsgenomgångar är klart definierade med en tydlig arbetsbeskrivning och ansvarsfördelning mellan huvudmännen. Denna rapport är en sammanställning av första delen av arbetet.

Bakgrund

Läkemedelsbehandling syftar till att lindra eller bota sjukdom och leda till en förbättrad livskvalitet hos vårdtagaren. Äldres läkemedelsanvändning är idag omfattande, i synnerhet hos de sköra och mest känsliga äldre. Personer > 75 år och äldre utgör ungefär 9 % av befolkningen men konsumerar mer än 25 % av alla mediciner i Sverige (1). Rapporter från särskilda boenden redovisar en användning av i genomsnitt ca 10 preparat per person (2-4).

Denna läkemedelsanvändning är inte unik för äldre i särskilda boende utan liknande användning ses hos många äldre i eget boende (2). Behandling med flera olika läkemedel är ofta motiverat på medicinska grunder men kan också öka riskerna för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Det finns flera faktorer, förutom sjukdomar och sjukdomssymtom, som bidrar till multimedcinering, t.ex. bristande läkarkontinuitet, avsaknad av gemensam läkemedelslista, bristande dokumentation av läkemedelsordinationer men framför allt bristen på rutiner för uppföljning och omprövning (1-2).

Antalet preparat är emellertid bara en aspekt då det även föreligger brister i kvaliteten i läkemedelsanvändningen, det vill säga vilka preparat som används, hur preparaten används, doseras och kombineras (1). Behandling med vissa läkemedelsgrupper, bland annat neuroleptika, läkemedel med antikolinerga effekter samt långverkande lugnande medel och sömnmedel

innebär särskilt höga risker för läkemedelsrelaterade problem (LRP). Symtom som yrsel, falltendens, blodtrycksfall, nedsatt aptit, förstoppning, inkontinens, förvirringstillstånd och allmän trötthet kan ibland relateras till läkemedelsanvändningen (2).

Biverkningar orsakade av ej optimal läkemedelsanvändning kan leda till läkemedelsrelaterad sjuklighet och dödlighet för de behandlade och ökade kostnader för samhället (5-6). Studier både internationellt och i Sverige har visat att för mellan 10 och 30 % av alla sjukhusinläggningar är läkemedel en bidragande orsak och av dessa är de flesta möjliga att förebygga (7-13).

Äldre personer riskerar att drabbas av ökad sjuklighet orsakat av multimedcinering kopplat till sjunkande funktioner i de olika organsystemen ex. hjärta, njurar och hjärna. Utvecklingen inom medicinsk behandling har lett till ökad överlevnad för patienter med kroniska sjukdomar och den åldrade befolkningen ökar därmed i västvärlden. Antalet äldre över 80 år i Sverige förväntas fördubblas fram till år 2050.

Många ansträngningar görs för att åtgärda bristerna i läkemedelsanvändningen. Bland annat genomförs läkemedelsgenomgångar med stöd av apotekare på sjukhus, äldreboende samt vårdcentraler i syfte att höja kvaliteten på de äldres medicinering.

Studier visar att en modell med multidisciplinära team fungerar väl. Syftet med en teamorienterad vårdlagsmodell är att olika yrkeskategorier i samarbete under vårdprocessen fokuserar på problemet och bidrar med sin specifika kompetens.

För att kunna beskriva läkemedelsanvändningen i termer som kvalitet och för att kunna bedöma och åtgärda en äldre patients medicinering, krävs ett underlag. Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen, tagit fram kvalitetsindikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre (1). Läkemedelsgenomgångar genomförs med kvalitetsindikatorerna som underlag.

En god hälso- och sjukvård och god omvårdnad och omsorg innebär att läkemedelsanvändningen hos äldre är säker och ändamålsenlig. Det finns ett behov av ökad samverkan mellan kommuner och landsting för att uppnå detta. Avsikten med projektet "Läkemedelsgenomgångar för personer på särskilda boende, SÄBO i Örebro och Karlskoga kommuner" är att skapa en samverkansmodell för behandlingen av multisjuka äldre.

Syfte och mål

Syftet är att optimera läkemedelsbehandlingen hos äldre. En förutsättning för detta är att skapa arbetsmodeller och rutiner för ett teamsamarbete runt läkemedelsgenomgångar i samband med årlig förnyelse av läkemedelsbehandlingen som bidrar till att öka patientsäkerheten.

Under projekttiden ska en arbetsmodell provas och utvecklas med mål att permanentas.

Målgruppen är multisjuka äldre personer boende i SÄBO eller i ordinärt boende.

Omfattning

Projektet omfattar alla SÄBO i Örebro och Karlskoga kommuner och ett hemtjänstområde i respektive kommun. Projektperiod 1/9-08 – 31/12-09.

I Örebro finns 1021 permanenta platser på SÄBO och i Karlskoga 339. Beroende på svårigheter med ett uttalat läkaransvar för patienterna på korttidsboende, omfattas inte dessa vårdtagare av projektet. Det är en brist då dessa patienter har en historia av frekventa in och ut skrivningar i slutenvården, ofta med brister i uppföljning och analys av situationen. Målsättningen är att de ska ingå framöver. Ett hemvårdsområde valdes inom respektive kommun som pilot inför implementering av arbetsmodellen i hela hemvården under 2010.

Ramavtal finns som reglerar läkarmedverkan på SÄBO och tiden för läkarmedverkan är beräknad till 1 timme per 10 patienter i veckan vilket inkluderar all kontakt, rondtid, hembesök, telefonrådgivning, journalföring, dock ej restid. Beroende på läkartillgången ser kontinuiteten och möjlighet att fullfölja avtalet olika ut för olika vårdcentraler vilket påverkar läkarmedverkan på boendena.

Metod

Läkemedelsgenomgångar

I dag utgör hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen grunden för arbetet i kommunal vård och omsorg. Allt arbete med äldre i kommunens äldreomsorg tangerar båda lagarna och strävan efter ett helhetstänkande är avgörande för den äldres välbefinnande. Utgångspunkten med Ädelreformen var att främja en helhetssyn där sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Detta har inte uppnåtts och problemet kvarstår med dubbelt huvudmannaskap. Helhetssynen är även grunden för läkemedelsgenomgångar som skall ses som en process där alla som är inblandade i vården/omsorgen deltar tillsammans med patienten/anhörig och där bedömning av läkemedelsbehandling och annan vård/omsorg utgår ifrån den äldres totala hälso- och livssituation.

I SBU:s rapport ”Äldres läkemedelsbehandling – Hur kan den förbättras” (2009) sammanfattas följande:

- *Utbildning och information till läkare och annan vårdpersonal samt multidisciplinär samverkan kring patientens behandling kan minska förskrivningen av olämpliga och riskabla läkemedel.*
- *Uppföljning av läkemedelsbehandling som omfattar särskilda insatser av olika personal- och yrkeskategorier och som även inkluderar patienten minskar förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos äldre, sid.22*

Vidare har Socialstyrelsen i de nya kvalitetsindikatorerna, *Vården och omsorgen om äldre personer* definierat vad som karaktäriserar läkemedelsgenomgångar:

- Läkemedelsgenomgångar –
En metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning
- Flera professioner är involverade och vid behov finns tillgång till stöd av klinisk farmakolog/apotekare
- Underlag – Patientens diagnoser, aktuella laboratorievärden och aktuellt hälsotillstånd = Symtomskattning
- Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer är vägledande vid genomgångarna
- Riktlinjer och rutiner framtagna i samverkan med ansvariga huvudmän

Socialdepartementet har i samband med att man beviljar nya medel för utvecklingen av vård och omsorg om äldre definierat mål och krav för läkemedelsgenomgångar: ”Kravet för att ta del av statliga stimulansbidrag ska vara att kommunen och landstinget arbetar efter ett gemensamt framtaget program för systematisk uppföljning av läkemedelsanvändningen för äldre personer”.

För de flesta boende på SÄBO och många i eget boende har vården övertagit läkemedelshandlingen då individerna inte längre själva kan hantera sin läkemedelsbehandling. Det är därför fundamentalt att professionerna läkare, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal samverkar och att varje profession bidrar med sin kompetens för att behandlingen skall stödja den äldres livskvalitet. Professionernas ansvar bör definieras i de riktlinjer som tas fram i samverkan mellan landsting och kommuner.

Läkaren har det självklara ansvaret för val av behandling och uppföljning av behandlingen. Sjuksköterskans ansvar är att tillsammans med omvårdnadspersonal följa upp resultatet av behandlingen, hur den äldre mår av sin läkemedelsbehandling. Dialogen mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och läkare är avgörande då närheten till vårdtagaren är en förutsättning för att tidigt uppmärksamma hälsoförändringar/läkemedelsbiverkningar. Sjuksköterskan har en central roll för samordning av uppföljning av behandlingen och omhändertagandet av de multisjuka äldre i SÄBO och eget boende .

Beskrivning av vald arbetsmodell för läkemedelsgenomgångar

Här följer ett sammandrag av arbetsmodellen. För en mer detaljerad beskrivning se *Arbetsflöde vid läkemedelsgenomgångar* (bilaga 1)

Sjuksköterska meddelar läkare att årlig förnyelse/nyinsättning av Apodos är aktuell för patient.

Faktainsamling som underlag för genomgångarna:

- Sammanställning av diagnoser, laboratorieprover, genomförande av symtomskattning (bilaga 2) och skattning av livskvalitet EQ5D (bilaga 3) görs av sjuksköterskor/omvårdnadspersonal.
- Symtomskattning, livskvalitetsskattning EQ5D och dosrecept skickas till apoteket. Med lokala/nationella riktlinjer och Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer som grund görs en analys av läkemedelsbehandlingen och läkemedelsrelaterade frågeställningar tas fram. Förslag rörande behandlingen återsändes till läkare och sjuksköterska tillsammans med symtomskattning, livskvalitetsskattning och apodosrecept. Detta underlag diskuteras på rond (läkemedelsrond).

Läkemedelsrond:

- Närvarande: läkare, sjuksköterska, kontaktperson (ev. patient/anhöriga, arbetsterapeut).
- Genomgång och diskussion av läkemedelsbehandlingen utifrån nuvarande behandling, symtomskattning och frågeställningar från apotekaren.
- Beslut om åtgärder och uppföljning av åtgärder.
- Uppföljning och eventuellt nya åtgärder.
- Hembesök kan göras i anslutning till läkemedelsronden beroende på när läkaren sist träffade patienten.

Fortlöpande utvärderas resultat av ev. förändringar på enheternas teamträffar där sjuksköterska, kontaktperson och arbetsterapeut ingår. Upprättande/revidering av genomförandeplaner görs parallellt.

Resultatsammanställning:

- 2-4 veckor efter sista läkemedelsändringen, görs en ny skattning enligt EQ-5D av samma personer som gjorde det den första gången. Undantag är SSRI behandling mot depression som tar längre tid att följa upp, då ca 3 månader.
- Sjuksköterskan sammanställer resultatet av läkemedelsgenomgången genom att fylla i utskickad blankett och återsända den till apoteket.

Implementering av arbetsmodellen

Avgörande för att skapa en ny arbetsmodell för behandling av multisjuka äldre är att implementering av arbetsmodellen är omfattande. Detta gäller för alla deltagande professioner men för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal där förändringen är störst är också behovet av implementering och stöd viktigast.

Information och beskrivning av projektet:

- Vårdcentralschefer på gemensamt möte
- Alla läkare på respektive vårdcentral
- Vård och omsorgs ledningsgrupp, inklusive MAS:ar
- Områdesledningsgrupper
- Enhetschef och sjuksköterskegrupper på varje enhet/SÄBO

Utbildning:

- Utbildning ”Äldre och Läkemedel” för all kommunal vård och omsorgspersonal innan start av projektet (enhetschefer, omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, dag och nattpersonal).

Föreläsning:

- *Kognitiv svikt och psykiska symptom* docent Ingvar Karlsson
- *Palliativ vårdfilosofi och bemötande* med Eva Jönsson, Silviasyster

Information och material på intranätet:

- Arbetsbeskrivning av läkemedelsgenomgångar, LMG
- Samtliga blanketter som används vid LMG
- Länkar till material som rör ämnet Äldre och Läkemedel och omvårdnad, bland annat Socialstyrelsen kvalitetsindikatorer.

Uppföljning av arbetsmodellen under projektets gång:

- Uppföljande kontakt med vårdcentralschefer
- Kontinuerlig kontakt via mail med alla enhetschefer och sjuksköterskor i Örebro kommun med fortlöpande information och förtydligande av arbetsmodellen
- Uppföljningsbesök av processledare på varje enhet i träff med enhetschef och sjuksköterskor
- Skriftlig rapport till ledningsgrupp om erfarenheter under implementeringen
- Information och uppföljning till ledningsgrupp, områdesledningsgrupp
- Föredragning av arbetet för programnämnd

Enkäter:

- Enkäter till respektive personalgrupp för utvärdering av arbetsmodellen

Resultat

Läkemedelsgenomgångar

Antal läkemedelsgenomgångar

Underlag för läkemedelsgenomgångar har tagits fram för totalt 625 personer. För 347 har resultatet av genomgångarna återrapporterats.

Totalt har hittills 54 personer rapporterats avlidna under projektets gång.

Av 22 boenden i Örebro har fyra boenden kommit igång sent med läkemedelsgenomgångarna av olika anledningar och genomfört mindre än 10 genomgångar per boende. Ett boende har genomfört genomgångarna aktivt på alla vårdtagare men inte återkopplat resultatet och finns därför inte med i sammanställningen.

Andel kvinnor var 75 % och andel män 25 %

Medelålder för kvinnor - 88 år, för män - 84år.

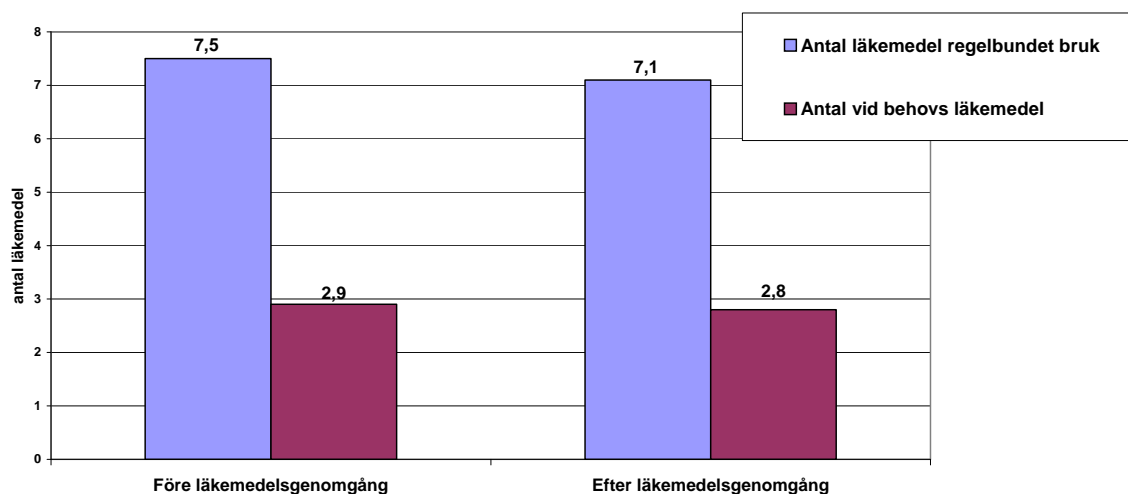
Totalt 329 personer (95 %) hade minst en läkemedelsrelaterad frågeställning.

Antalet läkemedel och läkemedelskostnad

Totala antalet läkemedel minskade från 10,4 till 9,9 under perioden (Fig 1).

Antalet läkemedel för regelbundet bruk minskade från 7,5 till 7,1 per person.

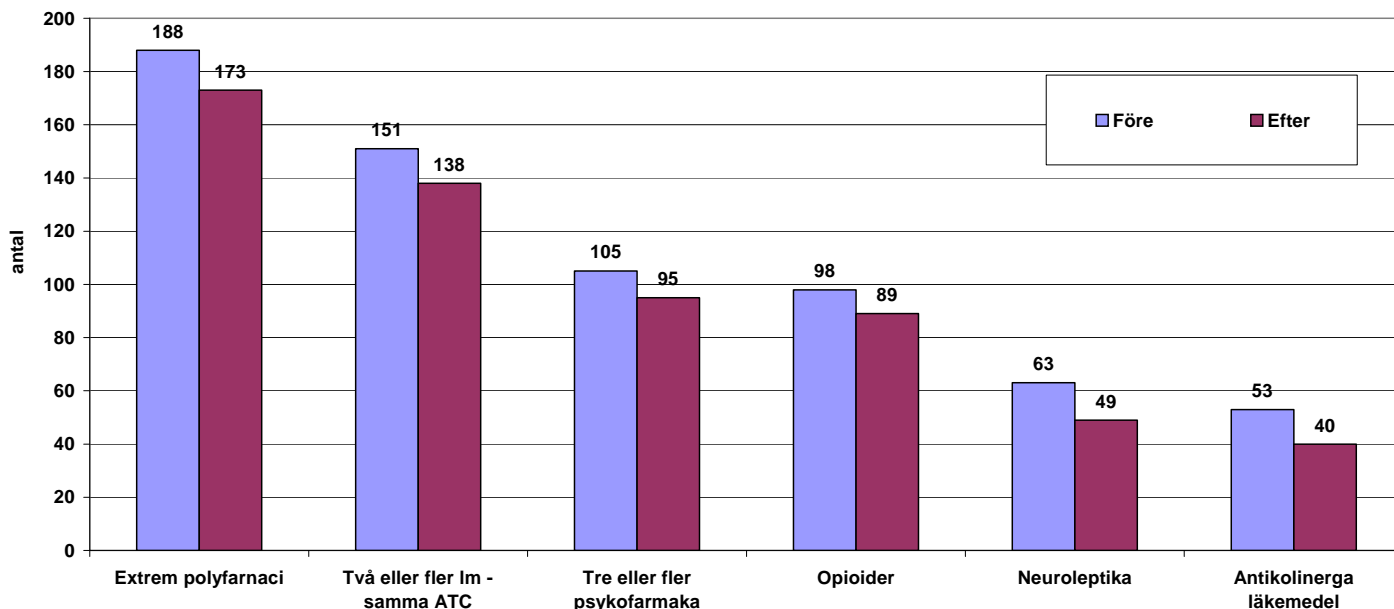
Den genomsnittliga läkemedelskostnaden per individ och år var 9637 före och 8856 efter läkemedelsgenomgången, en minskning med 781 kr per individ och år.



Totalt antal läkemedel och förändringarna i antal läkemedel är i stort jämförbara med resultat från andra teamrelaterade genomgångar av läkemedelsbehandlingen. Resultatet antyder behov av att kontinuerligt omvärdera behovet av läkemedelsbehandling till gruppen multisjuka äldre.

Kvalitetsanalys av läkemedelsbehandlingen med Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer som underlag

För närmare beskrivning av kvalitetsindikatorerna, se vidare Socialstyrelsens hemsida. Nya kvalitetsindikatorer väntas bli klara under våren 2010 (www.sos.se)

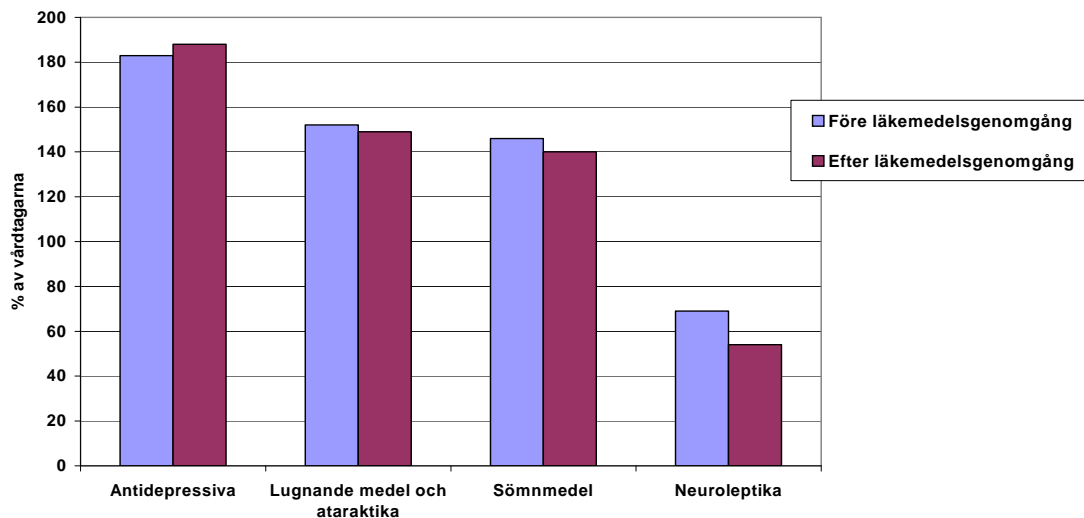


Generellt har genomgångarna resulterat i förändringar i positiv riktning för flera grupper som finns som riskläkemedel bland kvalitetsindikatorerna. Resultat från andra projekt med teamgenomgångar har indikerat en minskning i antal fall och inläggningar på sjukhus året efter genomgångarna (Projekt läkemedelsgenomgångar Västmanlands läns lansting). Förändring av behandlingen med ovanstående läkemedel kan vara en bidragande orsak till detta.

Extrem polyfarmaci är ny som kvalitetsindikator och definieras som antal personer med tio eller fler läkemedel. Bakgrunden till att den har kommit med är att antalet läkemedel är en stor riskfaktor för läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner.

Opioider finns ej med bland kvalitetsindikatorerna men redovisas här därför att, det med tanke för risken för biverkningar, skall finnas en tydlig indikation för användningen.

Användningen av psykofarmaka.



Vårdtagaren kan vara ordinerad flera läkemedel inom olika psykofarmakagrupper. Siffran anger de vårdtagare som är ordinerade minst ett läkemedel inom någon av grupperna.

När det gäller användningen av psykofarmaka ses den största förändringen/minskningen för neuroleptika. Detta är positivt med tanke på de studier som ifrågasätter nyttan med långtidsbehandling av äldre/dementa med neuroleptika och som visar på risker för stroke och för biverkningar.

Grundbehandlingen vid beteendeförändringar orsakade av demensutvecklingen är bemötande, omvårdnad och aktiviteter. Dessutom kan läkemedelsbehandling med SSRI och medel vid demenssjukdom övervägas (nya riktlinjer BPSD, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom).

När användningen av psykofarmaka och kvalitetsindikatorn ”tre eller fler psykofarmaka” diskuteras är det viktigt att skilja mellan de psykofarmaka som finns med som rekommenderad behandlingsalternativ vid symtom orsakade av demenssjukdomen, Antidepressiva (SSRI) och ”medel vid demenssjukdomar”. En ökning av dessa läkemedel är inte kopplat till risker för biverkningar vilket gäller för övriga grupper psykofarmaka, lugnande medel, sömnmedel, neuroleptika samt vissa antidepressiva.

Noterbart från projektet är att det finns utrymme för förbättringar när det gäller förändring av behandling från neuroleptika och lugnande medel till antidepressiv behandling.

Behandling med sömnmedel bör, enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikator, pågå högst en månad kontinuerligt och helst vara vid behov. Här finns stort utrymme för teamet att pröva utsättning i samverkan. Problematiken har uppmärksammats under implementeringsutbildningarna men intrycket är att detta inte prövats i tillräcklig utsträckning.

Läkemedel med antikolinerga effekter finns bland många läkemedelsgrupper (psykofarmaka medel mot inkontinens senil klåda och oro mm). Användning innebär risk för kognitiv sänkning. Några exempel från genomgångarna visar på möjligheten att förbättra livskvaliteten vid

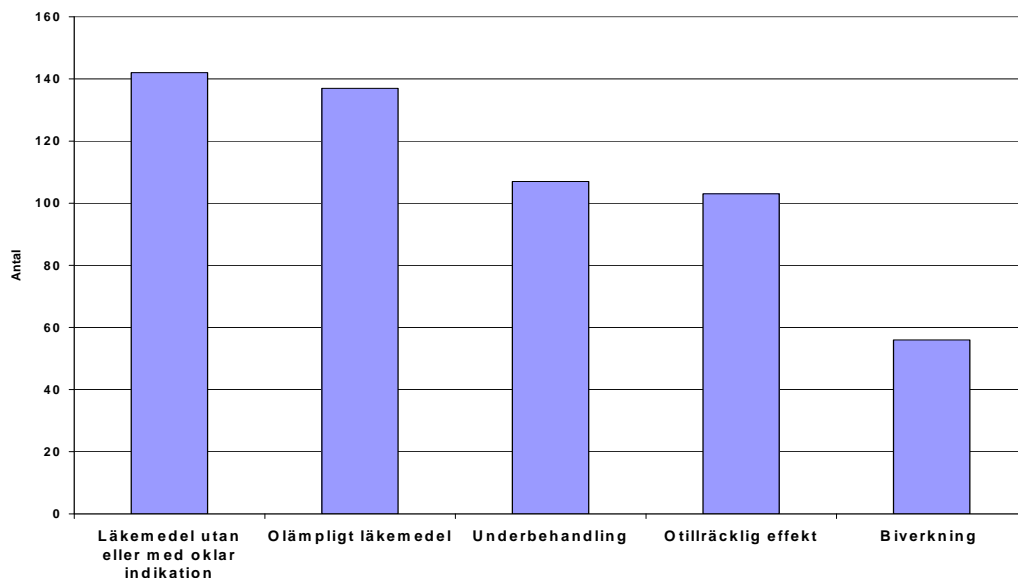
utsättning. En ökad insikt hos teamet så att förändring av behandlingen prövas i större utsträckning är önskvärd.

Läkemedelsrelaterade frågeställningar

Totalt identifierades 722 möjliga läkemedelsrelaterade frågeställningar vid genomgångar av underlagen från apoteket hos 347 individer (95 %).

Av dessa åtgärdades 422 (58 %).

Diagrammet visar de 5 vanligast förekommande problemen.



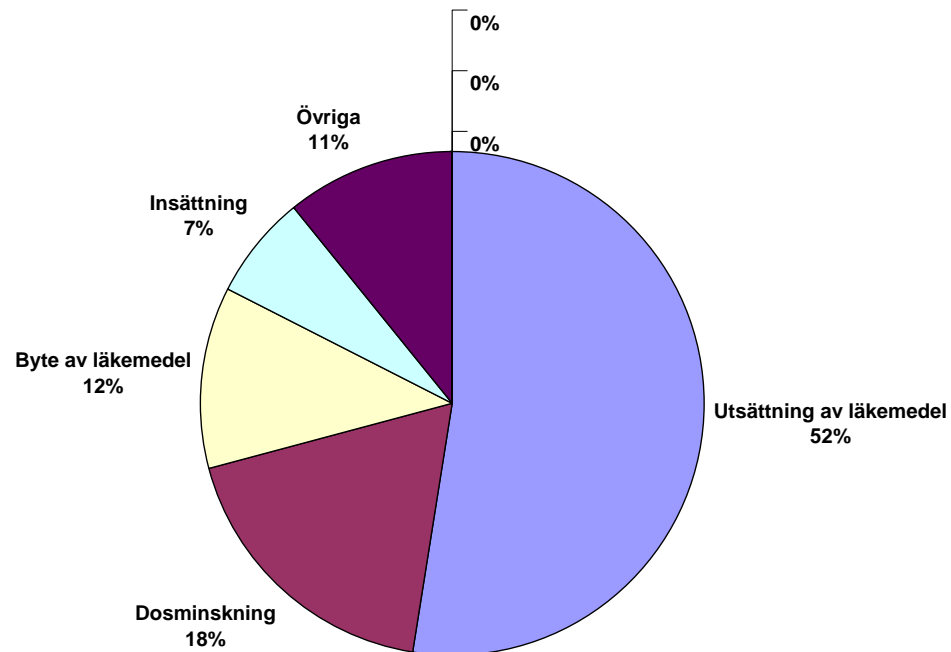
De vanligaste förekommande problemen var ”indikation saknas/oklar” och ”olämpligt val av läkemedel”. Exempel på läkemedel inom dessa grupper är Triobe, Nitropreparat, Digoxin, Furosemid (indikation saknas) respektive Risperdal och Propavan (olämpliga läkemedel).

Vanligaste preparaten när det gäller frågan om ”underbehandling” var SSRI. När det gäller otillräcklig effekt var paracetamol och SSRI vanligast förekommande.

Av läkemedel som multisjuka äldre står på är ofta en betydande andel förskrivna av annan läkare (och för länge sedan) än nuvarande patientansvarig läkare. Det kan ibland upplevas som svårt att ta beslut att förändra läkemedelsbehandling insatt av specialistläkare. Socialstyrelsen håller därför på att förtydliga författningen om nuvarande läkares ansvar för patientens hela läkemedelsbehandling.

Resultaten tyder på behovet av en samverkansmodell som ger möjligt till att enkelt och förutsättningslöst värdera behovet av fortsatt läkemedelsbehandling. Det bör vara prestigelöst att pröva ändringar och om de inte fungerar ändra tillbaka.

Resultat av föreslagna åtgärder



Totalt identifierades 722 möjliga läkemedelsproblem varav 422 (58 %) ledde till åtgärd. Antalet åtgärdade frågeställningar varierar mellan 19 % och 80 % mellan olika boenden.

De vanligaste åtgärderna var utsättning och dosminskning. När det gäller utsättning är neuroleptika och antikolinerga läkemedel vanligt förekommande. Av de genomförda åtgärder för vilka återkoppling finns resulterade 30 % i en förbättring, 63 % i oförändrat tillstånd och 7 % i en försämring. Förslag som orsakade försämring ändrades tillbaka till ursprunglig behandling.

Övriga åtgärder kan vara dosökning av läkemedel, förändring från stående till vid behovs dosering eller remiss till lab. för undersökning.

Sammanfattande kommentarer

Sammanfattningsvis är läkemedelsbehandlingen för boende ingående i analysen ungefär som genomsnittet i Sverige.

De förändringar i behandlingen som har genomförts har i stor utsträckning omfattat riskläkemedel som neuroleptika och antikolinerga läkemedel. Förändring i positiv riktning ses

också för viktiga kvalitetsindikatorer som tre eller fler psykofarmaka och extrem polyfarmaci (fler än 10 läkemedel).

Projektet har också bidragit till en minskning av antalet läkemedel med 0,5 per patient vilket motsvarar ca 490 000 kr i minskad årlig kostnad för läkemedel uppräknat för hela gruppen.

Livskvalitet

Livskvalitet är komplicerat att mäta och utvärdera hos gruppen multisjuka äldre inklusive de med demenssjukdom. De instrument som är validerade på den här gruppen är inte användbara i klinisk praxis. De är för omfattande och tidskrävande. I projektet har vi därför valt att mäta EQ5D som är validerad på gruppen multisjuka äldre. Vi har bedömt det som viktigt att försöka mäta livskvalitet på patientnivå.

För 177 personer var det möjligt att utvärdera EQ5D före och efter och för 138 personer fanns EQ5D globalskattning med i uppföljningen.

Resultat:

| | Före | Efter | Förändring |
|-------------|--------|--------|------------|
| EQ5D | 0,20 | 0,21 | + 0,01 |
| EQ5D Global | 51,8 % | 55,1 % | + 3,1% |

Både för EQ5D beräknat värde och EQ5D globalskattning sågs små positiva förändringar. För EQ5D gäller att 1,0 är bästa möjliga värde och -0,6 är sämsta möjliga värde för livskvalitet. Uppmätta värden ligger alltså på ungefär 50 % av det maximala utfallet. Den uppskattade livskvaliteten med EQ5D Global ligger också på drygt 50 %.

Med tanke på att en del av uppföljningarna genomfördes så långt som 9 månader efter starten är oförändrad livskvalitet ett positivt resultat. Medelboendetiden på SÄBO är ca 2 år och normalt ses en förändring av livskvaliteten i negativ riktning under denna period.

Detta stärker intrycket av behovet att omvärdera läkemedelsbehandlingen kontinuerligt för att erbjuda de boende en så bra livskvalitet som möjligt.

Indikation/syfte på originalhandling

Omvårdnadspersonalens iakttagelser och bedömningar är centrala för att teamet skall nå rätt behandling. Att indikation/syfte för läkemedelsbehandlingen finns med på ordinationshandling är viktigt för omvårdnadspersonalens fokus på feedback. Målet är att alla ordinationer har syfte på ordinationshandlingen vilket idag inte är fallet. Att förbättra detta var ett starkt önskemål från kommunerna.

Resultat:

| | Före | Efter | Förändring |
|----------------------------|-------|-------|------------|
| Andel med ordination/syfte | 87,1% | 90,6% | 3,6% |

Mätningen visar att för drygt 90 % är detta uppnått. En liten ökning ses som resultat av projektet men målet är 100 %. Ett sätt att uppnå detta kan vara att via sjuksköterskorna nå läkarna med önskemål om att komplettera de ordinationer för vilka detta saknas.

Otydliga ordinationshandlingar

Det har uppmärksammats vid genomgång av ordinationshandlingar att de ibland är svårlästa. På dosrecepten finns ordinationer som inte är aktuella, vid behovs ordinationer står under rubriken ”stående originalförpackningar”. Detsamma gäller även för Kommunens ordinationshandling. Detta bör ses över. Läkemedelsgenomgångar blir ett tillfälle när detta ses över. För omvårdnadspersonalen är det av stor vikt att dosrecepten är tydliga då dessa är underlag vid administrering av läkemedel. Att överföra ordinationer från Dosreceptet till kommunens ordinationshandling skall endast ske när ordination behöver förtydligas, t.ex. tillfälliga kurer.

Resultat enkäter

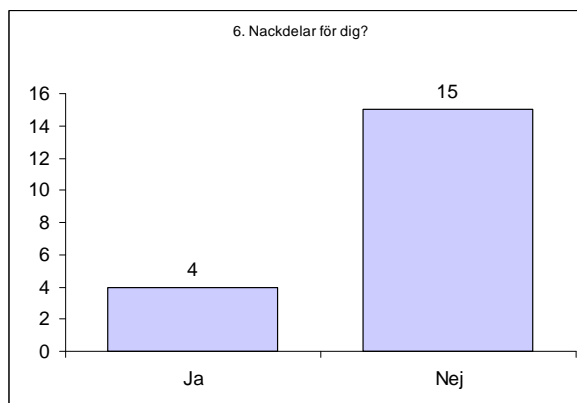
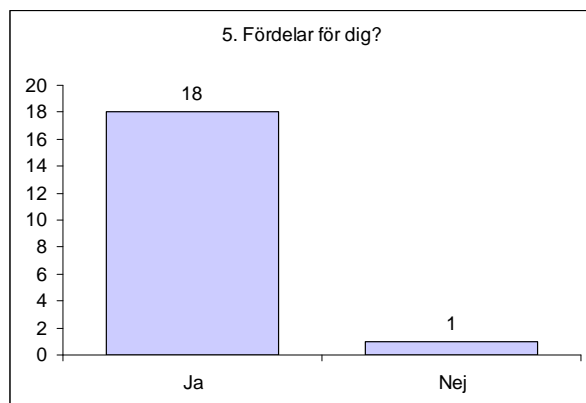
Det finns ett önskemål från både landsting och kommuner att permanenta en arbetsmodell där teamet kontinuerligt värderar behov av fortsatt behandling. För att få in underlag för eventuellt beslut om detta och för att få synpunkter på arbetsmodellen genomfördes en enkätundersökning. I samarbete med FoU Regionförbundet utformades enkäter för respektive yrkesgrupp. Läkare och sjuksköterskor kontaktades via mail med instruktion och enkät. Enkäter till omvårdnadspersonalen distribuerades via respektive enhetschef. Nedan redovisas resultaten av enkätundersökningen. Resultaten för läkare, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal redovisas var för sig.

Enkät svar läkare

Enkäter skickades ut till alla primärvårdsläkare med uppmaningen till dem som deltagit i läkemedelsgenomgångar att skicka in svar. Hur många läkare som varit inblandade i arbetet vet vi inte, men uppskattningsvis ett 30-tal. På de större boendena delas ofta ansvaret mellan flera läkare och några läkare har bytt arbetsuppgifter/arbetsplats. Totalt har 19 läkare svarat. Resultatet redovisas nedan.

Samtliga läkare är positivt inställda till samarbetet och de flesta upplever att de får stöd av arbetsmodellen. Dock upplever drygt hälften (11 av 19) att arbetet i viss mån varit tidskrävande.

Har arbetsmodellen inneburit fördelar eller nackdelar för dig?

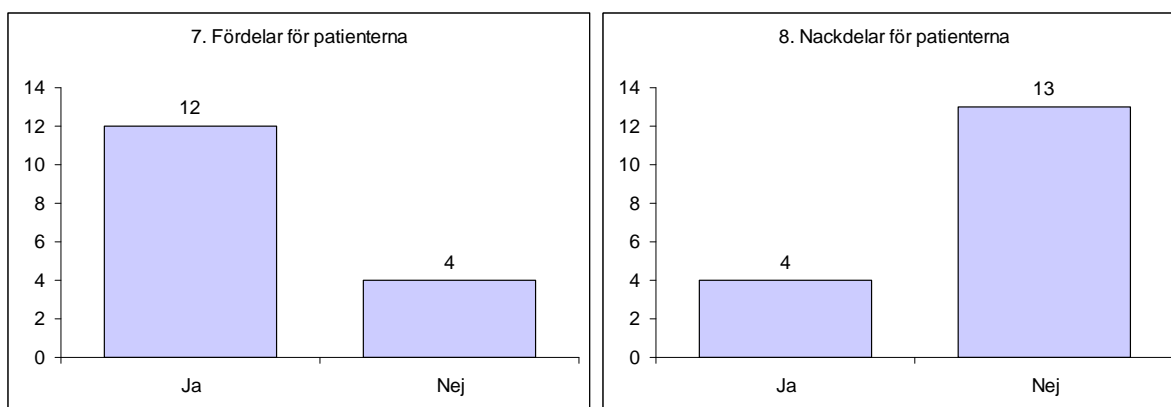


Alla utom en läkare anger fördelar med arbetsmodellen. Här några exempel på svar:

"Lyft upp betydelsen av läkemedelsbehandlingen."
"Bedömningshjälp när medicin ska sättas ut."
"Tips och hjälp med bedömning."
"Stöd i beslutsprocessen vid LMG"
"Mycket bättre information om hur patienten mår, då lättare att ta ställning."
"Bra struktur för LMG, uppföljning med anhöriga, kontaktperson, sköterska och läkare ger bra samsyn i vård och omvårdnad"
"Påminns om riktlinjer."
"Det ökar medvetenheten om polyfarmakas interaktioner."
"Tvingats att även tänka på långtidsbehandling."

Av de 4 som angivit nackdelar med modellen har en läkare hänvisat till svårigheter att få stabilitet i teamarbetet på sköterskesidan, en till tidsåtgång som enda nackdel, en till krånglig modell och en motiverade sitt nej till extra provtagning och många irrelevanta påpekanden angående avföringsmedel.

Har arbetsmodellen inneburit fördelar eller nackdelar för patienterna?

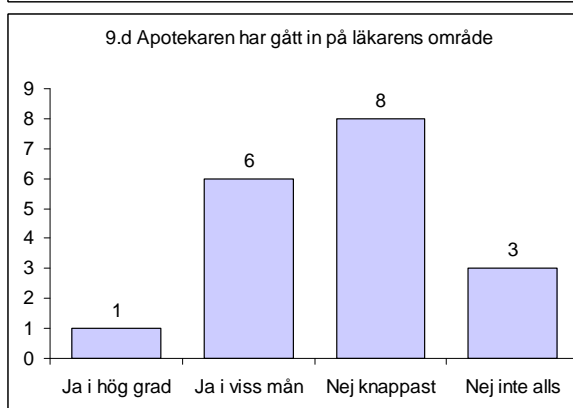
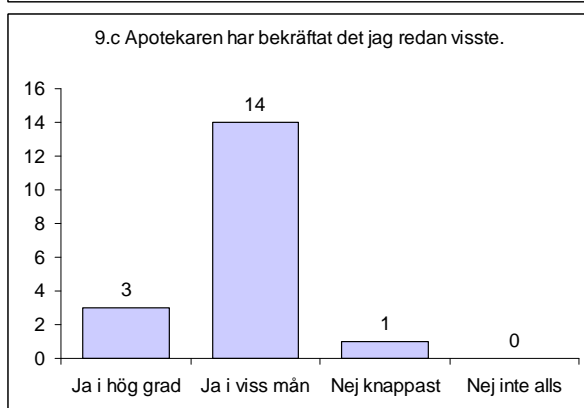
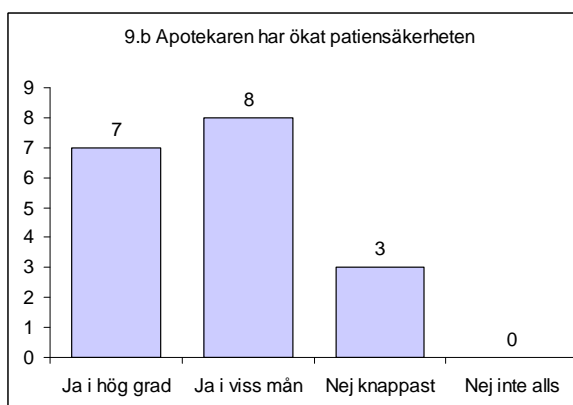
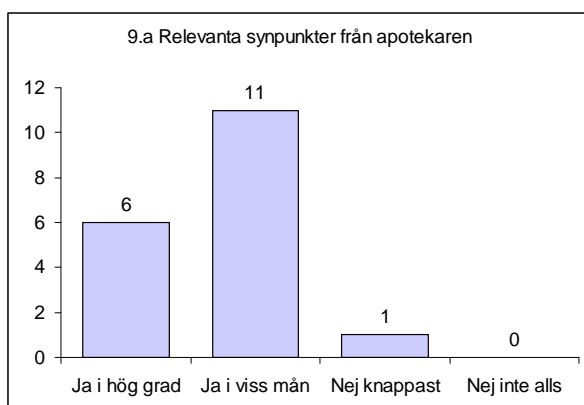


Flertalet har intrycket att modellen innebär fördelar för de boende medan några anger att patienterna påverkats negativt med bland annat onödig provtagning.

Här några exempel på de fördelar som angivit:

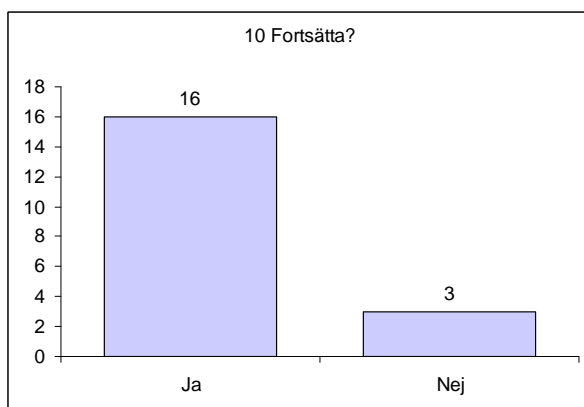
"Mer betydelse av läkemedlen i hela symptombruset."
"Multidisciplinärt teamarbete vinst för patienten."
"Mindre mediciner, bättre anpassade, mindre interaktioner."
"Förbättrade och säkrare läkemedelsordinationer."
"Färre läkemedel, färre biverkningar."
"Ja, absolut. Många mediciner blir utsatta (även om allt inte lyckas, ibland får man sätta tillbaka). Ibland kommer ny medicin till med bra resultat."
"I flertalet fall läkemedelsreduktion, symptom uppmärksammas."
"Standard höjning samt ökad säkerhet."

Läkarens synpunkter på apotekarens medverkan:



Apotekarens synpunkter upplevs som relevanta (94 %) och har i stor utsträckning (79 %) ökat patientsäkerheten. Uppfattningen är också att apotekaren i viss mån bekräftat redan kända fakta och i viss mån gått in på läkarens område.

Fortsätta med arbetsmodellen?



84 % önskar fortsätta med arbetsmodellen och detta får tolkas som en tydligt uttryckt behov att på bättre sätt samverka med övrig personal för att erbjuda multisjuka äldre bästa möjliga behandling. Några motiveringar är:

”För att få mer grund för bedömning av värdet av läkemedelsbehandlingen.”

”Underlättar mitt arbete, bättre säkerhet för patienten.”

”Bra tillfälle att ägna lite tid åt utvärdering av pågående medicinering, justera doser och sätta ut allt som inte längre behövs.”

”Ja, i första hand nu själv. Gärna, kanske vart annat år, genomgång med apotekare närvarande(ej på ”avstånd”).

”Läkemedelsarbetet har fått en bra struktur: patienten identifieras, omvårdnadspersonal bedömer funktion/symptom, råd från apotekare, njurfunktion bedöms, uppföljning med anhöriga och kontaktperson och sköterska och läkare ger samsyn i vård och omvårdnad, anhöriga görs delaktiga.”

Av de 3 läkare som svarat nej på frågan om man vill fortsätta med denna arbetsmodell har en motiverat det med att modellen bör förenklas. Samma person har svarat att modellen har inneburit fördelar för läkaren och för patienten och ser positivt på teamarbetet. En annan tycker att *”bara det blir av kan vi klara det själva utan hjälp från apoteket”*. Den tredje lämnade ingen motivering.

Hur kan arbetet med läkemedelsgenomgångar ytterligare utvecklas/förbättras?

Av 13 svar framgår att flera tycker modellen är bra som den är, några önskar att den förenklas (anges inte hur), några önskar att apotekare är med vid läkemedelsgenomgångarna, att utveckla modellen. Önskemål om att MNA (Mini Nutritional Assessment) görs i samband med läkemedelsgenomgångarna är ett annat förslag och en läkare önskar återkoppling på det som är gjorts till varje läkare.

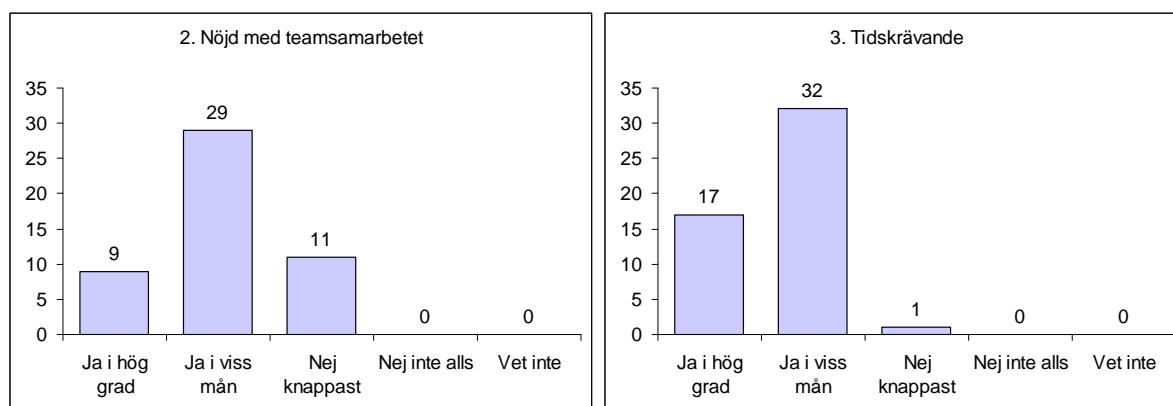
Enkät svar sjuksköterskor Örebro kommun

Enkäter skickades ut till alla deltagande sjuksköterskor i Örebro och Karlskoga kommuner.

Resultaten redovisas för varje kommun för sig.

I Örebro har svar inkommit från 50 sjuksköterskor.

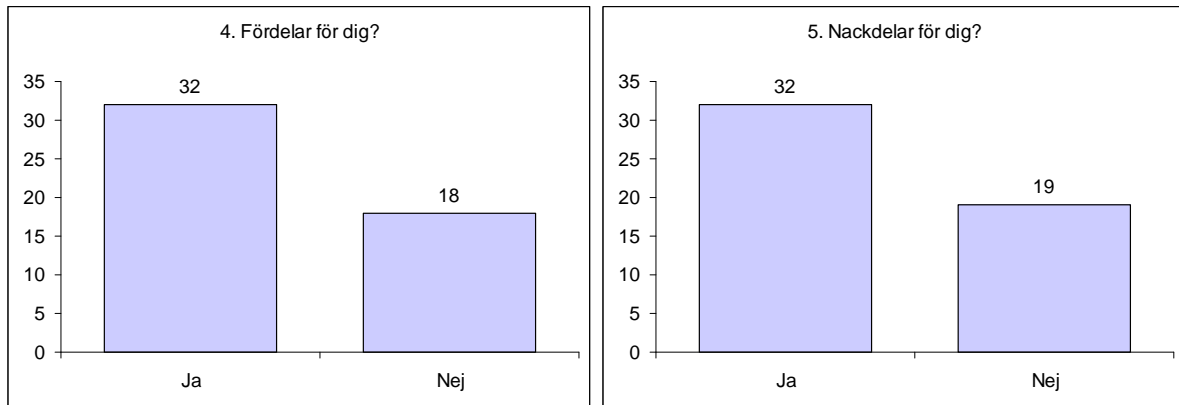
Frågorna ”Nöjd med samarbetet” och upplevelsen av tidsåtgång?



Drygt 75% är nöjda med samarbetet i projektet men i stort sett alla upplever att arbetet varit tidskrävande. Det kan tolkas som att behov finns av arbetsmodellen men att den bör förenklas så mycket som möjligt. En förklaring till att man uppfattar arbetet som tidskrävande kan vara att

flera enheter har gjort läkemedelsgenomgångar och årskontroller istället för att göra det vid samma tillfälle. Alla enheter har inte årskontroller och innehållet varierar.

Har modellen inneburit fördelar eller nackdelar för dig?



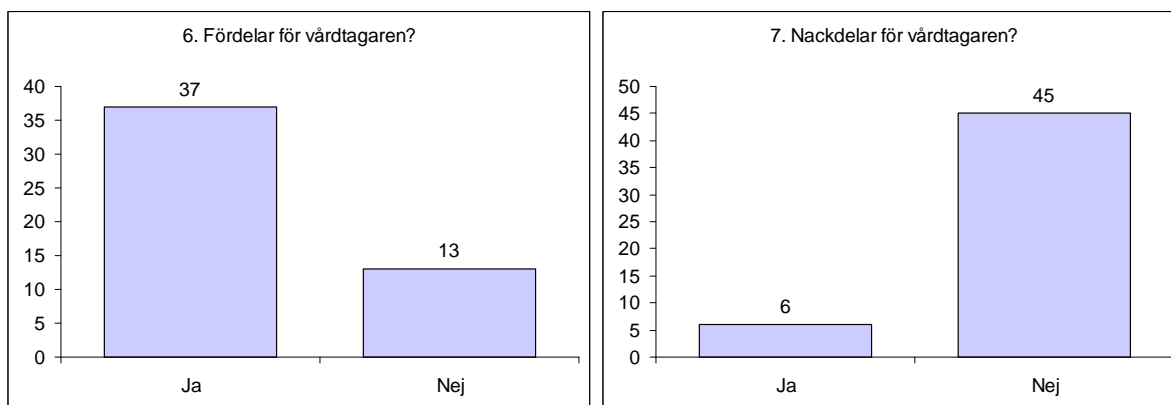
Ca 65% tycker att modellen innebär fördelar trots att i stort sett alla uppger ökad tidsåtgång. Detta indikerar att delaktighet och innehåll i arbetet ökat med detta arbetsätt.

Lika många som upplever fördelar anger också nackdelar och detta orsakas sannolikt av den ökade tidsåtgången. Av de 15 sjuksköterskor som både har svarat att arbetet inneburit nackdelar för dem och inte några fördelar ansåg 12 samtidigt att det inneburit fördelar för patienten. Exempel på fördelar som beskrivs i de 29 öppna motiveringarna är:

- ”Mycket värdefullt att ALLA boende inkluderas, annars kan de som ”mår bra” glömmas bort”.*
- ”Ökat intresse från omvårdnadspersonalen och ökat engagemang från läkare.”*
- ”Bra med utomstående apotekares råd, ger stöd åt läkaren att omvärdera förändringar, blir bra diskussioner”.*
- ”Bättre överblick och kontroll på ordinationer, bättre struktur.”*
- ”Mer kunskap om läkemedel och interaktioner.”*
- ”Mer reflektion och analys även innan mediciner sätts in.”*
- ”Skapar en nödvändighet att samtala kring patienten.”*
- ”Tillfälle att fundera igenom den boende i stort.”*
- ”Ökat engagemang och samarbete med omvårdnadspersonalen”.*
- ”Naturligt tillfälle för årskontroll.”*

Av de 33 öppna svaren om nackdelar kommenterades tidsbrist, merarbete generellt och administrativt merarbete vid 32 tillfällena, där tidsbrist som enskild nackdel nämndes oftast, 18 ggr. Utöver det nämndes i 2 kommentarer att nedlagt merarbete inte kändes motiverat pga. läkarens bristande engagemang. En kommentar gällde nackdelen att använda symptomskattningsskala då det blir en ”gissningslek, med frågor ej lämpade för personer med demenssjukdom”.

Har arbetet inneburit fördelar eller nackdelar för vårdtagaren.



Det stora flertalet, ca 75%, anser vårdtagaren gynnats av arbetsmodellen och 88 % anser att LMG inte inneburit några nackdelar för vårdtagaren.

Exempel på fördelar för vårdtagaren som beskrivs i de öppna motiveringarna är:

”Eftersom fler professioner granskar deras läkemedel, välmående och medicinska status.”

”Genomgångarna ger bra uppslag till förbättringar som varit bra, samt anhörigdelaktighet.”

”Även de patienter som inte behöver tillsyn av doktorn haså ofta har blivit sedda.”

”Patienten blir lyssnad på, får berätta hur hon verkligen mår”.

”Många uppslag från apoteket föranlett förbättringar, ökat välbefinnande”

”En bättre kvalitet på läkemedelsbehandlingen”,

”Mer noggranna läkemedelsgenomgångar som i flera fall har ökat välbefinnandet,

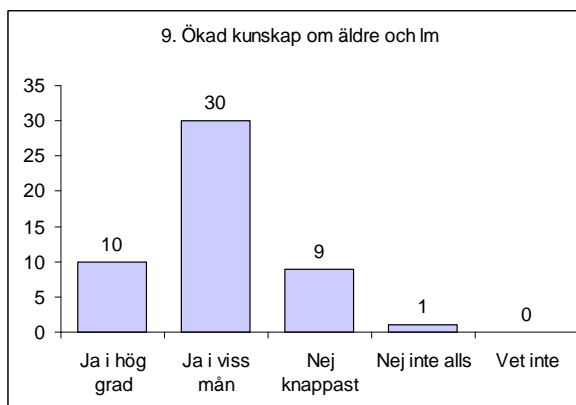
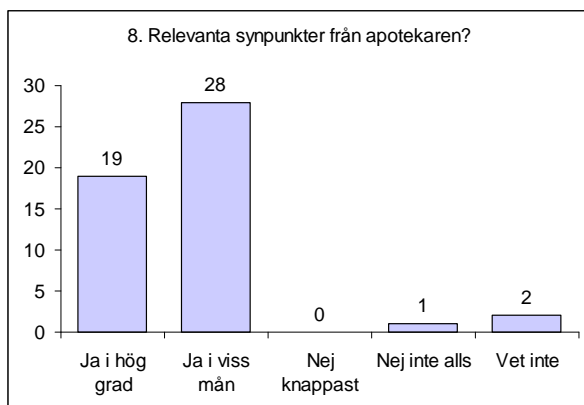
”En tryggare och säkrare läkemedelshantering”,

”Bättre koll på njurfunktionen och läkemedelsbehandlingen”.

De som svarat nej (ang.fördelar) har i andra svar angett att man uppfattar arbetet tidskrävande, att det innebär merarbete och det kopplat till oengagerad läkare som inte genomfört förändringar har inte medfört fördelar för vårdtagaren. Några har angett att man hade bra rutin innan varför denna modell inte inneburit ytterligare förbättringar/fördelar.

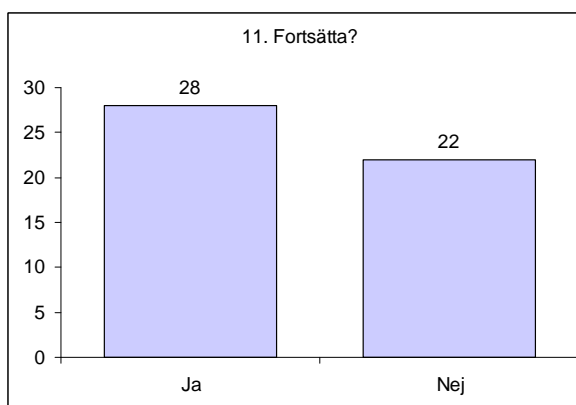
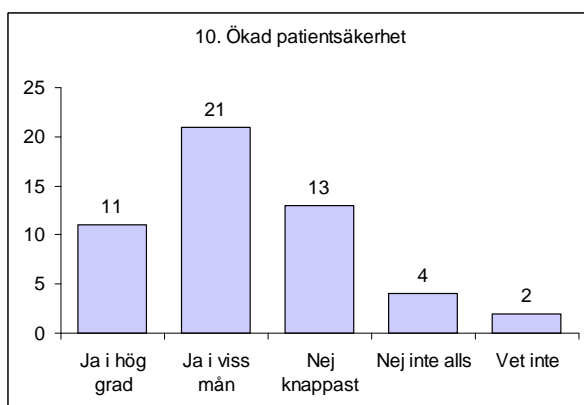
Två av de 6 som svarat att LMG inneburit nackdelar för vårdtagaren har samtidigt noterat att det ändå varit bra att man provat utsättning av ett läkemedel även om det inte lyckats. Två ifrågasatte varför man ska sätta ut läkemedel när patienten ”mår bra”. En tyckte att det var ”lite för mycket risktagande ibland att sätta ut läkemedel”.

Apotekarens synpunkter och kunskap om äldre och läkemedel?



Det stora flertalet (94 %) upplever apotekarsynpunkterna som relevanta och 80 % anser att arbetsmodellen ger ökad kunskap om läkemedel och äldre.

Frågorna om patientsäkerhet och fortsättning?



Merparten, ca 65%, anser att patientsäkerheten ökar och ca 55 % önskar fortsätta med arbetsmodellen. Att en del ej önskar fortsätta är sannolikt kopplat till det extra arbete som är kopplat till arbetsmodellen. Livskvalitetsskattningen genom EQ5D finns endast med under projektet och försvinner för SÄBO 2010. Kommentarer från sjuksköterskegruppen tyder på att detta och förtydligandet att LMG görs vid årskontroll kan underlätta arbetet och öka motivationen att permanenta arbetsmodellen.

Hur kan arbetet ytterligare utvecklas/förbättras?

Här ett sammandrag av de 19 kommentarer som lämnades:

Att inte använda EQ-5D

Att ha apotekare med vid läkemedelsgenomgången

Att utbilda alla mer i ämnet Äldre och läkemedel, även läkarna

Att förbättra teamarbetet, ev ha natten med

Att samplanera LMG med IVOP (individuella vård och omsorgsplaner) överallt

Att anpassa modellen till lokala förutsättningar

Att informera distriktläkaren om vikten av deras delaktighet/intresse

Att se över rondtider så att kontaktpersonerna kan vara med

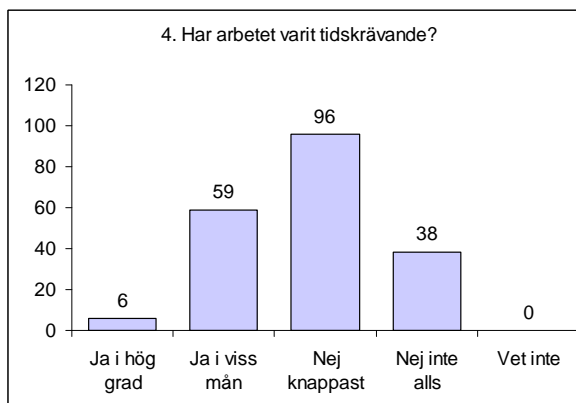
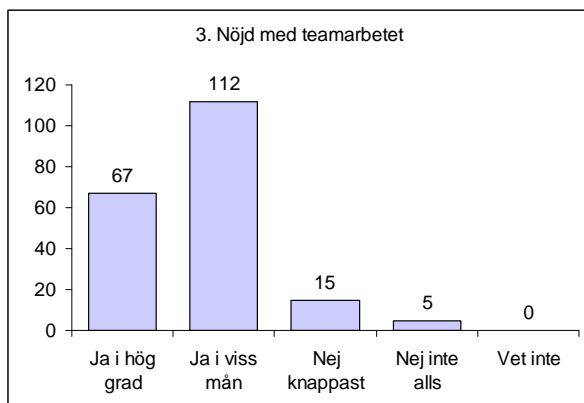
Sammanfattning enkäter sjuksköterskor

Sammanfattningsvis anser 75 % av sjuksköterskorna att arbetet medfört fördelar för vårdtagaren (fråga 6), 88 % att arbetet inte inneburit några nackdelar för patienterna (fråga 7), 80 % att det i hög grad till i viss mån ökat deras kunskaper om äldre och läkemedel (fråga 9) och 94 % anser att apotekarens synpunkter och förslag varit relevanta. Arbetsmodellen kan med det som utgångspunkt anses ha tillfört positiva effekter både för vårdtagaren och sjuksköterskorna. Det finns ett tydligt uttalat behov av förenkling av arbetsmodellen. EQ-5D ska inte användas i den permanenta arbetsmodellen vilket ej heller varit avsikten och läkemedelsgenomgångar ska göras i samband med årskontroll (LMG = årskontroll) vilket kommer att innebära en förenkling av arbetsmodellen.

Enkät svar omvårdnadspersonal Örebro

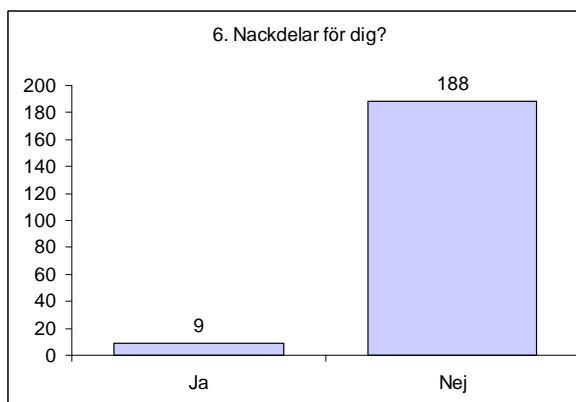
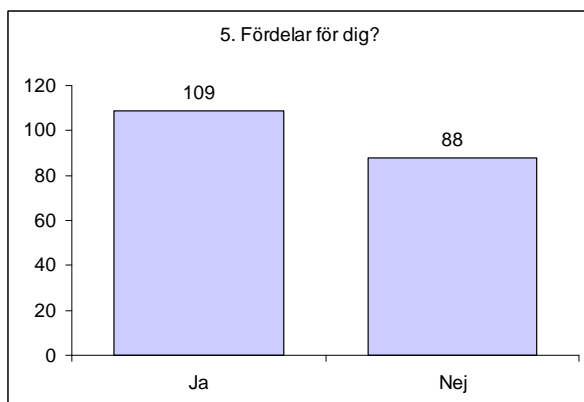
Enkäter skickades ut till omvårdnadspersonalen i Örebro och Karlskoga. I Örebro svarade 208 anställda.

Frågorna – ”Nöjd med teamsamarbetet” och ”Har det varit tidskrävande”?



Merparten, ca 90 %, är nöjda med teamsamarbetet och en mindre andel, ca 20%, anser att arbetet varit tidskrävande.

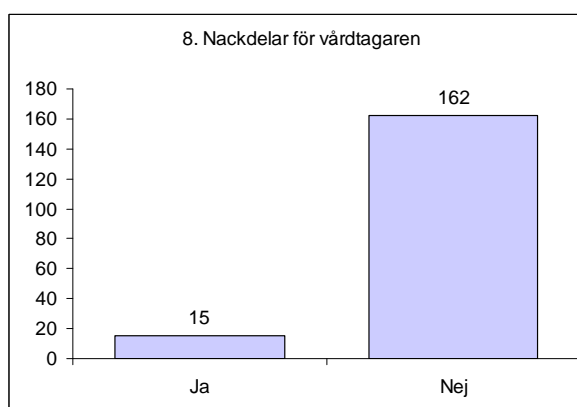
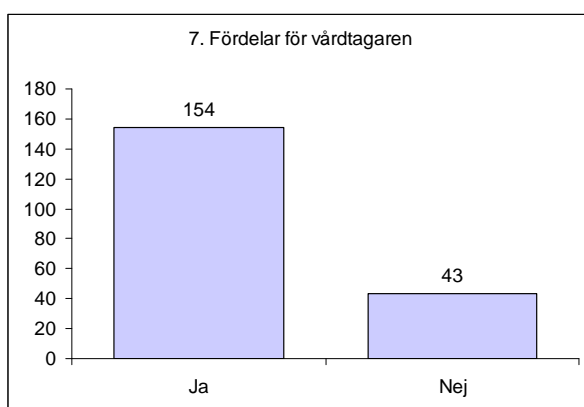
Fördelar respektive nackdelar för Dig?



Fler än hälften, ca 55%, anser att arbetsmodellen innebär fördelar och endast 5% att den medför nackdelar.

Fördelar som beskrivs handlar mest om ökad kunskap som resulterat i större förståelse för behandlingen och större vaksamhet på effekter och biverkningar ”*insyn i hur mycket mediciner brukaren har och vilka de är och hur de verkar*”. Andra fördelar är ökad delaktighet, ”*Ja, man har lyssnat på mina funderingar*”, ”*Man har chans att fråga om vad mediciner hjälper mot och kan påverka om någon medicin påverkar brukaren på ett negativt sätt*”, ”*man blir fort informerad om in- och utsättning av läkemedel*”. Ytterligare exempel på fördelar är: ”*mina brukare har blivit lugnare att arbeta med*”, ”*får tänka till vad brukaren behöver eller inte*”. Nackdelar handlade om tidsbrist.

Frågorna fördelar respektive nackdelar för vårdtagaren?



En övervägande andel, ca 78 %, anser att modellen är positiv för vårdtagaren och endast ca 9 % att detta påverkar vårdtagaren negativt. Majoriteten av fördelarna berör läkemedelsändringar och att detta resulterat i mindre läkemedel, mindre olämpliga läkemedel, mindre onödiga läkemedel och att vårdtagaren mår bättre. Några har påpekat ökad delaktighet för vårdtagaren och ökad trygghet.

”De har blivit av med en del läkemedel som de kanske egentligen inte behöver, som blivit kvar, Deras välmående och hälsa har i många fall blivit bättre”.

”Mindre mediciner och framför allt rätt medicinering”.

”Kanske inte lika många tabletter som innan. Deras situation har genomgått grundligt”.

”Livssituationen kan förbättras”.

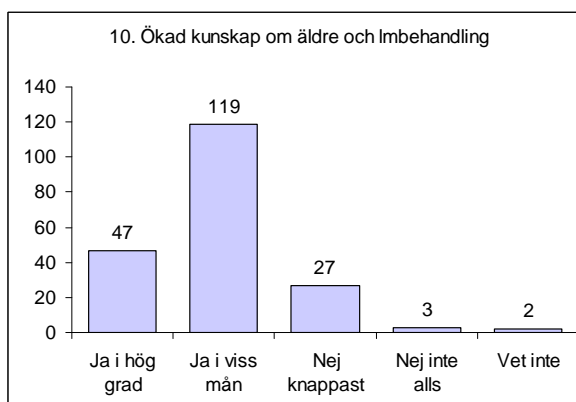
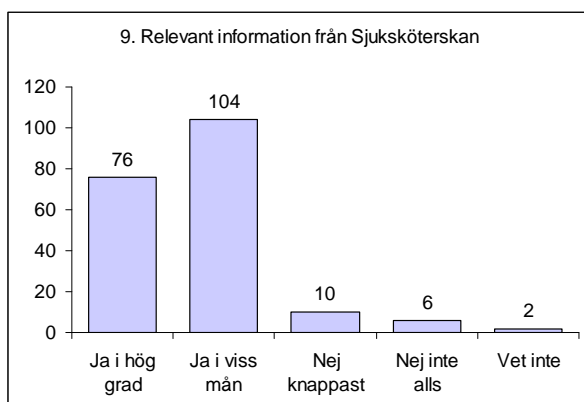
”De har fått berätta själv hur de mår”.

”Brukaren blir också införstådd i tabletter och dess verkan”.

”Mindre risk för felmedicinering, trygghet för den boende och anhöriga”

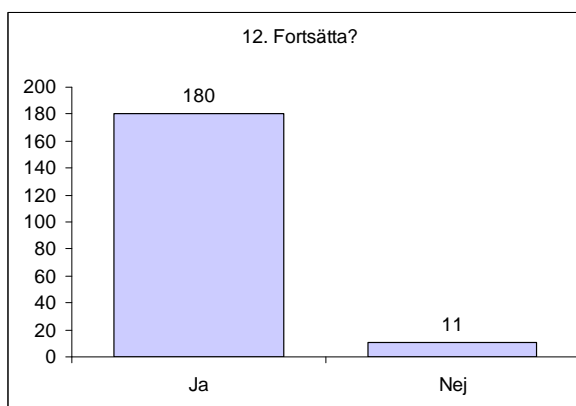
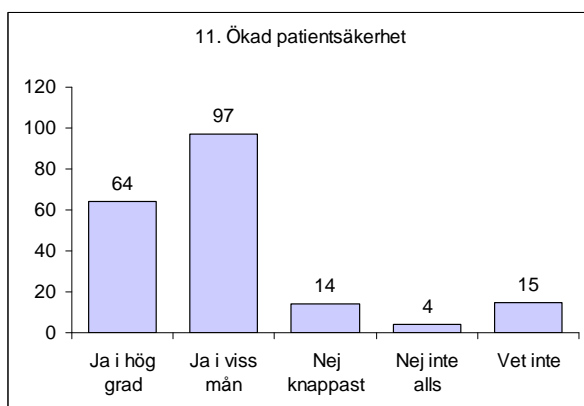
De nackdelar som beskrivs är framför allt att en del läkemedelsförändringar inte varit lyckade och medfört försämringar. Enligt globalkattningen resulterade ca 7 % i försämrat tillstånd och det föranledde oftast återinsättning av läkemedel.

Frågorna om relevant information från sjuksköterskan respektive kunskap om äldre och läkemedelsbehandling?



En övervägande andel är nöjda med informationen från sjuksköterskan och många, ca 84 % anger att de fått ökad kunskap om läkemedelsbehandling av äldre.

Frågan om modellen leder till ökad patientsäkerhet och om fortsättning?



Många, ca 85%, anger att arbetssättet leder till ökad patientsäkerhet och de flesta, ca 95%, önskar fortsätta arbetet.

Motiv till att man vill fortsätta är att det ger ökad kunskap, är bra för brukaren och att man själv vill vara mer delaktig:

”Det kan vara positivt att fortsättningsvis utöka personalens kunskap inom läkemedel och hantering av dem”.

”Det är bra att man kollar igenom vad som behövs och ser om nyttan är högre än biverkningarna. Då ökar deras välmående”

”Man ser att det inte går att plocka bort allt men att det är värt att prova”.

”Känns bra att få vara delaktig”

”Att det finns möjlighet att närvara på rondan”.

”Vi vårdpersonal måste lyssnas på”.

Totalt är omvårdnadspersonalen mycket positiv till detta sätt att arbeta. En tolkning är att detta innebär ett förbättrat arbetsinnehåll och att man får ett bättre stöd att genomföra de uppgifter som man har ansvar för.

Hur kan arbetet med läkemedelsgenomgångar ytterligare utvecklas/förbättras?

På denna öppna fråga har 65 personer svarat. De flesta handlar om önskan att få vara mer delaktig, få mer information/kunskap, kunna delta mer aktivt, mer tid för diskussioner, att göra läkemedelsgenomgångar oftare, förbättra samarbetet mellan sjuksköterskan och kontaktpersonen och läkaren.

Utbildning Äldre och Läkemedel

Målsättningen är att i anslutning till läkemedelsgenomgångar även se över annan vård och behandling, att upprätta eller revidera vård och omsorgsplaner, eftersom omvårdnaden eller brister i omvårdnaden avspeglas i läkemedelsbehandlingen. Teamarbetet blir avgörande för framgång i vård och omsorg och därmed även för läkemedelsbehandlingen. Därför har stor vikt lagts på omvårdnadsaspekter kopplat till läkemedelsanvändningen i den utbildning som erbjuds all personal i kommunen initialt.

Omsorg/omvårdnad och inte läkemedel blir många gånger avgörande för den äldres möjlighet att uppleva välbefinnande trots sjukdom och funktionsnedsättningar. De områden som belystes var: *Äldres förändrade förutsättningar att tåla läkemedel, Riskläkemedel och biverkningar, Våra olika ansvar, Läkemedelshantering, Kost/måltidssituation, Sömn, Miljö, Bemötande/mötet, Vardagens innehåll, Fysisk aktivitet.*

Det var 1300 personer som deltog vid 60 utbildningstillfällen á 3 timmar.

Erfarenheter från diskussioner under utbildningarna

Gensvaret under utbildningarna var mycket positivt och de flesta är engagerade och intresserade av ämnet vilket också enkätsvaren visar. Vad som framgick mycket tydligt i diskussioner under utbildningarna är att vården/omsorgen fortfarande i många avseenden är uppgiftsorienterad istället för personcentrerad och hur lätt det är att "fastna" i institutionsliknande rutiner. Man har ibland svårt att se möjligheter att faktiskt göra avsteg från invanda rutiner. Även läkemedelshantering är ofta standardiserad och institutionaliserad när den istället borde vara individanpassad. Standardiserade doseringsintervall (boendetider?) i ApoDos är i Örebro 8,00, 12.00, 16.00 och 20.00 vilket många gånger medför olämpliga dosintervall (ex. Alvedon 2x4). Diskussion pågår om att se över dostiderna i ApoDos. Doseringsintervallen bör ses över i samband med läkemedelsgenomgångarna.

Diskussion

Läkemedelsförändringar

Läkemedelsgenomgångarna har resulterat i följande förändringar:

- Påverkan på kvaliteten i läkemedelsbehandlingen – För Kvalitetsindikatorerna – Antikolinerga läkemedel, Neuroleptika, Tre eller fler psykofarmaka och Extrem polyfarmaci – Förändringar i positiv riktning - Minskning av antalet personer som omfattas av dessa (utan negativ påverkan på livskvaliteten).
- Minskning av antalet läkemedel och läkemedelskostnader – Om kostnadsförändringen för de 347 utvärderade patienter överförs till hela gruppen är besparingen ca 490 000 kr på årsbasis.
- 422 (58 %) av totalt 722 läkemedelsrelaterade frågeställningar är provade med huvudsakligen oförändrat eller positivt resultat.
- Resultaten från enkäterna visar på en i stort positiv inställning till den använda arbetsmodellen. Kritiken som framförts har framför allt varit den ökade tidsåtgången och då främst från sjuksköterskorna.
- De boendes livskvalitet, enligt EQ5D, var oförändrad under projektets gång.
- En liten ökning av antalet ordinationer med syfte/indikation för förskrivningen

Resultat från andra projekt med läkemedelsgenomgångar i team har indikerat en minskning i antal fall och minskat antal inläggningar på sjukhus efter genomgångarna (projekt läkemedelsgenomgångar – Västmanland). Eftersom uppnådda förändringar i läkemedelsanvändningen i Örebro/Karlskoga är jämförbara med resultaten i Västmanland antyder resultaten att samma förändringar kan ha uppnåtts här.

När respektive boende jämförs med avseende på antal läkemedel inom olika ATC-grupper kan vi notera skillnader. Detta kan till viss del förklaras med inriktningen på boendet men det förklarar inte allt. Kontinuitet i personalgrupperna och läkarkontakten men också inställning till läkemedelsbehandling påverkar sannolikt graden av läkemedelsbehandling. Kompetensen hos omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna när det gäller omhändertagande/bemötande av boende med demenssjukdom har också betydelse..

En sjunkande njurfunktionen påverkar dosering av läkemedel och val av läkemedel. Detta gäller speciellt vid grav njursvikt (< 30 ml) men även i det lägre intervallet vid måttlig njursvikt (30-60 ml).

Njurfunktionen beräknad enligt Cockcroft-Gault för de 625 individer som ingår i rapporten fördelar sig på följande sätt:

| | | |
|-----------------------------|---|-----|
| GFR < 30 ml | - | 89 |
| GFR 30-60 ml | - | 339 |
| GFR > 60 ml | - | 125 |
| Okänd – Ej gått att beräkna | - | 72 |

Detta innebär att för de som njurfunktionen varit möjlig att beräkna har 16 % grav njursvikt och 61 % måttlig njursvikt. Resultaten belyser vikten av att beräkna njurfunktionen som underlag för beslut om behandling av multisjuka äldre.

Att göra läkemedelsgenomgångar i team med apotekare på distans är en arbetsmodell med syfte att optimera den äldres läkemedelsbehandling och innebär en kvalitetssäkring av behandlingen.

Dock förutsätter det att alla har möjlighet att bidra med sin kunskap och att det finns en gemensam ambition att omvärdera läkemedelsbehandlingen och prova förändringar för att nå dit. Att sätta ut läkemedel är ibland komplicerat och kräver samsyn. Resultatet kan spegla att så inte alltid varit fallet.

Av förslagen till förändringar av läkemedelsbehandlingen har drygt 40 % inte prövats trots att majoriteten av sjuksköterskorna och läkarna anser att förslagen/synpunkterna från apotekare varit relevanta. En anledning till detta kan vara att man redan provat föreslagna förändringar och det inte framgått av inskickat underlag.

Man kan också fundera vad som påverkar besluten om behandling när föreslagna icke genomförda förändringar rör allt från utsättning av TrioBe och dossänkning av Trombyl till utsättning av neuroleptika. Den stora variationen i antalet genomförda läkemedelsgenomgångar och antalet genomförda förändringar mellan olika boenden belyser svårigheten att genomföra ett förändrat arbetssätt. Detta försvåras av att respektive verksamheter har problem med att upprätthålla kontinuitet bland personalen och när omorganiseringar pågår (personal neddragningar).

Resultatet av enkäterna visar på behovet av att förenkla arbetsmodellen utan att ta bort det som är nödvändigt för att det skall fungera som en läkemedelsgenomgång. Hela teamets kompetens och kunskap om den enskilde skall utnyttjas för att nå samsyn om vård och omsorg och patienten/anhörig bör vara delaktig.

När läkemedelsgenomgångar görs i samband med årskontroller, när EQ-5D inte ingår och arbetet får struktur och blir rutin kommer arbetsmodellen med stor sannolikhet att uppfattas mindre tidskrävande. Att behålla dialogen mellan alla parter är en förutsättning för samsyn och därmed nå rätt behandling.

Läkemedelsgenomgångar finns som ny kvalitetsindikator i Socialstyrelsens nya riktlinjer för behandling av äldre. Följande delar skall finnas med:

- Riktlinjer och rutiner framtagna i samverkan med ansvariga huvudmän
- Flera professioner är involverade och vid behov finns tillgång till stöd av kliniks farmakolog/apotekare
- Underlag: patientens diagnoser, aktuella laboratorievärde och aktuellt hälsotillstånd (= symtomskattning).
- Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer är vägledande vid genomgångarna

Vi har i projektet arbetat efter exakt denna modell. Det som behövs för att permanenta arbetsmodellen och uppfylla kraven från Socialstyrelsen är enighet mellan Örebro läns landsting och Kommunerna i länet om rutiner och riktlinjer för arbetet samt beslut inom respektive organisation om genomförande.

Utvecklingen av omvårdnaden bör prioriteras och ny omvårdnads kunskap måste tas till vara i vården. Situationen kring vården av demenssjuka har i omvårdnadsforskning belysts utifrån omvårdnadspersonalens, sjuksköterskans, anhörigas och den demenssjukes synvinkel där bemötande, miljö, kommunikation, vardagens innehåll, nutrition, är några exempel på omvårdnadsområden som kan ha ett klart samband med läkemedelsanvändningen. Läkarens delaktighet och medverkan i teamarbetet med medicinska bedömningar och diagnoser är avgörande för att ett bra totalresultat.

Utvecklingen inom medicinsk behandling har lett till ökad överlevnad för patienter med kroniska sjukdomar och den åldrade befolkningen ökar därmed i västvärlden. Antalet äldre över 80 år i Sverige förväntas att fördubblas fram till år 2050.

Detta innebär att antalet multisjuka äldre kommer att öka. Eftersom många av de multisjuka äldre inte längre talar för sig själva är teamarbete där de olika professionerna bidrar med sina olika kompetenser en grundförutsättning för att hitta rätt behandling för multisjuka äldre.

Sammanfattning och konklusion

Sammanfattningsvis har följande uppnåtts med projektet:

- Ökad säkerhet och kvalitet i läkemedelsbehandlingen
- Förbättrad teamsamverkan
- Positiv påverkan på delaktighet/arbetsinnehåll .
- Kostnadsbesparingar – läkemedel. Jämförbara projekt har indikerat minskad vårdkonsumtion .
- I stort oförändrad livskvalitet mätt med EQ5D
- Förbättrad livskvalitet enligt personalens bedömning före och efter
- En liten ökning av antal läkemedel med indikation på dosreceptet.
- Ökad kunskap om behandling av multisjuka äldre.

Projektet visar att läkemedelsgenomgångar i team bidrar till att förbättra behandlingen av multisjuka äldre. Förbättrad teamsamverkan, ökad kunskap om läkemedelsbehandling av äldre och förbättrat arbetsinnehåll har också uppnåtts under projektet.

Konklusionen är att arbetsmodellen bör permanentas i Örebro läns landsting och Örebro läns kommuner. För att denna skall kunna genomföras krävs att ett helhetsgrepp tas av landsting och kommuner i Örebro län om omhändertagande av gruppen multisjuka äldre. Ett gemensamt beslut om arbetsmodell krävs och ett tydligt uppdrag till driftsorganisationerna om genomförande.

Örebro 2010-03-12

Projektgruppen: Sune Petersson

Cecilia Lundberg

Lise-Lotte Forshufvud

Anna Danielsson

Referenser

1. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsens förslag. Artikelnummer 2003-110-20. År 2001.
2. Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen. Publicerad på www.sos.se, december 2004
3. Kohl E, Jarnehammar K & Hirsch C. Läkemedelsgenomgångar på Kungsholmen och Norrmalm. Ett samarbetsprojekt. Stockholms stad, Norra Stockholms läkemedelskommitté Apoteket AB 2002.
4. Kragh A. Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne. Läkartidningen 2004;101(11):994-999.
5. Johnsson JA, Bootman JL,. Drug-related morbidity and mortality. Arch Intern me. 199;155(18) 1949-1956.
6. Kanon J, Macintosh A, Dean J, et al. Modelling the expected net benefits og interventions to reduce the burden of medication errors. J health Serv Res Policy 2008;13(2985-9
7. Manesse CK, Derkx LF, de Ridder MA, Man in`t Veld AJ, van der Crammen TJ,. Contribution of adverse drug reactions to hospital admissions of older patients. Age and Ageing 2000;29(1):35-39
8. Hallas J, Gram LF, Grodum E et al. Drug related admissions to medical wards: a population based survey. Br J Clin Pharmacol. 1992;23(1):61-68
9. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Intern med J.2001;31(4):199-205.
10. Cunningham G, Dodd TR, Grant DJ, McMurdo ME, Richards RM. Drug-related problems in elderly patients admitted to Tyside hospitals:methods för prevention an subsequent reassessment. Age and Ageing 1997;26(5):375-382.
11. Mjörndal T, Boman MD, Hagg S, Backstrom M, Wiholm BE, Wahlin A, Dahlqvist R. Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal. Pharmacoepidemiol Drug Saf.2002; 11:65-72
12. Bootman JL, Harrison DL, Cox E. The health Care Cost of Drug-Related Morbidity and Mortality in Nursing Facilities. Arch Intern Med 1997;157:2089-96.
13. Chan M, Nicklason F, Vial JH,. Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. Intern Med J. 2001;31(4)199-205
14. Nolan L & O'Malley K. Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. J Am Geriatr. Soc 1988;36:142-149.
15. Tsujimoto G, Hashimoto K & Hoffman BB. Pharmacokinetic and pharmacodynamic principles of drug therapy old age. Part 1. Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol 1989;27(1):13-26.
16. Atkin PA, Veitch EM & Ogle SJ. The epidemiology of serious adverse drugs reactions among the elderly. Drugs Ageing 1999;14(2) 141-152
17. Beard K. Adverse reactions as a cause of hospital admission in the aged. Drugs Ageing 1992;2(4):356-367.
18. Sarlöv C, Andersén-Karlsson E, von Bahr Ch. Läkemedelsbiverkningar leder till sjukhusvård för hjärtpatienter. Läkartidningen 2001;47:5349-53
19. Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalizations caused by adverse drug reactions (ADR): a metaanalysis of observational studies. Pham World Sci 2002;11(1): 46-54
20. Mjörndahl T et al. Adverse drug reactions as a cause for admission to a department of internal medicine. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 200;11(1) 65-72
21. Walker J & Wynne H. Review: The frequency and severity of adverse drug reactions in elderly people. Age Ageing 1994; 23:255-259.

22. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A Meta-analysis of Prospective Studies. *JAMA* 1998;279(15):1200-05.
23. Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *PWS* 2002; 24:46-54.
24. Mjörndal T, Boman MD, Hagg S, Backstrom M, Wiholm BE, Wahlin A, Dahlqvist R. Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*2002; 11:65-72
25. Bootman JL, Harrison DL, Cox E. The health Care Cost of Drug-Related Morbidity and Mortality in Nursing Facilities. *Arch Intern Med* 1997;157:2089-96.
26. Stewart RB & Cooper JW. Polypharmacie in the aged. Practical solutions. *Drugs Ageing* 1994;4(6):449-261.
27. Mindre sjukdom och bättre hälsa: genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna. Professionernas roll. Rapport från Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA II); Stockholm; September 2001.
28. Läkemedelsgenomgångar i särskilda boenden i Norra Sörmland – Eskilstuna, Torshälla, Strängnäs och Mariefred; 2003-2004. Projektansvarig Stjerna A, Landstinget Sörmland; Projektledare Lööf R, Apoteket AB
29. Läkemedelsgenomgångar på Kastanjens Äldreboende -2006; i samarbete med Stockholms läns landsting och Apoteket AB
30. ”Farmaceutisk kompetens i äldrevården – Läkemedelsgenomgångar på äldreboenden i Nordvästra Skåne 2005”, Uppdragsgivare Jensen B; Primärvården i nordvästra Skåne, Projektledare Rekman E, Lutz L. K; Apoteket AB.
31. Drug utilization reviews by a pharmacist of elderly people living at home – an open trial in two Primary Health Care Centers in Sweden. Jeanette J., Renberg-Lindholm E., Öhleén K., Falk A., Hjertsén E.
32. Läkemedelsgenomgångar på Hökarängens närvårdcentral. Dr. Mats Svennebring, Sjuksköterska Lena Backmark och Apotekare Zarah Shah-Shahid
33. Utvärdering av projektet apotekare på vårdcentralen Lövåsen. Eija Göransson, primärvården Katrineholm, Rolf Wahlström Allmänmedicinskt centrum och FoU cntrum i landstinget Sörmland.
34. Gurner U. Dirigent saknas. *Rapporter/Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum* 2001:6

Arbetsflöde vid läkemedelsgenomgångar på särskilda boenden och i hemvården i Örebro och Karlskoga kommun 2008 - 2010.

Läkemedelsgenomgång ska göras enligt nedan beskrivna arbetsmodell:

- Vid årlig översyn av den äldres läkemedelsbehandling.
- Vid nyinsättning på ApoDos
- På nya patienter

Översynen kan kombineras med en total översyn över den äldres situation såväl fysiskt, psykiskt, socialt som existentiellt. Teamets samverkan blir avgörande för den äldres välbefinnande trots funktionsnedsättning och sjukdom.

Sjuksköterskan är navet i arbetet och ansvarar för att samordna insatserna.

1. Faktainsamling:

- **Samanställning av aktuella diagnoser + Provtagning utöver standard**

Läkare och sjuksköterska diskuterar:

Finns bra underlag för ställda diagnoser?

Finns/kvarstår indikation?

Vilka prover utöver standard (=S/K, Kreatinin), kan vara S/Digoxin, TSH, Hb, SR, mm utifrån aktuella diagnoser och läkemedelsbehandling.

Diagnoser + provsvar skrivs in på symptomskattningsblankheten

- **Symptomskattning + EQ-5D**

Görs tillsammans av sjuksköterska och kontaktperson med patienten.

Inkluderar blodtryck liggande/stående(sittande), vikt, längd.

Viktigt att även samla in synpunkter (då personen inte själv kan svara) från övrig personal inklusive nattpersonalen, dagvårdspersonal, mfl, då våra bedömningar ibland kan var mycket olika. En samlad bild ger rättvisare bedömning.

EQ-5D ska göras av samma person även efter genomförda läkemedelsförändringar.

- **Faktaunderlag skickas till apoteket**

Sjuksköterskan fyller i alla uppgifter på symptomskattningsblanketten och skickar den + EQ-5D till apoteket tillsammans med aktuell läkemedelslista.

Skicka till apoteket:

- symptomskattningsblankett
- EQ-5D
- aktuell läkemedelslista

Adress: Läkemedelsgenomgångar
Sjukhusapoteket
Universitetssjukhuset
701 85 Örebro

OBS: Behåll kopia på symptomskattningen i journalen. Föreslår att ni gör enmapp/patient och förvarar i journalen.

Två veckor senare kommer från apoteket förslag på frågeställningar/åtgärder av pågående läkemedelsbehandling till läkaren och sjuksköterskan.

Underlaget används vid diskussion på läkemedelsronden.

2. Läkemedelsrond

Närvarande: läkare, sjuksköterska, kontaktperson, ev. patient/anhörig och ibland arbetsterapeut.

Vilka ni tycker ska delta bestäms utifrån behov i varje enskilt fall. Optimalt är att läkemedelsgenomgångar görs i samband med läkarbesök. Erfarenheterna visar att ju fler som är med i processen desto säkrare blir besluten och alla får en bredare förståelse och kunskap kring behandlingen och patienten. Teamet stärks till gagn för den enskilde.

- **Genomgång och diskussion av läkemedelsbehandlingen.**
Utgå ifrån symptomskattningen, frågeställningarna från apoteket och annan pågående vård/omsorg och behandling.
- **Beslut om åtgärder och uppföljning**
*Åtgärder kan vara: utsättning/ insättning av läkemedel, minskning /ökning av dos, byte av preparat, omvårdnadsåtgärder, funktionsträning, mm.
För uppföljning planeras: vem, vad, hur och när den ska göras.
Sjuksköterskan dokumenterar fortlöpande på underlaget från apoteket det som görs och resultatet.*

Utifrån beslut om åtgärder och uppföljning försätter arbetet tills man är nöjd och inte vill göra fler läkemedelsändringar. En del läkemedel går att utvärdera efter kort tid, andra tar längre tid, tex, SSRI. **Se FAS UT.**

3. Resultatsammanställning

- **Ny EQ-5D görs 2-3 veckor efter sista läkemedelsändringen.**
undantag SSRI: vid depressionsbehandling, då 3 månader, vid behandling av BPSD ses effekt efter 2- 4 veckor. Ska göras av samma person som gjorde det den första gången.
- **Sjuksköterskan sammanställer resultatet av läkemedelsgenomgången.**
*Fyll i resultat av vidtagna åtgärder på underlaget från apoteket:
koder för åtgärder, koder för uppföljning, koder för resultat,
Skicka tillbaka det till apoteket med aktuell ApoDos lista + ny EQ-5D, Dokumentera i journalen*

Skicka till apoteket:

- Ifyllt underlag från apoteket om ändringar och resultat av ändringar
- Ny EQ-5D
- Ny aktuell läkemedelslista

Adress: Läkemedelsgenomgångar
Sjukhusapoteket
Universitetssjukhuset
701 85 Örebro

OBS! Behåll kopia på åtgärdslistan.

Meddela apoteket även när någon avlidit och då ni inte gör några ändringar.
Annars väntar de på uppföljningen.

Bilaga 2.

Läkemedelsgenomgång, symtomskattning

| | | | | | | | |
|------------------|------|--------------|-----|-------------|------------|--------|----------|
| Namn | | Personnummer | | | | Datum | |
| Vårdenhet/Boende | Vikt | Längd | BMI | Bt liggande | Bt stående | S-krea | S-Kalium |
| Diagnoser | | | | | | | |

Har patienten under de två senaste veckorna haft besvär med något av nedanstående?
 Markera med X. Om misstänkt läkemedelsbiverkan, notera detta vid kommentar.

| | Inga | Små | Måttliga | Stora | Kommentarer |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Yrsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ögonirritation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allmän trötthet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sömn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Andfåddhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ont i bröstet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bensvullnad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hosta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Oro/ångest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lättirriterad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nedstämdhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Försämrat minne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ont i magen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Illamående | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Förstoppning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diarré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Aptit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sväljningsfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Muntorrhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Törst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Klåda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Frusenhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Svettningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Urin, ange om KAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Stelhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Smärta/värk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Annat _____

Frågeformuläret besvarat av: Vårdtagare Närstående Personal

Kodnr

Datum

EQ-5D

KÖN

Man

Kvinna

ÅLDER _____

DIAGNOSER _____

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här)
vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd i dag.

Rörlighet

Jag går utan svårigheter

Jag kan gå men med viss svårighet

Jag är sängliggande

Hygien

Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning

Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv

Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

Huvudsakliga aktiviteter *(t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)*

Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter

Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter

Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

Smärtor/besvär

Jag har varken smärtor eller besvär

Jag har måttliga smärtor eller besvär

Jag har svåra smärtor eller besvär

Oro/nedstämdhet

Jag är inte orolig eller nedstämd

Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning

Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

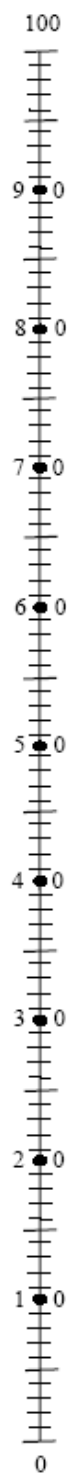
Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt
nuvarande
hälsotillstånd**

Ange med ett kryss vem som fyllt i formuläret

- Du själv
- Närstående
- Personal

Bästa
tänkbara
tillstånd



Sämsta
tänkbara
tillstånd