

Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning

Läkarens roll

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2011-6-12

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2011

Förord

Socialstyrelsen beslutade 2009 att i ett egeninitierat projekt utreda läkarens roll för kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling. Bakgrunden är att äldres läkemedelsanvändning har blivit alltmer omfattande och komplex och att läkemedelsrelaterade problem, med ibland allvarliga konsekvenser, idag ligger bakom en betydande del av den akuta sjukhusvården av äldre.

Projektets syfte var att kartlägga vilka rutiner som finns i primärvården för att upprätthålla god kvalitet i äldres läkemedelsbehandling, samt vilka möjligheter och hinder primärvårdsläkarna ser för att uppnå detta och hur kvalitetsarbetet bör organiseras för att vara effektivt och varaktigt.

Projektgruppen har bestått av *Johan Fastbom* utredare och projektledare, *Birgitta Larsson*, utredare, *Marianne Lidbrink*, utredare, *Ingrid Schmidt* utredare, samt *Karin Hedner*, inspektör, samtliga vid Socialstyrelsen.

I denna rapport, som är framtagen av utredare *Johan Fastbom* och *Birgitta Larsson*, redovisar Socialstyrelsen förslag till åtgärder för att förbättra kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling. Rapporten utgör ett viktigt underlag för Socialstyrelsens fortsatta arbete med normering och tillsyn inom detta område.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	6
<i>Bakgrund</i>	9
<i>Syfte och mål</i>	12
Syfte	12
Mål	12
<i>Metod</i>	13
Enkätundersökningen	13
Fokusgrupperna	13
Diskussioner med referensgrupper	14
<i>Resultat</i>	15
Enkätundersökningen	15
Krav i avtal	15
Ansvar och tid	15
Utbildning	16
Rutiner och stöd vid förskrivning av läkemedel	16
Rutiner och stöd för uppföljning av läkemedelsordinationer	16
Rutiner och stöd för genomgång av läkemedelsbehandling	16
Informationsöverföring från slutenvården	17
Information till patienten	17
Hinder och möjligheter	18
Fokusgrupperna	20
Kontinuitet	20
Tidsbrist	21
Ekonomiska förutsättningar	22
Erfarenhet, specialistkompetens och utbildning	23
Uppföljning	24
Kommunikation	25
Samverkan mellan vårdinstanser	26
Olika förutsättningar	27
Journal- och förskrivningssystem	28
Apodos – fördelar och nackdelar	28
Relationen till apoteken	29
Synen på patienten	31
Anhörigas roll	33
Diskussion med referensgrupp	35
<i>Diskussion</i>	37
Kontinuitet och ansvar	37
Resurser	39
Utbildning och kompetens	39
Kommunikation och samverkan	40
Ordination av läkemedelsbehandling	41
Uppföljning av läkemedelsbehandling	43
Genomgång av läkemedelsbehandling	44
Riktlinjer	45
<i>Förslag</i>	47
<i>Referenser</i>	49

Sammanfattning

Äldres användning av läkemedel har nästan fördubblats under de senaste 20 åren, huvudsakligen på grund av att många nya läkemedel och behandlingsprinciper introducerats under denna tid. Detta innebär större möjligheter att behandla åldrandets sjukdomar och besvär, men medför också en ökad risk för läkemedelsproblem såsom biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Särskilt utsatta är de sköra äldre, som på grund av sjukdom och sviktande funktioner också är mest känsliga för läkemedel. En av de mest allvarliga konsekvenserna av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är att en betydande andel, 10-30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag, beror på läkemedelsbiverkningar.

Socialstyrelsen har sedan mitten av nittiotalet bedrivit flera projekt inom området äldre och läkemedel och i en rad rapporter belyst de olika problemen. Ett antal nationella projekt initierade av landets läkemedelskommittéer, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) m.fl. har också genomförts i syfte att förbättra äldres läkemedelsanvändning. Vissa förbättringar har skett, men bland annat Socialstyrelsens och SKL:s öppna jämförelser visar att det fortfarande finns påtagliga kvalitetsbrister, liksom betydande skillnader härvidlag mellan olika landsting och kommuner.

I en nyligen publicerad rapport pekar också Socialstyrelsen på att geriatrik utgör en alltför liten andel av läkarnas grundutbildning och allmän-tjänstgöring, vilket är oroväckande med tanke på det framtida behovet av denna kompetens i hälso- och sjukvården.

Syftet med detta projekt är att kartlägga förekomsten av rutiner och stöd i primärvården för att upprätthålla en god kvalitet i äldres läkemedelsbehandling, samt att ta reda på vilka möjligheter och hinder primärvårdsläkarna ser för att uppnå detta och hur de anser att kvalitetsarbetet bör organiseras för att vara effektivt och varaktigt. Målet är att tydliggöra hur Socialstyrelsen och andra aktörer inom hälso- och sjukvården kan bidra till att förbättra läkemedelsbehandlingen för äldre, så att äldre får rätt läkemedel, att biverkningar minimeras och att uppföljningen av ordinerade läkemedel fungerar.

Projektet består av tre delar: En enkätundersökning till verksamhetschefer i primärvården, fokusgruppsintervjuer samt diskussion med en referensgrupp med primärvårdsläkare.

Resultaten av enkätundersökningen, fokusgrupperna samt referensgruppen med primärvårdsläkare, pekar på ett antal förbättringsområden:

- Varje äldre patient behöver en läkare med ett samordnande ansvar för hans/hennes läkemedelsbehandling.
- Det finns ett stort behov av kontinuerlig fortbildning inom området äldre och läkemedel, både för läkare och annan sjukvårdspersonal.
- Tid för besök/konsultation behöver anpassas till den äldre patientens behov.

- Bättre rutiner och stöd behövs för dokumentation av förskrivningsorsak och uppföljning av läkemedelsordinationer i journalen.
- ApoDos-systemet, som ligger till grund för läkemedelsdispensering för många äldre, framför allt dem med många läkemedel, behöver utvecklas.
- Det behövs rutiner för att säkerställa att information om läkemedelsbehandling insatt på sjukhus alltid och utan onödigt dröjsmål, förs över till primärvården.
- Rutiner behöver utvecklas för uppföljning av nya läkemedelsordinationer.
- Varje äldre patient bör ha möjlighet att regelbundet stämma av sina läkemedelsordinationer med ansvarig läkare och få en fullständig och aktuell lista över dem.
- Varje äldre patient bör ha möjlighet att regelbundet gå igenom sina läkemedel med ansvarig läkare.
- Riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram bör innehålla särskilda avsnitt om behandling av den äldre, multisjuka patienten.

Med utgångspunkt från dessa områden föreslår Socialstyrelsen följande åtgärder:

Socialstyrelsens avser

- Att i läkemedelshanteringsföreskriften ange att varje äldre person ska erbjudas möjligheten att regelbundet öka kvaliteten i sin läkemedelsanvändning med hjälp av läkare
- Att förstärka läkemedelshanteringsföreskriften med krav på rutiner för läkemedelsavstämningar och läkemedelsgenomgångar för äldre och multisjuka personer.
- Att i läkemedelshanteringsföreskriften förtydliga kravet på att förskrivningsorsak för ordinerade läkemedel skall dokumenteras i journalen vid varje förskrivning.
- Att förstärka läkemedelshanteringsföreskriften med krav på att utsättningsorsak skall dokumenteras i journalen efter en läkemedelsavstämning eller -genomgång.
- Att förstärka läkemedelshanteringsföreskriften med krav på rutiner för uppföljning av läkemedelsordinationer.
- Att införa avsnitt i befintliga och kommande nationella riktlinjer om de särskilda hänsyn som behöver tas vid vård och omsorg av äldre multisjuka personer.
- Att utveckla rutiner och bedömningskriterier för Socialstyrelsens tillsyn av äldres läkemedelsanvändning, bland annat baserade på indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

- Att fortsätta utveckla indikatorer för läkemedelsterapi hos äldre; för öppna jämförelser, rapporter om läkemedelsanvändningens utveckling nationellt, regionalt och lokalt, stöd vid förskrivning, uppföljning och omprövning av läkemedel samt tillsyn av äldres läkemedelsbehandling.
- Att utveckla webbaserad utbildning och fortbildning om äldre och läkemedel för läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal, inom ramen för Kunskapsguiden.
- Att, inom ramen för projektet Pascal – Patientens sammanhållna läkemedelsinformation, bidra till utvecklingen av funktioner som stöder ett systematiskt arbete med uppföljning och omprövning av läkemedelsordinationer, i första hand för dosexpedierade läkemedel och på sikt för en nationell gemensam ordinationslista.

Socialstyrelsens föreslår

- Att huvudmännen säkerställer att behovet av fortbildning inom området äldre och läkemedel för läkare och annan vårdpersonal tillgodoses.
- Att förutsättningar skapas för kommunerna att få tillgång till personer med särskild läkemedelskompetens (exempelvis sjuksköterska med fortbildning på området eller apotekare med vidareutbildning i kliniknära arbete). Dessa personer kan ansvara för fortlöpande utbildning om läkemedel och om den äldre människans förutsättningar för en optimal läkemedelsbehandling. I ansvaret ingår också att ha kontakt med de lokala läkemedelskommittéerna. Syftet ska vara att stödja och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet kring äldres läkemedelsbehandling. Andra angelägna aspekter på kvalitet inom vården och omsorgen om äldre kan också ingå i uppgiften. Funktionen kompletterar den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i dennes ansvar som bland annat innebär att rutinerna för läkemedelshanteringen ska vara ändamålsenliga och väl fungerande.

Bakgrund

Läkemedelsbehandling utgör en stor och viktig del av vården av äldre. Förskrivningen av läkemedel för denna grupp har ökat påtagligt under de två senaste decennierna, från tre [1] till i dag mellan fem och sex [2] preparat per person. En viktig orsak till detta är introduktionen av nya läkemedel och nya behandlingsprinciper, vilket innebär större möjligheter att behandla åldrandets sjukdomar och besvär. Andra orsaker har sin grund i brister av olika slag, i exempelvis samordning mellan vårdgivare och uppföljning av läkemedelsbehandling hos äldre.

En omfattande läkemedelsanvändning hos äldre medför en ökad risk för läkemedelsproblem av olika slag. Kroppsliga förändringar på grund av ålder och sjukdom påverkar både omsättning och effekter av läkemedel, vilket leder till en ökad känslighet och därmed risk för biverkningar. Användning av många läkemedel utgör också i sig en betydande riskfaktor för biverkningar och för att läkemedel ska påverka varandra (läkemedelsinteraktioner) [3].

Särskilt utsatta för läkemedelsproblem är de sköra äldre som på grund av sviktande funktioner eller sjukdom också är mest känsliga för läkemedel. Dessa personer använder i dag i genomsnitt tio preparat per person [4-7]. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag, beror på läkemedelsbiverkningar [8-11].

Socialstyrelsen har under de senaste 15 åren belyst problemen med äldres läkemedelsanvändning i en rad olika rapporter. I en av de mer omfattande undersökningarna *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning 2004* [12], konstaterades bland annat att fyra av fem äldre i särskilt boende hade psykofarmaka och nära var tredje tre eller fler sådana läkemedel samtidigt. Man konstaterade också att var femte äldre på demensboende använde s.k. antikolinerga läkemedel som är starkt benägna att orsaka förvirringstillstånd [3].

För sex år sedan publicerade Socialstyrelsen ett förslag till kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi [13], som var tänkta att både användas som instrument för att mäta och följa upp kvaliteten i äldres läkemedelsterapi och ge stöd för att förbättra den. Indikatorerna är i dag väl kända och har en rad olika tillämpningar, i exempelvis nationella mätningar och jämförelser, utbildning av vårdpersonal samt som stöd vid förskrivning av läkemedel och vid läkemedelsgenomgångar. I juni 2010 utkom en uppdaterad version, nu under namnet *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [14].

Socialstyrelsens arbete har med all säkerhet bidragit till att medvetenheten om bristerna i äldres läkemedelsanvändning ökat påtagligt under senare år, såväl bland politiker som i vården och hos dess företrädare. En rad projekt i syfte att förbättra kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling har också initierats och genomförts genom läkemedelskommittéernas ”nationella kraftsamling” under 2005-2006 och Sveriges Kommuner och Landstings (SKL)

SÅLMA-projekt 2006-2007 [15], samt med stöd av regeringens stimulansmedel [16].

Vissa förbättringar i kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling har också skett. En av de mest påtagliga förändringarna är en minskning av förskrivningen av långverkande lugnande medel och sömnmedel. På senare år har också Socialstyrelsens mätningar baserade på läkemedelsregistret visat en lätt men stadig minskning av användningen av vissa psykofarmaka och förekomst av olämplig läkemedelsanvändning [2, 17].

Äldres läkemedelsanvändning har dock som helhet inte minskat, och den har blivit alltmer komplex med en ökad förekomst av olika typer av somatisk (kroppslig) läkemedelsbehandling, främst hjärt-kärlläkemedel. Det föreligger också stora variationer mellan landsting och mellan kommuner, med avseende på läkemedelsanvändningens omfattning och kvalitet [18, 19]. Detsamma gäller kvalitetssäkringsarbetets art och omfattning i olika delar av landet. En uppmärksam rapport från en tematisk verksamhetstillsyn av läkemedelsbehandling av äldre i hemsjukvården i sydöstra sjukvårdsregionen 2008 [20], visade att läkemedelsanvändningen totalt, liksom lugnande medel, sömnmedel samt ett flertal typer av olämplig läkemedelsanvändning, ökat sedan en tidigare mätning 2005. Det anmärkningsvärda var att detta hade skett trots flera olika insatser för att förbättra äldres läkemedelsanvändning, såsom utbildning och fortbildning om äldres sjukdomar och läkemedel samt läkemedelsgenomgångar.

Det återstår således en del att göra innan vi kan få en mer konsekvent och bestående förändring till det bättre för äldres läkemedelsanvändning. En nyckelfråga i detta sammanhang är läkarens roll. Behandlande läkare, som i de flesta fall när det gäller vården av äldre utgörs av en allmänläkare i primärvården, har ansvaret för att den läkemedelsbehandling han/hon ordinerar till sina patienter är ändamålsenlig och av god kvalitet. Det är emellertid vanligt att patienter använder läkemedel som är ordinerade av flera olika läkare [4, 5], men ofta oklart vem som ansvarar för helheten i en äldre patients läkemedelsbehandling. Samtidigt finns, i jämförelse med läkemedels hanteringen, mindre reglerat i föreskrifter m.m. vad gäller ordination och uppföljning av läkemedelsbehandling [12, 21]. Kvaliteten i den äldre patients läkemedelsanvändning är istället i hög grad avhängig behandlande läkarens kompetens och engagemang.

Läkaren å sin sida, kan ha svårt att hitta den tid som behövs för att kunna upprätthålla en god kvalitet i äldre patients läkemedelsbehandling. I många fall saknas sannolikt också rutiner och tydliga lokala instruktioner för hur detta ska åstadkommas. Därtill finns det utbredda brister i dokumentation av och information om läkemedelsordinationer, som i grunden försvårar ett sådant arbete [21].

Under de år som bristerna i äldres läkemedelsanvändning uppmärksammats och diskuterats, har läkarens roll inte lyfts fram tillräckligt. Det kan till och med vara så att många läkare känner sig förbigångna, när många av de åtgärder som diskuterats och fått stöd, har handlat om vårdpersonalens kompetens och apotekarledda läkemedelsgenomgångar.

Andelen äldre med många sjukdomar och en omfattande läkemedelsanvändning blir allt större i samhället och i sjukvården. Många studier som kartlagt vården för multisjuka äldre, har visat en situation med omfattande

men splittrade insatser från sluten- och öppenvården inom landstinget och från kommunernas äldreomsorg, och en avsaknad av helhetssyn och konkret samverkan [7, 21]. Samma studier har visat påtagliga brister i läkemedelsanvändningen, som har kunnat härledas främst till brister i ordination och uppföljning, men också dokumentation av och information om aktuell läkemedelsanvändning [21].

Bristerna i äldres läkemedelsbehandling kan således betraktas som ett symptom på att vården av äldre inte fungerar som den ska, med otydligt ansvar, bristande kontinuitet, bristande dokumentation och informationsöverföring samt bristande uppföljning av äldres läkemedelsbehandling. Alltför ofta saknas också fastställda rutiner för hur en god kvalitet ska upprätthållas. Vidare ser läkemedelsanvändningen inte ut att kunna förbättras genom en enskild åtgärd, utan kräver att flera olika moment i en läkemedelsbehandlingsprocess [15, 22] ses över och optimeras. Äldrevården kan behöva ett nytt sätt att arbeta, där alla delarna av denna process beaktas. En förutsättning för detta är dock läkarens engagemang och tydliga ansvarstagande.

Syfte och mål

Syfte

Att kartlägga förekomsten av fastställda rutiner i primärvården för att upprätthålla god kvalitet i äldres läkemedelsbehandling, hur de är utformade och på vilket sätt man säkerställer att de blir genomförda.

Att klarlägga vad läkarna ser för möjligheter och hinder för att upprätthålla en god kvalitet i äldres läkemedelsbehandling, och hur de anser att ett kvalitetsarbete ska organiseras för att vara effektivt och varaktigt.

Mål

Att tydliggöra hur Socialstyrelsen kan bidra till att förbättra läkemedelsbehandlingen för äldre, så att äldre får rätt läkemedel, att biverkningar minimeras och att uppföljningen av ordinerade läkemedel fungerar bättre.

Metod

Den aktuella undersökningen består av tre delar: en enkätundersökning bland verksamhetschefer i primärvården, fokusgrupper med primärvårdsläkare samt diskussioner med referensgrupper.

Enkätundersökningen

Syftet var att kartlägga hur vården av äldre patienter, både i öppen vård och i särskilt boende, är organiserad samt vilka rutiner som tillämpas för att förbättra eller upprätthålla en god kvalitet i äldres läkemedelsanvändning. Med äldre avsågs patienter 75 år och äldre.

Enkäten innehöll frågor om läkarens ansvar för äldres läkemedelsanvändning, fastställda rutiner och stöd för ordination och uppföljning av läkemedelsbehandling, dokumentation och informationsöverföring avseende läkemedelsordinationer, IT-stöd samt rutiner för återkommande genomgångar av läkemedelsanvändningen. Innan Socialstyrelsen skickade ut enkäten genomfördes en pilotundersökning varefter några mindre ändringar gjordes i enkäten. Enkäten gick ut i juni 2010, via e-post, till verksamhetschefer vid totalt 946 vårdcentraler, av vilka 625 (66 procent) svarade.

Fokusgrupperna

Syftet med fokusgrupperna var att fånga läkarnas inställning till komplexiteten i vården av äldre och deras läkemedelsanvändning samt behovet av kvalitetsförbättringar. Syftet var också att diskutera läkarens ansvar för helheten i äldre patienters läkemedelsbehandling och hur arbetet ska bedrivas, dels i verksamheten som helhet, dels hos den enskilde läkaren, för att säkerställa en god kvalitet i läkemedelsbehandlingen.

För genomförandet av fokusgrupperna anlät Socialstyrelsen Kontigo AB. För att få ett representativt urval av Sveriges läkare, arrangerades intervjuer i norra, mellersta och södra delen av landet och för vardera av dessa med läkare från vårdcentraler i stad respektive landsbygd. För varje intervju rekryterades läkare från såväl privat som offentlig vård. Urvalet av läkare gjordes i samråd med primärvårdscheferna i de aktuella landstingen, som också var behjälpliga med att boka lokal m.m. för intervjuerna. Fokusgruppsintervjuerna ägde rum under februari - mars 2010. Fem intervjuer med totalt 29 deltagare genomfördes; i Göteborg, Hässleholm, Örebro, Stockholm och Östersund. En intervju var också planerad till Skellefteå, men det visade sig inte vara möjligt att få ihop tillräckligt antal deltagare för att kunna genomföra denna.

Diskussioner med referensgrupper

Inför enkätundersökningen och fokusgruppsintervjuerna sammankallade Socialstyrelsen till möten med två olika referensgrupper, för att diskutera innehåll och frågeställningar i uppdraget. I den ena gruppen deltog representanter för SKL, ett projekt för samverkan mellan kommun och landsting (Estherprojektet, på Småländska höglandet), samt ett landsting som utarbetar/utarbetat en strategi för kvalitetssäkring av äldres läkemedelsanvändning (Västra Götaland). I den andra gruppen deltog allmänläkare aktiva inom primärvården, med längre eller kortare erfarenhet; en av deltagarna var verksam som vårdcentralschef och en av dem gick sin ST-utbildning.

Resultat

Enkätundersökningen

Av de 625 (66 procent av de 946 tillfrågade) vårdcentralerna som deltog i enkätundersökningen, drivs 76 procent av landstinget. I medeltal har varje vårdcentral 8700 listade patienter varav 900 är 75 år eller äldre. Inom vårdcentralernas verksamhetsområden svarar kommunen i något större utsträckning (56 procent) än landstinget för hemsjukvården i ordinärt boende.

Krav i avtal

Drygt var tredje vårdcentral (37 procent) uppgav att det i deras avtal med beställarorganisationen, fanns krav avseende läkemedelsförskrivning/-användning som specifikt gäller äldre. Några exempel på krav som beskrivs i enkätsvaren är:

”Rekommendation om årlig läkemedelsgenomgång på alla 75 år och äldre”

”Årlig läkemedelsgenomgång för samtliga patienter inskrivna i hemsjukvård samt årlig läkemedelsgenomgång för alla >65 år med sju eller fler läkemedel”

”Läkemedelsgenomgång ska göras minst en gång om året på alla boende i särskilt boende. Läkemedelsgenomgång ska göras minst en gång per år på personer i ordinärt boende, som är 65 år eller äldre som läkemedelsbehandlas och har hälso- och sjukvårdsinsats”

”Läkemedelsavstämningar till alla >75år”

”Att ta hänsyn till nedsatta organfunktioner och att undvika polyfarmaci”

”Måltal för antikolinerga läkemedel, bensodiazepiner”

”Läkemedelsgenomgångar årligen till de som har kontakt med distriktsköterska”

”Generella rekommendationer att beakta vid läkemedelsförskrivning till äldre”

”Kontinuerlig systematisk kvalitetskontroll av läkemedelsanvändning för äldre”

Ansvar och tid

En tredjedel (33 procent) av vårdcentralerna svarade att alla eller nästan alla patienter 75 år och äldre, har en och samma läkare som ansvarar för hela läkemedelsanvändningen, men ungefär lika många (31 procent) svarade att hälften eller mindre än hälften av patienterna har det.

I medeltal avsätter man 32 minuter (15-90 minuter) för äldre patienters besök hos läkaren. Mer än var tredje vårdcentral (39 procent) svarade att den avsatta tiden inte varierar beroende på patientens ålder.

Utbildning

Flertalet vårdcentraler svarade att deras läkare har vissa (82 procent) eller stora (6 procent) behov av utbildning inom området äldre och läkemedel.

Rutiner och stöd vid förskrivning av läkemedel

Nästan alla vårdcentraler (97 procent) uppgav att deras läkare använder något slags stöd vid förskrivning till äldre. Vanligast var lokala rekommendationer och lokalt utformat stöd, från läkemedelskommittén (87 procent) eller från vårdcentralen (12 procent) samt Socialstyrelsens indikatorer för äldres läkemedelsterapi (42 procent). Nitton procent svarade "Annat", varav en fjärdedel angav någon form av IT-stöd. Andra svar var exempelvis:

"Tillgänglig medicinsk litteratur", "Kloka listan", "FASS", "Rekommendationer från farmaceut i samband med Im-genomgång", "Videokonferens med geriatriker månadsvis", "Lokala riktlinjer inom vårdcentralen under bearbetning", "Förskrivningsgenomgång med klinisk farmakolog 2 gånger per år", "Två gånger per termin träffas läkare och sköterskor"

Knappt 60 procent svarade att läkarna vid vårdcentralen alltid eller nästan alltid dokumenterar förskrivningsorsak för ordinerade läkemedel i journalen, 35 procent svarade oftast och 5 procent ibland.

Drygt hälften (52 procent) av vårdcentralerna svarade att det inte finns särskilt stöd eller utrymme i journalsystemet för dokumentation av förskrivningsorsak

Två tredjedelar (67 procent) svarade att samtliga läkare vid vårdcentralen får särskild utbildning i hur de ska hantera läkemedelslistan i e-dos (ApoDos på internet). Motsvarande siffra för samma fråga om läkemedelslistan i journalsystemet var 86 procent.

Rutiner och stöd för uppföljning av läkemedelsordinationer

En av fyra (24 procent) vårdcentraler svarade att de har fastställda rutiner för hur läkarna ska dokumentera hur uppföljning av en ny läkemedelsordination skall ske. Lika många angav att det fanns rutiner för när och hur uppföljningen ska ske.

Rutiner och stöd för genomgång av läkemedelsbehandling

På frågan om det fanns fastställda rutiner för regelbunden genomgång av äldres läkemedelsbehandling för äldre i eget boende svarade 28 procent av vårdcentralerna "Ja, för samtliga patienter" och 44 procent "Ja, för vissa". Motsvarande siffror för särskilda boenden – för de vårdcentraler som ansvarar för sådana – var 83 respektive 7 procent.

Av de vårdcentraler som genomför regelbundna genomgångar, svarade flertalet (62 procent för patienter i eget boende och 73 procent i särskilt boende) att de görs en gång per år. Det näst vanligaste alternativet var Annat (27 respektive 15 procent), där svaren var exempelvis:

För patienter i eget boende: ”Samt vid behov”, ”Vid besök hos läkaren”, ”Beroende på sjuklighet och antal preparat”, ”Alltid vid alla läkarbesök”, ”I samband med receptförnyelser”.

För patienter i särskilt boende: ”Vid försämring”, ”Vid inflyttning”, ”Minst en gång per år. Oftare vid problem”, ”Vid inskrivning + årligen”, ”Löpande vid varje möte med patienten”, ”Vid varje ordination och förnyelse”, ”När frågan aktualiseras av ansvarig sjuksköterska”, ”Beroende på patientens tillstånd”, ”Vid apodosförnyelse”, ”Vid ronderna”.

För patienter i eget boende svarade man oftast att den ansvarige läkaren själv (46 procent) eller tillsammans med sjuksköterska eller distriktssköterska (45 procent) gör genomgångarna. I särskilt boende görs flertalet genomgångar av läkare tillsammans med sjuksköterska (67 procent) eller i multiprofessionella team (32 procent). När genomgångarna i särskilt boende sker i team deltar förutom ansvarig läkare oftast sjuksköterska (alltid 81 procent, ibland 5 procent) och undersköterska/vårdbiträde (25 respektive 30 procent), följt av apotekare (17 respektive 18 procent).

Patienter i eget boende deltar ofta själva (69 procent) när genomgångar görs, vilket är något mer sällan förekommande i särskilt boende (43 procent).

På frågan Om Du anser att det inte görs systematiska genomgångar av äldre (75+) patienters läkemedelsbehandlingar i den omfattning Du anser önskvärdt, vad är enligt Din uppfattning den huvudsakliga orsaken? svarade de flesta vårdcentralerna Tidsbrist (62 procent), följt av Ekonomiska begränsningar (19 procent) och Organisatoriska problem (17 procent).

Informationsöverföring från slutenvården

Drygt hälften (53 procent) av alla vårdcentralerna svarade att behandlande läkare alltid eller nästan alltid får information från sjukhuset om läkemedelsbehandling som har påbörjats i samband med ett slutenvårdstillfälle, 32 procent svarade Oftast, 13 procent Ibland och 2 procent Aldrig eller nästan aldrig. Fjorton procent angav att informationen kommer till vårdcentralen samma dag, 21 procent angav efter 2-3 dagar och 24 procent 4-6 dagar. Mer än hälften svarade att det tar en vecka eller mer (40 procent svarade 1-2 veckor och 13 procent mer än 2 veckor) innan de får denna information. Informationen förmedlas i de flesta fall i en epikris (slutanteckning; 94 procent), medan 17 procent angav att de vanligen får den i form av en läkemedelsberättelse.

Information till patienten

Knappt var femte (19 procent) vårdcentral uppgav att de har fastställda rutiner för hur läkaren ska försäkra sig om att en äldre patient har förstått vad hennes eller hans ordinerade läkemedel är till för.

Mindre än hälften (45 procent) svarade att det finns fastställda rutiner på vårdcentralerna för att tillse att en äldre patient har en lista över aktuella läkemedelsordinationer.

Hinder och möjligheter

Enkäten avslutades med två öppna frågor om hinder och möjligheter för att uppnå och upprätthålla en god kvalitet i äldres läkemedelsanvändning. Nedan följer några exempel på hur de besvarades:

Vilka anser Du vara de största hindren för att uppnå och upprätthålla god kvalitet i äldres läkemedelsanvändning?

”Synonympreparat skapar förvirring hos äldre”

”Brist på läkare och därmed kontinuitet”

”Påbörjade läkemedelsbehandlingar från flera olika instanser, slutenvård, akutvård, annan primärvård”

”Synonympreparat, patienten äter ibland flera mediciner med olika namn fast samma innehåll. Billigt för staten, men livsfarligt för patienten och framförallt svårt att hålla reda på. Patienten får den medicin som för tillfället är billigast utlämnat på apoteket. Kanske man skulle gå över till substansnamn, då man skriver ut!?”

”Många inblandade läkare och vårdenheter. Det blir bäst om läkare och patient känner varandra och läkaren känner till patientens helhetsituation med anhöriga osv. Det blir också mycket bättre med fasta konstellationer läkare eller sköterska på särskilda boenden, för mycket av konsultationerna sker telefonledes. Känner man varandra väl är informationen lättare att värdera.”

”Jag tycker vi har en god kvalitet, som dock kan bli ändå bättre.”

”Svårighet med uppdaterade läkemedelslistor vid fler vårdgivare. Apotekets listor över recept är förvirrande för patienten. Utbyte av läkemedel - samma sort - olika namn. Tidsbrist inom primärvården och kommunen ett stort hinder”

”Resurs = tid. Ordinationer eller ändringar gjorda av annan än patientansvarig läkare”

”Det är ej lönsamt att ta den tid som äldre multisjuka kräver. Bra med läkemedelsgenomgångsersättning.”

”Ej optimala kontakter sjukhus - primärvård vad gäller äldre. Brist på omprövning av insatta ordinationer.”

”Det är medicinskt komplicerat när patienten har flera sjukdomar, samtliga allvarliga. Också svårt att få korrekt feedback från patienterna eftersom det ofta är svårt för någon som mår dåligt att säga om det är bättre eller sämre efter medicinjusteringar.”

”Begränsade resurser samt begränsad kontinuitet”

”Äldre läkemedel som är insatta sedan längre tid där man inte kan få fram indikation”

”Tidsbrist. Krångligt ologiskt datajournalssystem. Sjukdomshistorik och läkemedelshistorik är mycket svåröverskådliga. Ambitiöst interaktions-

system värdelöst då Apodos förvaras på lappar vid sidan om. Apodos undermåligt avseende historik.”

”Otydligt vårdansvar, tvister om kostnadsansvar, bristande kontinuitet”

Vilka anser Du vara de viktigaste åtgärderna för att undanröja hindren för att uppnå och upprätthålla god kvalitet i äldres läkemedelsanvändning?

”Läkemedelsgenomgångar årligen. Gemensam läkemedelslista öppen och slutet vård.”

”Stimulansersättning för genomgångar, breda utbildningssatsningar som stimulerar samverkan”

”Att ha rutiner för läkemedelshantering som är kända av alla”

”Att ha regelbundna läkemedelsgenomgångar med apotekare o läkare”

”Även om man har stafettläkare, se till att de får info om de rutiner man har på vårdcentralen”

”Läkarbemanningen och att det saknas distriktsläkare i hela landet. Man bör kunna följa upp patienterna på regelbundna kontroller”

”Gemensam journal mellan olika vårgivare. Integrering av apodossystemet i datajournalen.”

”Att inte bara vi utan alla vårdgivare som patienten har kollar patientens läkemedel”

”Kritiskt tänkande och mod och kraft att konkret ifrågasätta övermedicinering”

”Att vidareutveckla information och kommunikation vårdgivare emellan i form av vårdplan eller motsvarande.”

”Bättre ersättning, För stora krav om hur läkemedelsgenomgång skall ske, bättre information och samarbete med t.ex. apoteket men utan byråkrati”

”Kontinuitet i läkarbemanningen”

”Tid och teamarbete.”

”Införa rutiner samt kontinuerligt följa upp resultat.”

”Mer fokus på farmakologi inom geriatriken”

”Försöka ge morötter för att stimulera individer att göra läkemedelsgenomgångar”

”Att politikerna prioriterar om så vi får lägga mer resurser på de sjuka i stället för de friska, och sedan vågar stå för det när väljarkåren börjar morra över att inte få läkartider för sina förkylningar”

Fokusgrupperna

De frågeområden som diskuterades i fokusgrupperna var:

1. Vad ser ni för behov av kvalitetsförbättringar i vården av äldre och deras läkemedelsanvändning? Möjligheter och hinder?
2. Hur ska detta arbete bedrivas, i verksamheten i dess helhet och för att säkerställa kvaliteten i behandlingen? Möjligheter och hinder?
3. Vad har läkaren för ansvar och roll för helheten i äldre personers läkemedelsbehandling? Möjligheter och hinder?
4. Hur kan Socialstyrelsen bidra till att förbättra läkemedelsbehandlingen för äldre?

Nedan presenteras en samlad bild av hur läkarna i de fem fokusgrupperna beskriver det aktuella läget i vården med avseende på äldres läkemedelsanvändning, samt vilka faktorer de ser som viktiga utvecklingsområden. Rubrikerna utgör kritiska faktorer som identifierats utifrån samtalen, och sedan diskuteras som både hinder och möjligheter för det fortsatta arbetet med läkemedelsförskrivningar. De huvudteman som identifierats i fokusgrupperna är:

- kontinuitet
- tidsbrist
- ekonomiska förutsättningar
- erfarenhet, specialistkompetens och utbildning
- uppföljning
- kommunikation
- samverkan mellan vårdinstanser
- olika förutsättningar
- journal- och förskrivningssystem
- apodos – fördelar och nackdelar
- relationen till apoteken
- synen på patienten
- anhörigas roll

Kontinuitet

I samtalen i fokusgrupperna framkom att brist på kontinuitet i äldrevården är en bidragande faktor till problem med läkemedelsanvändningen. Det kan handla om att patienten går till olika läkare eller behandlas av olika vårdinstanser. Att patienter fritt kan välja vart de vill gå för behandling kan, enligt deltagarna, också medföra ökad medicinering. Vissa läkare anser att det skulle behövas en ansvarig läkare till varje patient.

Vissa fokusgruppsdeltagare lyfter den fria rörligheten som ett problem. Bland annat menade deltagarna i en fokusgrupp att den fria rörligheten kan göra att patienten söker vård tills denne får det som han/hon, eller dennes

anhöriga, upplever sig behöva. Detta kan medföra att läkarna får svårt att överblicka vilka preparat patienten tar. Om en person till exempel söker akutvård kan läkemedel sättas in av behandlande akutläkare utan att hänsyn tas till redan förskrivna läkemedel och utan att primärvården meddelas om de nya preparaten. En försvårande faktor i detta sammanhang är att olika vårdinstanser har olika journalsystem (se nedan).

Brist på kontinuitet kan också bero på omorganisationer och förändringar i personalstyrkan. När personal på en vårdinstans byts ut, kan det innebära att långvarig kännedom om patienternas sjukdomsbild försvinner, eller att den aldrig hinner byggas upp.

Att arbetsgivare tar in hyrläkare (ofta kallade ”stafettläkare”) påtalas som ett problem. De är på arbetsplatsen under så kort tid att de aldrig hinner lära känna patienterna och sätta sig in i deras sjukdomsbild och medicinska historia. Att äldre patienter skulle behöva en ansvarig läkare som har denna överblick är en åsikt som återkommer i flertalet fokusgrupper. Man menar också att hyrläkare inte heller tar det ansvar som behövs för ”rensningar” av patienters läkemedelslistor. Enligt en läkare:

”Generellt tycker jag det är dåligt med rensning. Men jag tror det kommer bli bättre. Vi har haft många stafetter. När kontinuitet inte funkar tar ingen hand om läkemedelslistan. Men tror det kommer bli bättre om det blir mindre turbulens, bättre kontinuitet.”

Det anses även viktigt med kontinuitet bland sjuksköterskorna. En läkare berättar att det varit många omflyttningar bland sjuksköterskorna i en viss kommun, och att det märks direkt när sjuksköterskorna ändrar rutiner och täcker upp skift för varandra. Läkarna säger sig ofta ha en mer konsultativ roll där de är beroende av sjuksköterskornas utlåtanden om patienterna. En läkare säger:

”[...] det är viktigt med kontinuitet hos sjuksköterskorna för har vi inte någon vi kan lita på som känner patienten så är det svårt. Jag är som en konsult som kommer in på boendet och det är oerhört viktigt att jag kan lita på dem [sjuksköterskorna]. Och det är svårt för det växlar hela tiden och det kommer in personer som inte har ett hum om vården. [...] Många är vikarier som kommer in korta tider och så.”

De medverkande i fokusgrupperna menar också att tjänster på vårdcentraler har låg status jämfört med andra läkartjänster. Det är svårt att locka läkare till vårdcentraler och svårt att få dem att stanna kvar när de väl börjat.

Att skapa och bibehålla kontinuitet i vården av äldre är sammanfattningsvis alltså en kritisk faktor för att äldres läkemedelsanvändning ska fungera så bra som möjligt. En stadigvarande personalstyrka som har god kännedom om patienterna och kan deras medicinska historia och att utse en ansvarig läkare för varje äldre patient, är önskvärda faktorer för att uppnå kontinuitet.

Tidsbrist

Deltagarna i fokusgrupperna är ense om att tid är en kritisk faktor i vården av äldre. Det kan handla om huruvida det finns tillräckligt med tid för mötet med den enskilda patienten och tid att göra ordentliga uppföljningar och utvärderingar av vård och läkemedelsbehandling. En läkare säger:

”Tiden för rondarbetet är väldigt kort, det har blivit en stor försämring i och med vårdvalet och det försvårar för oss. Vi får inte tiden att räcka till. Så tidsbrist är stor kvalitetsbrist.”

Tidsbristen gör även att uppföljning inte hinns med av de personer som bör utföra den, vilket leder till att uppgiften delegeras till delar av personalstyrkan som egentligen inte har kompetens för detta. Enligt en läkare:

”Någon som inte har kunskapen förmedlar det till sjuksköterska som inte har tid att dubbelkolla som förmedlar det vidare till mig. Och sjuksköterskan har inte tid och uppföljningen sker av personer som inte är vårdutbildade eller sjuksköterskeutbildade.”

Frågan om tid kan också kopplas till möjligheterna till vidareutbildning av personalen. Deltagarna talar i stor utsträckning om behovet av fortbildning och att se till att alla personalgrupper har adekvat kunskap kring läkemedel. För detta behövs tid, och tid kan frigöras om det finns tillräckligt med personal som kan täcka upp för dem som tillfälligt är på utbildning. Tids- och personalbrist är två teman som kopplas samman av fokusgruppsdeltagarna. En läkare säger bland annat:

”Vi förväntar oss att det finns bra personal som kan göra det, de ska gå kurser och ha utbildning för detta men de är för få [som utför arbetet], de klarar inte det.”

Kollegan fyller i:

”I X [dvs. geografiskt område] har vi försökt ordna utbildningseftermiddagar, en timme eller två någon gång per termin. Detta har vi försökt göra och det går inte att organisera, de ska in och de ska ha timmar och då börjar snacket om hur det ska lösas organisatoriskt. Det går inte att lösa!”

Slutligen, menar en läkare, att vårdvalet medfört att läkarna inte förväntas lägga tid på ronder på vårdboenden då detta inte ses som lönsamt:

”Ett annat hinder – sedan vårdvalet har vi fått itutat i oss att det är en förlustaffär med vårdboenden och ronder där, så vi får bara betalt efter vilka diagnoser som sätts. Så vi ska lägga så lite tid på det som möjligt, helst ingen alls.”

Sammanfattningsvis är diskussionen om tid som kritisk faktor i vården av äldre och deras läkemedelsanvändning något som berör flera teman. Tid är en nödvändig resurs för att kunna genomföra ordentliga uppföljningar och att utvärdera den vård som äldre får och att gå igenom deras läkemedel. Tid är också en förutsättning för att olika personalgrupper ska kunna fortbilda sig och få nödvändiga kunskaper i ämnet. Slutligen vägs tid, ofta i förhållande till lönsamhet, in när det gäller vilka områden inom vården som läkarna känner sig tvungna att prioritera framför andra.

Ekonomiska förutsättningar

En läkare säger:

”När det gäller äldres läkemedelsanvändning bör den ses över både för patienternas bästa och för att pengar finns att spara för landstingen om läkemedelshanteringen ses över bättre.”

Ekonomiska förutsättningar ur olika aspekter tas upp i alla fokusgrupper, och kan handla om både interna och externa faktorer. Personalutbildning, som nämnts ovan, kräver förstås ekonomiska resurser. Besparingskrav påverkar också vårdens utformning och personalstyrkans storlek och sammansättning. En läkare säger:

”Vi som varit med några år ser utvecklingen då man från kommunens sida jagar kostnader och minskar antalet platser och anpassar personal efter antalet platser och inte efter platsernas innehåll. Konsekvenserna är att de som bor på boendena blir sjukare och sjukare och kräver mer problem för att få bo där. Men innehållet i verksamheten styr inte i tillräcklig mån bemanningen och det skapar osäkerhet. Och många fler sjuka men inte lika sjuka finns hemma och där har man dålig koll på vad som sker.”

Samma läkare påpekar senare i samtalet att ämnet äldre och deras läkemedelsanvändning nu får uppmärksamhet mestadels för att pengar ska sparas in. Personen menar att det är bra att ämnet uppmärksammas, men att det är synd att det sker av den anledningen och inte ”för att vi bryr oss om hur de har det”.

Sparkraven är enligt deltagarna i fokusgrupperna ständigt närvarande i vården. Hembesök diskuteras i flera av grupperna som ett viktigt förebyggande arbete och ett bra komplement till läkarbesök på vårdcentraler, men också i termer av sparande och lönsamhet. En läkare säger om hembesök:

”Det går inte att jämföra med sjukhus. Men förhindrar mitt besök ett besök på akuten eller dylikt, då är det lönsamt. Det behövs inte många hembesök per dag för att man ska tjäna in den kostnaden.”

Ovan har utbildning i förhållande till tidsbrist behandlats. En annan sida av samma mynt är brist på ekonomiska resurser för att täcka utbildningskostnader och extra personalresurser när anställda skickas på utbildning. Det kan leda till en snedvinkling vad gäller typen av utbildningar personalen får tillgång till. Enligt en läkare:

”Gällande utbildningen så handlar det väldigt mycket om vilken ekonomi det finns på vårdcentralen, det finns inga 20 000 kr till utbildning om det går med förlust, utan då får man gå på kvällar till de utbildningar som läkemedelsföretagen erbjuder.”

Sammanfattningsvis är ekonomi en kritisk faktor i vården av äldre då den påverkar personalgruppernas storlek, fördelningen av patienter mellan vårdinstanser och tillgången till utbildning. I grupperna talas mest om ekonomi ur ett problematiserande perspektiv, men att se över äldres läkemedelsanvändning nämns också som ett bra sätt att spara på ekonomiska resurser.

Erfarenhet, specialistkompetens och utbildning

Deltagarna i fokusgrupperna talar i stor utsträckning om behovet av erfarna läkare på varje vårdcentral. Att göra läkemedelsbedömningar beskrivs som ett arbete som måste baseras på lärdom vunnen genom erfarenhet. Nyutexaminerade läkare har enligt många av fokusgruppsdeltagarna ännu inte all den kunskap som krävs för att kunna göra fullständiga läkemedelsbedöm-

ningar. Den kunskapen uppges vara svår att erhålla enbart genom läkarutbildningen.

Eftersom läkemedelsmarknaden är i ständig förändring, gamla preparat försvinner och nya tillkommer, är farmakologisk kunskap något som inte enbart kan inhämtas under grundutbildningen. Det finns enligt fokusgruppsdeltagarna ett behov av kontinuerlig fortbildning på området. En läkare säger att den geriatriska kompetensen generellt är dålig bland läkare, och fortsätter:

”Kanske behöver man som specialist inom allmänmedicin hela tiden fortbilda sig i farmakologi. Och kanske ska man fundera över om det ska finnas en doktor som är läkemedelsansvarig på vårdcentralen.”

Kunskap är inte bara viktigt i personalstyrkan. Det är också viktigt att ledningen har medicinsk kunskap, menar en läkare, som dock påpekar att så sällan är fallet. Han säger:

”Nästan inga chefer idag har medicinsk utbildning, de vet inte vad de sitter och bestämmer om. Självklart att de borde ha medicinsk kompetens.”

Ytterst menar deltagarna i fokusgrupperna, handlar det om att ledningen bör signalera att läkemedelsfrågan är viktig och bör prioriteras, bland annat genom att tid avsätts. Det skulle också, enligt en deltagare, möjligen kunna vara ett sätt för ledningen att göra besparingar.

I detta sammanhang lyfter flera deltagare fram vikten av praktisk kunskap kring äldre och läkemedel. En läkare säger:

”Man kan få specialistkompetens bara genom att jobba i öppenvård. De flesta väljer slutenvård. AT-läkare har inte stor erfarenhet av äldre, de är slutenvårdsfokuserade.”

En annan läkare påpekar vidare att specialister på sjukhus sällan är specialister på äldre:

”Därför är det av oerhörd vikt att man som primärvårdsläkare även har resonemanget i ordinationerna, inte bara en lista utan att man även får specialistens tankesätt. Där fattas jättemycket och har alltid gjort. Det räcker inte med ordinationerna, det behövs mer.”

För att en läkare ska kunna ändra i en patients läkemedelslista krävs kunskap om varför patienten fått medicinen utskriven och om det rör sig om kronisk eller tillfällig medicinering. Erfarenhet och specialistkompetens kring äldre och deras läkemedelsanvändning är en kritisk faktor som identifieras i fokusgrupperna. Kunskap i farmakologi bör enligt vissa av fokusgruppsdeltagarna vara jämnt spridd över personalstyrkan, då läkare i många fall kommer in som konsulter och är beroende av sjuksköterskornas bedömningar. Det är alltså av yttersta vikt att se till att personalstyrkan får kontinuerlig fortbildning i ämnet. Som konstaterats ovan kan dock brist på både tid och ekonomi för utbildning påverka denna faktor negativt.

Uppföljning

I samtalen i fokusgrupperna ges exempel på vad deltagarna upplever som goda rutiner samt vilka strategier de använder sig av för att hantera exem-

pelvis brister i ApoDos. Löpande uppföljning, utvärdering och dokumentation beskrivs genomgående som mycket viktigt för att säkra en god läkemedelsbehandling av äldre. Detta, menar man, förutsätter en god kommunikation med sjuksköterskor och övrig personal, som ofta är de som har närmast kontakt med patienterna.

Många av deltagarna menar att årliga besök för alla patienter som behandlas med läkemedel borde genomföras. Detta för att tillsammans gå igenom läkemedelslistan tillsammans med patienten, för att denne ska känna till varför han/hon ska ta föreskrivna läkemedel, och för att utvärdera året som gått. Att utfärda årliga kallelser till hälsokontroller framförs även som ett sätt att hålla nere det totala antalet läkarbesök. En läkare säger:

”Vi kallar alla våra patienter varje år, vi resonerar så att vi ser det som att det sparar antalet besök, det minskar springandet eftersom de vet att det kommer en kallelse till årskontroll.”

När det gäller läkarbesök på sjukhemmen har en läkare infört ett system där även anhöriga kallas till besöken. De anhöriga och patienten går tillsammans med en undersköterska igenom och dokumenterar året som gått. Det fungerar väl enligt läkaren, samt underlättar att identifiera behov och önskemål hos patienten.

Att gå igenom läkemedelslistor vid varje läkarbesök anses allmänt bland fokusgruppsdeltagarna som betydelsefullt och önskvärt, om tid finns. De ger exempel på olika arbetsrutiner som ska säkra att detta görs. Dock menar många av dem att detta ofta inte görs i den utsträckning de skulle önska, framför allt på grund av stress och tidsbrist.

En läkare berättar att han tillsammans med varje patient fyller i och går igenom ett formulär som han låtit trycka upp, där varje preparat som patienten använder fylls i, liksom för vilka besvär preparatet skrivits ut. För att underlätta i kontakten med apoteken finns också namn och nummer till behandlande läkare angivet på formulärets baksida. All information går noga igenom med patienten och om apoteken sedan undrar över något eller vill byta ett preparat ska de kunna ringa till läkaren för konsultation.

Som försvårande för uppföljning lyfte vissa läkare läkemedelsförskrivningar på sjukhus. Detta ansågs av deltagarna som besvärligt eftersom läkemedel ibland sätts in, eller tas bort, utan större eftertanke eller plan för hur detta ska följas upp. Dessutom, menade man, att informationen kommer till primärvården för sent och att rutinerna därför bör ses över. Läkarna hade inga egentliga svar på hur detta ska skötas, men resonemang fördes kring hur man kan skapa rutiner för det. Dessutom lyfte man fram behovet av kommunikation mellan vårdinstanserna, liksom utbildning för att detta ska kunna hanteras. Vidare ansågs förekomsten av olika journalsystem försvårande (se nedan).

Kommunikation

I samtliga fokusgrupper nämns kommunikation som en viktig kritisk faktor i vården av äldre. Det rör sig om kommunikation mellan personalgrupper inom samma vårdinstans, men också mellan olika vårdinstanser. Denna faktor hör nära samman med samverkan som diskuteras i nästa avsnitt.

När det gäller kommunikation mellan personalgrupper menar vissa av deltagarna att det kan finnas motsättningar mellan dag- och nattpersonal på exempelvis äldreboenden. I nattpersonalens intresse kan ligga att patienterna håller sig lugna under nattskiten, och de kan därför vara mer positivt inställda till medicinering för att garantera patienternas nattsömn. En läkare säger:

”Jag tänkte på att det är motsättning mellan dem som är närmast patienten, de ser saker på helt annat sätt. För dem som är närmast är det primära att de sover och bajsar och är vakna på dagen. De vill ha lättskötta patienter. Det blir lätt oförenligt. För en sjuksköterska dagtid är inte så störd av att de inte sover, hon blir störd av rapporter om störningar på natten. Då måste vi göra något.”

En kollega i samma grupp menar att nattpersonalen helst skulle se att de äldre sover långa nätter, vilket anses omöjligt utan medicinering:

”Det är hopplöst att få till rutiner så de kan sova, då vill de att vi ska skriva ut mediciner. Man kan inte lägga dem klockan åtta på kvällen och tro att de ska sova till klockan åtta på morgonen.”

Kommunikationsproblem kan också vara en försvårande faktor när läkare ska göra läkemedelsbedömningar utifrån sjuksköterskors omdömen om patienter, vilket är vanligt förekommande (se ovan under Kontinuitet och Tidsbrist).

Kommunikationsproblem kan också uppstå mellan olika vårdinstanser som behandlar samma patient. Även detta hänger ihop med andra kritiska faktorer, som exempelvis journalsystemen (se nedan). Fokusgruppsdeltagarna menar att det är viktigt att kunna ta ansvar för att ta bort preparat som skrivits ut av andra vårdinstanser, exempelvis när en patient varit på sjukhus och fått preparat utskrivna akut som inte är tänkta att löpa över lång tid. En deltagare menar att:

”Vi är duktiga på att läsa klinikjournaler. Men det är väldigt svårt för lasaretsdoktorer att läsa våra journaler, de är inte vana, fast det egentligen är lika lätt för dem. Då kan man skicka journalkopia till vederbörande, då brukar det gå hem. Det är löjligt för de skulle lika gärna kunna läsa [våra journaler] som vi läser deras! De tar också om prover ibland.”

Läkarna i primärvården, som deltagit i fokusgrupperna, menar i stor utsträckning att läkare i akut- eller specialistvård inte lika ofta som de själva ser till att läsa journaler och sätta sig in i patienternas medicinska historia. I exemplet ovan talas det om att det krävs att en journalkopia i papper skickas för att den överhuvudtaget ska ha en chans att bli läst. Detta ses av fokusgruppsdeltagarna som en svårighet när det kommer till äldres läkemedelsanvändning.

Samverkan mellan vårdinstanser

Betydelsen av samverkan har tagits upp till diskussion i alla grupper men var ingenting som deltagarna specifikt omnämnt som ett problem. Det hänger dock nära samman med kommunikation, som diskuteras ovan. En deltagare menar att uppdelningen mellan kommun och landsting försvårar sam-

verkan och kontinuitet, men att det är lättare att skapa gott samarbete i ett litet samhälle där alla känner alla. Samverkan sågs där inte som ett problem.

I en av fokusgrupperna diskuterade man samverkan ur ett mer konfliktinriktat perspektiv. En deltagare anmärker:

”Jag känner mig jättetjätig, men det finns en ekonomiskt baserad trend där klinikerna försöker knuffa ut patienterna med pågående specialistbehandling, där de förväntar sig att vi i öppenvården ska ordinera mediciner som vi egentligen inte har kompetens för.”

I stället för samverkan menar man alltså att olika vårdinstanser försöker bli av med patienter som är ekonomiskt betungande, genom att ”lämpa över” dem på varandra. En deltagare efterlyste också fler mötesplatser:

”Det skulle behövas fler diskussionsforum mellan landsting och kommun, med alla inblandade så man har koll på varandra och vet vad man kan och vad man kan förvänta sig. Som en mötesplats eller studiecirkel. Det behöver inte vara så komplicerat, men så att man känner sig trygg.”

Generellt var det svårt att få igång en diskussion om samverkan, men konsultteamets bedömning är att samverkan i mindre utsträckning ses som ett problem på mindre orter, där personkännedomen är högre än på större orter. Fokusgrupperna har, som tidigare nämnts, varit mer benägna att diskutera kommunikation som en problematisk faktor, och samverkan och kommunikation kan anses hänga nära samman. Att skapa fler mötesplatser för olika vårdinstanser i landsting och kommuner ses dock av fokusgruppsdeltagarna som önskvärt och som ett medel att främja samverkan.

Olika förutsättningar

Fokusgrupperna har genomförts i områden som omfattar både stad och landsbygd och som ser olika ut med avseende på patientbasens sammansättning. Grupperna innefattar också läkare från både offentlig och privat vård. Förevarande undersökning är ingen systematisk studie av hur olika förutsättningar påverkar vården av äldre och deras läkemedelsanvändning, och underlaget är för litet för att generaliseringar ska kunna göras. Det har dock framkommit några åsikter och synpunkter som är intressanta att lyfta.

En läkare i en storstad talar om att deras patientbas omfattar många multisjuka och kroniskt sjuka, även bland yngre, samt att dåliga kunskaper i svenska gör det svårt att kommunicera med patienterna. Patientbasens etniska sammansättning, ålders- och sjukdomsfördelning, samt varierande behov av vård inom olika områden är alltså faktorer som påverkar vårdens förutsättningar.

Stora avstånd kan försvåra i vissa områden. En läkare talar om svårigheter att rekrytera sköterskor ”ut till oss”, vilket innebär att kraven på erfarenheten hos sökande måste sänkas. Geografiska skillnader kan dock också påverka kontinuiteten i vården på ett positivt sätt. I några av fokusgrupperna har deltagarna menat att personal stannar kvar längre på mindre orter. När personal blir kvar länge på samma ställe bygger de upp en god kontakt med både patienter och kolleger på andra vårdinstanser.

Journal- och förskrivningssystem

I samtliga fokusgrupper tog man upp och diskuterade problem relaterade till olika typer av journal- och förskrivningssystem. Frånvaron av ett enhetligt, riksomfattande journalsystem pekades ut som ett problem. Även inom samma län kan det hända att olika vårdinstanser använder sig av olika sorters journalsystem, vilket försvårar informationsöverföring och kommunikation. En läkare påpekar om sitt journalsystem:

”Gamla läkemedel rensas inte ut. När man har bråttom tar man inte bort gamla mediciner, utan tänker att man gör det nästa gång. [...] Apodos är ganska bra för kommun, de använder det som delegationsdokument, men det är obegripligt med två parallella system för läkemedel till äldre.”

En läkare påpekar att det ställer till problem när det inte går att se vad kollegor inom andra delar av vården skriver ut:

”Men vi behöver enhetligt system som fungerar, på riksplanet också. Jag har problem med en privatgeriatriker, jag har ingen aning om vad han förskriver och varför.”

Ett enhetligt patientjournalsystem för hela landet, eller åtminstone inom samma län, framhölls således som önskvärt för att underlätta kommunikation och förbättra vården av äldre med avseende på läkemedelsanvändning. Deltagarna i fokusgrupperna diskuterade i viss utsträckning sekretessproblem kopplade till detta, men var på det stora hela överens om att förbättringar behövs inom detta område.

Apodos – fördelar och nackdelar

Dosexpedition är ett alternativ till den traditionella receptbaserade läkemedelshanteringen, för personer med regelbunden och stabil medicinering, som har svårt för, eller inte kan, klara sin läkemedelshantering själv. Systemet innebär att läkemedel förpackas i dospåsar anpassade efter patientens individuella behov. ApoDos används av cirka 185 000 personer i hela landet och är vanligt förekommande bland äldre. ApoDossystemet diskuterades särskilt ingående i gruppen i Örebro men även i övriga fokusgrupper. Bland annat påtalade man att systemet gör det omöjligt att följa medicinering längre bak i tiden än tre månader och att det finns en risk att man vid den årliga revideringen av de s.k. dosrecepten, förnyar samtliga utan eftertanke. En läkare hänvisade till en undersökning han tagit del av, som visat att läkare fått bristande utbildning i Apodos, och diskussionen tydliggjorde också att läkarna i fokusgruppen var olika väl insatta i systemets många funktioner.

Ett annat problem med Apodos är att det alltid går ett år innan recept ska förnyas, oavsett vilka preparat som avses. Fokusgruppsdeltagarna menar att systemet istället borde kunna skilja mellan olika typer av preparat då dessa kan behöva utvärderas olika ofta. Exempel som nämndes i fokusgruppen var antidepressiva preparat/psykofarmaka, där utvärdering enligt deltagarna borde ske åtminstone var tredje månad. En läkare sade bland annat:

”Men Apodosen som system, det tar ett år innan utskrivna läkemedel utvärderas, till exempel antidepressiva skriver vi ju annars aldrig ut på ett helt år. Olika grupper av läkemedel kanske borde sättas på olika tid

innan de förnyas i Apodos. Varför ska alla preparat vara ett helt år, det är olika preparat med olika förutsättningar.”

Vissa deltagare anser att det ligger en risk i att det är för lätt att förlänga samtlig medicinering till en patient med Apodos. Istället menar de att man bör sträva efter att införa olika förskrivningslängder på olika preparat. De skulle också gärna se att det gick att ”bygga in” fler läkarbesök i systemet. Frågan om läkares ansvar för preparat berördes även i denna diskussion. Gruppdeltagarna anser att de måste kunna ta ansvar för alla ordinationer som finns med i Apodosystemet även om det gäller preparat de inte själva satt in. Gruppen diskuterade vidare att det också skulle vara önskvärt att systemet hade en funktion som varnar för hur olika preparat interagerar med varandra. Interaktionsrisken för enstaka preparat varnar det dock för, enligt en läkare som såg detta som en stor fördel med systemet.

Under diskussionen i Örebro gavs också många exempel på hur läkarna genom egna arbetsrutiner täcker upp vad de upplever som brister i systemet, till exempel genom att skriva ut egna läkemedelsformulär till sina patienter eller att alltid ha som rutin att boka in nästa läkarbesök under pågående besök. Många påtalade att Apodos är ett dyrt system. En läkare säger bland annat:

”Ett annat problem är ekonomin runt Apodos och kostnaden ligger på ett par miljoner kr per år, vilket är en stor del av min budget. Största vinsten ligger på kommunsidan då de kan skära ner personalen av sköterskorna. Och vi får ta kostnaden.”

Sammanfattningsvis ansåg man att det finns ett antal tekniska problem med Apodos och en eventuell utbildningsbrist i läkarkåren om hur systemet bäst ska användas. ApoDos-listan är inte någon journalhandling och kan därför inte användas för att följa läkemedelsanvändningen bakåt i tiden. ApoDos beskrivs också utgöra en stor kostnad i budgeten. Många deltagare var dock på det stora hela positivt inställda till Apodos och menade att de tekniska brister som finns är möjliga att korrigera. Bland annat ansåg man att Apodos ger en bra överblick över vilka preparat en patient har och att säkerheten i systemet är hög. Det är möjligt att se vem som satt in eller satt ut ett visst preparat. Man menade också att Apodos minskar risken för att patienter får dubbla eller tredubbla doser av samma eller likvärdiga preparat (se Relationen till Apoteken nedan).

Relationen till apoteken

Apoteken skulle kunna utgöra en resurs i hanteringen av läkemedel för äldre, men flera av deltagarna i fokusgrupperna framhöll att relationen till apoteken innebär olika typer av problem. Ett exempel är den uppsjö av olika preparat på marknaden som är synonyma men har olika tillverkare och därmed olika namn. Apoteken tillämpar ”månadens vara”, vilket innebär att ett preparat kan bytas ut mot ett annat likvärdigt som är tillfälligt prissänkt. Samtliga fokusgrupper berättar att äldre ofta har svårt att förstå att preparat med olika namn egentligen är samma sak, vilket leder till dubbel- eller trippeldosering, då de fortsätter att ta sina gamla mediciner samtidigt som de tar nya, synonyma preparat. En läkare säger:

[Apoteken] byter ut preparat och patienten förstår inte att det är samma sak. Det leder till felmedicinering. Många tar dubbla doser.

Då läkarna är väl medvetna om denna problematik försöker de hantera den på olika sätt. Vissa anger på recepten att preparatet inte får bytas ut. En läkare berättar dock att:

”Problemet kan lösas om patienterna får det vi skriver ut. Lösningen ska inte ligga hos patienten utan hos producenten. De ska få det vi skriver ut! Det sker fel hela tiden, de äter dubbla eller trippla preparat. Det finns inget intresse för att lösa detta. Jag skriver alltid ”får ej bytas ut” men apoteken gör detta ändå.”

Vissa läkare försöker istället att tillsammans med patienten gå igenom vilka preparat som är synonyma, men de äldre uppges ändå ha svårt att ta till sig denna information. Ytterligare andra försöker att följa med i vilken som är månadens vara, för att skriva ut just denna till sina patienter, men upplever att apoteken hela tiden ändrar så att det blir omöjligt att följa med. En läkare säger:

”Det finns mycket synonyma preparat. Jag har många gånger förklarat för patienten om preparat och visat, men de har ingen ordning. Olika apotek ger olika saker, som ändå är likvärdiga.”

En läkare ger ett liknande exempel:

”Om jag skriver t ex [medicin] så är det inte billigaste preparatet just nu, och sen ändrar jag [till det jag tror är månadens billigaste] och då har de ändrat igen. Varför ska de ha månadens billigaste preparat?”

I samtliga fokusgrupper uttrycks en stark önskan om att införa en likriktning av utformningen av läkemedelsförpackningar, så att dessa i första hand anger preparatets generiska namn och sedan eventuellt handelsnamn och tillverkare. Detta skulle underlätta för de äldre som blir förvirrade av att få till synes olika preparat som i själva verket är desamma.

Ett annat problem som återkom i fokusgruppsdiskussionerna är att apoteken ger ut receptlistor till patienter, som anger antal uttag av olika läkemedel under en tidsperiod. Äldre patienter förväxlar lätt dessa med den läkemedelslista de får av sin läkare. På apotekens lista kan till exempel flera synonyma preparat stå med, vilket bidrar till just den problematik som diskuteras ovan. En deltagare säger:

”Och listan med recept de får från apoteket är livsfarlig, de tror att det är en läkemedelslista och så tar de enligt den. Detta har varit uppe till diskussion mycket.”

Även om många negativa åsikter framfördes om apotekens rutiner och arbetssätt ansåg många i fokusgrupperna också att det vore önskvärt att bättra tillvara apotekarnas kompetens och eventuellt utöka samarbete med apoteken. Några deltagare hade erfarenhet av projekt där man gjort läkemedelsgenomgångar med apoteken som finansierats av stimulansmedel. En läkare säger:

”Vi har gjort en läkemedelsgenomgång med stimulansmedlen med apotekare. Det var väldigt bra för vi gick igenom varje patient tillsammans med apotekaren. Vi märkte att vi kunde göra mycket själva, när vi tog

tid till det. Det var mycket som var på slentrian fast vi inte trodde att det var så.”

En läkare tog upp att samarbetet med apoteken är utbrett i England, där apotekare har befogenhet att ändra i läkemedelslistor och sedan skicka dessa till läkarna. Åsikterna i gruppen om huruvida detta var bra eller dåligt gick dock isär. En deltagare menade att även om apotekaren kan ha rätt i att en ordination borde ändras, har denna inte alltid hela bilden klar för sig över varför behandlande läkare skrivit ut ett visst preparat. Att apotekarnas kunskap borde kunna komma till större nytta höll man dock med om.

Sammanfattningsvis ser fokusgruppsdeltagarna en del problem i relationen till apoteken, till exempel när det gäller ”månadens vara” som anses vara en riskfaktor för övermedicinering. Samtidigt framhåller flera av deltagarna att apotekspersonalens kunskaper skulle kunna tas bättre tillvara i vården av äldre.

Synen på patienten

Av diskussionerna framgick att synen på patienten i hög grad påverkar vårdens utformning. I alla fokusgrupperna diskuterades vilka som är mest utsatta bland äldre patienter. Här framkom att problembilden ser olika ut för olika grupper. Äldre som bor hemma utan någon form av stöd beskrevs som väldigt utsatta, då de mer sällan får sjukvård, samtidigt som man menade att boende på äldreboenden eller särskilda boenden löper en större risk för övermedicinering. En läkare sammanfattar på följande sätt:

”På sjukhem och äldreboenden har vi mest kontroll över vilka preparat som patienten faktiskt tar. Bland äldre utan hemhjälp, där har vi minst kontroll. Äldre med hemhjälp, där kan hemtjänsten kolla att medicin tas.”

Innebörden i citatet ovan problematiseras av en läkare, som istället menar att patienter på äldreboende inte kan ”värja sig” från övermedicinering, medan äldre som bor hemma visserligen kan ha andra problem, men åtminstone inte får för många preparat i onödan. Väger man samman dessa uttalanden framträder en bild av att äldre som bor på äldreboenden får mer medicinering än äldre som bor hemma, vilket kan vara både på gott och ont.

Andra förslag på vilka som är mest utsatta bland äldre patienter löd: de ”snälla” äldre som inte ställer krav, de som är dementa eller med viss kognitiv svikt, samt multisjuka. I en av fokusgrupperna diskuterades att högutbildade får bättre vård än lågutbildade, eftersom de ofta är mer verbala och vana att ställa krav. En deltagare menar apropå detta:

”Boenden är enklare, hempatienterna har jag ingen koll på alls om jag ska vara riktigt uppriktig. Speciellt de tysta patienterna, de som kanske är dementa och det finns inga anhöriga och man hör inte av dem och har ingen aning om vad som finns och sker och vissa har jag inte sett på två år.”

I fokusgruppen menade man dock att ett demensteam gjorde stor skillnad i att upptäcka problem bland de hemmaboende äldre som inte själva kan tillvarata sina intressen, och att den modellen borde spridas till fler stadsdelar.

En läkare påpekar att ett grundläggande problem i patientgruppen äldre är att de ofta har flera diagnoser och flera läkemedel som inte passar ihop. Har de exempelvis både hjärtsvikt och lågt blodtryck är det svårt att hitta en medicinering som fungerar för båda dessa diagnoser.

I några av fokusgrupperna lyftes bristen på ett holistiskt perspektiv i vården av äldre. Exempelvis säger en läkare följande:

”Man har ofta ett för enkelt betraktelsesätt, man skiljer på läkemedelsbehandling från omvårdnadsbehandling. Man är fortfarande fast vid att jobba mellan åtta och fem, och människan är inte en bil.”

Att äldre ofta vårdas med mediciner när det kanske istället skulle behövas andra typer av omvårdnadsåtgärder, återkom i flera fokusgrupper. Vikten av sällskap, av att någon frågar hur det är med deras hund eller har tid att sitta ner och dricka en kopp kaffe, påtalades av flera läkare. Att medicinering sätts in istället för omvårdnad kan enligt fokusgrupperna förklaras av flera faktorer: tids- och personalbrist, anhörigas och vårdpersonalens krav, samt okunskap. Ett exempel har återgetts ovan, angående personalen på äldreboenden som gärna vill att äldre ska sova hela nätterna och ställer krav på utskrivning av sömnmedel. En läkare uttrycker att:

”Man skriver ut läkemedel för personalens skull och inte för patienten”

En läkare menar att man också på grund av tidsbrist sätter in mediciner för symtom som kan vara orsakade av läkemedelsanvändning. Medicinering riskerar alltså att byggas på i onödan när det inte finns tid för ordentliga undersökningar och utvärderingar. Istället för medicinering skulle fokusgruppsdeltagarna i vissa sammanhang hellre se andra typer av behandlingsformer. Deprimerade äldre som kanske egentligen skulle behöva samtalsterapi får enligt en läkare inte tillgång till detta:

”Äldre går inte till psykolog, det är bara intressant för kuratorn om det handlar om arbetsför ålder. Det är underutnyttjat. De icke-dementa på äldreboende blir sjuka för att de bara träffar dementa.”

Trots svårigheterna uttrycker flera av läkarna att de i sitt dagliga arbete strävar efter att få en helhetsbild av sina patienter och deras medicinska historia. En läkare säger:

”Sen är jag alltid noga med att när det kommer nya patienter att vi går igenom vad de har för mediciner, och då kan de ha 15 mediciner och man vet inte varför de har fått dem, så då måste man lära känna patienten.”

Hembesök hos äldre har diskuterats ovan som ett sätt att arbeta förebyggande och spara in pengar. Ur patientsynpunkt medför de enligt fokusgruppsdeltagarna också ett mervärde för patienterna. En läkare som med hjälp av stimulansmedel kunnat avsätta mycket tid till hembesök berättar:

”De mänskliga värdena. Tacksamheten, glädjen för hembesök, jag kommer till dem som är för sjuka för att ta sig till doktorn. Jag får en bättre bild av människan, det blir en bättre bedömning än när man träffas på mottagningen.”

Att tillämpa ett helhetsperspektiv på patienten anses av flera fokusgruppsdeltagare vara av stor vikt i behandlingen av äldre. Att aktivera de äldre och erbjuda socialt umgänge ”kan vara bättre i många fall än medicin”, säger en

läkare. Diskussioner kring helhetsperspektivet förekommer i samtliga fokusgrupper. Citatet nedan beskriver detta synsätt:

”Det är viktigt att sätta in läkemedelsbehandlingen i ett större perspektiv. Man ska inte tro att läkemedel löser sjukvård och äldreomsorgsproblematiken. Det blir färre personal som tar hand om de gamla och det finns en risk att man ropar efter läkemedel, Vi kan inte gå hur långt som helst för att hjälpa och droga våra gamla för att det inte finns andra alternativ.”

Anhörigas roll

Läkarna rapporterar att kunskapen och medvetenheten om medicingenomgångar och deras funktion ökar bland anhöriga, vilket generellt ses som positivt.

Anhöriga kan enligt fokusgrupperna vara en god resurs i äldrevården. De kan exempelvis hjälpa sina äldre att göra ”förarbete” inför läkarbesök, vilket kan innebära att fylla i medicinlistor, skriva ned vilka besvär man lider av och liknande. Detta anses av läkarna som särskilt viktigt när det gäller patienter med demens eller annan kognitiv svikt. En läkare kallar gärna anhöriga till årliga besök:

”I fem år har vi kört att en vecka innan planerat årsbesök fråga anhöriga om de vill vara med på sjukhemmet. Alla har en kontaktperson. En undersköterska tillsammans med patient eller släkt får fylla i formulär och skriva berättelse om patienten, hur det har varit sista året. Hjälptbehov syns bra. Sen gås allt som rör patienten igenom, även läkemedel, och ser vad vi kan ta bort osv.”

I fokusgrupperna har dock vissa deltagare även upplevt att anhöriga kan sätta press på läkare att skriva ut läkemedel trots att patienten enligt läkaren egentligen har andra behov. Bland annat lyfte man fram att anhöriga som känner stress över sina äldres situation, kan ställa krav på medicinering trots att den äldres hälsoproblem kanske beror på ensamhet. Detta i kombination med personalens tidsbrist kan leda till övermedicinering. En läkare säger:

”Vanligaste orsaken att sätta in läkemedel är anhöriga eller personal. Det sätter press; nu måste något göras med mamma! Det kan vara andra problem, ensamhet till exempel. Sköterskan får ständig information men har inte tid att bilda sig en uppfattning. [...] Läkarna har inte heller tid att bilda sig en uppfattning. Då sätter man istället in läkemedel.”

Deltagarna i fokusgrupperna är dock överens om att det är viktigt att ha patientens bästa i fokus. En läkare säger:

”[Det finns] många olika anhöriga som har olika uppfattningar, men man får aldrig glömma att man är patientens doktor. I vissa fall vill anhöriga driva egna linjer men det brukar gå att lösa, att man hittar en lösning. Många läser mycket på internet och det är positivt men det kan också ge spinoffeffekter som kan bli konstiga. Men man är patientens doktor.”

Sammanfattningsvis är anhörigas roll en kritisk faktor genom att de kan påverka vården av äldre både positivt och negativt. De sätter ofta press på vården och kräver att ”något ska göras” för att hjälpa deras anhöriga, vilket

kan vara negativt om det leder till att läkemedel sätts in trots att den äldre i själva verket behöver omvårdnad eller social samvaro. De fyller dock också en positiv funktion just i att de tar tillvara sina äldres behov och kan föra deras talan och hjälpa dem med praktiska saker kring vårdbesöket.

Diskussion med referensgrupp

Vid diskussionen med referensgruppen med primärvårdsläkare, framfördes ett antal intressanta synpunkter som kan ses som komplement till resultaten av samtalen i fokusgrupperna. Bland annat framkom följande vid diskussionen:

Kontinuitet, ansvar och engagemang. En självklar nödvändighet för en bra vård, men läkarens ansvar och engagemang vad gäller äldres läkemedelsbehandling skulle behöva lyftas fram och diskuteras mer.

Äldre som är "vanliga vårdcentralpatienter", dvs. inte i hemsjukvård eller på särskilt boende, är sämst ställda. De blir inte föremål för samma uppföljning av medicinsk behandling, och kontroll med avseende på följsamhet och biverkningar. De riskerar också i högre utsträckning att behandlas av flera olika läkare.

Ska man ha särskilda läkare för hemsjukvård och särskilda boenden? Denna fråga diskuterades länge. Det kan upplevas som en nackdel, om man som patient ditintills har haft en långvarig läkarkontakt som man då måste släppa. Gruppen var dock i stort sett enig om att detta sällan är fallet och att fördelarna med särskilda läkare för hemsjukvård och särskilda boenden överväger. Det borgar för större kontinuitet, engagemang, geriatrisk erfarenhet och skicklighet.

Fortbildning. Det behövs, eftersom undervisning om äldre och läkemedel under läkarnas grundutbildning är av blygsam omfattning, liksom överhuvudtaget utbildning i kritisk läkemedelsvärdering och läkemedel i användning. Utbildningen måste dock läggas upp på rätt sätt så att den ger effekt, dvs. inte enbart katedral undervisning utan en mer problemorienterad och klinisknära med bland annat falldiskussioner, och med återkommande uppföljningar.

Mycket beror på läkemedel ordinerade på sjukhus. Ett vårdtillfälle på sjukhus leder ofta till att ett eller flera läkemedel sätts in, utan att man planerar ordentligt för hur behandlingen ska ske och följas upp. Information till övertagande vårdgivare, oftast primärvården, kommer ofta för sent. Behandlande sjukhusläkare måste ta ansvar för uppföljningen, inte bara "dumpa" patienten. En central fråga är således hur man ska säkerställa att läkemedelsbehandlig insatt på sjukhus följs upp i rätt tid och på rätt sätt? En plan behövs från sjukhusets sida, med särskild hänsyn till behandling som behöver följas upp inom en snar framtid.

En möjlighet som diskuterades är att äldre bereds möjlighet till återbesök på sjukhusets mottagning. Förr bokades ofta första återbesöket där, något som numera är ovanligt, vilket ansågs vara ett resultat av besparingar från sjukhusets sida. Ett förslag var att uppföljning som behöver ske inom en månad från utskrivningsdagen, ska kunna ske på sjukhusets mottagning.

Hanteringen av ApoDos är central. Dosexpedition tillämpas för dem som har en omfattande läkemedelsanvändning. De har ofta multipel sjuklighet och löper en betydande risk för läkemedelsproblem, vilket kräver att be-

handlingen regelbundet utvärderas och omprövas. Samtidigt tillåter emellertid ApoDos-systemet (webbapplikationen e-dos) att hela läkemedelslistan kan förnyas för ytterligare ett års användning, med i princip ett enda knapptryck. Därför är det viktigt att tillse att de äldre som har dosexpedition får sin behandling omprövad på ett strukturerat sätt i samband med förnyelsen. Ett sätt att befrämja detta är att i systemet lägga in en rutin där läkaren vid den årliga revideringen måste markera vilka läkemedel som patienten ska fortsätta använda.

Gemensam läkemedelslista ja, men den måste hållas aktuell. Alltför många läkemedelslistor i vården, överensstämmer inte med patientens verkliga läkemedelsanvändning. Orsakerna är många, bland annat; flera förskrivare utan tillgång till gemensam läkemedelslista, bristande dokumentation och informationsöverföring samt bristande följsamhet hos patienten. I många fall utgör listan en kronologisk uppräkningslista av olika ordinationer, snarare än en bild av patientens aktuella läkemedelsbehandling. Men, även om vi får en gemensam läkemedelslista så krävs det, om den ska vara korrekt, att varje förskrivare ser till att hålla den aktuell.

Bra förskrivarstöd. Efterlyses av många. Något som kan varna för t.ex. en felaktig läkemedelskombination eller olämplig dosering.

Utbildning behövs för hantering av ApoDos och andra läkemedelslistor (se ovan), inte minst för sjukhusläkarna.

Rutiner för omprövning behövs. Läkemedelsgenomgång ska göras av ansvarig generalist (specialist i allmänmedicin eller geriatriker).

Årliga läkarbesök. Ett steg mot en god läkemedelsanvändning är att se till att alla som behandlas med läkemedel får åtminstone ett årligt läkarbesök där uppföljning och omprövning av läkemedelsbehandlingen ingår. Det är ett minimum.

Aktuell läkemedelslista + kort läkemedelsberättelse bör erbjudas äldre patienter i samband med läkarbesöket (åtminstone en gång per år).

Teamarbete behövs. Det är viktigt med kommunikation mellan olika personalkategorier. Det kräver dock utbildning och bör vara sammanhållet med få personer och med kontinuitet.

Motsättning mellan att följa riktlinjer/rekommendationer och upprätthålla god kvalitet. Att följa alla riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram till punkt och pricka bidrar starkt till polyfarmaci vid behandling av äldre. Riktlinjerna borde innehålla särskilda avsnitt om behandling av den äldre, multisjuka patienten.

Diskussion

Vid en genomgång av resultaten av enkätundersökningen, fokusgrupperna samt referensgruppen med primärvårdsläkare, utkristalliseras ett antal återkommande och/eller gemensamma teman, liksom en del mer påfallande resultat, som sammanfattas nedan.

Kontinuitet och ansvar

Det framgick tydligt vid intervjuerna att brist på kontinuitet i vården är en viktig bidragande faktor till problem med läkemedelsanvändningen hos äldre. Den kan betingas av att patienten går till olika läkare eller behandlas av olika vårdinstanser, men också att en patient inte alltid har möjlighet att träffa en och samma läkare i primärvården. Särskilt uttalat är detta på de vårdcentraler som behöver tillgodose sin bemanning med hyrläkare. En uppenbar risk med bristande kontinuitet, är att de läkare en patient träffar inte arbetar i samma journalsystem och därmed inte får fullständig och samstämmig information om patientens aktuella läkemedelsbehandling. Risken ökar då för kvalitetsbrister – såsom användning av läkemedel utan aktuell indikation, dubbelmedicinering, preparatkombinationer som kan orsaka läkemedelsinteraktioner och underbehandling – något som bekräftas av svenska studier som har visat ett samband mellan antal förskrivande läkare och bristande kvalitet i äldres läkemedelsanvändning [4, 5]. En annan aspekt som togs upp var vikten av en långvarig och stadigvarande kontakt med en läkare som har god kännedom om patienten och hans/hennes sjukdomsbild och medicinska historia.

En återkommande erfarenhet i fokusgrupperna var att äldre patienter skulle behöva en ansvarig läkare med överblick över patientens sjukdomar och behandling. I enkätundersökningen svarade emellertid nära en tredjedel av vårdcentralerna att hälften eller mindre än hälften av patienterna 75 år och äldre, har en och samma läkare som ansvarar för hela läkemedelsanvändningen.

Läkarens ansvar för patienters läkemedelsbehandling har belysts av Bastholm Rahmner i avhandlingen *Doctors and drugs: how Swedish emergency and family physicians understand drug prescribing* [23, 24]. Av intervjuer med 20 allmänläkare på vårdcentraler i Stockholm framgick att synen på ansvar varierar stort, från en uppfattning om att ansvaret ”dumpas” över till läkaren, till en önskan att ta hela ansvaret själv eller dela ansvaret med patienten. Det vanligaste var dock att läkaren ansåg sig bara ha ansvar för sin egen förskrivning och att det är en omöjlig uppgift att ta ansvar för alla patientens läkemedel, främst på grund av bristande information från andra förskrivare och apoteket. Liknande resultat erhöles i en studie av Ljungberg [25] med fokusgrupper med både primärvårds- och sjukhusläkare i Uppsala, där deltagarna betraktade varje läkare som ansvarig för patientens läkemedelslista, men samtidigt ansåg att ingen verkligen tog detta ansvar. Ett antal

faktorer anfördes som hinder för att ta ansvar, bland annat bristande dokumentation och informationsöverföring.

Frågan om läkarens ansvar för en patients läkemedel behandlas i Nätverkets för Sveriges Läkemedelskommittéer (LOK) rekommendationer för landstingen *Patientens samlade läkemedelslista – ansvar och riktlinjer för hantering i öppen vård* [26, 27]. Bakgrunden är att IT-utvecklingen inom vården har skapat förutsättningar för införandet av en samlad läkemedelslista i allt fler landsting/regioner dvs. ”en elektronisk översikt över läkemedelsordinationer i öppen vård som lagrar ordinationer och ordinationshistorik från både primärvård och sjukhuskliniker” som ”presenteras samlat och på ett samlat sätt, oberoende av var ordinationen är skapad”. Bland de riktlinjer som presenteras anges bland annat:

”Att hålla den samlade läkemedelslistan uppdaterad är ett gemensamt ansvar för alla som arbetar i den.”

”Innan du ordinerar ett läkemedel skall du ta del av den samlade läkemedelslistan, för att kunna ta ställning till hur interaktioner eller andra följder av övrig medicinerings påverkar din ordination.”

”Om du förnyar en förskrivning som tidigare gjorts av annan ordinator tar du över ansvaret för ordinationen. Det är ju ditt namn som står som ordinator i den samlade läkemedelslistan. Du tar då ansvar för att indikationen för ordinationen kvarstår och att ordinationen är fortsatt lämplig med hänsyn till övrig medicinerings och övriga för dig kända förhållanden.”

Dessa riktlinjer handlar om det ansvar varje behandlande läkare har för en patients läkemedelsbehandling, men de redogör inte för behovet av att det i vården av äldre bör finnas en läkare som har ett samordnande ansvar för varje patients läkemedelsanvändning och att det behöver tydliggöras vem som har detta ansvar.

Vem som ansvarar för en patients läkemedelslista framträdde som en viktig fråga i en delstudie i Pascalprojektet där man undersökte användarnas uppfattningar om befintliga läkemedelslistor i de större journalsystemen [28]. Många av dem som intervjuades påpekade att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1 med ändringar 2001:17) om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården, upplevs som otydliga och därför ger utrymme för fria tolkningar. Man ansåg att ett tydliggörande kring ansvarsfrågan är nödvändig och att ett förtydligande av föreskrifterna skulle underlätta detta.

En fråga som diskuterades länge i referensgruppen med primärvårdsläkare var om man ska ha särskilda läkare för hemsjukvård och särskilda boenden, något som skulle kunna innebära större kontinuitet, engagemang, geriatrisk erfarenhet och skicklighet. Detta är en av frågorna i den i skrivande stund pågående Hemsjukvårdsutredningen – som ser över hur kommuner som ännu inte har tagit över ansvaret för hemsjukvården från landstinget ska kunna göra det – där man också undersöker möjligheten för kommuner att anställa läkare. Tanken är att en läkare knuten till ett boende får en större kännedom och kunskap om de äldre på boendet än den som har flera olika ansvarsområden. Det kan bland annat medföra att äldre på vård- och om-

sorgsboenden, i mindre utsträckning behöver åka till ett sjukhus om deras tillstånd försämras.

Resurser

Tidsbrist framförs ofta som ett hinder för att följa upp och gå igenom äldres läkemedelsanvändning. Så också i denna undersökning, där tiden framhölls som en kritisk faktor i vården av äldre, inte bara för att kunna göra ordentliga uppföljningar och utvärderingar av vård och läkemedelsbehandling, utan också för själva mötet med patienten. Vid ett läkarbesök är det inte bara den medicinska handläggningen – som hos äldre ofta omfattar flera sjukdomar och många läkemedelsbehandlingar – som tar tid, utan man behöver också ta hänsyn till att en gammal människa kan behöva mer tid för att berätta om sina sjukdomar och besvär, mer tid för av- och påklädning, mer tid för att ställa frågor och mer tid för att lyssna på och tillgodogöra sig information. Det faktum att mer än var tredje vårdcentral svarade i enkäten att den avsat- ta tiden för läkarbesök inte varierar beroende på patientens ålder, tyder dock på att man inte i tillräcklig omfattning tar hänsyn till detta.

Tidsbrist kan ses som en konsekvens av snäva ekonomiska resurser. Å andra sidan kan en insats som kan betraktas som tidskrävande, i förläng- ningen leda till kostnadsbesparingar. Så menade man i flera fokusgrupper att hembesök är ett viktigt förebyggande arbete som kan ge besparingar genom att t.ex. förhindra akutbesök. På liknande sätt uttrycktes i diskussionerna att åtgärder för att förbättra äldres läkemedelsanvändning kan spara pengar för vården.

Utbildning och kompetens

Flertalet vårdcentraler svarade i enkäten att deras läkare har i någon omfatt- ning behov av utbildning inom området äldre och läkemedel. Kunskap om farmakologi och äldre och läkemedel, lyftes också fram såväl i fokusgrup- perna som i refererensgruppen med primärvårdsläkare, som en avgörande faktor för en god läkemedelsbehandling av äldre. Eftersom undervisningen specifikt om äldre och läkemedel under läkarnas grundutbildning är av blygsam omfattning och läkemedelsmarknaden är under ständig utveckling och förändring, finns det ett stort behov av kontinuerlig fortbildning inom området. Många ansåg också att kunskapen behöver spridas över alla perso- nalkategorier, eftersom läkare i äldrevården ofta är beroende av sjuksköters- kornas bedömningar som i sin tur kan bygga på vad som rapporteras från vårdpersonalen.

Sådana utbildningsinsatser kräver dock både planering och ekonomiska resurser, inte minst för att tillse att det finns personal som kan täcka upp för dem som deltar i utbildningen. Man betonade i fokusgrupperna vikten av att ledningen visar att den anser att läkemedelsfrågan är viktig och bör priorite- ras, bland annat genom att avsätta sådana resurser.

För några år sedan föreslog representanter för LOK [29] att en nationell utbildning i ”klok läkemedelsanvändning, särskilt hos de äldre och multi- sjuka” skulle införas för AT-läkare. Under 2010 fick Socialstyrelsen i upp- drag att utreda om denna utbildning kan ske inom ramen för ett så kallat

Learning Management System (LMS), dvs. en webbaserad utbildningsplattform för kunskapsspridning inom hälso- och sjukvården [30]. En sådan utbildning skulle kunna vara ett sätt att öka kompetensen och medvetenheten kring äldres läkemedelsanvändning hos läkarna redan tidigt i karriären.

Förutom utbildning framhöll många av fokusgruppsdeltagarna erfarenhet och specialistkompetens kring äldre och deras läkemedelsanvändning som en kritisk faktor för god kvalitet i äldres läkemedelsbehandling. Man talade i stor utsträckning om behovet av erfarna läkare på varje vårdcentral. En nyligen utkommen rapport från Socialstyrelsen [31] visar dock att nuvarande innehåll av geriatrik i läkarnas grundutbildning och allmäntjänstgöring innebär att 9 av 10 legitimerade läkare inte haft mer än 1-2 veckors utbildning i geriatrik under sammanlagt 7 år. I rapporten bedömer Socialstyrelsens att ”denna korta tid avsatt för geriatrik medför både en allvarlig kunskapsbrist vad gäller kompetensområdet geriatrik och en bristande kännedom om vad geriatrisk verksamhet innefattar. Detta är synnerligen oroväckande ställt mot den demografiska utvecklingen där framtidens sjukvård så uppenbart är i behov av denna kompetens”, och föreslår bland annat en särskild satsning på specialistkompetenskurser (SK-kurser) i geriatrik, en ökning av antalet ST-tjänster i geriatrik samt en ökad satsning på fortbildning inom både allmänmedicin och geriatrik.

Kommunikation och samverkan

I referensgruppen med primärvårdsläkare lyfte man fram problemet att ett vårdtillfälle på sjukhus ofta leder till att läkemedel sätts in utan att man planerar ordentligt för hur behandlingen ska ske och följas upp, och att eventuell information till övertagande vårdgivare, i de flesta fall primärvården, ofta kommer för sent. Man poängterade att en plan behövs från sjukhusets sida, för att säkerställa att läkemedelsbehandlig insatt på sjukhus följs upp i rätt tid och på rätt sätt, med särskild hänsyn till behandling som behöver följas upp inom en snar framtid. Också i fokusgrupperna framhölls bristen på planering för uppföljning av läkemedelsordinationer och överföring av information till primärvården som ett problem. Man efterlyste rutiner för detta, liksom utbildning och bättre journalsystem för att förbättra kommunikationen.

En konkret belysning av dessa brister gavs av enkätundersökningen, där endast drygt hälften av vårdcentralerna svarade att behandlande läkare alltid eller nästan alltid får information från sjukhuset om läkemedelsbehandling som har påbörjats i samband med ett slutenvårdstillfälle, och där mer än hälften svarade att det tar en vecka eller mer innan de får denna information.

I diskussionerna i fokusgrupperna tog man också upp att det kan finnas problem också med den motsatta kommunikationen, att läkare i akut- eller specialistvård inte i tillräcklig utsträckning tar del av primärvårdens journaler.

SKL driver sedan 2008 en nationell satsning för ökad patientsäkerhet, och har som en del i detta arbete tagit fram ett åtgärds paket för att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar [32]. I åtgärds paketet presenteras metoden läkemedelsavstämning som ett sätt att förebygga läkemedelsfel när patienten skrivs in respektive skrivs ut från sjukhus, byter vårdenhet eller vård-

nivå. Grunden för detta är att bristande kvalitet i överföringen av information om läkemedelsbehandling är en betydande orsak till läkemedelsfel och önskade läkemedelseffekter [33].

Läkemedelsavstämning innebär att ”avlämnande och mottagande ordinator kontrollerar i varje övergång, i dialog med patienten, att ordinationslistan är fullständig, korrekt och medicinskt rimlig” [32]. I korthet omfattar detta att man vid in- och utskrivning av en patient till eller från en vårdenhet gör en kartläggning av aktuell medicinering inklusive receptfria läkemedel, en rimlighetsbedömning av läkemedelsanvändningen samt upprättar en aktuell läkemedelslista. Detta ska ske i samråd med patienten så att ordinatören kan förvissa sig om att patienten eller anhörig har förstått och är överens om eventuella läkemedelsförändringar och vad som är aktuell behandling. Patienten ska vid utskrivning också få en utskrift av den aktuella läkemedelslistan. Ett särskilt moment i läkemedelsavstämningen är att ordinatören vid utskrivningen ska författa en s.k. läkemedelsberättelse som beskriver vilka läkemedelsförändringar som gjorts och varför. En sådan skapar förutsättningar för att mottagande vårdenhet och ansvarig läkare förstår och dokumenterar de läkemedelsförändringar som gjorts och hur fortsatt behandling och uppföljning ska ske. Läkemedelsavstämning har visats leda till en minskad förekomst av såväl läkemedelsfel som akuta sjukhusinläggningar på grund av läkemedelsbiverkningar [33, 34].

En viktig aspekt på kommunikation i detta sammanhang är i vilken utsträckning patienten informeras om sina läkemedel och stämmer av sin läkemedelsanvändning med förskrivande läkare. Flera svenska studier har visat en uttalad brist på samstämmighet mellan läkemedelslistan i patientjournalen och vad patienten uppger att han/hon använder [21, 35], vilket tyder på att detta inte sker i tillräcklig omfattning idag. Detta bekräftas av enkätundersökningen, där knappt var femte vårdcentral uppgav att de har fastställda rutiner för hur läkaren ska försäkra sig om att en äldre patient har förstått vad hennes/hans ordinerade läkemedel är till för, och mindre än hälften svarade att det finns rutiner för att tillse att en äldre patient har en lista över aktuella läkemedelsordinationer.

Ordination av läkemedelsbehandling

I fokusgruppsdiskussionerna pekade man ut frånvaron av ett enhetligt, riksomfattande patientjournalssystem som ett problem. Även inom samma län kan olika vårdinstanser använda olika system. Detta kan innebära att en läkare inte ser vilka läkemedel kolleger inom andra delar av vården förskriver till en patient, men försvårar också informationsöverföring mellan vårdgivare.

I referensgruppen med primärvårdsläkare betonades dock att även om vården får en rikstäckande gemensam läkemedelslista, kommer den inte att fylla sin funktion om den inte är aktuell, vilket är upp till varje förskrivare att se till. Detta innebär att listan ska vara aktuell inte bara med avseende på ordinationer, utan också vad patienten verkligen använder. Läkemedelslistor förvaras där läkemedelshandlingen sker och används som underlag för kontroll av att dosen överensstämmer med given ordination. Trots att läkemedelslistan utgör en del av patientens journal, är det alltför många listor som

inte överensstämmer med patientens verkliga läkemedelsanvändning [21, 35]. I många fall framgår det inte ens i patientjournalen vad som är aktuell mediciner, utan läkemedelslistan utgör – som enda journalhandling – mer eller mindre en kronologisk uppräkningslista av olika förskrivningar.

En förutsättning för att en läkemedelsordination ska kunna följas upp och omprövas är att orsaken till den är känd. I enkätundersökningen svarade emellertid var tredje vårdcentral ”oftast” och var tjugonde ”ibland” på frågan om läkarna dokumenterar förskrivningsorsak för ordinerade läkemedel i journalen. Detta kan åtminstone delvis förklaras av att läkemedelsmodulerna i patientjournalssystemen inte är utformade för att befrämja detta. Drygt hälften av vårdcentralerna uppgav att det inte finns särskilt stöd eller utrymme i deras system för dokumentation av förskrivningsorsak. Oavsett orsak står dessa resultat i kontrast till kraven (3 kap, 6 §) i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) på att ”Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att en patientjournal [...] innehåller [...] uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel”.

Bristerna i dokumentationen av orsak till läkemedelsordinationer och dess betydelse för kvaliteten i den medicinska behandlingen har länge diskuterats och utretts och är utgångspunkten för projektet Ordinationsorsak som 2010 genomfört en förstudie vid Center för eHälsa i samverkan (CeHis) i samarbete med Socialstyrelsen [36]. Förstudien har dock utvidgats till att gälla inte bara själva ordinationsorsaken utan hela ordinationsprocessen. Bland annat har man konstaterat att framtida IT-stöd för detta ska omfatta alla typer av behandlingar, inte bara läkemedel. Det ska också, förutom att möjliggöra angivande av ordinationsorsak, omfatta kunskapsstöd för ordinatören, doseringsstöd samt rimlighetskontroll, liksom en tjänst för information till och återkoppling från patienten. Ett sådant stöd skulle bland annat underlätta för läkaren att ta ansvar för patientens samlade läkemedelsbehandling vid ordinationstillfället, minska risken för felordination, förbättra informationsöverföringen och minska risken för läkemedelsfel vid vårdövergångar, underlätta uppföljningen av läkemedels effekter, ge bättre stöd för kvalitetsarbete, samt skapa förutsättningar för bättre delaktighet för patienten. Ett system av detta slag kräver dock utveckling av ett antal nationella informationslager omfattande behandlingar vid olika tillstånd, läkemedelssubstanser, interaktioner mellan läkemedel och mellan läkemedel och tillstånd m.m.

Nästan alla vårdcentraler uppgav i enkäten att deras läkare använder någon form av stöd vid förskrivning till äldre. I de flesta fall handlade det om lokala rekommendationer eller stöd ifrån läkemedelskommittén eller i vissa fall från vårdcentralen. Drygt 40 procent sa sig använda Socialstyrelsens indikatorer för äldres läkemedelsterapi. Däremot framgick det inte i vilken utsträckning stöden fanns tillgängliga i elektroniskt form. I referensgruppen med primärvårdsläkare efterlyste man bra elektroniska förskrivarstöd, som kan varna för exempelvis en felaktig läkemedelskombination eller olämplig dosering. Liknande önskemål framfördes i fokusgrupperna, i samband med diskussionerna kring ApoDos och dess elektroniska tjänst e-dos.

I fokusgrupperna fördes långa diskussioner om ApoDos-systemets fördelar och nackdelar, vid förskrivning, uppföljning och omprövning av äldres läkemedel. Många positiva egenskaper framhölls, bland annat att Apodos

ger en bra överblick över vilka preparat en patient har och vem som har satt in eller satt ut ett visst preparat, och att säkerheten i systemet är hög. Det fanns emellertid också kritiska synpunkter. En av de viktigaste var att det är för lätt att vid den årliga revideringen av dosrecepten, förlänga samtliga läkemedelsordinationer till en patient med ApoDos. En annan synpunkt som framfördes var att systemet inte är anpassat till att olika typer av läkemedel kan behöva förskrivas och utvärderas med olika intervall. Detta ska ses mot bakgrund av att dosexpedition tillämpas för dem som har en omfattande läkemedelsanvändning och därför är i särskilt stort behov av att behandlingen regelbundet utvärderas och omprövas.

Under 2011 och framåt bör det finnas goda möjligheter att påverka utformningen av IT-stödet för dosexpedierade läkemedel. Det hittillsvarande systemet e-dos kommer att ersättas av ett nytt. Det nya systemet Pascal – Patientens samlade läkemedelsinformation – som utvecklas av Inera tillsammans med Apotekens Service AB [37], kommer att i ett första steg baseras på dosregistret, dvs. det register som innehåller information om ApoDos-ordinationer. Under 2012 kommer de regionala dosregistren vid Apoteket AB successivt flyttas över till ett nationellt dosregister hos Apotekens Service AB. I samband med detta ersätts nuvarande e-dos av en nyutvecklad webbapplikation som innehåller en sammanställning över patientens ordinationer, både aktuella och historiska, stöd för ordination av läkemedel samt beslutsstöd/kunskapsstöd med information om rekommenderade läkemedel, förmånsinformation, läkemedelsinteraktionsvarning o.d. Under utvecklingen av Pascal, har olika aktörer, framför allt i vården, men också myndigheter, möjlighet att påverka arbetet genom olika referensgrupper, bland annat för användargränssnitt och medicinsk användarkravspecifikation.

I fokusgrupperna framfördes också att en del läkare kan ha otillräckliga kunskaper i handhavandet av nuvarande dosapplikation (e-dos) och alla dess funktioner. Samma sak togs upp i referensgruppen med primärvårdsläkare, där man ansåg att läkarna behöver särskild utbildning i hantering av e-dos och andra läkemedelslistor. Det faktum att en tredjedel av vårdcentralerna i enkätundersökningen svarade att vissa eller inga läkare får utbildning i hur de ska hantera läkemedelslistan i e-dos visar att detta behov inte är tillgodosett. I Pascalprojektet kommer användarkompetensen att säkerställas genom en webbaserad utbildning som kommer att kunna vara tillgänglig både utanför och inne i webbapplikationen, och särskilt utsedda implementeringspersoner i varje landsting kommer att tillse att den ger en tillfredsställande kunskapsnivå.

Uppföljning av läkemedelsbehandling

För att en behandling ska kunna bli optimal, dvs. ge bästa tänkbara verkan med så få oönskade effekter som möjligt, krävs att den följs upp en viss tid efter det att den ordinerats med avseende på effekt, biverkningar och patientens följsamhet till ordinationen. Detta gäller i synnerhet vid behandling av äldre, där stora individuella skillnader i känsligheten för läkemedel gör att det är svårt att i ordinationsögonblicket välja rätt dos, och ibland till och med rätt läkemedel, för den aktuella patienten. Därför är det anmärkningsvärt att bara en av fyra vårdcentraler i enkäten svarade att de har fastställda

rutiner för hur läkarna ska dokumentera hur uppföljning av en ny läkemedelsordination skall ske. Samma andel angav att det fanns rutiner för när och hur en sådan uppföljning skulle ske.

Ett specialfall, som ofta diskuteras, är läkemedel som ordinerar i samband med vård på sjukhus och ska följas upp i primärvården, där rutiner för såväl dokumentation som informationsöverföring från sjukhusets sida är avgörande för att en uppföljning ska komma till stånd och göras på rätt sätt (se avsnitt Kommunikation och samverkan). Ovan nämnda resultat från enkätundersökningen visar dock att rutiner för uppföljning av läkemedelsordinationer behöver utvecklas också i primärvården.

I den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet, har SKL nyligen publicerat ett åtgärds paket *Läkemedelsrelaterade problem - åtgärder för att förebygga* [38]. I paketet beskrivs bland annat hur man inför en läkemedelsbehandling bör upprätta en *behandlingsplan*, där man dokumenterar orsak och mål med behandlingen, hur länge den ska pågå samt hur den ska följas upp. Vidare definieras vilka moment som ska ingå i en uppföljning av en läkemedelsbehandling, omfattande utvärdering av effekt i förhållande till uppsatt behandlingsmål och eventuella biverkningar och problem med medicinhanteringen, följsamhet m.m. Detta åtgärds paket bör kunna utgöra en grund för lokala och regionala rutiner för uppföljning av äldres läkemedelsbehandling i primärvården.

Det finns också goda möjligheter att utveckla stöd för uppföljning av läkemedelsordinationer i den nya webbapplikation som utvecklas i Pascal [37] (se ovan), med exempelvis obligatoriska fält för behandlingsmål, tidpunkt för uppföljning, och olika påminnelsefunktioner.

Genomgång av läkemedelsbehandling

Behovet av regelbundna genomgångar av äldres läkemedel var en återkommande fråga i denna undersökning. En sådan genomgång är ett tillfälle att utvärdera pågående läkemedelsbehandlingar, ompröva indikationen för de olika läkemedlen, bedöma nyttan av dem i förhållande till riskerna, bedöma om doserna är rimliga i förhållande till patientens ålder, njurfunktion o.d., identifiera olämpliga kombinationer av läkemedel, biverkningar o.s.v.

I Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapport från 2009, *Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras?* [22] konstaterades att "det saknas vetenskapliga studier som entydigt kartlägger om olika typer av insatser för att minska läkemedelsrelaterade problem påverkar dödlighet, sjuklighet, livskvalitet eller sjukvårdskonsumtion". Efter detta har emellertid åtminstone två svenska studier publicerats som visar positiva resultat av sådana interventioner. I en studie rapporterades att apotekarledd systematisk genomgång av äldres läkemedel på medicinklinik ledde till en sextonprocentig minskning av akuta sjukhusbesök samt en minskning av de läkemedelsrelaterade akuta återinläggningarna med 80 procent [39]. I en annan, nyligen publicerad studie visades att läkemedelsavstämning och läkemedelsgenomgång i multiprofessionella team ledde till en minskad förekomst av läkemedelsrelaterade återinläggningar på sjukhus [40].

I fokusgrupperna ansåg man allmänt att det är viktigt att gå igenom läkemedelslistan vid varje läkarbesök, men att det ofta inte blir gjort i den ut-

sträckning de skulle önska, främst på grund av stress och tidsbrist. Många av deltagarna menar att alla patienter som behandlas med läkemedel borde kallas till ett årligt besök, för att gå igenom läkemedelslistan tillsammans med läkaren och för att utvärdera året som gått. Att utfärda årliga kallelser till hälsokontroller framhölls också som ett sätt att faktiskt minska det totala antalet läkarbesök. Samma tanke framfördes i referensgruppen med primärvårdsläkare.

På frågan i enkäten om det fanns fastställda rutiner för regelbunden genomgång av äldres läkemedelsbehandling för äldre i eget boende, svarade tre av fyra vårdcentraler ”Ja, för samtliga patienter” eller ”Ja, för vissa”, medan nio av tio svarade så för motsvarande fråga för äldre i särskilt boende. Samtidigt tyder svaren på de olika frågorna kring genomgångar av äldres läkemedelsbehandling, på att det finns en betydande variation i hur de genomförs och vilka som deltar.

Många efterlyser en definition av vad en läkemedelsgenomgång är och ska innehålla. Socialstyrelsen gav i rapporten *Nationella kvalitetsindikatorer - Vården och omsorgen om äldre personer 2009* [41], en definition enligt följande: ”En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbets sätt i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner. Genomgångarna involverar flera professioner och vid behov finns tillgång till stöd av farmakolog, apotekare eller motsvarande. Vid genomgångarna finns aktuella uppgifter som beskriver patientens diagnos(er), vissa fysiologiska värden exempelvis blodtryck och njurfunktion och aktuellt hälsotillstånd. Symtomskattning sker utifrån en gemensam modell och olika läkemedelsrelaterade problem är beskrivna utifrån en gemensam mall. Socialstyrelsens indikatorer för läkemedelsanvändning är vägledande vid genomgångarna”.

I definitionen betonar Socialstyrelsen således att genomgångarna ska vara strukturerade och systematiska samt involvera flera professioner. Rapporten *Öppna jämförelser – vård och omsorg om äldre 2010* [19], visar att läkemedelsgenomgångar enligt denna definition, under det senaste året hade genomförts för i genomsnitt 68 procent av alla äldre i särskilt boende i landet, med en betydande variation mellan 36 och 86 procent i de olika landstingen och 0-100 procent i kommunerna. Det är således än så länge långt ifrån alla äldre som erbjuds en sådan läkemedelsgenomgång.

Riktlinjer

I referensgruppen med primärvårdsläkare var man eniga om att det idag finns en motsättning mellan att följa riktlinjer och rekommendationer och att upprätthålla en god kvalitet i läkemedelsbehandlingen av äldre. Att följa alla riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram till punkt och pricka vid behandling av varje diagnos hos en äldre person med många sjukdomar, kan bidra starkt till polyfarmaci. Samma synpunkter framkom i en studie av Moen och medarbetare där fokusgrupper hade genomförts med 31 primärvårdsläkare i tre större städer i Sverige [42, 43]. De ansåg att deras äldre patienter med ofta multipla kroniska sjukdomar och tillstånd, har andra behov av medicinsk behandling än de yngre patienter med enstaka sjukdomar

eller tillstånd som riktlinjerna vanligen utgår ifrån; ”the guidelines result in ’kits’ of medicines per indication added on top of each other, thus generating multiple medicine use”¹. Detta problem sammanfattas väl i en artikel av Tinetti och kolleger [44] ”Viewing disease-specific medication guidelines from this perspective raises the question of whether what is good for the disease is always best for the patient.”²

I stället bör behandlingen av äldre ”skräddarsys” utifrån en helhetsbedömning av patientens sjukdomsbild. Man ansåg i fokusgrupperna att alla riktlinjer, rekommendationer o.d. borde innehålla särskilda avsnitt om hur man ska tänka och vad man ska ta hänsyn till, vid behandling av den äldre, multisjuka patienten.

¹ Översättning: Riktlinjerna resulterar i en uppsättning läkemedel per indikation som läggs på varandra och därigenom orsakar polyfarmaci

² Översättning: Att betrakta sjukdomsspecifika läkemedelsriktlinjer ur detta perspektiv, väcker frågan om huruvida det som är bra för sjukdomen alltid är bäst för patienten.

Förslag

Socialstyrelsens avser

- Att i läkemedelshanteringsföreskriften ange att varje äldre person ska erbjudas möjligheten att regelbundet öka kvaliteten i sin läkemedelsanvändning med hjälp av läkare
- Att förstärka läkemedelshanteringsföreskriften med krav på rutiner för läkemedelsavstämningar och läkemedelsgenomgångar för äldre och multisjuka personer.
- Att i läkemedelshanteringsföreskriften förtydliga kravet på att förskrivningsorsak för ordinerade läkemedel skall dokumenteras i journalen vid varje förskrivning.
- Att förstärka läkemedelshanteringsföreskriften med krav på att utsättningsorsak skall dokumenteras i journalen efter en läkemedelsavstämning eller -genomgång.
- Att förstärka läkemedelshanteringsföreskriften med krav på rutiner för uppföljning av läkemedelsordinationer.
- Att införa avsnitt i befintliga och kommande nationella riktlinjer om de särskilda hänsyn som behöver tas vid vård och omsorg av äldre multisjuka personer.
- Att utveckla rutiner och bedömningskriterier för Socialstyrelsens tillsyn av äldres läkemedelsanvändning, bland annat baserade på indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.
- Att fortsätta utveckla indikatorer för läkemedelsterapi hos äldre; för öppna jämförelser, rapporter om läkemedelsanvändningens utveckling nationellt, regionalt och lokalt, stöd vid förskrivning, uppföljning och omprövning av läkemedel samt tillsyn av äldres läkemedelsbehandling.
- Att utveckla webbaserad utbildning och fortbildning om äldre och läkemedel för läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal, inom ramen för Kunskapsguiden.
- Att, inom ramen för projektet Pascal – Patientens sammanhållna läkemedelsinformation, bidra till utvecklingen av funktioner som stöder ett systematiskt arbete med uppföljning och omprövning av läkemedelsordinationer, i första hand för dosexpedierade läkemedel och på sikt för en nationell gemensam ordinationslista.

Socialstyrelsens föreslår

- Att huvudmännen säkerställer att behovet av fortbildning inom området äldre och läkemedel för läkare och annan vårdpersonal tillgodoses.

- Att förutsättningar skapas för kommunerna att få tillgång till personer med särskild läkemedelskompetens (exempelvis sjuksköterska med fortbildning på området eller apotekare med vidareutbildning i kliniknära arbete). Dessa personer kan ansvara för fortlöpande utbildning om läkemedel och om den äldre människans förutsättningar för en optimal läkemedelsbehandling. I ansvaret ingår också att ha kontakt med de lokala läkemedelskommittéerna. Syftet ska vara att stödja och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet kring äldres läkemedelsbehandling. Andra angelägna aspekter på kvalitet inom vården och omsorgen om äldre kan också ingå i uppgiften. Funktionen kompletterar den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i dennes ansvar som bland annat innebär att rutinerna för läkemedelshanteringen ska vara ändamålsenliga och väl fungerande.

Referenser

1. Giron M.T., Claesson C., Thorslund M., Oke T., Winblad B. and Fastbom J. Drug use patterns in a very elderly population. A seven-year review. *Clin Drug Inv* 1999, 17:389-398
2. Hälsö- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen 2009-126-72.
3. Fastbom J. Äldres Läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms Läns Landsting. 2005.
4. Olsson J, Bernsten C, Carlsten A, Schmidt I, Fastbom J. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA-Projektet. En tillämpning av kvalitetsindikatorer för analys av läkemedelsanvändningen hos äldre med dosexpedition på kommunala äldreboenden i ett svenskt län. Socialstyrelsen 2004-131-24.
5. Olsson J, Bergman A, Carlsten A, Oké T, Bernsten C, Schmidt IK, Fastbom J. Quality of drug prescribing in elderly people in nursing homes and special care units for dementia: a cross-sectional computerized pharmacy register analysis. *Clin Drug Investig*. 2010;30(5):289-300.
6. Kragh A. Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne. *Läkartidningen* 2004;101(11):994-9.
7. Gurner U, Fastbom J. Vi har inte tid - Ring akuten!. Rapport/Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum 2004:1.
8. Mjörndal T, Boman MD, Hägg S, Bäckstrom M, Wiholm BE, Wahlin A & Dahlqvist R. Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal medicine. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002;11(1):65-72.
9. Sarlöv C, Andersén-Karlsson E & von Bahr C. Läkemedelsbiverkningar leder till sjukhusvård för hjärtpatienter. *Läkartidningen* 2001;47:5349-5353.
10. Odar-Cederlöf I, Oskarsson P, Öhlén G, Tesfa Y, Bergendal A, Helldén A, Bergman U. Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. Vanliga medel står för merparten, visar tvärsnittsstudie *Läkartidningen* 2008;12:890-3.
11. Paul E, End-Rodrigues T, Thylén P, Bergman U. Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. En klinisk retrospektiv studie. *Läkartidningen* 2008;35:2338-42.
12. Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen 2004-103-19.

13. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsens förslag. Socialstyrelsen. 2003-110-20.
14. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen 2010-6-29.
15. Slutrapporter 2007. SÄLMA – Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre. Erfarenheter av ett nationellt utvecklingsprojekt. Sveriges Kommuner och Landsting 2007.
16. Redovisning av 2007–2009 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Socialstyrelsen 2010-6-14.
17. Lägesrapport 2010. Folkhälsa, Hälsa- och sjukvård, Individ- och familjeomsorg, Stöd och service till personer med funktionsnedsättning, Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen 2010-3-21.
18. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010. Socialstyrelsen 2010-11-9.
19. Öppna jämförelser 2010. Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Socialstyrelsen 2010-12-1.
20. Läkemedelsbehandling av äldre i hemsjukvården. Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn vid 29 vårdcentraler i sydöstra sjukvårdsregionen 2008. Socialstyrelsen 2009-126-86.
21. Gurner U, Fastbom J, Hagman L, Shah-Shahid Z. Styckevis och delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting 2006.
22. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2009.
23. Bastholm Rahmner P. Doctors and drugs: how Swedish emergency and family physicians understand drug prescribing. Avhandling. Karolinska Institutet 2009.
24. Rahmner PB, Gustafsson LL, Holmström I, Rosenqvist U, Tomson G. Whose job is it anyway? Swedish general practitioners' perception of their responsibility for the patient's drug list. *Ann Fam Med*. 2010;8(1):40-6.
25. Ljungberg C. Prerequisites and responsibility for appropriate prescribing - the prescribers' view. Avhandling. Uppsala Universitet 2010.
26. Patientens samlade läkemedelslista – ansvar och riktlinjer för hantering i öppen vård. LOK - Nätverk för Sveriges Läkemedelskommittéer 2009.
27. Bastholm Rahmner P, Lundborg M. Ansvaret för samlad läkemedelslista ska vara tydligt. *Läkartidningen* 2011;108;1250-2.
28. Pascal. Delrapport: Gemensamma Läkemedelslistor – Verksamhetsanalys. Sjukvårdsrådgivningen 2009.

29. Åsberg Hulter K, Lindemalm S, Stiller C-O, Vitols S, Dahlqvist R. Målstyrd läkemedelsutbildning ett måste för AT- och ST-läkare! *Läkartidningen* 2007;38:2710-2.
30. Learning Management System i svensk hälso- och sjukvård - En förstudie. *Socialstyrelsen* 2010-1-9.
31. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi. *Socialstyrelsen* 2011-3-34.
32. Läkemedelsfel i vårdens övergångar - åtgärder för att förebygga. *Sveriges Kommuner och Landsting* 2011.
33. Bergkvist A, Midlöv P, Höglund P, Larsson L, Bondesson A, Eriksson T. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors - L IMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *Eur J Clin Pharmacol.* 2009;65(10):1037-46.
34. Hellström LM, Bondesson A, Höglund P, Midlöv P, Holmdahl L, Rickhag E, Eriksson T. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (L IMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol.* 2011 Feb 12. [Epub ahead of print].
35. Den aktuella läkemedelslistan – En utopi? Referat från workshop 27 januari 2011. Nestor FoU-center, Stockholm 2011.
36. Slutrapport. Förstudie om ordinationsorsak - etapp 1. Center för eHälsa i samverkan 2011.
37. Medicinsk användarkravspecifikation. Gemensam ordinationslista. *Sjukvårdsrådgivningen* 2010.
38. Läkemedelsrelaterade problem - åtgärder för att förebygga. *Sveriges Kommuner och Landsting* 2011.
39. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, Kettis-Lindblad A, Melhus H, Mörlin C. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2009 May 11;169(9):894-900.
40. Hellström LM, Bondesson A, Höglund P, Midlöv P, Holmdahl L, Rickhag E, Eriksson T. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (L IMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol.* 2011 Feb 12.
41. Nationella kvalitetsindikatorer - Vården och omsorgen om äldre personer. *Socialstyrelsen* 2009-126-111.
42. Moen J, Norrgård S, Antonov K, Nilsson JL, Ring L. GPs' perceptions of multiple-medicine use in older patients. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(1):69-75.
43. Moen J. Multiple Medicine Use: Patients' and general practitioners' perceptions and patterns of use in relation to age and other patient characteristics. Avhandling. Uppsala universitet 2009.

44. Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med.* 2004;351(27):2870-4.