

REVISIONSRAPPORT



Granskning av

Läkemedelsanvändning bland äldre sjukhemsboende patienter

Norrbottnens Läns Landsting

Juni 2003

Jan-Erik Wuolo

Hans Rinander

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Bakgrund, uppdrag och revisionsfråga..... | 3 |
| 2. | Metod..... | 3 |
| 3. | Allmänt om läkemedelsförskrivning till äldre..... | 5 |
| 4. | Resultat..... | 6 |
| 4.1 | Beskrivning av sjukhemsenheterna..... | 7 |
| 4.2 | Antal förskrivna läkemedel per patient och polyfarmaci..... | 8 |
| 4.3 | Förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre..... | 11 |
| 5. | Kommentarer..... | 17 |

1. Bakgrund, uppdrag och revisionsfråga

Enligt Socialstyrelsen har läkemedelsanvändningen bland äldre ökat de senaste åren och mest påtagligt i särskilda boendeformer. Den, i många fall, omfattande läkemedelsanvändning innebär enligt Socialstyrelsen en ökad risk för biverkningar. Det rapporteras irrationell och olämplig behandling med vissa läkemedel till äldre. Uppfattningen är att dessa erfarenheter visar på hur angeläget det är att ytterligare studera läkemedelsanvändningen hos äldre.

Landstingets revisorer har gett Komrev uppdraget att undersöka läkemedelsförskrivningen hos äldre som bor på kommunala sjukhem. Den övergripande revisionsfrågan är om läkemedelsförskrivning till äldre sjukhemsboende patienter är ändamålsenlig. Detta studeras via statistik från Apoteket AB genom att undersöka;

- antal förskrivna läkemedel per patient
- förekomsten av polyfarmaci – samtidig användning av flera läkemedel
- i vilken omfattning olämpliga preparat för äldre förskrivs

2. Metod

Som informationsunderlag för studien används läkemedelsstatistik från Apoteket AB. Vi har fört en dialog med representanter för Apoteket AB om vad som har varit möjligt ta fram ur deras informationssystem till en rimlig arbetsinsats och kostnad. Dessa förhållanden har medfört vissa begränsningar i granskningen.

Studien omfattar patienter som bor på sjukhem. Sjukhemmen som studeras är, pga möjlighet till elektronisk statistikinsamling, kopplade till Apoteket ABs system Apodos. Apodos innebär att apoteket tar ut läkemedel ur originalförpackningarna från leverantörerna och iordningsställer maskinellt läkemedel i dosförpackningar till varje tillfälle läkemedlen ska intas för resp patient. Varje dosförpackning kan därför innehålla flera olika typer av läkemedel.

I denna studie ingår 80 % av länets sjukhemsenheter vilket motsvarar 143 enheter och totalt 2 243 patienter. Det bör observeras att ett sjukhem kan bestå av flera sjukhemsenheter. I studien ingår inga särskilda boenden för psykiskt funktionshindrade.

Den läkemedelskonsumtion som redovisas avser situationen vid ett måttillfälle under april 2003. Läkemedlen avser de preparat som patienterna vid måttillfället använder kontinuerligt, alltså sk vid-behov-läkemedel ingår inte.

För viss analys och bedömning av den sammanställda läkemedelsstatistiken har vi haft stöd av farmakologisk expertis från Apoteket AB (Anders Bergström) och allmänmedicinsk expertis (Stellan Båtsman) från Division Primärvård.

Det ska nämnas att Apoteket AB ställt kravet att läkemedelsstatistiken ska överlämnas till revisionen i avidentifierad form. Det innebär att enskilda sjukhem/sjukhemsenheter inte kan identifieras och därmed heller inte den/de förskrivare/läkare som ansvarar för de äldres läkemedelsanvändning vid sjukhemmet.

Den IT-baserade informationsfil som levererats till oss från Apoteket AB innehåller följande information per sjukhemsenhet:

- Antal patienter
- Medelantal läkemedel per patient
- N05A Neuroleptika¹. Användning - antal patienter och procentuell andel patienter
- N05B Lugnande medel. Användning - antal patienter och procentuell andel patienter
- N05C Sömnmedel. Användning - antal patienter och procentuell andel patienter
- N06A Antidepressiva. Användning - antal patienter och procentuell andel patienter

Med denna grundfil som utgångspunkt har vi gjort ett antal statistksammanställningar som redovisas nedan under rubriken 4. Resultat.

Det finns en omfattande litteratur kring området läkemedel och äldre. Vi har självfallet inom ramen för denna studie bara kunnat tillägna oss en starkt begränsad del av det som är skrivet. De skrifter och artiklar som främst gett oss en grund att stå på är:

- Socialstyrelsens ”Indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre”
- Socialstyrelsens ”Läkemedel på sjukhem – en uppföljning av kvaliteten”
- NLKs (Norrbottens läkemedelskommitté) riktlinjer för ”Läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård”
- NLKs informationsblad ”Behandlingsbladet”
- Läkemedelsvärlden (oberoende tidning om läkemedel)
- Landstingsförbundet ”Patientens säkerhet kräver bättre överblick av läkemedelsanvändningen”
- NEPI (Nätverket för läkemedelsepidemiologi) bl a ”utsättning av läkemedel - kliniskt viktigt men praktiskt svårt”.
- ”Läkemedelsöversyn på tre kommunala äldreboenden i Norrbotten” (Anders Bergström, Stellan Båtsman, Bo Henricsson, Niels Andreasén)

¹ Neuroleptika, läkemedel mot psykosor och andra psykiska sjukdomar

- ”Läkemedel på äldreboenden” Ann-Helen Koberg
- ”Läkemedelsprofil på två sjukhem i Norrbotten”, februari 2002” (NLK Anders Bergström)

I rapporten använder vi begreppet patienter avseende de äldre som bor vid sjukhems- enheterna. Vi är medvetna om att inom den kommunala omsorgen används benämningar som vårdtagare, boende etc. Men från ett medicinskt perspektiv finns trots allt, när det gäller denna grupp och deras läkemedelsanvändning, ett patient-läkarförhållande vilket gör att vi i fortsättningen använder begreppet patient.

3. Allmänt om läkemedelsförskrivning till äldre

Det finns, som nämnts, ett flertal studier med inriktning på äldre och läkemedel. Nedan redovisas översiktligt ett antal resultat och erfarenheter från dessa.

- De som är 75 år och äldre utgör 9% av befolkningen men konsumerar ca 25% av alla mediciner i Sverige.
- Läkemedelskonsumtionen för äldre har ökat under 90-talet och i synnerhet på institutioner. Inom särskilda boenden använder i medeltal varje äldre person 6 – 10 läkemedel. Det innebär ökad risk för biverkningar och interaktioner².
- Sex gånger oftare får äldre personer i särskilt boende neuroleptika för psykoser jämfört med äldre i eget boende. Mer än dubbelt så ofta används läkemedel i särskilda boenden som medför stor risk för biverkningar som förvirring och minnesstörning.
- Många äldre har en omfattande läkemedelslista med preparat förskrivna av olika läkare under en följd av år. Behandlingsindikationer, organfunktion och förhållande kring hur läkemedlen påverkar varandra och patienten kan ha ändrats. Därför är det mycket viktigt att löpande utvärdera de läkemedel som den äldre patienten tar.
- När en patient använder många läkemedel blir det svårare att få rätt effekt eftersom läkemedlen kan påverka varandra.

² Flera läkemedel interagerar och ger antingen en förhöjd eller minskad effekt för patienten

- Bristande kommunikation i läkemedelsordination och utsättning av läkemedel kan leda till situationer som är oacceptabla ur ett medicinskt perspektiv. Tillgängliga kriterier för när man ska sätta in ett läkemedel är mycket tydligare än kriterier för när man ska sätta ut läkemedel. Därför kan läkemedelsbehandlingen fortsätta långt efter att den ursprungliga orsaken till behandlingen försvunnit. Detta tycks gälla främst äldre patienter med många sjukdomar. Både patienter, anhöriga, sjukvården och samhället kan vinna på att ineffektiv eller tveksam läkemedelsbehandling undviks.
- 10 % av patienterna som läggs in på medicinklinikerna har läkemedelsanvändning som orsak till inläggningen. En stor del av patienterna som söker vård på akutmottagning gör det pga biverkningar från läkemedelsanvändning.
- En gemensam elektronisk läkemedelslista för alla berörda vårdgivare/förskrivare löser många av problemen kring medicinering av äldre. Ökad kännedom om patientens sammanställda läkemedelsanvändning kan innebära att t ex olämplig förskrivning kan undvikas eller att en adekvat utsättning av läkemedel görs.
- Kommunikationsproblem som kan uppstå mellan sjukhus, primärvård och sjukhemmen orsakas främst av sekretessreglerna och de ofta strikta organisatoriska gränserna mellan vårdgivarna. Med ett högt säkerhetstänkande behöver inte dessa förhållanden utgöra något hinder för att utveckla en för berörda förskrivare gemensam tillgänglig läkemedelslista över patientens aktuella läkemedel. Vad som krävs är ett godkännande enligt Patientjournalagen att patienten medger att läkemedelsinformationen får överföras till andra. En gemensam läkemedelslista ökar den medicinska säkerheten.

4. Resultat

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska de som bor i kommunernas särskilda boendeformer (t ex sjukhem) erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård. Läkemedelshanteringen ska vara individuellt anpassad till den enskildes sjukdom och personliga förutsättningar.

NLLs koppling till läkemedelshanteringen inom de kommunala sjukhemmen är att patientansvarig läkare (PAL) vid de särskilda boendena i de flesta fall tillhör Division Primärvård och har i sitt uppdrag ansvar att bistå med läkarinsatser vid bl a kommunernas sjukhem. PAL ska ordinera läkemedel till de enskilda patienterna, ge anvisningar om patientens vård och behandling samt utvärdera effekten av ordinerade läkemedel och behandlingar. Kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) bistår, i kontakt med läkaren, vid behov med att tillse att läkemedelsordinationer genomförs.

Även läkarna inom sjukhusvården förskriver läkemedel till sjukhemspatienter, t ex i samband med att dessa patienter fått sjukhusvård.

Utöver det ovan nämnda finns ytterligare riktlinjer för läkemedelshanteringen i kommunal sjukvård, utgivna av NLK. NLKs uppdrag är att initiera en rationell läkemedelsanvändning, föra en dialog med förskrivarna och allmänheten samt övervaka läkemedelsanvändningen.

Sammantaget kan det konstateras att landstinget (patientansvariga läkare och NLK) har ett stort inflytande och ansvar för läkemedelsanvändningen i den kommunala hälso- och sjukvården.

4.1 Beskrivning av sjukhemsenheter

143 sjukhemsenheter från kommunerna i Norrbotten utgör studiens underlag. Det motsvarar enligt Apoteket AB 80 % av samtliga enheter med apodos i länet. Mellan flera enheter finns en organisatorisk koppling som innebär att de tillhör samma sjukhem. Dessa förhållanden framgår dock inte av vårt statistiska grundmaterial från Apoteket AB, förutom med undantag för tabell 9. Storleken på sjukhemmen framgår av nedanstående tabell.

Tabell 1: Sjukhemsenheternas storlek – antal patienter

| Antal patienter | Antal enheter | Antal patienter |
|-----------------|---------------|-----------------|
| 1--5 | 31 | 120 |
| 6--10 | 38 | 295 |
| 11--15 | 22 | 286 |
| 16--20 | 18 | 320 |
| 21--25 | 6 | 137 |
| 26--30 | 7 | 196 |
| 31--35 | 5 | 167 |
| 36--40 | 4 | 150 |
| 41--45 | 7 | 298 |
| 46--50 | 2 | 97 |
| 51--55 | 2 | 109 |
| 56--60 | 0 | 0 |
| 61--65 | 0 | 0 |
| 66--70 | 1 | 68 |
| Totalt | 143 | 2243 |

2 patienter är det lägsta antalet som förekommer vid en sjukhemsenhet och 68 det högsta antalet. Merparten (76 %) av sjukhemmen har en patientstorlek på mellan 1 och 20 patienter. Nästan hälften (1021) av patienterna bor på sjukhemsenheter som har 20 eller mindre antal patienter. I det närmaste hälften av patienterna bor på enheter som har mellan 21 och 51 patienter.

4.2 Antal förskrivna läkemedel per patient och polyfarmaci

En läkemedelsöversyn som gjordes vid tre äldreboenden i länet 2000/2001 visade på att medelantalet läkemedel per patient var 10,5, 7,2 resp 5,9. Studier som Socialstyrelsen genomfört visar på att äldre i särskilda boendeformer använder i medeltal 6-10 läkemedel. Socialstyrelsens uppfattning är att en så omfattande läkemedelsanvändning (polyfarmaci) är ett växande problem som innebär kraftigt ökad risk för biverkningar och interaktioner. I en studie i Norrbotten (feb 2002) av två sjukhem redovisas 10,4 resp 14,2 stående läkemedel i medeltal per patient.

Den läkemedelsstatistik som Apoteket AB tagit fram för revisionens räkning visar på medelantal läkemedel per patient och sjukhemsenheter. Vi kan därför inte, som var vår avsikt, redovisa de enskilda patienternas (avidentifierade) läkemedelsanvändning vid resp. sjukhemsenheter. Vid ett sjukhem där patienterna i medeltal t ex har 16 läkemedel per patient finns det patienter som har både mer men också mindre antal läkemedel per dag. Vi kan med andra ord exempelvis inte redovisa minimi- resp maximivärdena per sjukhemsenhet.

Socialstyrelsens uppfattning är att en för hög läkemedelsanvändning (polyfarmaci) är ett växande problem som innebär kraftigt ökad risk för biverkningar och interaktioner. När det gäller polyfarmaci anger Socialstyrelsen två typer av kvalitetsindikatorer. Andelen patienter som använder;

- två eller flera läkemedel inom samma terapeutiska läkemedelsgrupp (ATC-grupp) regelbundet
- tre eller flera psykofarmaka oberoende av ATC-grupp

Det finns således flera olika synsätt eller definitioner på vad som kan anses vara polyfarmaci.

Revisionens avsikt och önskemål var att kunna få ett underlag som medgav en redovisning av någon av dessa två indikatorer i denna studie. Men eftersom grundfilen från Apoteket AB enbart visar på andelen patienter per sjukhemsenhet som intar resp. läkemedel (i detta fall psykofarmaka) kan vi t ex inte på patientnivå specifikt se i vilken omfattning det finns enskilda patienter som samtidigt använder en, två, tre eller fyra av psykofarmakapreparaten (N05A, N05B, N05C eller N06A).

Antal läkemedel i medeltal per patient vid de studerade sjukhemsenheterna redovisas i nedanstående tabell.

Tabell 2: Antal läkemedel i medeltal per patient

| Antal läkemedel: | 1--5 | 6--10 | 11--15 | 16--20 | Totalt |
|------------------|----------|------------|-------------|------------|--------------|
| Patienter | 37 2% | 852 38% | 1107 49% | 247 11% | 2243 100% |

Medelvärde avseende antal läkemedel per patient är för samtliga patienter 11,1 och medianen (det mittersta värdet i fördelningen) 13,9 läkemedel per patient. Minimimedeltal läkemedel per patient är 2,3, vilket innebär att det finns patienter i den studerade populationen som använder färre än 2,3 läkemedel. Maximimedeltal läkemedel per patient är 20,0 och vilket innebär det finns patienter som använder fler än 20 läkemedel. 98 % av patienterna använder fler än 5 läkemedel. 60% använder mer än 10 läkemedel. 11 % använder mer än 15 läkemedel.

Används definitionen att polyfarmaci förekommer vid fler än 5 läkemedel är det merparten (98 %) av patienterna som använder för många läkemedel. Sätts nivån för polyfarmaci enligt resultaten från Socialstyrelsens studier (6-10 samtidigt använda läkemedel) och där med 10 läkemedel som norm, så förekommer polyfarmaci för 60 % av patienterna i denna studie.

Om gränsen för polyfarmaci sätts vid medelvärdet i denna studie (11,1) så är det ca 60 % av sjukhemspatienterna som har polyfarmaci. Den allmänmedicinska expert vi gått igenom vårt material med, anser att mer än 10 läkemedel per patient definitivt kan anses som polyfarmaci.

I tabell 3 nedan framgår variationen antal läkemedel per patient i förhållande till sjukhemmens storlek.

Tabell 3: Medeltal läkemedel per patient grupperat efter antal boende vid sjukhemsenheterna

| Sjukhemsenhet antal patienter | Antal läkemedel | Antal sjukhem | Antal patienter totalt |
|----------------------------------|-----------------|---------------|---------------------------|
| 1 --5 | 9,2 | 31 | 120 |
| 6--10 | 10,7 | 38 | 295 |
| 11--15 | 11,7 | 22 | 286 |
| 16--20 | 11,0 | 18 | 320 |
| 21--25 | 10,8 | 6 | 137 |
| 26--30 | 13,3 | 7 | 196 |
| 31--35 | 12,3 | 5 | 167 |
| 36--40 | 14,0 | 4 | 150 |
| 41--45 | 12,4 | 7 | 298 |
| 46--50 | 16,0 | 2 | 97 |
| 51--55 | 16,4 | 2 | 109 |
| 56--60 | 0,0 | 0 | 0 |
| 61--65 | 0,0 | 0 | 0 |
| 66--70 | 10,2 | 1 | 68 |
| Totalt | | 143 | 2243 |

En viss tendens finns att antal läkemedel i medeltal per patient ökar med stigande patientantal för sjukhemsenheter. Alltså desto större sjukhemsenhet desto fler läkemedel per patient. Sambandet är här dock inte helt linjärt.

Det finns många faktorer som kan påverka ovanstående förhållanden. T ex omfattningen på läkarinsatsen vid resp sjukhem. Eftersom Apoteket ABs statistik till revisionen var avidentifierat kan vi inte t ex relatera antalet läkartimmar vid resp sjukhem till antal läkemedel i medeltal per sjukhem. Antagandet är att desto fler läkartimmar sjukhemmet har tillgång till desto bättre möjligheter till kontroll och uppföljning på läkemedelsförskrivningen och dess effekter bland patienterna.

Samma resonemang kan även gälla tillgången på övrig personal vid sjukhemmet. God tillgång till personal kan eventuellt i vissa fall minska behovet av lugnande medel hos patienterna. Personaltätheten kan vi inte heller närma oss i denna studie pga av avidentifieringen av statistiken.

4.3 Förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre

Preparat som enligt Socialstyrelsen generellt anses olämpliga för äldre och som redovisas i form av sex kvalitetsindikatorer är andelen individer/äldre som använder;

- medel med antikolinerga effekter (kramplösande/avslappnande medel, t ex neuroleptika, vissa antidepressiva medel)
- långverkande bensodiazepiner (ATC-grupperna N05B och N05C)
- teofyllin (medel i peroral form som vidgar bronkerna)
- tiklopidin (reducerar blodet förmåga att koagulera)
- kinidin (medel vid hjärtrytmrubbningar)
- kinin (medel mot muskelkramp)

Socialstyrelsen rekommendation är att andelen patienter som använder dessa mediciner ska vara så låg som möjligt.

Till detta finns Socialstyrelsens kvalitetsindikator att andelen äldre som samtidigt använder tre eller flera psykofarmaka (t ex N05A, N05B, N05C och N06A) ska vara så låg som möjligt.

När det gäller de första sex läkemedlen som Socialstyrelsen anser som olämpliga läkemedel till äldre så har vi inte kunnat få tillgång till uppgifter från Apoteket AB om hur mönstret för dessa ser ut vid sjukhemmen i Norrbotten. Vi känner inte till orsaken till detta men ställer oss frågande till varför inte dessa uppgifter kunde levereras. Vi är genom tillgänglig läkemedelsstatistik, begränsade till de ovan redovisade fyra psykofarmakapreparaten. Vi kan dock, som tidigare berörts, av tillgänglig statistik inte se enskilda patienters användning av dessa medel utan enbart andel patienter per sjukhemsenhet som använder medlen.

Av materialet är det heller inte möjligt att se om det finns sjukhemspatienter som använder tre eller fler psykofarmaka. Den uppgift vi fått från Apoteket AB i detta fall är att en datahämtning på individnivå hade blivit mycket tekniskt komplicerad och kostsam.

Den bild vi får fram av tillgänglig statistik redovisas i nedanstående tabeller.

Tabell 4: Andel patienter med neuroleptika N05A

| Sjukhems- enheter antal | Andel patienter med neuroleptika (%) |
|----------------------------|---|
| 9 | 0 |
| 6 | 1--10 |
| 27 | 11--20 |
| 38 | 21--30 |
| 32 | 31--40 |
| 12 | 41--50 |
| 8 | 51--60 |
| 6 | 61--70 |
| 3 | 71--80 |
| 1 | 81--90 |
| 1 | 91--100 |

Socialstyrelsens uppfattning avseende neuroleptika är att andelen äldre patienter som använder läkemedlet bör vara så låg som möjligt och bara användas vid säker indikation. Vid en studie som Socialstyrelsen refererar till var andelen äldre sjukhemsboende som använde neuroleptika 18 %. Socialstyrelsens kommentar var att det finns skäl att tro att en stor del av de äldre behandlades med neuroleptika utan att indikation förelåg.

Av tabell 4 framgår att vid 101 (71 %) av de 143 studerade sjukhemsenhetererna överstiger andelen patienter som använder neuroleptika 20 %. Vid 19 (13 %) enheter använder mer än 50 % av patienterna neuroleptika. Vid 2 enheter använder mer än 80 % av patienterna neuroleptika. Om mer än 50 % av sjukhemspatienterna vid en enhet använder neuroleptika är det alltför många, enligt uppgifter vi fått.

Tabell 5: Andel patienter med lugnande medel N05B

| Sjukhem antal | Andel patienter med lugnande medel (%) |
|------------------|---|
| 29 | 0 |
| 14 | 1--10 |
| 30 | 11--20 |
| 37 | 21--30 |
| 19 | 31--40 |
| 10 | 41--50 |
| 1 | 51--60 |
| 0 | 61--70 |
| 2 | 71--80 |
| 0 | 81--90 |
| 1 | 91--100 |

Tabell 5 visar på användningen av lugnande medel. Enligt Apoteket AB avses här dagsedativa medel. I N05B ingår bensodiazepiner som är beroendeframkallande medel och som hos äldre har negativa effekter på minnesfunktion och motorik. Vid 29 (20 %) sjukhemsenheter används inte lugnande medel. Vid en enhet använder mer än 90 % av patienterna lugnande medel. Vid merparten av sjukhemmen ligger andelen patienterna som använder lugnande medel mellan 10 och 50 %.

I tabell 6 redovisas andel patienter vid sjukhemsenheterna som använder sömnmedel (N05C). Socialstyrelsen anger under kvalitetsindikatorn ”Olämplig regim” att sömnmedel inte bör ges dagligen till äldre under mer än en månad och utan att det därefter omprövas. Andelen patienter som använder sömnmedel dagligen bör vara så låg som möjligt.

Vid 27 (19 %) sjukhemsenheter används inte sömnmedel av patienterna. Vid 7 (5 %) enheter använder 50-70 % av patienterna sömnmedel. Vid merparten av sjukhemmen ligger andelen patienter som använder sömnmedel mellan 10 och 50 %. Enligt den allmänläkare vi konsulterat bör andelen sjukhemspatienter som använda lugnande medel vara så låg som möjligt.

Tabell 6: Andel patienter med sömnmedel N05C

| Sjukhems- enheter antal | Andel patienter med sömnmedel (%) |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 27 | 0 |
| 5 | 1--10 |
| 24 | 11--20 |
| 30 | 21--30 |
| 29 | 31--40 |
| 20 | 41--50 |
| 4 | 51--60 |
| 3 | 61--70 |
| 1 | 71--80 |
| 0 | 81--90 |
| 0 | 91--100 |

Tabell 7 redovisar användningen av antidepressiva medel. I läkemedelsgruppen N06A ingår fyra undergrupper bl a SSRI-preparat (selective serotonin reuptake inhibitors). Socialstyrelsen anser att vid depression hos äldre utgör SSRI-preparaten ett förstahandsval och andelen av dessa patienter som använder medlet bör vara så hög som möjligt. Användning av lugnande medel eller sömnmedel utan samtidig antidepressiv behandling vid depression är olämpligt. Detsamma gäller neuroleptikabehandling vid depression.

Tabell 7: Andel patienter med antidepressiva medel N06A

| Sjukhems- enheter antal | Andel patienter med antidepressiva medel (%) |
|----------------------------|---|
| 12 | 0 |
| 0 | 1--10 |
| 15 | 11--20 |
| 39 | 21--30 |
| 36 | 31--40 |
| 24 | 41--50 |
| 8 | 51--60 |
| 6 | 61--70 |
| 3 | 71--80 |
| 0 | 81--90 |
| 0 | 91--100 |

Det finns uppfattningar att de kan förekomma en underförskrivning av antidepressiva läkemedel. Vid 12 (8 %) sjukhemsenheter använder patienterna inga antidepressiva medel. Vid merparten av sjukhemmen ligger andelen patienterna som använder antidepressiva medel mellan 20 och 50 %, vilket är en rimlig nivå enligt uppgifter vi fått från allmänmedicinsk expertis.

För att visa hur läkemedelsanvändningen kan se ut vid de studerade sjukhemsenheterna avseende de i studien ingående psykofarmakemedlen sammantaget redovisas en sammanställning i tabell 8. Där har vi valt ut de tolv enheter där patienter sammanlagt (procentuellt) använder minst och tolv enheter där man använder mest psykofarmaka.

Tabell 8: 24 sjukhemsenheter där patienterna procentuellt minst resp mest använder av psykofarmaka

| Medelantal läkemedel/pat. | Antal Pat. | N05A Neuroleptika | | N05B Lugnande | | N05C Sömnmedel | | N06A Antidepressiva | | Enhet nr. |
|---------------------------|------------|-------------------|---------|---------------|---------|----------------|---------|---------------------|---------|-----------|
| | | Antal pat. | Andel % | Antal pat. | Andel % | Antal pat. | Andel % | Antal pat. | Andel % | |
| 5,0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 |
| 11,5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 110 |
| 7,0 | 4 | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 33 |
| 12,1 | 16 | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 | 6 | 3 | 19 | 102 |
| 7,4 | 9 | 1 | 11 | 0 | 0 | 1 | 11 | 1 | 11 | 29 |
| 2,3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 33 | 46 |
| 10,3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 33 | 129 |
| 10,1 | 28 | 5 | 18 | 1 | 4 | 2 | 7 | 3 | 11 | 138 |
| 7,8 | 5 | 1 | 20 | 1 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 |
| 6,1 | 10 | 4 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 |
| 12,4 | 5 | 0 | 0 | 1 | 20 | 1 | 20 | 0 | 0 | 96 |
| 10,9 | 7 | 1 | 14 | 0 | 0 | 1 | 14 | 1 | 14 | 120 |
| | | | | | | | | | | |
| 7,0 | 3 | 1 | 33 | 1 | 33 | 1 | 33 | 2 | 67 | 32 |
| 18,0 | 49 | 24 | 49 | 19 | 39 | 19 | 39 | 23 | 47 | 48 |
| 10,0 | 4 | 1 | 25 | 1 | 25 | 3 | 75 | 2 | 50 | 143 |
| 8,2 | 44 | 31 | 70 | 15 | 34 | 17 | 39 | 15 | 34 | 22 |
| 14,9 | 13 | 4 | 31 | 4 | 31 | 7 | 54 | 9 | 69 | 58 |
| 8,3 | 4 | 2 | 50 | 1 | 25 | 2 | 50 | 3 | 75 | 21 |
| 20,0 | 27 | 17 | 63 | 11 | 41 | 15 | 56 | 13 | 48 | 45 |
| 16,5 | 8 | 4 | 50 | 4 | 50 | 4 | 50 | 6 | 75 | 51 |
| 16,2 | 12 | 4 | 33 | 6 | 50 | 8 | 67 | 9 | 75 | 52 |
| 10,0 | 7 | 7 | 100 | 5 | 71 | 1 | 14 | 3 | 43 | 140 |
| 11,3 | 3 | 2 | 67 | 3 | 100 | 1 | 33 | 1 | 33 | 114 |
| 10,8 | 9 | 5 | 56 | 4 | 44 | 6 | 67 | 6 | 67 | 122 |

Det tycks inte finnas något klart samband mellan sjukhemsstorlek (antal patienter) och sammantagen användning av psykofarmaka bland patienterna, utan såväl mindre som större enheter kan ha liten eller större användning av psykofarmaka. Intressant att notera är att vid sjukhemsenhet 41 och 110 med 4 resp 2 patienter förekommer ingen användning av psykofarmaka bland patienterna. Vid enhet 36 med 10 patienter använder 40 % av dessa neuroleptika men inga andra psykofarmaka.

Vid enhet 22 som har 44 patienter använder 70 % neuroleptika och drygt 30 % de tre övriga psykofarmakamedlen. Vid enhet 140 med 7 patienter använder 100 % av dessa neuroleptika och 71 % lugnande medel, 14 % sömnmedel och 43 % antidepressiva medel. Vid enhet 114

med 7 patienter använder 100 % lugnande medel, 67 % neuroleptika samt 33 % vardera sömnmedel och antidepressiva medel.

Enhet 45 har det högsta antalet läkemedel i medeltal per patient – 20 läkemedel. Av patienterna vid enheten använder 63 % neuroleptika, 41 % lugnande medel, 56 % sömnmedel och 48 % antidepressiva medel. Efter vår dialog med experter inom området kan det med stor säkerhet antas att det finns många patienter vid enheten som använder 3 eller 4 av psyko-farmakamedlen samtidigt.

Enligt vår allmänmedicinska konsult finns ett samband mellan användning av neuroleptika och lugnande medel hos äldre vilket kan ses i tabell 8. Desto högre användning av neuroleptika desto mer biverkningar hos patienten som åtgärdas med lugnande medel.

Ett problem som vi tidigare nämnt är att vårt material inte medger att följa enskilda patients användning av de fyra psykofarmakamedlen. Men detta kan naturligtvis göras av PAL vid resp sjukhemsenheter.

Som framgått ovan varierar patientantalet vid enheterna kraftigt, från 2 upp till 68 patienter. Variationen ger vissa svårigheter att jämföra enheterna avseende mönstret för läkemedels-användning. Vi bad därför Apoteket AB att lägga samman läkemedelsstatistiken för ett antal enheter som tillsammans utgjorde ett helt sjukhem med ett större patientunderlag. Detta för att kunna studera informationen i tabell 8 på en annan nivå. Apoteket AB var behjälpliga med detta och utfallet redovisas i Tabell 9.

Tabell 9: Användningen av psykofarmaka vid fem sjukhem med fler än femtio patienter

| Sjukhem | Medelantal läkemedel stående per patient | Andel pat. med Neuroleptika % | Andel pat. med Lugnande % | Andel pat. med Sömnmedel % | Andel pat. med Antidepressiva % |
|---------|--|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| A | 17 | 67 | 31 | 36 | 44 |
| B | 14 | 22 | 27 | 34 | 54 |
| C | 14 | 25 | 23 | 37 | 37 |
| D | 19 | 34 | 23 | 38 | 43 |
| E | 10 | 12 | 15 | 22 | 31 |

Det finns tydliga skillnader i läkemedelsanvändningen, t ex mellan sjukhem A och E. A har betydligt högre användning av neuroleptika bland patienterna än sjukhem E. Det skiljer 55 procentenheter (67 jmf med 12). Ser vi på den sammantagna psykofarmakaanvändningen mellan dessa båda sjukhem så har sjukhem A en högre användning bland patienterna i alla fyra grupperna.

Vårt intryck är att det vid sjukhemmen i många fall används en omfattande mängd psykofarmaka. Vad detta beror på och varför det tycks finnas så tydliga skillnader mellan enheter och sjukhem har vi svårt att besvara. Vi kan se olika möjliga förklaringar som skillnader i förskrivande läkares praxis, läkartillgången vid sjukhemmen/antal patienter per PAL/antal läkartimmar per PAL, läkarkontinuiteten, personaltätheten avseende sjuksköterskor, undersköterskor m fl, boendemiljön för de äldre men självfallet även patienternas psykiska och somatiska status.

5. Kommentarer

Studien visar att många äldre sjukhemsboende patienter använder för många läkemedel. I det närmaste 60 % av de patienter som ingår i denna studie använder mer än medelvärdet, 11,1 läkemedel per patient, för samtliga patienter i studien. Vår undersökning och t ex NLKs studie (februari 2002) visar att det finns sjukhemsenheter/sjukhem som har mycket högre medelvärden. T ex 20, 19 och 18 läkemedel i medeltal per sjukhemsenhet. Det kan därför finnas de som använder många fler läkemedel än dessa medeltal.

Denna polyfarmaci har en direkt koppling till områden som patientsäkerhet, kvalitet men även läkemedelskostnader. Det finns rapporterade risker med polyfarmaci för äldre patienter, sk interaktioner mellan flera olika läkemedel kan negativt påverka läkemedlens effekter. Till detta kan läggas höga och ökande läkemedelskostnader.

I den studie som NLK lät genomföra vid två sjukhem fann man att läkemedelskostnaderna i medeltal per patient var 24 kronor per dag eller 8 760 kronor per år resp. 28 kronor per dag och 10 220 kronor per år. För sjukhemmen totalt var kostnaden 1 850 kronor per dag eller 675 250 kronor per år resp. 3 410 kronor per dag och 1 244 650 kronor per år. Vid en ovan refererad läkemedelsöversyn (NLK 2000/2001) vid tre äldreboenden i länet blev ett av resultaten att en ekonomisk besparing kunde beräknas till 155 000 kronor per år och enhet vilket motsvarade 1 200 kronor per patient och år.

Vårt redovisade material antyder att vid större sjukhemsenheter använder de äldre mer läkemedel jämfört med mindre enheter. Vi kan inte från vårt underlag förklara vad detta beror på. Vi vill dock ställa frågan om det är större problem att upprätthålla en god uppföljning och kontroll av läkemedelsanvändningen vid enheter med ett större patientunderlag.

Socialstyrelsens studier över neuroleptikaanvändningen hos äldre visade på att 18 % av patienterna använde denna typ av psykofarmaka. Styrelsen bedömde att denna andel var för hög då många äldre behandlades med läkemedlet utan att en klar indikation förelåg. I vårt

material är det vid 71 % av de studerade sjukhemsenheterna som mer än 20 % av patienterna använder neuroleptika. Vid flera enheter använder ännu fler patienter neuroleptika. Med utgångspunkt från Socialstyrelsens bedömningar anser vi att vårt material visar på att neuroleptikaanvändningen vid länets sjukhem behöver ses över. Experter vi talat med har ställt frågan om neuroleptika används som lugnande medel till de äldre, när det finns bättre alternativa läkemedel. Det finns även uppgifter i materialet som tyder på användningen av neuroleptika ökar användningen av lugnande medel.

Vi har även ovan kunnat redovisa (tabell 8) att vid vissa enheter är den sammantagna psykofarmakaanvändningen (N05A, N05B, N05C och N06A) mycket hög. När det gäller antidepressiva medel anser vissa experter att det kan förekomma en underförskrivning. För neuroleptika och sömnmedel är Socialstyrelsen syn att förskrivning bör ske med försiktighet och att andelen äldre som använder läkemedlen bör vara så få som möjligt.

Även om vi inte från vårt material kan se enskilda patienters användning av psykofarmaka ger underlaget dock en signal om att vid vissa sjukhemsenheter har patienterna en diskutabelt hög användning av psykofarmaka. T ex har vissa enheter en 70- och 100-procentig användning av neuroleptika bland patienterna och dessutom hög användning av två eller tre av de övriga psykofarmakamedlen. Vår slutsats är att det rimligen bör finnas enskilda patienter som använder både tre och fyra psykofarmaka samtidigt. Med utgångspunkt från Socialstyrelsens uppfattning pekar detta även på behovet av regelbundna läkemedelsöversyner vid sjukhemmen.

I NLKs Behandlingblad 4/2003 sägs i en artikel om äldres läkemedelsanvändning att: ”Det skrivs inte ut för mycket läkemedel men däremot satsas alldeles för lite på att avsluta stående behandlingar.” Vårt intryck är att regelbundna läkemedelsöversyner vid de kommunala boendena inte förekommer i tillräcklig omfattning. I flera av de studier vi tagit del framhålls den stora betydelsen av läkemedelsöversyner och deras positiva effekt på patienternas livskvalitet, den medicinska kvaliteten och läkemedelskostnaderna. När det gäller läkemedelskostnader har vi inte här berört utbyte av dyra läkemedel mot billigare likvärdiga alternativ (generika), vilket även självfallet ligger inom ramen för läkemedelsöversyner.

De områden och problem vi ovan berört är till stor del Division Primärvårds ansvarsområde. Divisionen har kostnadsansvar för all läkemedelsförskrivning i länet och har kravet på sig att ha kontroll över läkemedelskostnaderna. Det är divisionens läkare som är PAL:ar och förskrivare av läkemedel till patienterna vid sjukhemmen. Men även sjukhusläkarna förskriver läkemedel till de äldre vid sjukhemmen. Verksamhetscheferna och förskrivarna ska ha tillgång till information om förskrivningsmönster för att kunna bedriva en aktiv och regelbunden uppföljning och kontroll inom området. Men har resp PAL för de kommunala boendena tillgång till god och övergripande information över patienternas läkemedelsanvändning? I många sammanhang lyfts allmänläkarnas pressade arbetssituation fram som en

förklaring till varför regelbundna läkemedelsöversyner vid sjukhemmen inte sker i tillräcklig omfattning. Det är i så fall ett förhållande som måste tas på stort allvar. Den allmänmedicinska expert vi talat med anser även att det finns stort behov av kompetensutveckling hos läkarna när det gäller äldre och läkemedel t ex avseende hur äldre reagerar på läkemedel avseende dos och preparatval. Det gäller även att utifrån en korrekt fastställd symptombild samt orsaken till denna, välja om läkemedel ska förskrivas eller vilket/vilka läkemedel som ska förskrivas.

Bristen på en sammanställd och tillgänglig elektronisk läkemedelslista per patient redovisas även som en negativ faktor i sammanhanget.