

Revisionsrapport

Äldres läkemedelsanvändning och avvikelserapportering vid kommunens äldreboenden

Arvika, Eda, Hammarö, Filipstad, Karlstad,
Kristinehamn, Kil, Munkfors och Årjängs
kommun
Landstinget i Värmland

Augusti 2010

Christel Eriksson

Lars Näsström

Fredrik Alm

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning/syfte.....	4
3	Metod och avgränsning	5
4	Anknytande arbeten	6
5	Granskningsresultat.....	7
5.1	Nya perspektiv – gemensamma mål för kommuner och landstinget i Värmland ...	7
5.2	Riktlinjer från landstingets läkemedelskommitté.....	7
5.3	Avtal om läkarinsatser	8
5.4	Mål, riktlinjer och rutiner för hantering av läkemedel vid särskilt boende	8
5.5	Rutiner för hantering av avvikelser	8
5.6	System och rutiner för hantering av läkemedelsavvikelser inom landstinget	9
5.7	Läkemedelslista och formerna för läkemedelshantering	9
5.8	Läkemedelsgenomgångar	10
5.9	Enkätundersökningen om läkemedelsanvändning	10
5.9.1	Antal äldre med stående ordination av neuroleptika	12
5.9.2	Antal äldre med stående ordination av antidepressiva.....	12
5.9.3	Antal äldre med stående ordination av lugnande medel och sömnmedel.....	13
5.9.4	Polyfarmaci – samtidig användning av alltför många läkemedel.....	14
5.9.5	Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat.....	15
5.9.6	Antal äldre med stående ordination av laxantia.....	16
6	Analys och bedömning.....	17

Bilaga 1 Sammanställning av läkemedelsanvändningen per kommun samt totalt

Bilaga 2 Sammanställning av läkemedelsanvändningen, respektive kommun

1 Sammanfattning

Revisorerna i kommunerna Arvika, Eda, Hammarö, Filipstad, Karlstad, Kristinehamn, Kil, Munkfors och Årjäng samt Landstinget i Värmland har gett Komrev inom PricewaterhouseCoopers i uppdrag att genomföra en granskning kring äldres läkemedelsanvändning och om rutiner kring avvikelserapportering på läkemedelsområdet. Syftet med granskningen har varit att bedöma ändamålsenligheten i läkemedelsanvändningen/läkemedelsförskrivningen samt avvikelserapporteringen inom äldreomsorgens särskilda boenden och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Granskningen har genomförts via insamling och bearbetning av läkemedelsstatistik från utvalda boenden insamlade via en webenkät, Vidare har dokument kring mål och riktlinjer för läkemedelsanvändning mm studerats. Intervjuer har i respektive kommun genomförts med medicinskt ansvarig sjuksköterska och med patientansvarig sjuksköterska vid ett urval av kommunens äldreboenden (samma boende som läkemedelsstatistik hämtats från). Intervjuer inom landstinget har genomförts av patientansvarig läkare alternativt vårdcentralchef vid ett urval av aktuella vårdcentraler – kopplade till aktuellt äldreboende samt med ansvarig vid landstingets läkemedelsenhet.

Den genomförda granskningen visar att det finns gemensamt mellan kommuner och landsting fastställda mål för Äldre och läkemedel. Landstingets läkemedelskommitté har gett ut riktlinjer och rekommendationer kring äldre och läkemedel samt erbjuder utbildning inom området till vårdpersonal inom landstinget och kommunerna. Division Allmänmedicin har utarbetat rutiner för läkemedelsgenomgångar och vårdcentralerna har uppdrag att genomföra sådana.

Granskningen visar också att det finns ändamålsenliga rutiner för hantering av läkemedel och läkemedelsavvikelser i kommunerna och att dessa följs. Uppföljning görs av rapporterade avvikelser och åtgärder vidtas vid behov. I några kommuner uppges att uppföljningen med personal av den samlade rapporten om avvikelser kan förbättras och att ansvarig nämnd inte alltid får rapport om den sammanställda översikten av avvikelserna. Den interna kontrollen bedöms dock vad gäller läkemedelshantering tillräcklig.

När det gäller avtal och rutiner om läkarinsatser så finns avtal och dessa bedöms i huvudsak följas vad gäller tillgång till läkarmedverkan. När det gäller i avtalen angivna regelbundna läkemedelsgenomgångar så följs detta inte överallt. I vissa fall görs inga regelbundna läkemedelsgenomgångar, i vissa fall görs genomgångar utan att dessa genomgångar följer Socialstyrelsens definition för läkemedelsgenomgångar.

I den genomförda enkätundersökningen av hur många läkemedel som är ordinerade framkommer att snittet i denna undersökning, med 17,3 % av patienterna som har mer än 10 läkemedel ordinerade (endast stående läkemedel inkluderade, ej vid-behovsmediciner), överstiger riksgenomsnittet hösten 2008 som var 14,2 procent. Det finns en spännvidd

mellan ingående kommuner från 2,4 (Kristinehamn) till 37,6 % (Årjäng) och det finns enskilda boenden där 60 % av de boende har mer än 10 läkemedel ordinerade.

När det gäller undersökningsresultatet och intervjuerna kring vilka läkemedel som ordinerats framkommer att olämpliga preparat och kombinationer av preparat används i stor utsträckning. Det är dock även här stora skillnader mellan olika boenden och mellan olika kommunområden. Vidare visar undersökningen att laxantia ordinerats i stor utsträckning.

Vi har vid vår genomgång av resultatet i kombination med resultatet av intervjuerna kunnat se ett visst samband mellan kontinuitet på läkarsidan och färre olämpliga preparat respektive färre läkemedel.

Det finns enligt vår bedömning anledning att förbättra och utveckla rutinerna för läkemedelsgenomgångar, dels så att genomgångar genomförs regelbundet, dels på vilket sätt läkemedelsgenomgångarna genomförs. Det kan vara lämpligt att överväga en tydligare definition av begreppet läkemedelsgenomgång i uppdragen och i eventuella avtal och markera vikten av läkemedelsgenomgångar ur ett riskperspektiv.

Vi bedömer också att det finns anledning för kommunerna att öka kunskapen om och intensifiera/ändra kost- och omvårdnadsrutinerna kring det förebyggande arbetet för att undvika förstoppning.

I granskningen har också framkommit riskfaktorer vad gäller rutiner för läkemedelsfrågor. Dels gäller det läkemedelslistor, dels gäller det formerna för läkemedelsdelning. En ökad användning av manuell läkemedelshandling kan enligt vår bedömning öka risken för felaktig medicinering. En annan riskfaktor som framkom i granskningen är brister i information bl.a. om läkemedel vid övergång mellan sjukhus och äldreboende.

2 Inledning/syfte

Varje kommun ska enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård till dem som bor i särskilda boendeformer. Grunden för läkemedelshandlingen inom den kommunala hälso- och sjukvården är att den ska vara individuellt anpassad till den enskildes sjukdom och personliga förutsättningar.

Enligt Socialstyrelsen (SoS) har läkemedelsanvändningen bland äldre ökat påtagligt i kommunala särskilda boendeformer. Denna omfattande läkemedelsanvändning innebär enligt SoS en kraftigt ökad risk för oönskade interaktioner mellan olika läkemedel och biverkningar hos patienterna som kan innebära försämrad funktionsförmåga. Socialstyrelsen har även påtalat att förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre är ett allvarligt problem.

Negativa händelser som medfört vårdskada eller tillbud som kunnat medföra vårdskada betecknas som avvikelser och ska (enligt SOSFS 2005:12) rapporteras av personalen till ledningen för uppföljning och åtgärder. Det ska finnas rutiner för avvikelserapportering så

att förebyggande åtgärder kan vidtas. Exempel på en negativ händelse är när vårdtagare vid ett äldreboende får fel mediciner eller att förskrivna läkemedel glöms bort att delas ut.

En felaktig läkemedelsförskrivning/läkemedelsanvändning och bristande avvikelserutiner kan innebära att säkerheten för de äldre vårdtagarna sätts i fara. Felaktig läkemedelsförskrivning kan även innebära omfattande och onödiga kostnader för den enskilde och för samhället.

Syftet med granskningen är att bedöma ändamålsenligheten i läkemedelsanvändningen/-läkemedelsförskrivningen samt avvikelserapporteringen inom äldreomsorgens särskilda boenden och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Exempel på kontrollfrågor är:

- antal förskrivna läkemedel per patient
- förekomsten av polyfarmaci – samtidig användning av alltför många läkemedel
- i vilken omfattning olämpliga preparat för äldre förskrivs
- finns rutiner och avtal om läkarinsatser som säkerställer en ändamålsenlig medicinförskrivning och administrering av läkemedel samt tillämpas dessa rutiner och avtal?
- finns system och rutiner för hantering av läkemedelsavvikelser inom äldreomsorgen och tillämpas dessa rutiner?
- finns system och rutiner för hantering av läkemedelsavvikelser inom landstinget och tillämpas dessa rutiner?

3 Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts via insamling och bearbetning av läkemedelsstatistik från utvalda boenden och dokumentstudier kring mål och riktlinjer för läkemedelsanvändning mm. Insamling och bearbetning av läkemedelsstatistik har skett genom en webbenkät som besvarats av patientansvarig sjuksköterska vid kommunens äldreboenden.

Intervjuer har i respektive kommun genomförts med medicinskt ansvarig sjuksköterska och med patientansvarig sjuksköterska vid ett urval av kommunens äldreboenden (samma boende som läkemedelsstatistik hämtats från). I samband med intervjuerna har resultatet från enkäten diskuterats.

Intervjuer inom landstinget har genomförts av patientansvarig läkare alternativt vårdcentralchef vid ett urval av aktuella vårdcentraler – kopplade till aktuellt äldreboende samt med ansvarig vid landstingets läkemedelsenhet. I samband med intervjuerna har resultatet från enkäten diskuterats.

Socialstyrelsens Indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre (2004), samt Nationella kvalitetsindikatorer, vården och omsorgen om äldre personer (2009) utgör referensmaterial.

Studien avgränsas till äldre som bor på kommunens särskilda boenden/sjukhem. Granskningen av den interna kontrollen avseende administrering av läkemedel och avvikelshanteringen har avgränsats till en översiktlig genomgång av äldreomsorgens system och rutiner och tillämpningen av dessa.

4 Anknytande arbeten

Att äldre ordinerar och använder mycket läkemedel är välkänt, t ex att personer över 75 år eller äldre uppgår till ca 9 procent av befolkningen men använder mer än 25 procent av alla mediciner som konsumeras i landet. Socialstyrelsen (SoS) har i olika studier uppmärksammat att det i flera avseende förekommer olämplig läkemedelsanvändning bland de äldre, inte minst inom kommunernas äldreboenden. När det gäller äldre som bor i ordinärt boende finns ett mörkertal i detta avseende. SoS har tagit fram en kunskapsöversikt som anger riktlinjer för medicinering av äldre; *Indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre*. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har i maj 2009 lämnat rapporten, *Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras*. SBU menar bland annat att läkemedelsbehandlingen för äldre behöver förbättras avsevärt och redovisar att alltför många äldre får olämpliga läkemedel och att löpande omprövningar av läkemedelsordinationer kan minska läkemedelsrelaterade problem.

Med dessa riktlinjer som grund har olika studier bl a visat att de äldre använder alltför många läkemedel samtidigt, att olämpliga läkemedel förskrivs samt att olämpliga läkemedelskombinationer förekommer. Det sistnämnda kan innebära att olika läkemedel som intas samtidigt interagerar på ett olämpligt sätt så att läkemedlets avsedda effekt antingen försvagas eller förstärks. Förskrivningen av läkemedel till dem som är 75 år och äldre har fördubblats de senaste 20 åren. Studier har även visat att många äldre som tas om hand vid sjukhusens akutmottagningar befinner sig där enbart på grund av felmedicinering. 20 till 30 procent av alla akuta inläggningar beror på detta förhållande och kunde ha undvikits. Men det kan även förekomma underbehandling med läkemedel av de äldre vilket också, förutom det som nämnts ovan, kan ses som en kvalitetsbrist.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har bedrivit ett arbete benämnt, Bättre läkemedelsanvändning för äldre med omfattande vårdbehov och gett ut skriften *Kvalitetsindikatorer som stöd för en säkrare läkemedelsterapi hos äldre*, (SÄLMA-projektet). Studiematerialet vänder sig till alla som arbetar med äldre människor.

5 Granskningsresultat

5.1 Nya perspektiv – gemensamma mål för kommuner och landstinget i Värmland

Nya Perspektiv är ett utvecklingsarbete inom Region Värmland som baseras på att förtroendevalda i landstinget och kommunerna skaffat sig en gemensam kunskapsbas om värmlänningarnas hälsa, behov och efterfrågan på vård och omsorg för att kunna utveckla sin samverkan. Ett av områdena i detta arbete har varit Äldres hälsa. I december 2009 presenterades de mål som fastställts inom ramen för utvecklingsarbetet. Målen ska följas upp årligen vid återkommande seminarier.

Ett av målen för området Äldres hälsa är:

”Minska negativa effekter av läkemedelsanvändning hos äldre, såsom ökad fallrisk, förvirring och sedering, men också att inte underbehandla om behov finns.”

För detta mål anges aktiviteter:

- Läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens rekommendationer och att bättre tillvarata den kännedom om patienten som vårdpersonal har.
- Utbildningar för vårdpersonal med fokus på äldres läkemedelsanvändning
- Delta i arbetet med att skapa en nationell läkemedelslista

Aktiviteterna ska följas upp genom mätning av:

- Antal genomförda läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens rekommendation
- Andel personal som genomgått utbildning med fokus på äldre och läkemedel till antal och andel.

Vid vår granskning kände endast ett fåtal av de intervjuade till ovanstående mål.

5.2 Riktlinjer från landstingets läkemedelskommitté

Läkemedelskommittén i Landstinget i Värmland, som funnits i många år, ger ut rekommendationer och riktlinjer för läkemedelsförskrivning. I januari 2010 kom den senaste versionen av Rekommenderade läkemedel. I den finns ett särskilt avsnitt om äldre och läkemedel. Det finns även ett inplastat kort om Äldre och läkemedel från läkemedelskommittén som sammanfattar rekommendationerna, avsett att ha lätt tillgängligt för förskrivarna (vanligen läkare).

Tidigare (år 2005) har läkemedelskommittén gett ut s.k. terapirekommendationer för Äldre och läkemedel. Dessa är under revidering för närvarande då kommittén har avvaktat Socialstyrelsens reviderade kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsanvändning som förväntas komma under år 2010 (utkom i juni 2010).

Läkemedelskommittén tar fram statistik på förskrivning av läkemedel generellt men saknar statistik kopplat till individ och diagnos och har därför svårt att följa upp kvaliteten på läkemedelsanvändningen hos äldre.

Under våren 2010 har en utbildning om läkemedel till äldre påbörjats som erbjuds till sjuksköterskor, även de som är verksamma i kommunerna.

Representant för kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS, ingår i läkemedelskommittén. Vissa av MAS:arna ingår även i olika arbetsgrupper som arbetar med att bereda rekommendationer och information.

5.3 Avtal om läkarinsatser

I Värmland har landstinget och kommunerna sedan många år tillbaka lokala avtal om läkarmedverkan och samverkan i övrigt. Samtliga i granskningen aktuella kommuner har avtal med landstinget om läkarmedverkan i särskilda boenden. I avtalen finns reglerat bl.a. tidsinsats för respektive äldreboende och att läkemedelsgenomgångar ska genomföras minst 1 gång per år. De centrala avtalen har kompletterats med lokala avtal i flertalet kommuner. Noterbart är att innehållet i avtalen är dåligt känt av sjuksköterskorna i ett flertal av kommunerna, dessutom har följsamheten till avtalen inte följts upp.

Det uppges dock från flertalet av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna att avtalen följs vad gäller medverkan från läkare. De undantag som anges avser vissa kommunområden/vårdcentraler där man haft brist på läkare. Exempel på detta är Årjäng och Filipstad. Inom ett område i Filipstad har det aldrig under de senaste åren varit några formella läkemedelsgenomgångar. Det beror i detta fall dock inte på läkarbrist utan på en frånvaro av upparbetade rutiner.

5.4 Mål, riktlinjer och rutiner för hantering av läkemedel vid särskilt boende

I respektive kommun har vi inte funnit särskilda mål för läkemedelshantering i särskilt boende. Däremot finns riktlinjer och rutiner upprättade av medicinskt ansvarig sjuksköterska för förvaring av läkemedel, för överlämnande av läkemedel, samt för delegering av läkemedelsöverlämnande till vårdpersonal. För många särskilda boenden finns även lokala rutiner för hantering av läkemedel som är förtydliganden av de generella rutinerna.

Riktlinjerna och rutinerna är aktuella, väl kända och används i verksamheten.

5.5 Rutiner för hantering av avvikelser

Samtliga i granskningen aktuella kommuner har dokumenterade rutiner för hantering av läkemedelsavvikelser inom ramen för det avvikelssystem som finns. Rutinerna är väl kända i verksamheten och används. Vanligaste anmälda avvikelser kring läkemedel är att patienten inte fått avsedd dos och orsaken är ofta stress och tidsbrist. Åtgärder i form av exempelvis ändrade rutiner, instruktioner mm vidtas vid behov. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har information om och sammanställer avvikelserna. I några kommuner uppges att återkopplingen från MAS angående det sammanställda resultatet av avvikelserna kan förbättras och i vissa fall involveras aldrig enhetschefen i avvikelserna.

Ansvarig nämnd informeras i flertalet av kommunerna även om det finns nämnder som sällan eller aldrig efterfrågar eller får information.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och sjuksköterskorna uppger att det ofta förekommer avvikelser i form av bristfällig information från sjukhusen om patientens aktuella läkemedel (saknas aktuell läkemedelslista vid överlämnande till annan vårdnivå). Dessa avvikelser överrapporteras inte alltid till landstinget.

5.6 System och rutiner för hantering av läkemedelsavvikelser inom landstinget

Landstinget har rutiner för avvikelser generellt. Vid intervjuerna med vårdcentralerna uppges att de avvikelser som kan beröra läkemedel är främst felaktigheter i patientens läkemedelslista (ordinerade läkemedel), vanligen då att det förekommer olika uppgifter från sjukhuset och från primärvården, alternativt att läkemedelslistan inte signerats. Primärvården upplever dock inte att många avvikelser anmäls.

5.7 Läkemedelslista och formerna för läkemedelshantering

I Landstinget i Värmlands Patientsäkerhetsstrategi anges målet att ”minimera läkemedelsfel i vårdens övergångar”. Landstinget håller på att starta upp en särskild styrgrupp för detta arbete. Det har förekommit mycket avvikelser på detta område.

I landstinget förekommer i nuläget 3 olika journalsystem. Beslut finns om att använda ett journalsystem. Kommunens sjuksköterskor har inte tillgång till läkarens/vårdcentralens journal. I journalsystemen finns vanligen mallar för läkemedelslista men i primärvården skrivs ofta läkemedelsförändringar in som en journalanteckning. För patienter med APO-DOS (dosdelade läkemedel, se nedan) så finns en webbaserad läkemedelslista som uppdateras vid ordinationsförändringar. I dessa fall använder både läkaren och boendet den aktuella APO-DOS listan som läkemedelslista. För patienter som har traditionell receptförskrivning saknas ibland en översiktlig aktuell läkemedelslista i journalen på vårdcentralen. Läkemedelslista finns på det särskilda boendet som underlag för medicindelning och överlämnande av medicin. Här finns dock risk för att läkemedelslistan på boendet och uppgifterna i primärvårdens journal inte alltid överensstämmer om någon förändring inte har noterats. Detta gäller särskilt efter det att patienten har vistats på sjukhus.

I Värmland används i stor utsträckning s.k. APO-DOS för att läkemedel till enskilda patienter och för hantering vid särskilda boenden. Det innebär att Dosapoteket maskinellt fördelar/förpackar ordinerade läkemedel i en eller flera dospåsar för varje dag och att patienten eller den som vårdar kan ge läkemedelsdosen (alla ordinerade läkemedel för aktuell tidpunkt) direkt från förpackningen som är märkt med patientens personuppgifter och tidpunkt för överlämnandet. Under senaste året har en del vårdcentraler valt att i större utsträckning övergå till traditionell receptförskrivning i stället för APO-DOS.

Vid intervjuerna framför medicinskt ansvariga sjuksköterskor och sjuksköterskor i de kommuner som berörts en stark oro för denna utveckling då man ser risker för patientsäkerheten. Vid manuell hantering av läkemedelsdelning ökar risken för fel.

5.8 Läkemedelsgenomgångar

Inom landstinget är det Division Allmänmedicin som arbetet med rutiner för primärvården. Det finns sedan flera år tillbaka utarbetade rutiner för läkemedelsgenomgångar. Vårdcentralerna har uppdrag att genomföra läkemedelsgenomgångar vid äldreboenden och rapportera antalet. Vårdcentralerna får ekonomisk ersättning för genomförda genomgångar. År 2009 rapporterades att ca 4500 läkemedelsgenomgångar genomförts.

Vi har i granskningen funnit att det förekommer läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens definition (Nationella kvalitetsindikatorer, vården och omsorgen om äldre personer) vid ett antal av de boenden som ingår i undersökningen.

Ett exempel på det är ett boende i Hammarö kommun där även enkäten visar på en lämplig användning av olika läkemedel. Vi har i granskningen funnit en tendens till samband mellan läkarkontinuitet och regelbundna läkemedelsgenomgångar. Vi vill dock påpeka att innehållet i läkemedelsgenomgångarna har väldigt olika innehåll. Många av sjuksköterskorna beskriver i intervjuerna att det vid många boenden görs läkemedelsgenomgångar för att se att läkemedelslistan är aktuell (i praktiken APO-DOS-listan) Vid dessa genomgångar förekommer oftast ingen fördjupad bedömning av de ordinerade läkemedlen eller diskussion om effekter och lämplighet.

Det finns även andra exempel. Vid ett område i Årjäng anges att det aldrig genomförts någon läkemedelsgenomgång enligt definition. Vid ett område i Kristinehamn genomförs läkemedelsgenomgångarna av ansvarig läkare efter en egenutvecklad checklista som innebär medverkan även från den boendes kontaktperson, dvs aktuell undersköterska.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i några kommuner framhåller att definitionen av vad som menas med ”läkemedelsgenomgång” bl.a. i de avtal om läkarmedverkan som finns behöver tydliggöras. Det förekommer ofta diskussion med läkarna om detta.

5.9 Enkätundersökningen om läkemedelsanvändning

Genomförd undersökning gjordes med hjälp av en webbaserad enkät som skickades ut till såväl medicinskt ansvarig sjuksköterska i respektive kommun samt patientansvariga sjuksköterskor vid de boendeenheter som skulle delta i undersökningen. Efter sammanställningen har ytterligare kontakt tagits med de kommuner/enheter där svaren på något sätt behövt förtydligande.

I bilaga redovisas samtliga resultat totalt samt per kommun.

Den läkemedelsanvändning som redovisas i rapporten är stående läkemedel. Inga tillfälliga sk vid-behovs-mediciner ingår i redovisad statistik. Granskningen bygger bland annat på ett urval av indikatorer och kriterier från Socialstyrelsens kunskapsöversikt,

Indikatorer för utvärderingen av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. För de läkemedel som ingår i denna studie redovisar kunskapsöversikten bl.a. följande information:

Neuroleptika: Bör användas endast vid psykotiska tillstånd. Bör undvikas om inte särskilda skäl finns. Stark koppling finns till biverkningar som förvirring, kognitiva (intellektuella) störningar samt störningar på sociala funktioner och känslolivet. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Lugnande medel: Beroendeframkallande medel, t ex bensodiazepiner som bör undvikas om inte särskilda skäl finns. Risk för dagtrötthet, balansstörningar och fall, kognitiva störningar, muskelsvaghet. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Sömnmedel: Olämpligt till äldre mer än en månad utan omprövning. Risk för biverkningar t ex fallolyckor. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Antidepressiva: Förekommer att antidepressiva läkemedel används utan grund och att äldre står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns. Vanliga biverkningar är illamående, huvudvärk och yrsel. Andelen äldre som använder medlen ska vara så optimal som möjligt.

NSAID: Antiinflammatoriska smärtstillande medel. Föreskrivning till äldre kan ses vid smärttillstånd där inflammation saknas eller är obetydlig och där andra preparat är lämpligare. Olämpligt att intas dagligen under mer än 2 – 3 veckor. Risk för bla magtarmblödningar, magsår, nedsatt njurfunktion, hjärtsvikt, kognitiva störningar mm. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Laxantia/laxermedel. En hög användning av laxantia indikerar olämplig regim, dvs att läkemedel ordineras på ett sådant sätt att det medför risk för biverkningar eller att behandlingen är verkningslös. Hög användning kan ifrågasättas eftersom det kan vara ett tecken på att kostfrågor och omvårdnadsaspekter behöver lyftas fram mer som ett alternativ till läkemedelbehandling.

Polyfarmaci: Samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp eller inom/mellan läkemedelsgrupper, t ex samtidig användning av två eller flera psykofarmaka (se ovanstående fyra typer).

Ökad risk för interaktioner och biverkningar. Effekten av läkemedelsbehandlingen blir svår att förutsäga och utvärdera. Socialstyrelsen anger att mer än fem läkemedel är polyfarmaci och en ökad risk för biverkningar och interaktioner. I SKLs *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* anser man att mer än tio läkemedel innebär ”avsevärd/extrem polyfarmaci”. (Korta kurer och vid-behovs-läkemedel inkluderat).

Olämpliga preparat: Läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre bör endast användas om särskilda skäl finns. Det ska finnas en välgrundad indikation för att använda denna typ av medel.

Neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel samt sömnmedel har samlingsnamnet psykofarmaka. Användningen av dessa läkemedel vid kommunernas äldreboenden redovisas nedan.

Observera att vissa av de i studien ingående äldreboendena är helt eller delvis demensboende. Det kan påverka läkemedelsförskrivningen. Vid intervjuerna och genomgång av resultatet av enkäten med läkare framhålls att demenssjukdom i kombination med andra sjukdomar i vissa fall kan motivera kombination av preparat.

5.9.1 Antal äldre med stående ordination av neuroleptika

20 procent, var femte, av alla äldre vid de äldreboenden som ingår i undersökningen har stående ordination av neuroleptika. Användningsområdet är för patienter med psykotiska tillstånd. Stor risk finns för biverkningar som förvirring, kognitiva störningar samt störningar på sociala funktioner och känslolivet. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt och medlet bör undvikas i möjligaste mån. Stor restriktivitet har förordats av Läkemedelsverket (nov. 2008) som bland annat pekar på risker för patienter med demenssjukdom. Enligt uppgift ska äldre inte använda läkemedlet regelbundet längre än en månad och uppföljning förutsätts ske regelbundet under tiden.

Vid de granskade äldreboendena varierar det stort avseende andelen som ordinerar neuroleptika. Den lägsta andelen sett till kommun finner man i Arvika och Filipstad, ca 11 % medan den högsta andelen finns i Kristinehamn, knappt 30 %.

Andel boende med respektive ordination (%) - Totalt	Stående ordination av Neuroleptika
Arvika	11,0
Filipstad	11,5
Munkfors	18,2
Kil	21,3
Totalt	21,8
Hammarö	24,6
Årjäng	24,8
Eda	26,7
Karlstad	26,8
Kristinehamn	29,8

Mellan enskilda boenden är spannvidden från 5 till knappt 44 % av de boende. Hög neuroleptikanvändning kan, enligt Läkemedelsverket, fås ner med goda omvårdnadsinsatser och där användningen är hög kan det finnas ett behov av ökad uppföljning.

5.9.2 Antal äldre med stående ordination av antidepressiva

Det är vanligt med depressiva besvär hos gamla människor. Förekomsten har uppskattats till cirka 15 procent av befolkningen över 65 år. Hos äldre multisjuka som lider av flera kroppsliga sjukdomar kan förekomsten av depressioner vara dubbelt så hög. Äldre deprimerade tillfrisknar långsammare än yngre personer. Det finns uppfattningar om att äldre underbehandlas med antidepressiva medel. Studier har visat att vid behandling av

äldre med antidepressiva medel finns brister dels avseende strategier för diagnostiseringen av patienten samt uppföljning, utvärdering och omprövning av medicineringen.

Andel boende med respektive ordination (%) - Totalt	Stående ordination av Antidepressiva
Filipstad	19,5
Kristinehamn	29,8
Årjäng	39,3
Arvika	41,9
Munkfors	43,6
Totalt	44,4
Karlstad	49,4
Hammarö	50,9
Kil	61,3
Eda	62,8

Drygt 40 procent av samtliga äldre i granskningen har stående ordination av antidepressiva medel. Erfarenheter från andra läkemedelsuppföljningar har visat att äldre inte sällan står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns. Kända biverkningar som illamående, huvudvärk och yrsel gör att andelen äldre som använder medlen ska vara så optimal som möjligt. Den lägsta andelen sett till kommun finner man här i Filipstad, 19,5 % medan den högsta andelen finns i Eda och Kil med runt 62 %. Ungefär samma siffror får man vid granskning av spännvidden av enskilda boenden. Resultatet visar på att användning kan variera markant mellan boenden och för vissa äldreboenden kan det indikera en överförskrivning. För att säkerställa en hög kvalitet i de äldres användning av läkemedlet behövs en kontinuerlig uppföljning och kontroll.

5.9.3 Antal äldre med stående ordination av lugnande medel och sömnmedel

Lugnande medel/bensodiazepiner är oftast beroendeframkallande och kan ge påtagliga biverkningar hos den äldre som dagtrötthet, muskelsvaghet, balansstörningar och fall samt kognitiva störningar. En forskningsrapport från Aging Research Center vid Karolinska institutet visar på problemet att många äldre använder lugnande medel felaktigt. Det sker kontinuerligt och inte bara vid behov eller under kortare perioder, vilket rekommenderas. Stående ordinationer av sömnmedel är inte lämpligt, omprövning av användningen bör ske senast inom en månad som en del i den löpande uppföljningen av de äldres medicinering. Andelen äldre som har dessa medel bör vara låg.

Andel boende med respektive ordination (%) - Totalt	Stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel
Filipstad	23,0
Hammarö	36,8
Kristinehamn	44,0
Arvika	44,9
Totalt	46,3
Eda	50,0
Karlstad	50,6

Munkfors	52,7
Årjäng	57,3
Kil	57,3

Som framgår av figur 2 ovan är det i genomsnitt vid äldreboendena i de granskade kommunerna drygt 46 procent, mer än var tredje äldre, som kontinuerligt använder dessa medel. Det är en jämförelsevis hög nivå eftersom studier avseende personer 75 år och äldre (inklusive de som bor i eget ordinärt boende) visar att 25 procent använder lugnande medel och sömnmedel. Professor Sten Landahl (geriatriker) anser, i tidningen *Dagens Medicin* (nr 1-3/09), att 25 procent är en alldeles för hög andel, bland annat med tanke på biverkningarna.

Bland kommunerna är här spännvidden mellan 23 till 57 % och en spännvidd mellan enskilda boenden på 9 till 77 %.

5.9.4 Polyfarmaci – samtidig användning av alltför många läkemedel

Som nämnts tidigare innebär samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp, men även mellan läkemedelsgrupper, en ökad risk för negativa interaktioner och biverkningar som t ex kan leda till läkemedelsorsakad inskrivning på sjukhus. Läkemedelsbehandlings effekter blir svåra att kontrollera och förutsäga. Socialstyrelsen har tidigare uttalat att ett intag av mer än fem läkemedel samtidigt innebär polyfarmaci. Socialstyrelsen och SKL framför i rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008*, att samtidig användning av mer än tio läkemedel innebär avsevärd/extrem polyfarmaci.

I denna granskning har vi undersökt förekomsten av polyfarmaci avseende antal äldre med samtidig stående ordination av 2 – 3 av neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel/sömnmedel. Vi har även undersökt andelen äldre som samtidigt har mer än 10 och mer än 20 läkemedel.

Andel boende med respektive ordination (%) - Totalt	Andel boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel
Arvika	14,0
Filipstad	18,4
Årjäng	18,8
Kristinehamn	22,6
Hammarö	27,2
Totalt	29,0
Karlstad	37,8
Munkfors	40,0
Eda	44,2
Kil	49,3

Som framgår av tabellen är det även här en stor spännvidd mellan kommunerna, från 14 till drygt 49 %. Om man tittar på enskilda boenden är spännvidden från 5,3 % till 68,8 %. Sett till antalet betyder detta att det är 266 av totalt 943 personer vid de särskilda boendena som har en risk för biverkningar eller interaktioner då de har stående ordination av 2-3 av ovanstående läkemedel.

Andel boende med respektive ordination (%) - Totalt	Fler än 10 ordinerade läkemedel	Fler än 20 ordinerade läkemedel
Kristinehamn	2,4	0,0
Karlstad	3,0	0,0
Arvika	11,0	0,7
Eda	15,1	0,0
Totalt	17,3	1,0
Kil	22,7	0,0
Hammarö	23,7	1,8
Filipstad	24,1	0,0
Munkfors	27,3	0,0
Årjäng	37,6	5,1

Som framgår av tabellen ovan är det en väldigt ojämn förskrivning avseende mängden läkemedel. Framförallt när det gäller förskrivning av fler än 10 ordinerade läkemedel

Riksgenomsnittet hösten 2008 för äldre (80 år -) var att 14,2 procent av de äldre använde mer än 10 läkemedel samtidigt, vilket även var snittet i Värmland. Av landstingen hade Gotland lägst värde med 10,5 procent och Västerbotten hade högst värde med 17,4 procent. Genomsnittet för kommunerna i denna granskning är att 17 procent av de äldre har fler än 10 ordinerade läkemedel med en spännvidd mellan ingående kommuner från 2,4 (Kristinehamn) till 37,6 % (Årjäng). Vid de enskilda boenden som ligger lägst i denna granskning har 4 boenden ingen med fler än 10 ordinerade läkemedel och några ligger på från ett par upp till 5 %. Det boende som har flest andel ligger på 60 % (i Filipstad). Den som ligger näst bland de högsta har mellan 45 till 48 % (boenden i Eda, Årjäng och Munkfors).

När det gäller personer med fler än 20 läkemedel samtidigt är det i allmänhet inte någon med denna andel eller en till två personer. Vid ett boende (i Årjäng) är denna andel 7,4 %, vilket klart sticker ut mot övriga resultat.

5.9.5 Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat

NSAID (non-steroid antiinflammatory drugs) är antiinflammatoriska smärtstillande medel. Läkemedlen bör inte ges vid tillstånd där inflammation saknas eller är obetydlig och där andra medel är lämpligare. Vid längre tids intag finns risk för bl a magtarmblödningar/magsår, nedsatt njurfunktion, kognitiva störningar mm. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Andel boende med respektive ordination (%) - Totalt	Stående ordination av NSAID-preparat
Filipstad	0,0
Hammarö	0,0
Kil	0,0
Kristinehamn	0,0
Eda	1,2
Munkfors	3,6
Totalt	4,4
Årjäng	5,1
Arvika	8,8
Karlstad	11,6

Totalt har 40 personer en stående ordination av NSAID-preparat, 4,4 % av samtliga undersökta. Som framgår av tabellen ovan är det vanliga att det inte finns någon person eller enbart enstaka person med stående ordination. I Arvika och framförallt Karlstad är det dock en annorlunda bild med ca 9 samt drygt 11 % av de boende. I Karlstad är det ett speciellt boende som framträder med 69 % av de boende med denna ordination.

5.9.6 Antal äldre med stående ordination av laxantia

Medicinering med laxantia dagligen under mer än tre veckor ses som en indikator för behov av utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre. Detta indikerar olämplig regim, dvs. att läkemedel ordineras på ett sådant sätt att det medför risk för biverkningar eller att behandlingen är verkningslös.

Andel boende med respektive ordination (%) - Totalt	Stående ordination av laxantia
Arvika	36,0
Kristinehamn	38,1
Karlstad	54,9
Totalt	55,8
Kil	61,3
Årjäng	61,5
Munkfors	61,8
Filipstad	63,2
Eda	66,3
Hammarö	67,5

Genomsnittet för kommunerna, avseende andelen som har stående ordination av laxantia är drygt 55 procent med en spannvidd på från 36 till 67,5 %. Mellan de boende som ingår i granskningen är det en spannvidd från 5,3 % till 81,8 %. Den lägsta andelen är i sammanhanget tämligen unik eftersom de boenden som har nästa lägsta nivå ligger på

mellan 33 till 36 %. Förutom det boende som har den högsta andelen finns ett par boendeenheter som ligger på 70 respektive 75 %.

Användningen av laxantia kan, som nämnts ovan, ge en indikation på kvaliteten i omvårdnaden av de äldre. En god omvårdnad i sammanhanget kan bestå av att man inte använder läkemedel som orsakar förstoppning, lägger om kost (t ex mer fibrer och dryck) och samtidigt erbjuder mer fysisk aktivitet för de äldre. Det är inte säkerställt att laxantia förebygger förstoppning hos äldre patienter. Om brister i personalbemanning och arbetsrutiner tillåts styra användningen av laxantia kan det vara ett tecken på mindre god omvårdnad. Dessa förhållanden har dock inte studerats i de här granskade kommunerna. Det finns vid ett par av ingående enheter försök med att ersätta laxantia med olika kostalternativ.

6 Analys och bedömning

Syftet med granskningen har varit att bedöma ändamålsenligheten i läkemedelsanvändningen/läkemedelsförskrivningen samt avvikelserapporteringen inom äldreomsorgens särskilda boenden och om den interna kontrollen är tillräcklig.

Den genomförda granskningen visar att det finns gemensamt mellan kommuner och landsting fastställda mål för Äldre och läkemedel. Landstingets läkemedelskommitté har gett ut riktlinjer och rekommendationer kring äldre och läkemedel samt erbjuder utbildning inom området till vårdpersonal inom landstinget och kommunerna. Division Allmänmedicin har utarbetat rutiner för läkemedelsgenomgångar och vårdcentralerna har uppdrag att genomföra sådana.

Granskningen visar också att det finns ändamålsenliga rutiner för hantering av läkemedel och läkemedelsavvikelser i kommunerna och att dessa följs. Uppföljning görs av rapporterade avvikelser och åtgärder vidtas vid behov. I några kommuner uppges att uppföljningen med personal av den samlade rapporten om avvikelser kan förbättras och att ansvarig nämnd inte alltid får rapport om den sammanställda översikten av avvikelserna. Återföring till personal är viktigt för att avvikelserna ska bli grunden för ett lärande, för förbättrade rutiner och för att vissa riskmoment ska uppmärksammas. Rapporteringen till nämnd är väsentlig för att nämnden ska kunna ta sitt politiska ansvar och vara informerad om vad som händer i verksamheten. Nämnden behöver dessutom en rapportering för att kunna ha ett underlag för att fatta beslut om åtgärder. Den interna kontrollen vad gäller hantering av läkemedel och läkemedelsavvikelser bedöms dock tillräcklig.

När det gäller avtal och rutiner om läkarinsatser så finns avtal och dessa bedöms i huvudsak följas vad gäller tillgång till läkarmedverkan. De undantag som anges avser vissa kommunområden/vårdcentraler där man haft brist på läkare. När det gäller i avtalen angivna regelbundna läkemedelsgenomgångar så följs detta inte överallt. I vissa fall görs inga regelbundna läkemedelsgenomgångar och i vissa fall görs genomgångar utan att dessa genomgångar följer Socialstyrelsens definition om hur läkemedelsgenomgångar ska genomföras.

I den genomförda enkätundersökningen av hur många läkemedel som är ordinerade framkommer att snittet i denna undersökning, med 17,3 % av patienterna som har mer än 10 läkemedel ordinerade, överstiger riksgenomsnittet hösten 2008 som var 14,2 procent (snittet i hela Värmland var 14,2 % enligt Öppna jämförelser). Det finns en spännvidd mellan ingående kommuner från 2,4 (Kristinehamn) till 37,6 % (Årjäng) och det finns enskilda boenden där 60 % av de boende har mer än 10 läkemedel ordinerade.

När det gäller undersökningens resultatet och intervjuerna kring vilka läkemedel som ordineras framkommer att olämpliga preparat används i stor utsträckning. Det är dock även här stora skillnader mellan olika boenden och mellan olika kommunområden. Framförallt är det andelen med stående ordination av lugnande medel/sömnmedel som är hög i vissa boenden samt andelen med samtidig ordination av 2-3 av neuroleptika, antidepressiva medel och/eller lugnande/sömnmedel. Vidare visar undersökningen att laxantia ordinerar i stor utsträckning.

Vi har vid vår genomgång av resultatet i kombination med resultatet av intervjuerna kunnat se ett visst samband mellan kontinuitet på läkarsidan och färre olämpliga preparat respektive färre läkemedel. Motsvarande samband tycks finnas vad gäller regelbundna läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens definition.

Det finns enligt vår bedömning anledning att förbättra och utveckla rutinerna för läkemedelsgenomgångar, dels så att genomgångar genomförs regelbundet, dels på vilket sätt läkemedelsgenomgångarna genomförs. Det kan vara lämpligt att överväga en tydligare definition av begreppet läkemedelsgenomgång i uppdragen och i eventuella avtal och markera vikten av läkemedelsgenomgångar ur ett riskperspektiv. Läkemedelsgenomgångar med medverkan av omvårdnadspersonal, där utöver sjuksköterska exempelvis den äldres kontaktman även medverkar, samt vid behov farmaceut eller apotekare kan öka kvalitén i arbetet. Granskningen visar sammantaget att det finns risk att läkemedelsförskrivningen i nuläget inte i alla delar är ändamålsenlig.

Vi bedömer också att det finns anledning för kommunerna att öka kunskapen om och intensifiera/ändra kost- och omvårdnadsrutinerna kring det förebyggande arbetet för att undvika förstoppning. Granskningen visar exempel på boenden som förändrat kost och omvårdnadsrutiner och numera har en låg andel patienter med stående ordination av exempelvis laxantia. Att kunna se helheten och diskutera verksamhetens inriktning utifrån helhetens villkor är ett skäl till att enhetscheferna, omvårdnadspersonal och sjuksköterskorna på ett tydligare sätt också behöver diskutera effekterna av medicinering och de verksamhetsmässiga alternativen till medicinering. Här finns det brister och det medicinska ses till övervägande delen som en separat del av verksamheten. Diskussioner om verksamhetsmässiga åtgärder som alternativ till läkemedel förekommer sällan eller aldrig i vissa kommuner.

I granskningen har också framkommit riskfaktorer vad gäller rutiner för läkemedelsfrågor. Dels gäller det läkemedelslistor där rutinerna behöver bli enhetliga för att säkra att endast en läkemedelslista för respektive patient förekommer oavsett vårdgivare och att denna är aktuell. Dels gäller det formerna för läkemedelsdelning. Maskinell delning av läkemedelsdoser (ex som APO-DOS) minskar risk för avvikelser. En ökad användning av manuell läkemedelshandling kan enligt vår bedömning öka risken för felaktig

medicinering. Dock finns även med APO-DOS en riskfaktor i att läkemedelsförskrivningen blir statisk och inte omprövas tillräckligt ofta. En annan riskfaktor som framkom i granskningen är brister i information bl.a. om läkemedel vid övergång mellan sjukhus och äldreboende.

Bilaga 1 Sammanställning av läkemedelsanvändningen per kommun samt totalt

Andel boende med respektive ordination (%) - Totalt	Arvika	Eda	Filipstad	Hammarö	Karlstad	Kil	Kristinehamn	Munkfors	Årjäng	Totalt
Antal platser	139	87	87	115	170	75	89	61	120	943
Antal boende	136	86	87	114	164	75	84	55	117	918
Andel boende med stående ordination av Neuroleptika	11,0	26,7	11,5	24,6	26,8	21,3	29,8	18,2	24,8	21,8
Andel boende med stående ordination av Antidepressiva	41,9	62,8	19,5	50,9	49,4	61,3	29,8	43,6	39,3	44,4
Andel boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	44,9	50,0	23,0	36,8	50,6	57,3	44,0	52,7	57,3	46,3
Andel boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	14,0	44,2	18,4	27,2	37,8	49,3	22,6	40,0	18,8	29,0
Andel boende med stående ordination av NSAID-preparat	8,8	1,2	0,0	0,0	11,6	0,0	0,0	3,6	5,1	4,4
Andel boende med stående ordination av laxantia	36,0	66,3	63,2	67,5	54,9	61,3	38,1	61,8	61,5	55,8
Andel boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	11,0	15,1	24,1	23,7	3,0	22,7	2,4	27,3	37,6	17,3
Andel boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	0,7	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	1,0
Andel boende med årlig läkemedelsgenomgång	100,0	100,0	77,0	100,0	100,0	100,0	100,0	56,4	100,0	95,2

Bilaga 2 Sammanställning av läkemedelsanvändningen, respektive kommun

Arvika

Boende med respektive ordination - Arvika	Gunnebo		Lövåsen		Vågen		Arvika totalt		Charlottenberg	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal platser	29	-	20	-	90	-	139	-	28	-
Antal boende	27	-	19	-	90	-	136	-	28	-
Antal boende med stående ordination av Neuroleptika	4	14,8	2	10,5	9	10,0	15	11,0	6	21,4
Antal boende med stående ordination av Antidepressiva	9	33,3	8	42,1	40	44,4	57	41,9	19	67,9
Antal boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	18	66,7	6	31,6	37	41,1	61	44,9	13	46,4
Antal boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	5	18,5	1	5,3	13	14,4	19	14,0	11	39,3
Antal boende med stående ordination av NSAID-preparat	7	25,9	2	10,5	3	3,3	12	8,8	0	0,0
Antal boende med stående ordination av laxantia	17	63,0	1	5,3	31	34,4	49	36,0	16	57,1
Antal boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	6	22,2	2	10,5	7	7,8	15	11,0	2	7,1
Antal boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0
Antal boende med årlig läkemedelsgenomgång	27	100,0	19	100,0	90	100,0	136	100,0	28	100,0

Eda

Boende med respektive ordination - Eda	Charlottenberg		Hiernegården		Peterborg		Älvgården		Eda totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal platser	28	-	11	-	16	-	32	-	87	-
Antal boende	28	-	11	-	16	-	31	-	86	-
Antal boende med stående ordination av Neuroleptika	6	21,4	1	9,1	7	43,8	9	29,0	23	26,7
Antal boende med stående ordination av Antidepressiva	19	67,9	6	54,5	8	50,0	21	67,7	54	62,8
Antal boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	13	46,4	3	27,3	12	75,0	15	48,4	43	50,0
Antal boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	11	39,3	1	9,1	11	68,8	15	48,4	38	44,2
Antal boende med stående ordination av NSAID-preparat	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	1,2
Antal boende med stående ordination av laxantia	16	57,1	9	81,8	12	75,0	20	64,5	57	66,3
Antal boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	2	7,1	5	45,5	4	25,0	2	6,5	13	15,1
Antal boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med årlig läkemedelsgenomgång	28	100,0	11	100,0	16	100,0	31	100,0	86	100,0

Filipstad

Boende med respektive ordination - Filipstad	Åhrlundsgården		Älvkullen		Filipstad totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal platser	20	-	67	-	87	-
Antal boende	20	-	67	-	87	-
Antal boende med stående ordination av Neuroleptika	1	5,0	9	13,4	10	11,5
Antal boende med stående ordination av Antidepressiva	5	25,0	12	17,9	17	19,5
Antal boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	14	70,0	6	9,0	20	23,0
Antal boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	5	25,0	11	16,4	16	18,4
Antal boende med stående ordination av NSAID-preparat	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med stående ordination av laxantia	14	70,0	41	61,2	55	63,2
Antal boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	12	60,0	9	13,4	21	24,1
Antal boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med årlig läkemedelsgenomgång	0	0,0	67	100,0	67	77,0

Hammarö

Boende med respektive ordination - Hammarö	Björkhagsgården		Gunnarskärsgården		Hammarö totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal platser	39	-	76	-	115	-
Antal boende	38	-	76	-	114	-
Antal boende med stående ordination av Neuroleptika	3	7,9	25	32,9	28	24,6
Antal boende med stående ordination av Antidepressiva	17	44,7	41	53,9	58	50,9
Antal boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	6	15,8	36	47,4	42	36,8
Antal boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	5	13,2	26	34,2	31	27,2
Antal boende med stående ordination av NSAID-preparat	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med stående ordination av laxantia	24	63,2	53	69,7	77	67,5
Antal boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	0	0,0	27	35,5	27	23,7
Antal boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	0	0,0	2	2,6	2	1,8
Antal boende med årlig läkemedelsgenomgång	38	100,0	76	100,0	114	100,0

Karlstad

Boende med respektive ordination - Karlstad	Granberga		Gunnern		Pelargården		Stagnellska		Sveagatan		Karlstad totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal platser	26	-	48	-	30	-	36	-	30	-	170	-
Antal boende	26	-	47	-	29	-	36	-	26	-	164	-
Antal boende med stående ordination av Neuroleptika	3	11,5	16	34,0	11	37,9	7	19,4	7	26,9	44	26,8
Antal boende med stående ordination av Antidepressiva	8	30,8	25	53,2	12	41,4	18	50,0	18	69,2	81	49,4
Antal boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	19	73,1	25	53,2	10	34,5	15	41,7	14	53,8	83	50,6
Antal boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	8	30,8	17	36,2	12	41,4	11	30,6	14	53,8	62	37,8
Antal boende med stående ordination av NSAID-preparat	18	69,2	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	19	11,6
Antal boende med stående ordination av laxantia	18	69,2	23	48,9	15	51,7	19	52,8	15	57,7	90	54,9
Antal boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	3	11,5	5	3,0
Antal boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med årlig läkemedelsgenomgång	26	100,0	47	100,0	29	100,0	36	100,0	26	100,0	164	100,0

Kil

Boende med respektive ordination - Kil	Sannerud		Åkerbo		Kil totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal platser	57	-	18	-	75	-
Antal boende	57	-	18	-	75	-
Antal boende med stående ordination av Neuroleptika	11	19,3	5	27,8	16	21,3
Antal boende med stående ordination av Antidepressiva	32	56,1	14	77,8	46	61,3
Antal boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	31	54,4	12	66,7	43	57,3
Antal boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	27	47,4	10	55,6	37	49,3
Antal boende med stående ordination av NSAID-preparat	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med stående ordination av laxantia	40	70,2	6	33,3	46	61,3
Antal boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	16	28,1	1	5,6	17	22,7
Antal boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med årlig läkemedelsgenomgång	57	100,0	18	100,0	75	100,0

Kristinehamn

Boende med respektive ordination - Kristinehamn	Högliden		Vintergården		Kristinehamn totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal platser	70	-	19	-	89	-
Antal boende	69	-	15	-	84	-
Antal boende med stående ordination av Neuroleptika	24	34,8	1	6,7	25	29,8
Antal boende med stående ordination av Antidepressiva	19	27,5	6	40,0	25	29,8
Antal boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	29	42,0	8	53,3	37	44,0
Antal boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	13	18,8	6	40,0	19	22,6
Antal boende med stående ordination av NSAID-preparat	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med stående ordination av laxantia	25	36,2	7	46,7	32	38,1
Antal boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	2	2,9	0	0,0	2	2,4
Antal boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med årlig läkemedelsgenomgång	69	100,0	15	100,0	84	100,0

Munkfors

Boende med respektive ordination - Munkfors	Gruppboende		Servicehuset		Munkfors totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal platser	33	-	28	-	61	-
Antal boende	30	-	25	-	55	-
Antal boende med stående ordination av Neuroleptika	8	26,7	2	8,0	10	18,2
Antal boende med stående ordination av Antidepressiva	12	40,0	12	48,0	24	43,6
Antal boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	17	56,7	12	48,0	29	52,7
Antal boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	11	36,7	11	44,0	22	40,0
Antal boende med stående ordination av NSAID-preparat	0	0,0	2	8,0	2	3,6
Antal boende med stående ordination av laxantia	21	70,0	13	52,0	34	61,8
Antal boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	3	10,0	12	48,0	15	27,3
Antal boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antal boende med årlig läkemedelsgenomgång	16	53,3	15	60,0	31	56,4

Årjäng

Boende med respektive ordination - Årjäng	Kvarnåsen		Solgården		Årjäng totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal platser	84	-	36	-	120	-
Antal boende	81	-	36	-	117	-
Antal boende med stående ordination av Neuroleptika	18	22,2	11	30,6	29	24,8
Antal boende med stående ordination av Antidepressiva	33	40,7	13	36,1	46	39,3
Antal boende med stående ordination av Lugnande medel och sömnmedel	39	48,1	28	77,8	67	57,3
Antal boende med samtidig stående ordination 2-3 av Neuroleptika, Antidepressiva, Lugnande och sömnmedel	8	9,9	14	38,9	22	18,8
Antal boende med stående ordination av NSAID-preparat	4	4,9	2	5,6	6	5,1
Antal boende med stående ordination av laxantia	50	61,7	22	61,1	72	61,5
Antal boende med fler än 10 ordinerade läkemedel	38	46,9	6	16,7	44	37,6
Antal boende med fler än 20 ordinerade läkemedel	6	7,4	0	0,0	6	5,1
Antal boende med årlig läkemedelsgenomgång	81	100,0	36	100,0	117	100,0