

PM

2010-03-11

**Läkemedelsgenomgång på boendet
Blomstervägen i Gislaved
2008 och 2009**

Irène Ericsson

Bo Malmberg

Rapporten har genomförts med stöd av Luppen kunskapscentrum, en regional FoU-verksamhet i Jönköpings län

Sammanfattning

År 2005 tog socialnämnden i Gislaveds kommun beslut om att bygga ett nytt demenscentrum. Personal som arbetade med demenssjuka i kommunen erbjöds en utbildning i Psykogeriatrik; demens och andra psykiska sjukdomar hos äldre, 10 högskolepoäng. I Gislaveds kommun tycker vårdgivarna sig ha märkt en minskad förskrivning och konsumtion av läkemedel i de boendeenheter där personalen genomgått utbildningen. En undersökning av huruvida denna uppfattning kunde påvisas har genomförts med ekonomiskt stöd från Luppen kunskapscentrum, en regional FoU-verksamhet i Jönköpings län.

Genom att ta del av journaldokumentation jämförs läkemedelsanvändningen på Blomstervägen i Gislaved den 1 oktober 2008 och efter genomgången kurs den 1 oktober 2009. Några slutsatser från läkemedelsgenomgången:

- Andelen personer med demens som behandlas med läkemedel som kan ge kognitiv påverkan har möjligen minskat något.
- De personer som behandlas med preparat som kan ha kognitiv påverkan tycks använda fler sådana läkemedel per person 2009 jämfört med 2008.
- Förskrivning av vissa typer av läkemedel har minskat medan förskrivning av andra typer av läkemedel ökat.
- Främsta ökningen är förskrivning av "vid behovsmedicinering", vilket positivt kan tolkas som om flexibiliteten har ökat.

Introduktion

År 2005 tog socialnämnden i Gislaveds kommun beslut om att bygga ett nytt demenscentrum. Platsen för demenscentrum var det tidigare äldreboendet Hemgården. Namnet på det nya demenscentrat är Blomstervägen och centrat förväntas vara helt färdigt att tas i bruk i november 2010. Personal som arbetade med demenssjuka i kommunen erbjöds en utbildning i Psykogeriatrik; demens och andra psykiska sjukdomar hos äldre, 10 högskolepoäng. För den personal som arbetade inom Hemgården var utbildningen obligatorisk om man ville arbeta på det nya demenscentrat. För personal som inte önskade arbeta kvar på demenscentrat erbjöds annan tjänst men de flesta valde att gå utbildningen och arbeta kvar. Utbildningen startade i oktober 2008. I utbildningen ingick grundläggande kunskaper om demenssjukdomar och andra psykiska sjukdomar hos äldre, utredning samt ett avsnitt om läkemedel och äldre och läkemedel av typ psykofarmaka till äldre personer med demens. Det personcentrerade förhållningssättet, bemötande och etik var grunden i hela utbildningen. I den senare delen av utbildningen ingick exempelvis utbildning om kartläggning vid problembeteenden, kommunikation med personer med demens och att på ett strukturerat sätt aktivera/stimulera personen med demens, - s.k. Egentid.

I juni 2008 anställdes en arbetsterapeut med särskilt intresse för demensområdet. Det anställdes också i oktober 2008 en demenssjuksköterska, även hon med demens som intresseområde och med en utbildning i psykogeriatrik med inriktning mot demens som omfattar 60 högskolepoäng.

På Blomstervägen arbetar man utifrån vissa grundstrukturer. Man har schemalagda ledningsgruppsmöten där verksamhetsledningen deltar i ett informationsutbyte om vad som händer i verksamheten. För att information ska vara aktuell är återkommande kommunikation viktig och den sker också informellt dagligen då man träffas i lunchrummet och fikarummet. Informationen går sedan vidare ut i personalgrupperna och tillbaka till ledningsgrupp via möten som hålls på boendeenheterna under en halvtimme till en timma var 14:e dag eller var tredje vecka. Genom dessa möten har uppmärksamheten gentemot de personer som arbetar närmast personerna med demens ökat, vilket är positivt.Handledning av demenssjuksköterskan erbjuds till personalgrupperna när det behövs.

I verksamheten arbetar man utifrån kontaktmannaskap. En ur personalen är kontaktman för två av personerna med demens i respektive boende. Var och en i personalgruppen är förste

kontaktman för en person och andre kontaktman för en annan av de boende. Detta sätt att arbeta anses fungera väl eftersom det då är två i personalgruppen som har djupare kunskap om personerna vilket gör att det inte blir lika sårbart om någon av kontaktmännen skulle vara frånvarande.

All dokumentation sker i Magnacura där man arbetar med och dokumenterar utifrån bemötandeplanen¹. Samtlig berörd personal har tillgång till dokumentationen.

Det nya demenscentrat förväntas stå helt klart i november 2010. Fram till dess påbörjas nu en introduktionsutbildning från kommunens sida för berörd personal vid flera olika tillfällen. En ytterligare satsning är att all aktiveringspersonal går en utbildning till aktiveringspedagog i två år genom en KY- utbildning i Göteborg.

Läkemedelskonsumtionen vid våra äldreboenden har diskuterats under decennier och inte minst att vissa läkemedel är olämpliga då det gäller behandling av äldre personer och personer med demens. Det är då särskilt problem med psykofarmaka bland äldre i allmänhet och bland äldre med demens i synnerhet, som ofta inte fungerar på avsett sätt. I debatten har antalet mediciner och problem med läkemedelskombinationer uppmärksammats. Under senare tid har läkemedelskonsumtion hos äldre och demenssjuka fått en förnyad uppmärksamhet genom att personer med mycket svåra biverkningar har uppmärksammats i media. I Gislaveds kommun tycker vårdgivarna sig ha märkt en minskad förskrivning och konsumtion av läkemedel i de boendeenheter där personalen genomgått utbildningen. Då en boende signalerar ett problem genom att uppvisa beteendestörningar försöker personalen först hitta anledningen och primärt vidta åtgärder som att undersöka om det är något i bemötandet eller om det är smärta o.s.v. som är orsaken, snarare än att försöka medicinera bort problemen. Det finns en större medvetenhet om att mediciner inte alltid eller kanske t.o.m. sällan är lösningen. Vårdgivarnas upplevelse av en minskning av läkemedelsanvändning efter utbildningen har föranlett denna undersökning, som finansierats av Luppen kunskapscentrum, en regional FoU-verksamhet i Jönköpings län.

¹ Cars, Jane & Zander, Birgitta. Bemötandeplan. Nestor Södertälje kommun 2008

Syftet

Syftet med studien är att jämföra läkemedelskonsumtionen på Blomstervägen i Gislaved före och efter en genomgången kurs i psykiatri. Genom att ta del av journaldokumentation jämförs läkemedelsanvändningen på Blomstervägen i Gislaved den 1 oktober 2008 och efter genomgången kurs den 1 oktober 2009. Endast sådan läkemedelsbehandling som är känd för att kunna ge negativ påverkan på äldre personer med kognitiv nedsättning har registrerats i undersökningen. Dokumentationen kommer också studeras för varje enskild individ som behandlats eller behandlas med dessa läkemedel utifrån vissa bestämda frågeställningar.

Resultat

Antal boende och läkemedelsbehandlade

Den 1 oktober 2008 bodde 31 personer med demens i boendet och ett år senare 1 oktober 2009 var det 34 personer med demens som bodde här. Bland de 31 demenssjuka 2008 var det 16 som behandlades med något eller några läkemedel som kan ha kognitiv påverkan och året därefter behandlades 15 av 34 med sådana mediciner.

Av de 31 personer med demens som bodde på Blomstervägen 2008 10 01 bodde 26 personer kvar 2009 10 01. Det var 5 personer av de som bodde i boendet 2008 som hade avlidit 2009 och 8 nya personer hade flyttat in under tidsperioden. Bland de 26 var det 12 som hade behandling med ett eller flera läkemedel som kan ha kognitiv påverkan 2008 10 01 medan det året efter var 11 personer som hade något eller några sådana läkemedel förskrivna.

Antal läkemedel per person

De 16 personer som hade läkemedel (inkl. vid behovsmediciner) som kan ge kognitiv påverkan 2008 hade 32 sådana mediciner förskrivna, dvs. de hade i genomsnitt 2 sådana läkemedel förskrivna per person. Bland de 15 personer som 2009 hade läkemedel (inkl. vid behovsmediciner) med ev. kognitiv påverkan fanns 49 läkemedel förskrivna. År 2009 hade alltså den genomsnittliga läkemedelsförskrivningen stigit till över 3 (3,2) per person. Det fanns således betydligt fler läkemedel som kan ge kognitiv påverkan förskrivna per person 2009 jämfört med 2008.

Bland de 26 personer som kunde följas var det 23 förskrivna läkemedel (0,9 läkemedel/person) 2008 10 01 och 2009 10 01 fanns 33 förskrivna läkemedel (1,2 läkemedel/person). Den ökade förskrivning av läkemedel bland de personer som fanns med vid båda mättillfällena är inte lika markant som då personerna som tillkommit (flyttat in) under året räknas med.

Antal läkemedel daglig dos respektive "vid behov"

Bland de 32 förskrivna läkemedlen med ev. kognitiv påverkan 2008 var 24 utskrivna på stående ordination och 8 var förskrivna "vid behov". Motsvarande tal 2009 var 28 respektive 21 läkemedel. Ökningen mellan åren förklaras alltså inte minst av att "vid behovsordinationen" ökat markant.

Hos de 26 som kunde följas mellan mättillfällena var 18 läkemedel ordinerade som stående dos och 5 "vid behov" 2008 10 01. Motsvarande siffra 20 09 01 var 20 läkemedel ordinerade som daglig dos och 13 "vid behov". Även i denna grupp är ökningen störst bland läkemedel förskrivna "vid behov".

Sömnmedel

Förskrivningen av sömnmedel har mer än fördubblats mellan de båda mättidpunkterna och främst av sömnmedel som förskrivits "vid behov". År 2008 var 6 sömnmedel förskrivna varav 4 på stående dos och 2009 var motsvarande tal 15 varav 9 på stående dos. De sömnmedel som ordinerats är Propavan, Zopliklon, Stilnoct och Nitrazepam.

Då det gäller sömnmedel har 4 av de 26 personer som följts vid båda mättillfällena sömnmedel ordinerat dagligen och 1 person "vid behov" 2008 10 01. Sömnmedel "vid behov" var ordinerat till 3 personer 2009 och till 6 personer på stående dos. Det är en ökning av förskrivning av sömnmedel också då man studerar enbart de 26 men inte i samma omfattning.

Neuroleptika och anti epileptika

Neuroleptika och anti epileptika ges som långsiktig behandling och här finns alltså ingen "vid behovsmedicinering". De läkemedel som finns representerade i materialet är Cisordinol, Risperdal, Lyrica och Neurontin. Siffran för antal personer med uttalade beteendestörningar var densamma i oktober 2008 som i oktober 2009. Behandling med neuroleptika och

antiepileptika har minskat från 7 till 5 läkemedel och vid mättillfället 1 oktober 2009 pågick nedtrappning och planerad utsättning av neuroleptika hos ytterligare 3 personer. 2008 behandlades 3 personer med antiepileptikapreparatet Neurontin och 2009 var det ingen som behandlades med detta läkemedel. Bland de 26 som kunde följas vid båda mättillfällena fanns 5 neuroleptika och antiepileptika preparat förskrivna 2008 10 01 och motsvarande siffra var 3 vid mätning 2009 10 01.

Antidepressivum och lugnande medel

Behandling med antidepressiva medel har ökat från 7 till 10 preparat. Preparat som används är Citalopram, Sertralin, Mianserin och Mitrazapin. Bland de 26 personer som fanns med vid båda mättillfällena ökade förskrivningen av antidepressivum från 5 till 9 mellan de båda mättillfällena. Av materialet framgår att de som förskrevs antidepressivum mellan de båda mättillfällena har samtliga först skattats angående förekomst av depression med Cornells skattningsskala².

År 2008 fanns 12 övriga lugnande mediciner ordinerade; 6 på stående ordination och 6 ”vid behov”. Motsvarande tal var året senare 18 varav 3 på stående ordination och alltså 15 ”vid behov”. Bland de 26 var det 4 som 2008 10 01 förskrivits lugnande läkemedel på stående dos och 4 ”vid behov”. 2009 10 01 såg siffrorna något annorlunda ut 2 personer var ordinerade stående dos av lugnande medan 10 ordinerats lugnande ”vid behov”. Flertalet som ordinerats lugnande har vid mättillfället 2009 förskrivningen ”vid behov”. De läkemedel som ges i lugnande syfte är läkemedel med relativt kort halveringstid och duration som Lergigan, Atarax, Heminevrin, Theralen och Oxascand.

Diskussion

Av resultaten är det svårt att se att medicinkonsumtionen av preparat som kan ha kognitiv påverkan har minskat mellan de båda mättillfällena. Ändå är detta, åtminstone delar av, personalens uppfattning. Resultatet förändrades något men trenderna av ökning sågs även då enbart de 26 personer som kunde följas vid båda mättillfällena studerades. Det var viktigt att studera enbart dessa 26 eftersom de åtta personer som flyttat in under perioden kunde varit

² Alexopoulos et al. Cornellskalan- skattning av depressionssymtom hos personer med demenssjukdom. Biological Psychiatry, 23, 271-294

personer som hade många läkemedel förskrivna vid inflyttningen och att dessa därmed skulle kunnat vara orsak till att siffrorna blev högre 2009. Det som kunde iaktas var att förskrivna läkemedel per person var lägre bland de 26 som följdes vid båda mättillfällena 2008 hade de 0,9 läkemedel per person och 2009 var siffran 1,2 läkemedel per person. Då samtliga boende 2008 studerades var det 2 läkemedel förskrivna per person och personerna med demens som fanns på boendet 2009 hade 3,2 läkemedel förskrivna per person. Resultatet kan alltså tolkas som om ökningen inte är lika stor bland de 26 som om man studerar samtliga personer med demens i boendet vid andra tillfället.

Den skillnad som personalen upplever efter utbildning skulle kunna förklaras av att personalen har blivit entusiasmerad och vill se sådant som de upplever som förbättringar, t.ex. att läkemedelsförbrukningen har minskat. Det finns en del nyanser som kan stödja personalens mer allmänna uppfattning. Antalet personer med demens som använder läkemedel som kan påverka den kognitiva förmågan har minskat från 16 av 31 till 15 av 34 eller från 51% till 44%. Även då enbart de 26 personer som fanns med vid båda mättillfällena studerades kunde man se en tendens till minskning av antal personer som ordinerats läkemedel mellan 2008 (12/26 ; 46 %) och 2009 (11/26; 42 %). Å andra sidan har antalet läkemedel som de som har mediciner med ev. kognitiv påverkan ökat markant från 32 till 48. En ökning mellan mättillfällena som också kan studeras bland de 26 personerna (23 till 33).

Till allra största delen ligger ökningen bland mediciner som förskrivits ”vid behov” och en stor del av denna ökning ligger i sin tur på övriga lugnande läkemedel där ”vid behovsmedicineringen” har ökat från 6 till 15. Då det gäller lugnande läkemedel har också antalet preparat som ges på stående ordination minskat betydligt eller från sex sådana ordinationer till tre. Ökningen av förskrivning av läkemedel ”vid behov” och minskning av ordinerat daglig dos kan anses vara en positiv utveckling. Ordinationen av lugnande ”vid behov” kan ses som en form av ordination för säkerhets skull. Möjligheten att ha läkemedel att ta till om det skulle uppstå situationer där andra omvårdnadsåtgärder inte ger effekt kan ses som en trygghet för personalen. Det kan innebära att läkemedlet som är förskrivet ”vid behov” kanske aldrig eller mycket sällan behöver ges till den personen som ordinerats läkemedlet.

En möjlig förklaring till skillnaden mellan de data som kommer fram i journalgenomgången och personalens uppfattning att läkemedelsbehandlingen med preparat som kan ha kognitiv

påverkan har minskat, kan vara att man inte använder ”vid behovsmediciner” i samma utsträckning som före genomgången kurs, dvs. ”vid behovsmedicineringen” används inte lika ofta. Med de data vi har tillgång till kan vi inte analysera hur ofta ”vid behovsmedicineringen” används. Personalen menar att kursen har gett kunskap om, och trygghet i, att använda mellanmänskliga alternativ i första hand och att ge läkemedel är en åtgärd som vidtas då alla andra möjliga alternativ prövats. Detta leder sannolikt ofta till att lugnande medicinering kan användas mera sparsamt.

Personalen anger att de mycket sällan behöver använda den ”vid behovsmedicinering” som de har möjligheter till. Det verkar rimligt att anta att personalens uppfattning av läkemedelsanvändningen särskilt påverkas av ”vid behovsmedicineringen” då man ju fattar faktiska beslut vid de tillfällen sådan medicinering används. Om man känner att det finns alternativ som är möjliga och effektiva och att man gång på gång utnyttjar dessa alternativ skapar man lätt bilden för sig själv att medicin används mindre ofta. Detta intryck förstärks ju snarast av att flera personer har ”vid behovsmedicinering” eftersom man då oftare kan fatta beslut om att inte använda medicineringen. När antalet personer som kan få övriga lugnande mediciner ”vid behov” ökar från sex till femton kan man fatta beslut om att inte använda sådan medicinering i många fler fall. Dessa reflektioner grundar sig på personalens uppgifter om att ”vid behovsmedicineringen” används sällan, men i realiteten finns inte någon faktisk kunskap om detta eftersom det inte går att utläsa i det tillgängliga material.

En glädjande minskning som kan noteras är den minskade förskrivningen av neuroleptika och antiepileptika, de kanske mest kontraindicerade läkemedelsgrupperna bland personer med demens. Nästa all antiepileptika behandling som pågick vid första mättillfället i oktober 2008 är utsatt vid mättillfället 2009. Det är endast en person som behandlas med antiepileptika 2009. Ett annat positivt resultat är att det också i ytterligare några fall pågår en nedtrappning och planerad utsättning av neuroleptika. Utsättningen av neuroleptika kan inte utifrån uppgifter i materialet anses bero på avtagande beteendestörningar hos personen med demens utan det som kan utläsas är att man prövar andra bemötandeåtgärder, som t.ex. bolltäckor, terapeutiska dockor/djur och aromadofter.

Antidepressiva läkemedel har ökat något (inom parentes har också användningen av smärtstillande medicinering ökat). Detta kan vara ett uttryck för information i kursen som berört att depressivitet kan behandlas också bland personer med demens, detta gäller också

smärta. Även om antidepressiv behandling ökat så är det tillfredsställande att iaktta att de preparat som används genomgående tillhör den nyare generationens antidepressivum som anses ha färre biverkningar än traditionella antidepressivum. En positiv iakttagelse som görs i materialet är den skattning som görs av depressionssymtom innan förskrivning av antidepressiva läkemedel. Detta tillvägagångssätt visar på kunskap om vikten av att kartlägga problemet innan åtgärder väljs eller vidtas som man förespråkar i de Nationella riktlinjerna för demensvården³

Några slutsatser från läkemedelsgenomgången kan vara att inte mycket har hänt i sådan läkemedelsbehandling som kan ge kognitiv påverkan före och efter psykogeriatriska kursen. Möjligen har andelen personer med demens som har sådan medicinering minskat något. Å andra sidan tycks de personer som medicineras med preparat som kan ha kognitiv påverkan använda markant fler sådana preparat 2009 jämfört med 2008. En del preparat har minskat men i stället har en del annan läkemedelsanvändning ökat. Det är främst ”vid behovsmedicineringen” som har ökat vilket positivt kan tolkas som att flexibiliteten har ökat.

Slutligen måste man komma ihåg att tiden (6 månader) från det att personalen avslutat utbildning fram till dess läkemedelsuppföljningen gjordes var en kort tid. Genomförande av medicinförändringar är ofta en långsam process och innebär en varsam nedtrappning av läkemedel. För att få en bild av om utbildningen har haft effekter för läkemedels användning rekommenderas därför ytterligare uppföljning i framtiden.

³ Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom(prel)2009 Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se