

Revisionschef Lennart Ledin 063-14 75 27
Revisor Majvor Enström, 063-14 75 28

Landstingsstyrelsen

Läkemedel i Äldrevården - en uppföljning

Revisionskontoret har på vårt uppdrag följt upp vår tidigare granskning av läkemedelsanvändningen för äldre medborgare i länet som får läkemedel med s.k. ApoDos och som i huvudsak bor i kommunernas särskilda boenden (Läkemedel i äldrevården, 2005-09-16, dnr REV/18/2005).

Uppföljningen har liksom den tidigare granskningen gjorts med underlag av statistik från Apoteksbolaget kompletterad med i första hand enkäter till enhetschefer inom primärvården och de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) i respektive kommun i länet.

Resultatet av uppföljningen framgår av bifogad granskningsrapport och visar sammanfattningsvis följande:

- Föreskrivningen av antalet läkemedel till enskild äldre har minskat något men är även idag tämligen omfattande. Vi upprepar därför att föreskrivningen av läkemedel till de äldre, **både av humanitära och ekonomiska skäl**, fortfarande måste följas upp och ses över på ett bättre sätt.
- Föreskrivningen av psykofarmaka (neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel och sömnmedel) görs fortfarande i en omfattning som vi bedömer olämplig med hänsyn till Socialstyrelsens rekommendationer. Vi har liksom i den tidigare granskningen kunnat iaktta att för en period om tre (3) månader har äldre getts sömnmedel dagligen. Detta trots att sömnmedel inte skall ges till äldre mer än en (1) månad utan att det därefter enligt Socialstyrelsens anvisningar skall omprövas.
- Läkemedelsgenomgångar för patienter i kommunernas särskilda äldreboenden har hittills genomförts i liten omfattning. Ett stort antal genomgångar planeras dock hösten 2007 och under 2008. I några av Ädelavtalen med länets kommuner regleras inte utförandet av läkemedelsgenomgångar vilket enligt vår mening är önskvärt. Äldrevårdens utformning behöver också göras mer enhetliga vad gäller precisering av parternas insatser och ansvar för äldrevården.
- Läkarmedverkan i äldrevården har enligt MAS förbättrats men den behöver förbättras ytterligare. Under de tre månader som vi har granskat har varje patient haft i genomsnitt

två (2) läkare som har förskrivit läkemedel. Det är en förbättring mot tidigare men det finns ändå anledning att ytterligare vidta åtgärder som minskar risken för att läkemedel förskrivs i olämplig omfattning och i olämpliga kombinationer. Även om läkarkontinuiteten har förbättrats så finns det fortfarande alltför många äldre som, trots att de har rätt till det, inte har tillgång till en fast läkare. Vi tar också ånyo upp frågan om behovet av geriatrisk kompetens i främst primärvården. Den modellen med äldrevårdsläkare som enligt uppgift visats sig vara framgångsrik bör enligt vår mening införas i samtliga kommuner.

- Läkemedelsbiverkningar som leder eller medverkar till att äldre läggs in i specialistsjukvården, exempelvis på medicinkliniken, avvikelserapporteras inte. Inte heller synes läkemedelsbiverkningar rapporteras till läkemedelsverket. Vi anser att rutinerna skall kompletteras så att det säkerställs att biverkningar både avvikelserapporteras och rapporteras till läkemedelsverket.

Slutligen ifrågasätter vi även det lämpliga i att fastställa behandlingsmål som uppmanar till ökad förskrivning av vissa läkemedel, på det sätt som görs i landstingsplanen för år 2007-2009. Detta anser vi kan medföra ett alltför stort fokus på läkemedelsbehandling på bekostnad av andra, både mer lämpliga och önskvärda, alternativa behandlingsmetoder

Vi emotser senast den 15 mars 2008 landstingsstyrelsens yttrande över de synpunkter och förslag som vi framför ovan och som i övrigt framgår av granskningsrapporten.

För Jämtlands läns landstings revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Jöns Broström
Vice ordförande

Bilaga

Revisionsrapport ”Läkemedel i äldrevården - en uppföljning ”

Kopia

Beredningen för vård och rehabilitering
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Läkemedelskommittén
Chefläkaren Primärvård
Chefläkaren Specialistvård
MAS i samtliga länets kommuner



Jämtlands Läns
Landsting

**UPPFÖLJNING:
LÄKEMEDEL I ÄLDREVÅRDEN**

Ansvarig: Majvor Enström
Certifierad kommunal revisor

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING	4
2	UPPDRAG	7
3	SYFTE OCH GENOMFÖRANDE	7
4	BAKGRUND	9
4.1	SAMMANFATTANDE IAKTTAGELSER FRÅN GRANSKNINGEN ÅR 2005	9
4.2	LANDSTINGSSTYRELSENS YTTRANDE	9
5	AKTUELL SITUATION	11
5.1	LÄKEMEDELGENOMGÅNGAR	11
5.2	AVVIKELSERAPPORTERING	14
5.3	FÖRSKRIVNINGEN AV APODOS-LÄKEMEDEL	16
5.3.1	Sker förskrivning enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer?	16
5.4	BEHANDLINGSMÅL ENLIGT LANDSTINGSPLANEN 2007-2008	19
5.5	IT-SYSTEM MED FÖRSKRIVARSTÖD	21
5.6	LÄKARKONTINUITET - DEN VÄSENTLIGASTE FRAMGÅNGSFAKTORN	22
5.7	LÄKARMEDVERKAN I DE SÄRSKILDA BOENDENA	24
5.7.1	Läkarinsatserna bör regleras på ett enhetligt sätt i Ädelavtalen	25
5.7.2	Läkarmedverkan har förbättrats	25
5.7.3	Utvärdering av läkarmedverkan i de särskilda boendena bör förbättras	25
5.8	LÄKEMEDELSHANTERINGEN MM I ÄLDREVÅRDEN	26
5.8.1	Utbildning	27
5.8.2	Delegering	27
5.8.3	Ordination	28
5.8.4	Andra icke farmakologiska åtgärder för patienterna i de särskilda boendena?	29
5.8.5	Anmälan till Läkemedelsverket	30
6	BILAGOR	32
	BILAGA 1 LÄKEMEDEL ENLIGT SOS KVALITETSINDIKATORER	32
	BILAGA 2 STATISTIK ÖVER FÖRSKRIVNA APODOS-LÄKEMEDEL	33
	BILAGA3 FÖRSKRIVARSTÖD I VAS	37

1 SAMMANFATTNING

Revisionskontoret har på uppdrag av landstingets revisorer genomfört en uppföljning av granskningen Läkemedel i äldrevården 2005-09-16, dnr REV/18/2005.

Uppföljningen har liksom den tidigare granskningen gjorts med underlag av statistik från Apoteksbolaget kompletterad med i första hand enkäter till enhetschefer inom primärvården och de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) i respektive kommun i länet.

Syftet med uppföljningen är att undersöka om och vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra läkemedelsanvändningen för den grupp patienter som ingår i vår granskning. Vidare om läkemedelsanvändningen i högre grad än vid vår förra granskning överensstämmer med den användning som är rekommenderad enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

Statistiken för granskad period år 2007 över de ApoDos-läkemedel¹ som vi studerat visar att förskrivningen totalt sett minskat något jämfört med den förskrivning som redovisades i granskningen år 2005. I flertalet kommuner har det vidtagits en del åtgärder för att förbättra läkemedelsanvändningen inom äldrevården bl.a. har ett flertal utbildningar genomförts för sjukvårdspersonalen i de särskilda boendena. Läkarbemanningen i primärvården har förbättrats sedan förra granskningen och detta har fått flera positiva effekter som exempelvis ökad läkarmedverkan i äldrevården, minskat antal förskrivare per patient och fler patienter som har en fast läkarkontakt.

Sedan vår förra granskning år 2005 har det inom landstinget tillkommit en tjänst som programansvarig i patientsäkerhetsfrågor. I syfte att säkerställa kraven enligt SOSFS 2005:12 har landstinget under år 2006 beslutats att genomföras en översyn och utveckling av landstingets ledningssystem. Ett av delprojekten som genomförts handlar om avvikelsehantering och har resulterat i en verksamhetsplan för avvikelsehantering.

Förbättringar har alltså skett men vården av de äldre behöver utvecklas ytterligare för att leva upp till Hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens föreskrifter mm.

I det följande redovisas de väsentligaste iakttagelserna och våra förslag till åtgärder:

- Läkemedelsgenomgångar för patienterna som bor i kommunernas särskilda boenden har hittills genomförts i liten omfattning. Ett stort antal läkemedelsgenomgångar är dock planerade att genomföras under hösten 2007 och under 2008, finansierade med statliga stimulansmedel. I några av Ädelavtalen med länets kommuner regleras inte utförandet av läkemedelsgenomgångar vilket enligt vår mening är en förutsättning för att säkerställa framtida kontinuerliga läkemedelsgenomgångar.
- Var femte äldre patient som läggs in på sjukhus har enligt Socialstyrelsen sjukdomstillstånd som beror på läkemedelsbiverkning. Detta bekräftas också i en studie som gjorts under våren år 2007 på medicinkliniken Östersunds sjukhus. Enligt uppgift från vårdutvecklaren på medicinkliniken görs dock ingen avvikelserapportering av nämnda biverkningar. Vi anser att avvikelserapportering av

¹ Läkemedel som tagits ut ur tillverkarens originalförpackning och förpackats i dospåsar där varje påse innehåller alla de läkemedel som patienten skall ta vid ett och samma tillfälle.

läkemedelsbiverkningar snarast bör påbörjas och att Vajsing² skall kompletteras med koder (händelse och orsak) för rapportering av biverkningar av läkemedel.

- Förskrivningen av läkemedel är fortfarande tämligen omfattande även efter den minskning som skett från tiden för vår granskning år 2005. Denna polyfarmasi kan medföra risk för att patienterna drabbas av biverkningar som orsakar skada och andra obehag.
- Förskrivningen av psykofarmaka (neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel och sömnmedel) är, trots en viss minskning totalt sett för dessa läkemedel, fortfarande omfattande. Andelen patienter som använder antidepressiva medel har ökat sedan vår förra granskning. Dessa läkemedel är enligt Socialstyrelsen olämpliga för äldre då de orsakar biverkningar och är beroendeframkallande.
- Vi har i denna granskning liksom i den tidigare granskningen kunnat notera att det under en period om tre (3) månader har getts sömnmedel dagligen till patienterna i de särskilda boendena. Sömnmedel bör inte ges dagligen till äldre mer än en (1) månad utan att det därefter omprövas.³
- Behandlingsmål enligt beslutad modell i Landstingsplan 2007-2009 riskerar att medföra ett alltför stort fokus på läkemedelsbehandling och därmed på bekostnad av alternativa behandlingsmetoder.
- Ädelavtalen har utvecklats sedan granskningen 2005 men utformning behöver göras mer enhetliga vad gäller precisering av parternas insatser och ansvar för äldrevården.
- Läkarkontinuiteten har förbättrats men det finns fortfarande patienter som inte har tillgång till en fast läkare. Detta är inte tillfredsställande eftersom alla patienter har rätt till en fast läkare.
- Varje patient i vår granskning har under en tre - månaders period haft i genomsnitt två (2) förskrivare. Detta är en förbättring jämfört med situationen vid vår granskning år 2005. Det finns enligt vår mening ändå anledning att vidta åtgärder för att ytterligare minska risken för att det förskrivs läkemedel som inte passar ihop (interagerar och ger biverkningar). Detta kan bli följden när flera läkare ordinerar läkemedel till patienterna utan att ha tillräcklig kunskap om varandras ordinationer.
- Sedan år 2003 har ingen strukturerad uppföljning av läkarmedverkan i äldrevården gjorts trots de brister som framkommit. MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) uppfattning är dock att läkarmedverkan har förbättrats något jämfört med förhållandena vid vår förra granskning år 2005. Det förekommer dock fortfarande att läkaren ordinerar läkemedel utan att träffa patienten.
- Vi anser att äldrevårdsläkare bör finnas i primärvården i alla länets kommuner. Vi tar ånyo upp frågan om behovet av geriatrisk kompetens i primärvården. De äldre utgör en stor andel av patienterna och har specifika behov som vården måste kunna tillgodose.
- Det nya vårdadministrativa systemet VAS innehåller förskrivarstöd, läkemedelslista mm. Med hjälp av VPN-dosa har läkarna möjlighet att från det särskilda boendet koppla upp sig till VAS och få tillgång till journalen. Denna möjlighet används enligt uppgift inte i någon nämnvärd omfattning.
- För den medicinska säkerheten bör landstinget och kommunerna ha tillgång till varandras journaler.

² Datasystem för avvikelserapportering.

³ Socialstyrelsen: Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi.

Revisionskontoret

Majvor Enström

Certifierad kommunal revisor

-
- Läkemedelshanteringen i kommunernas särskilda boenden har enligt MAS förbättrats. I Apotekets regi har personalen i äldreården utbildats i läkemedelshantering. Fortfarande är det dock mycket vanligt att viss del av läkemedelshanteringen delegeras, främst administreringen (överlämnande av en iordningställd läkemedelsdos till en patient)
 - ”Vid godkännandet av nya läkemedel är endast de vanligaste biverkningarna kända. Kunskapen om mer ovanliga biverkningar är ofta mycket begränsad. En bra biverkningsrapportering är därför av stor betydelse för att klargöra riskprofilen hos nya läkemedel när de kommit i normalt bruk av patienter”⁴.

Vi har i denna granskning liksom i den förra kunna notera att det brister i anmälan till Läkemedelsverket när det gäller biverkningar av läkemedel.

⁴ Läkemedelsverkets hemsida: Rapportera biverkningar

2 UPPDRAG

På uppdrag av landstingets förtroendevalda revisorer har revisionskontoret genomfört en uppföljning av granskningen "Läkemedel i äldreården" Dnr REV 18/2005.

- Genomförs läkemedelsgenomgångar i tillfredsställande omfattning?
- Har det skett någon förändring i förskrivningen av ApoDos-läkemedel? Sker förskrivning i enlighet med Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer?
- Vilka åtgärder har Läkemedelskommitténs vidtagit för att förbättra läkemedelshandling?
- Har beslut fattats i landstinget som påverkar förskrivningen?
- Har datorstöd utvecklats till att ge stöd vid förskrivning?
- Är läkarkontinuiteten tillfredsställande? Har alla patienter en fast läkare?
- Är läkarmedverkan i äldreården tillfredsställande? Sker uppföljning av läkarmedverkan?
- Finns aktuella Ädel-avtal med samtliga kommuner? Regleras parternas mellanhavanden på ett enhetligt sätt?
- Har läkemedelshandlingarna i de särskilda boendena förbättrats?
- Förekommer icke farmakologiska behandlingsmetoder som alternativ till läkemedelsbehandling för äldre?

3 SYFTE OCH GENOMFÖRANDE

Den granskningen av Läkemedel i äldreården som genomfördes år 2005 visade att det fanns en omfattande förskrivning av de läkemedel som enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer tillhör läkemedelsgrupper som på grund av allvarliga biverkningar bör förskrivas med stor restriktivitet. Granskningen visade också att det fanns brister i läkemedelsanvändning och -handling samt i läkarnas medverkan i äldreården i kommunerna i Jämtlands län. I rapporten över nämnda granskning lämnades synpunkter och förslag till åtgärder för att komma tillrätta med bristerna.

Syftet med föreliggande granskning är att följa upp om tillräckliga åtgärder vidtagits för att förbättra läkemedelsanvändningen och läkarmedverkan i äldreården.

Uppföljningen har genomförts med hjälp av statistik från Apoteksbolaget över förskrivningen av de ApoDos - läkemedel som ingick i granskningen 2005 (bilaga 1) och för perioden december 2006 till februari 2007 vilket motsvarar den period som användes i den tidigare granskningen. Statistiken innehåller även uppgifter om antal förskrivare per patient samt genomförda och planerade läkemedelsgenomgångar.

Revisionskontoret

Majvor Enström

Certifierad kommunal revisor

Uppgifter om bemanningssituationen, när det gäller läkarna, har inhämtats från personalhandläggarna i primärvårdens ledningsstab.

Uppföljningen har även omfattat att göra en översiktlig avstämning av funktionerna för administrering av läkemedelsfrågor som finns i landstingets nya vårdadministrativa system VAS. Dessa uppgifter har inhämtats från systemadministratör.

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) i länets 8 kommuner har besvarat frågor, motsvarande de som ställdes i enkätundersökningen vid granskningen år 2005, om den aktuella situationen när det gäller läkemedelshanteringen i de särskilda boendena, läkarmedverkan i äldrevården mm.

Enhetscheferna i primärvården har besvarat frågor om läkarmedverkan i de särskilda boendena och avvikelserapporteringen.

Frågor om patientsäkerhetsarbetet i de särskilda boendena har besvarats av landstingets programansvarig i patientsäkerhetsfrågor.

Som en del i uppföljningen har av undertecknad, på inbjudan av Apoteksbolaget, deltagit i "Seminariedag MAS" dels med en egen presentation med rubriken "Vad såg vi i revisionsrapport 2005 - vad har hänt sedan dess?" och dels fått information om genomförda och planerade läkemedelsgenomgångar och utbildningar.

4 BAKGRUND

4.1 SAMMANFATTANDE IAKTTAGELSER FRÅN GRANSKNINGEN ÅR 2005

Granskning av Läkemedel i äldrevården från år 2005 visade följande:

- Läkemedelsgenomgångar genomfördes i alltför liten omfattning, mindre än vad som avtalats med Apoteksbolaget. Det fanns enligt vår uppfattning behov av att reglera omfattning av läkemedelsgenomgångar samt vem som skall ansvara för att läkemedelsgenomgångar initieras och planeras.
- Förskrivningen av läkemedel var omfattande och med risk för polyfarmasi vilket kan medföra risker för biverkningar som kan orsaka skador och andra obehag.
- Förskrivarna hade inte tillgång till tillräcklig information om patientens läkemedelsanvändning för att kunna ompröva läkemedelsbehandling som föreskrivits av annan läkare. Vi föreslog en utveckling av dokumentationen i journalerna med information om förskrivningsorsak, behandlingstid och plan för uppföljning.
- Fast ordination av sömnmedel i mer än 3 månader var ordinerat till ca var tredje patient. Dessa läkemedel bör enligt Socialstyrelsen i första hand ges efter behov och inte ges dagligen till äldre under mer än en (1) månad.
- Varje patient hade under den granskade perioden haft i genomsnitt tre (3) förskrivare. Många förskrivare kan enligt Socialstyrelsen medföra ökad förskrivning och att olika förskrivare ordinerar läkemedel som inte passar ihop.
- Delegering i läkemedelshanteringen, främst i administreringen, var mycket vanligt trots att detta enligt Socialstyrelsen bör göras restriktivt.
- Det fanns brister i läkarmedverkan i äldrevården: ordination sker utan att läkaren träffat patienten, läkaren deltog sällan i vårdplanering och en tredjedel av patienterna saknade fast läkare. Förutom att förbättra läkarkontinuiteten föreslog vi också att äldrevårdsläkare av modell från Strömsund borde prövas i alla kommuner.
- Det fanns brister i rapporteringen av biverkningar till Läkemedelsverket.

4.2 LANDSTINGSSTYRELSENS YTTRANDE

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt yttrande över revisorernas rapport i november 2005. Enligt styrelsen var man medveten om flera av de problem som revisorerna lyfte fram och hade också i några avseenden vidtagit åtgärder.

Styrelsen instämde i att äldre ofta har alltför hög konsumtion av läkemedel d.v.s. både många preparat, fel preparat och för hög dos. Landstingsstyrelsen instämde med revisorerna om att det fanns behov av att utöka antalet läkemedelsgenomgångar samt att reglera vem som har ansvar för att genomgångar initieras

Revisionskontoret

Majvor Enström

Certifierad kommunal revisor

och genomförs. "Arbete med att förbättra kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsfrågor avseende läkemedel pågår".

Styrelsen ansåg att de läkemedelsgenomgångar som hade genomförts, om än alltför få, ändå haft en viss effekt och uttryckte en förhoppning om att "revisorernas rapport kan medföra att intresset för nya genomgångar stimuleras".

I yttrandet redovisades det arbete som pågick inom Läke-medelskommittén med att bl.a. utarbeta ett skriftligt material "Äldre och läkemedel". Kommittén skulle också verka för att allmänläkarna i länet skulle delta i Familjemedicinska institutets kartläggning av de äldres läkemedelsanvändning med Socialstyrelsens kvalitetsindikationer som grund.

Styrelsen konstaterade att revisorerna i sin rapport uppmärksammat ett problem som är omfattande och som är ett prioriterat område för läkemedelskommittén. "Centralt är att sjukvårdspersonal ifrågasätter och omprövar läkemedelsbehandling mer än vad som är fallet idag".

Styrelsen angav vidare att man skulle ta fram mål för läkemedelsanvändningens utveckling (kostnader och kvalitet) i landstingsplan 2005-2007. Vidare angavs att man inför utarbetande av planen för 2006-2008 förde en diskussion om ett s.k. närvårdsgeriatrikt team (läkare och sjuksköterskor med geriatrisk kompetens) och att det också vore önskvärt med psykogeriatrisk kompetens i teamet. "Verksamheten ska bedrivas mobilt utifrån behov i länet".

Slutligen framförde styrelsen sin avsikt att utreda möjligheten att utvidga sjukvårdsrådgivningens roll med att fungera som sambandscentral för det geriatriska teamet.

5 AKTUELL SITUATION

5.1 LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR

Verksamhetschefen bör, som ett led i sin fortlöpande uppföljning av verksamheten, se till att läkemedelshanteringen genomgår en extern kvalitetsgranskning minst en gång om året. Granskningen kan t.ex. utföras av en farmaceut.⁵

Flera studier har visat att regelbundna uppföljningar förbättrar kvalitén i läkemedelsanvändningen och att personalens kompetens om läkemedel ökar. Läkemedelsgenomgångar behövs också för att kvalitetssäkra läkemedelsanvändningen hos äldre som ofta har många vårdkontakter med olika vårdgivare och alltför ofta saknas en läkare med övergripande vårdansvar.⁶

Avtalet med Apoteksbolaget oförändrat

Landstingets avtal med Apoteksbolaget AB härrör sig från år 2001 och innehåller 7 olika åtaganden däribland läkemedelsgenomgångar som Apotekets farmaceuter har uppdrag att genomföra inom läkemedelskommitténs verksamhet. Avtalet omfattar läkemedelsgenomgångar på fyra (4) sjukhem i länet/år, omfattande totalt högst 80 patienter. Detta motsvarar ca 3 procent av vårdtagarna i äldrevården.⁷

Få genomförda läkemedelsgenomgångar

Statistiken från Apoteksbolaget för år 2006 - 2007 visar att läkemedelsgenomgångar i särskilda boenden endast genomförts i 4 av länets kommuner; Östersund, Åre, Strömsund och Bräcke. Inte heller har man nått upp till de 80 läkemedelsgenomgångar (patienter) per år som ingår i avtalet med Apoteket AB. I Ragunda påbörjades en läkemedelsgenomgång vid ett äldreboende under 2006 men läkaren slutade, ny genomgång planeras i höst. Enligt uppgift från apotekare finns än inget avtal med Apoteksbolaget om den planerade läkemedelsgenomgången.

Det är ledningen inom kommunens äldreboenden som själva skall beställa läkemedelsgenomgångar och det kan därför, enligt läkemedelskommitténs ordförande, bli en något ojämn spridning av läkemedelsgenomgångar bland länets alla boenden. "Verksamheterna har ett stående erbjudande från läkemedelskommittén om att få genomgångarna".

Distriktsläkare uppger att det är svårigheter att som läkare få tillräckligt med tid för uppföljning av läkemedelsbehandling i äldrevården eftersom det finns krav på ökad tillgänglighet för akutbesök på hälsocentralerna och det blir då svårt att kunna avsätta tid för äldrevården.

⁵ SOSFS 2000:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården

⁶ Socialstyrelsen: Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning 2004.

⁷ I länet finns ca 112 äldreboenden/enheter med totalt ca 2 700 platser.

Planerade läkemedelsgenomgångar med stimulansbidrag

Landstinget och kommunerna har fått statliga stimulansbidrag, 5,7 mkr respektive 17,2 mkr, för att höja kvaliteten inom vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Medlen skall användas till att utveckla och stärka kommuners och landstings insatser för målgruppen och leda till direkta effekter inom bl.a. området läkemedelsgenomgångar.

I Apotekets plan över läkemedelagenomgångar för år 2007 - 2008, som vi fått ta del av, framgår att läkemedelsgenomgångar, finansierade med stimulansbidrag, kommer att genomföras; i Strömsunds kommun (150 patienter), Östersunds kommun (620 patienter), Härjedalens kommun (260 patienter) och i Bergs kommun (160 patienter). Totalt 1190 patienter kommer att ha fått en genomgång av sin läkemedelslista innan utgången av år 2008.

För dessa läkemedelsgenomgångar har det tecknats särskilda avtal mellan Apoteksbolaget och de enskilda kommunerna.

I Krokoms kommun har läkemedelsgenomgångar, med stimulansbidrag, påbörjats under år 2007 dock utan medverkan av Apoteket.

Läkemedelsgenomgångar i Ädel-avtal

Fem (5) av kommunerna har i Ädel-avtalet reglerat att läkemedelsgenomgångar skall genomföras årligen. Beskrivningen varierar dock, i Åre och Krokoms har genomgångarna preciserats både avseende teammodell för genomförandet och till ett minsta antal genomgångar per år. Strömsund har en hänvisning till landstingets avtal med Apoteksbolaget. I Östersund har parterna överenskommit om att under avtalsperioden göra ett försök med att i samverkan (patientansvarig läkare tillsammans med patientansvarig sjuksköterska, vårdpersonal och vid behov farmaceut) genomföra systematiska/fortlöpande läkemedelsgenomgångar.

I Ädel-avtalet för Bergs kommun respektive det för Härjedalens kommun saknas reglering av läkemedelsgenomgångar. Ädel-avtalet för Bräcke har löpt ut under år 2006, inget nytt avtal har tecknats.

Information och utbildning i läkemedelshantering

I landstingsstyrelsens yttrande år 2005 över resultatet av vår förra granskning konstaterades att läkemedelsanvändningen hos äldre var ett prioriterat område för läkemedelskommittén.

Enligt Läkemedelskommitténs verksamhetsberättelse för år 2006 och uppgifter från ordförande i läkemedelskommittén har kommittén genomfört en rad aktiviteter vad gäller läkemedel i äldreården:

- läkemedelsgenomgångar med hjälp av apotekare
- en särskild broschyr "Terapiråd Äldre och läkemedel"
- en utbildningsdag för AT-läkare, "kritisk värdering av läkemedelsinformation".
- utbildningsdagar för distriktsläkare, "Z-läkemedel 06-07".
- i samarbete med regionala biverkningsenheten i Umeå har utbildning i biverkningsrapportering genomförts för sjuksköterskor vid ett 10-tal tillfällen under år 2006.

Revisionskontoret

Majvor Enström

Certifierad kommunal revisor

- informationsläkare och informationsapotekare har besökt ett flertal hälsocentraler med informationsprogram om äldre och läkemedel

- en inplastad tvåsidig kort sammanfattning av Socialstyrelsens rekommendationer om olämpliga läkemedel till äldre har delats ut.

Apoteksbolaget genomför sedan år 2006 enligt särskilda avtal med länets kommuner utbildningar i läkemedelshantering till sjukvårdspersonal inom kommunens Vård- och omsorg. Förutom utbildning i allmän läkemedelshantering för vårdbiträden och undersköterskor och utbildning i specifik läkemedelshantering för sjuksköterskor har också genomförts utbildning till handledare. Syftet med handledarutbildningen är att dessa skall fungera som stöd till kollegor, vårdpersonal och arbetsledare i läkemedelshanteringsfrågor.

Bedömning:

- Enligt Socialstyrelsen är läkemedelsgenomgångar ett bra sätt att följa upp kvalitén i läkemedelshanteringen och dessutom öka sjukvårdspersonalens kunskaper om läkemedel till äldre. Vi anser det otillfredsställande att läkemedelsgenomgångar hittills inte genomförts i större omfattning och med bättre spridning bland länets kommuner.
- De 80 läkemedelsgenomgångar som inryms i landstingets avtal med Apoteket motsvarar endast 3 procent av antalet patienter i de 112 särskilda boendena. Enligt Socialstyrelsen bör läkemedelsgenomgångar genomföras regelbundet och vi ställer oss därför frågande till vilka beräkningar och andra överväganden som utgjort grund för det nämnda antalet läkemedelsgenomgångar som ingår i avtalet.
- Trots den satsningen på ett stort antal läkemedelsgenomgångar så kommer man inte att nå ut till alla patienter i de särskilda boendena. De planerade läkemedelsgenomgångar motsvarar ca hälften av antalet i nämnda patientgrupp. De statliga stimulansmedlen som finansierar de planerade läkemedelsgenomgångarna erhålls t.o.m. år 2008. Vi anser att kommunerna och landstinget bör vidta åtgärder för att tillförsäkras en framgent tillfredsställande uppföljning av de äldres läkemedelsanvändning.

För att säkerställa en god kvalitet i läkemedelshanteringen i äldrevården föreslår vi följande:

- Läkemedelsgenomgångar bör regleras till sin omfattning och arbetssätt (teammodellen) i Ädelavtalet på ett enhetligt sätt och för alla kommuner.
- Läkemedelskommittén, som har länsövergripande uppgifter och unika kunskaper om läkemedel, bör ges ett samordnande ansvar för att läkemedelsgenomgångar initieras och genomförs.

5.2 AVVIKELSERAPPORTERING

Socialstyrelsens föreskrifter

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet skall vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet skall bl.a. syfta till att förebygga vårdskador.

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att anmäla avvikelser till myndigheter i enlighet med gällande författning. Det skall finnas rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser (har medfört vårdskada) och tillbud (hade kunnat medföra vårdskada) samt fastställa och åtgärda orsaker och följa upp vidtagna åtgärders effekter.⁸

Patientsäkerhetsansvarig i landstinget

1 mars år 2006 tillsattes tjänsten som programansvarig för patientsäkerheten i Jämtlands läns landsting. I mars år 2007 presenterades rapporten "Verksamhetsplan, Patientsäkerhet" som behandlar avvikelshantering inom hälso- och sjukvården. Rapporten är ett resultat av en översyn av hur avvikelshantering inom Jämtlands läns landsting fungerar och som genomförts som ett delprojekt i projektet om översyn och utveckling av landstingets ledningssystem för att säkerställa kraven enligt SOSFS 2005:12.

Vi noterar att läkemedelsbiverkningar inte finns med bland de avvikelser som behandlas i ovan nämnda rapport. Patientsäkerhetsansvarig uppgav vid intervju att hon saknade uppgifter huruvida det förekommer avvikelserapportering inom sjukhuset av läkemedelsbiverkningar hos äldre. Vidare hänvisade denne till att arbetet med att utforma patientsäkerhetsarbetet är omfattande och nyss påbörjats vilket medför att det därför kommer att ta tid innan man fått grepp om allt som skall avvikelserapporteras.

Läkemedelsbiverkningar hos äldre som läggs in på sjukhuset avvikelserapporteras ej

Var femte äldre person som läggs in på sjukhus har enligt Socialstyrelsen diagnoser som helt eller delvis härrör från läkemedelsbiverkningar. En studie⁹ som gjorts inom medicinkliniken visade att 17 procent av den studerade patientgruppen hade blivit inlagd p.g.a. något läkemedelsrelaterat problem.

Enligt vårdutvecklaren vid medicinkliniken Östersunds sjukhus görs ingen avvikelserapportering av läkemedelsbiverkningar hos de äldre som läggs på medicinkliniken. En möjlig orsak uppges vara den att biverkningarna inte upptäcks i det akuta sjukdomsskedet (hjärtsvikt, njursvikt mm) därför att biverkningar ofta uppträder i kombination med andra sjukdomstillstånd hos äldre patienter.

Fallhändelser, som är tämligen vanliga hos äldre, avvikelserapporteras dock. I fallhändelseanalysen har det visat sig att denna händelse ofta drabbar de patienter som använder många läkemedel.

Vi konstaterar att det i Vajsing (datasystem för registrering av avvikelser) saknas koder för "orsak" och "sammanhang" för rapportering av läkemedelsbiverkningar.

⁸ SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

⁹ Fördjupningsprojekt i farmakoterapi 20 poäng: Läkemedelsrelaterade orsaker till varför äldre läggs in vid område medicin, Östersunds sjukhus. Författare: Sara Carlsson studerande på apotekarprogrammet Uppsala universitet

Revisionskontoret

Majvor Enström

Certifierad kommunal revisor

Avvikelser i primärvården eller i kommunens äldrevard

I alla Ädelavtal, utom ett, har avvikelshanteringen reglerats. Avtalen är i denna del nästan identiska, med en beskrivning av hur avvikelser skall handläggas mellan parterna beroende på vilken av parterna som är inblandade i den aktuella händelsen.

Enligt de flesta av enhetscheferna inom primärvården fungerar rutinerna för avvikelshantering bra och man har regelbundna kontakter med kommunens MAS. Vid dessa kontakter diskuteras rapporterade avvikelser och hur man skall arbeta i framtiden utifrån avvikelserna. En (1) av enhetscheferna uppgav dock att "någon sådan träff har jag aldrig varit med om".

Den för landstinget anmälningsansvarige träffar enligt uppgift MAS en gång per halvår dock har dessa träffar hittills endast omfattat MAS i Östersunds kommun. Vid dessa träffar "tar upp gemensamma frågor som ligger mellan slutenvården och kommunen".

Avvikelse rapportering från kommunerna av händelser där landstinget är inblandade finns enligt uppgift inte med i Vajsing. Detta uppgavs beror på att kommunerna saknar datasystem för avvikelserapportering och rapporterar därför med hjälp av handskrivna papper. Dessa sätts in i en pärm i avvaktan på att det "någon gång" skall finnas tid att rapportera in avvikelserna i Vajsing.

Bedömning:

- Avvikelse rapportering är en viktig del av landstingets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och vi anser det därför mycket angeläget att läkemedelsbiverkningar som orsakar skada eller annat obehag för de äldre också avvikelserapporteras. Denna rapportering är särskilt angelägen eftersom kunskapen om verkan/effekten av läkemedel i den åldrande kroppen är bristfällig bland annat på grund av att det sker alltför lite forskning när det gäller äldre och läkemedel.

Det bör snarast upprättas rutiner för att säkerställa att läkemedelsrelaterade sjukdomsfall hos äldre avvikelserapporteras. Vajsing bör kompletteras med koder för denna avvikelserapportering

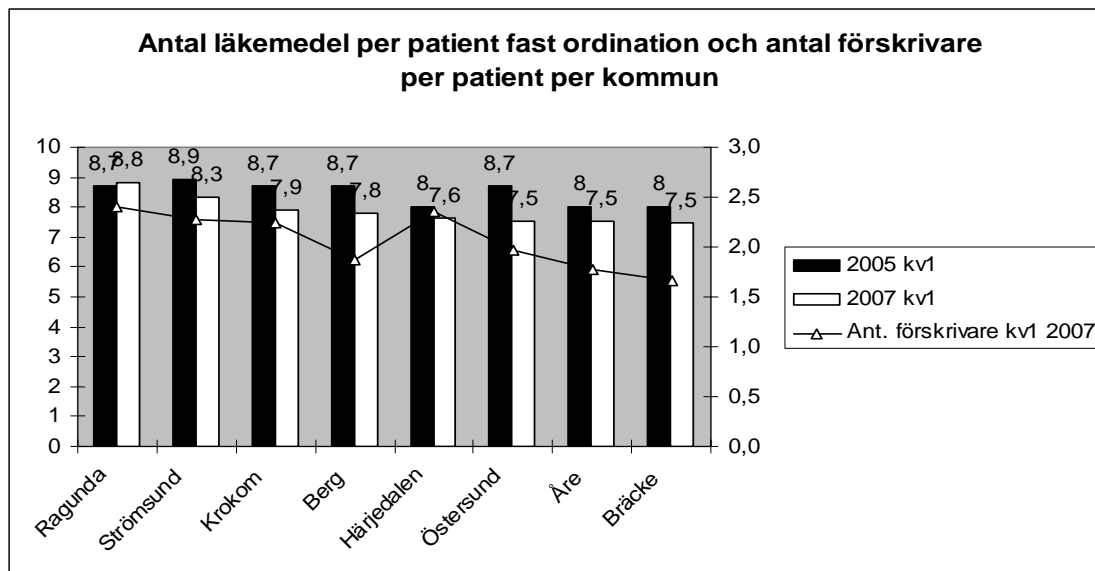
- Det är inte tillfredsställande att uppgifter om rapporterade avvikelser från kommunerna saknas i Vajsing. Detta problem som uppstår på grund av att avvikelserapporteringen från kommunerna inte är databaserad skulle vara möjlig att komma till rätta med om landstinget och kommunerna hade ett gemensamt datasystem.

5.3 FÖRSKRIVNINGEN AV APODOS-LÄKEMEDEL

5.3.1 Sker förskrivning enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer?

I granskningen år 2005 redovisades dels totala förskrivningen av ApoDos-läkemedel till patienter i särskilda boenden och dels förskrivningen av sex (6) grupper av läkemedel som är vanligt förekommande i äldrevården och som ingår i fyra (4) av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer (Bilaga 1).

Motsvarande uppgifter för den nu aktuella perioden 2007 visar följande situation (bilaga 2).



Diagrammet visar genomsnittligt antal ordinationer per patient i respektive kommun, i särskilda boenden, av ApoDos-läkemedel (bilaga 1) för granskad period år 2005 och motsvarande period år 2007. Den streckade linjen visar antal förskrivare per patient för de enskilda kommunerna under perioden år 2007 (graderingen på höger axel i diagrammet)

Medeltalet för antalet expedierade ApoDos-läkemedel, fast ordination, har minskat från 8,5 läkemedel per patient per dag år 2005 till 7,9 för motsvarande mätperiod år 2007.

Som framgår av ovanstående diagram har förskrivningen minskat i alla kommuner utom i Ragunda där förskrivningen ökat något. Om det har skett någon förändring av doser vid ordination framgår inte av den statistik vi har tagit del av. Enligt läkemedelskommitténs farmaceut har läkemedelsgenomgångar i många fall resulterat i förändringar i läkemedelslistan dock inte främst att läkemedel tagits bort. I många fall har det däremot handlat om att ändra dosen.

Ovanstående diagram visar också antalet förskrivare per patient i de enskilda kommunerna. Som synes har antalet förskrivna läkemedel per patient samband med antalet förskrivare, förutom i Härjedalen.¹⁰

¹⁰ Se avsnitt 5.6 Läkarkontinuitet - den väsentligaste framgångsfaktorn.

I det följande redovisas läkemedelsförskrivningen, för de läkemedelsgrupper som ingår i vår granskning, utifrån fyra (4) av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

1. Polyfarmasi

Med polyfarmasi menas att en patienten får fler läkemedel än vad han/hon egentligen har behov av och att detta kan ge upphov till problem som läkemedelsinteraktioner (läkemedlen motverkar varandra), biverkningar och att patienten får svårt att följa läkemedelsordinationerna.

” Risken för biverkningar ökar (exponentiellt) med antalet läkemedel. Antalet läkemedel är den mest betydelsefulla riskfaktorn för biverkningar hos äldre.

Risken för interaktioner (läkemedel påverkar varandra så att dess omsättning eller effekt minskar eller ökar) ökar. Konsekvensen kan bli att biverkningar uppstår eller att effekten blir otillräcklig eller uteblir. Det är väl kartlagt hur läkemedel interagerar parvis, men man vet mycket lite om vad som händer om ett större antal läkemedel används samtidigt, vilket ofta är fallet hos äldre”.¹¹

Vid behandling med tre (3) eller flera psykofarmaka (neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel och sömnmedel) finns risk för polyfarmasi liksom vid regelbunden användning av två (2) eller flera läkemedel inom samma terapeutiska ATC-grupp.¹² De läkemedel som ingår i psykofarmaka tillhör exempelvis samma ATC-grupp.

- Föregående diagram visar att förskrivningen av ApoDos-läkemedel minskat något sedan granskningen år 2005 men är fortfarande tämligen omfattande, i medeltal 7,9 läkemedel per patient. Till detta kommer ett okänt antal läkemedel som ordinerats till de äldre vid sjukhusbesök och de läkemedel som expedieras på annat sätt än i ApoDoser.

2. Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger

Indikatorn avser läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Dessa preparat bör endast användas om det finns särskilda skäl för det. Det skall vidare finnas en välgrundad och aktuell indikation för att använda läkemedlet och ordinatören ska ha bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Slutligen bör behandlingen följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall.

Benzodiazepiner¹³ med lång verkningsstid:

- Förskrivningen av de långverkande **benzodiazepinerna** (främst lugnande medel) har minskat i alla kommuner utom Härjedalen. Krokom har minskat förskrivningen med 7 procent. Andelen patienter med denna ordination har minskat från 16,6 procent till 14,8 procent.
- **Sömnmedel** har minskat från 34,1 procent till 32,6 procent av patientgruppen. Andelen patienter som ordinerats sömnmedel är störst i Ragunda och minst i Bräcke. I Krokom har förskrivningen av dessa medel ökat med 5 procent.

¹¹ Socialstyrelsen: Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning 2004.

¹² ATC-koder är ett klassificeringssystem för att dela in läkemedel i; huvudgrupper (med begynnelsebokstäver A - V) och undergrupper i flera nivåer. Exempel: N = nervsystemet (anatomisk huvudgrupp), NO5 = neuroleptika, lugnande medel och sömnmedel (farmakologisk/terapeutisk undergrupp), NO5B = Benzodiazepiner (kemisk undergrupp) osv.

¹³ Benzodiazepiner är beroendeframkallande läkemedel. Bör undvikas vid nyinsättning. Kan medföra ökad risk för kognitiva störningar, förvirring, muskelsvaghet, balansstörningar och fall.

Läkemedel med antikolinerg¹⁴ effekt:

- **Neuroleptika¹⁵** har minskat från 20,6 procent till 19,3 procent av patientgruppen. Härjedalen har högst andel patienter som ordinerats neuroleptika och Krokom har lägsta andelen.
- **Antidepressiva medel** har ökat från 38,8 procent till 39,4 procent av patientgruppen. Andelen patienter som använder antidepressiva medel är fortfarande störst i Berg medan andelen är minst i Åre.

3. Preparat vars användning kräver en korrekt och aktuell indikation

Denna indikator tillämpas på några grupper av läkemedel som är vanligt förekommande hos äldre, men som inte sällan används utan välgrundad och/eller aktuell indikation och vars användning innebär en risk för biverkningar, läkemedelsinteraktioner eller annan olägenhet för patienten.

- **NSAID¹⁶** har minskat från 6,3 procent till 5,9 procent av patientgruppen. För vissa av kommunerna är de förändringar i förskrivning som skett sedan granskningen år 2005 tämligen stora. Exempelvis har Strömsund ökat förskrivningen från 4 till 8 procent och i Bräcke har förskrivningen minskat från 10 till 5 procent.
- **Loop-diuretika¹⁷** har minskat från 45,8 procent till 44,9 procent av patientgruppen. Andelen patienter som använder loop-diuretika är fortfarande störst i Ragunda medan andelen är minst i Östersund.
- **Protonpumpshämmare¹⁸** har ökat från 14 procent till 18 procent av patientgruppen. Andelen patienter som använder protonpumpshämmare har ökat med hela 11 procent i Ragunda som fortfarande har högsta förskrivningen av dessa läkemedel. Det skiljer 19 procent i andel patienter som använder detta läkemedel mellan Ragunda som har högsta patientandelen jämfört med Åre och Härjedalen som har lägsta patientandelen.

Hittills genomförda läkemedelsgenomgångarna har visat att det fortfarande är mycket vanligt att läkare ordinerar läkemedel utan att det finns en klar indikation.

4. Olämplig regim

Med regim menas huruvida preparatet ges regelbundet eller vid behov och hur långvarig behandlingen är. Enligt Socialstyrelsen finns risk för biverkningar eller en verkningslös behandling om:

- sömnmedel ges dagligen under mer än en månad.
- NSAID ges dagligen mer än tre månader.

- Som framgår av diagrammet om andel patienter med sömnmedel (i bilaga 2) har förskrivningen av sömnmedel minskat något sedan granskningen år 2005 men fortfarande förskrivas läkemedlet i fast

¹⁴ Läkemedel med antikolinerg effekt bör inte användas av äldre i synnerhet inte dementa eftersom dessa medel blockerar effekten av signalsubstansen acetylcholin som finns i det parasympatiska nervsystemet. Läkemedel som tillhör denna grupp är neuroleptika av högdostyp, vissa antidepressiva medel men också medel mot inkontinens.

¹⁵ Läkemedel för behandling av psykotiska tillstånd.

¹⁶ Antiinflammatoriskt läkemedel. NSAID tillhör de mest biverkningsbenägna preparaten hos äldre. Kan utlösa njursvikt och hjärtsvikt.

¹⁷ Urindrivande läkemedel. Vid nedsatt njurfunktion, som de flesta äldre har, kan Protonpumpshämmare orsaka diarré och förvirring.

¹⁸ Läkemedel för behandling av magsår och inflammation i matstrupen.

ordination, för daglig användning och för betydligt längre tid än vad som rekommenderas av Socialstyrelsen.

”På den årliga Läkarstämman om ett par veckor kommer läkare att uppmanas att sluta skriva ut sömnmedel slentrianmässigt till gamla. Som alternativ rekommenderas i stället sömnskola med särskilda restriktioner”. Denna åtgärd beror på resultatet av flera studier som visar att långvarig behandling med sömnmedel kan vara farligare än man tidigare trott. ”Redan efter fyra veckor ger sömntabletterna inte bättre effekt än vanliga sockerpiller. Tvärtom kan de ge besvärliga biverkningar dagtid i form av yrsel och trötthet”¹⁹.

- Förskrivningen av NSAID har minskat något. Läkemedlet ordineras dock fortfarande för kontinuerlig behandling och i perioder om tre månader förmodligen längre vilket enligt Socialstyrelsen medför risk för biverkningar.

Bedömning:

- Förskrivningen av de ApoDos-läkemedel som ingår i vår granskning har minskat något sedan vår tidigare granskning år 2005. Förskrivningen är trots detta tämligen omfattande inte minst gäller detta förskrivningen av psykofarmaka (neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel och sömnmedel). Vi bedömer därför att det fortfarande finns risk för att patienterna p.g.a. förskrivningen kan drabbas av biverkningar som orsakar skada och andra obehag.

Den stora skillnaden mellan länets kommuner i förskrivningen av vissa av de granskade läkemedlen bör enligt vår mening undersökas närmare.

- Förskrivningen av de granskade läkemedlen är, med några undantag, mer omfattande i Ragunda än i de övriga kommunerna. Det gäller speciellt läkemedelsgrupperna sömnmedel, loop-diuretika, protonpumpshämmare och i viss mån NSAID. Mot bakgrund av läkarsituationen (se avsnitt 5.6) i Ragunda, med endast en (1) ordinarie läkare av fyra (4) läkartjänster, anser vi att det finns anledning att snarast följa upp förskrivningen av läkemedel till äldre i Ragunda.
- Sömnmedel och NSAID-preparat ordineras fortfarande för daglig användning och för långa behandlingsperioder vilket strider mot Socialstyrelsens rekommendationer.

5.4 BEHANDLINGSMÅL ENLIGT LANDSTINGSPLANEN 2007-2008

I Landstingsplan för 2007-2009 har beslutats om behandlingsmål för 10 läkemedelsgrupper:

1. Tiazider (blodtryckssänkande), patienter över 40 år
2. Statiner (kolesterolsänkande), patienter 40-79 år
3. Antidepressiva, patienter över 20 år
4. Metformin (typ-2-diabetes), patienter över 50 år
5. Inhalationssteroider (astma)
6. Protonpumpshämmare (magsyrerelaterade besvär)

¹⁹ Reportage i Rapport den 28 oktober 2007 som redovisade resultatet av studier bl.a. Metaanalys av sömnmedel enligt British Medical Journal och JAMA.

7. Antibiotika
8. Kinoloner (särskild grupp av antibiotika)
9. Antikolinerga (biverkningsproblem för äldre), patienter över 70 år
10. Benzodiazepiner (lugnande medel med risk för beroende), patienter under 50 år

Behandlingsmålen har tagits fram av läkemedelskommittén utifrån evidensbaserade medicinska incitament och avser primärvården. Målen är baserade på senast kända genomsnittliga utfall i Jämtland. Fem av målen är läkemedelsgrupper (1-5) där en ökad förskrivning är önskvärd, resterande mål är läkemedel (6-10) där en minskad förskrivning är önskvärd. Måluppfyllelsen poängsätts enligt ett visst system. Är utfallet lika med målet eller bättre ges maxpoängen 10.

I landstingsstyrelsens och landstingsdirektörens uppdrag till primärvården för år 2008 anges att "verksamhetsområdet ska tillämpa den landstingsspecifika modellen för användning av primärvårdsbaserade läkemedel".

Behandlingsmålen togs fram för att påverka under- resp. överförskrivning

Tanken bakom behandlingsmålen uppges vara att decentraliseringen av läkemedelsbudgeten befarades skulle kunna innebära en signal att generellt försöka hålla nere all läkemedelsanvändning, även sådan som var dokumenterat kostnadseffektiv, till förfång för många patientgrupper. För att försöka styra behandlingen till läkemedelsgrupper, som kan bedömas som underanvända och från sådan behandling som bör användas mer restriktivt satte läkemedelskommittén under 2003-2004 upp de 10 behandlingsmålen. Tanken är också att behandlingsmålen på något vis kommer att relateras till hur mycket av ett överskott man får behålla samt hur mycket av ett underskott man får stå för. "Behandlingsmålen behöver kritiseras och revideras och en sådan revision pågår just nu då en remiss gått ut till läkemedelskommitténs expertgrupper och de som framförallt blir berörda av målen, nämligen länets distriktsläkare".²⁰

Måluppfyllelse enligt delårsbokslut per augusti 2007

En uppföljning som gjorts inom primärvårdens centrala stab per juli 2007 visar att det sammantaget har skett en ökning av förskrivningen av de tio (10) läkemedelsgrupperna. För de fem läkemedel (1-5) med en önskvärd ökad förskrivning har målet uppnåtts. Målet att minska förskrivningen för de fem övriga (6-10) läkemedelgrupper har endast uppnåtts för två av grupperna (kioloner och benzodiazepiner).

Bedömning:

- Vi ifrågasätter det lämpliga i att fastställa behandlingsmål, i form av en behandlingsmetod, enligt den modell som finns beskriven i Landstingsplanen 2007-2009. En mer adekvat målsättning är enligt vår mening att fastställa mål i form av de behandlingsresultat som man vill uppnå för de aktuella riskgrupperna.

Läkemedelsbehandling är endast ett av flera alternativa behandlingar som läkarna har att välja mellan vid ordination av behandling. Med de behandlingsmål som beslutats anser vi att det finns en uppenbar risk att läkemedelsbehandling kan komma att ges på bekostnad av andra, både mer lämpliga och mindre riskfyllda, alternativa behandlingsmetoder.

²⁰ Enligt tidigare ordförande för läkemedelskommittén numera tillhörande enheten för läkemedelsekonomi.

Revisionskontoret

Majvor Enström

Certifierad kommunal revisor

- Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav²¹
Den vägledning som läkarna anses behöva i samband med ordinationer anser vi i första hand bör inarbetas i vårdprogram och liknande för den enskilda diagnosen.
- Nya rön när det gäller läkemedel som exempelvis ökade risker eller nya/ändrade terapiområden vilka föranleder ändrad förskrivning bör i första hand meddelas i Läkemedelskommitténs rekommendation Z-läkemedel.

5.5 IT-SYSTEM MED FÖRSKRIVARSTÖD

I vår granskning år 2005 framkom att läkarna saknade en samlad bild av patientens läkemedelsanvändning. Läkarna saknade också uppgifter om förskrivningsorsak, behandlingstid och plan för uppföljning och att detta kunde vara orsak till att dessa tvekar inför att förändra ordinationer gjorda av tidigare förskrivare. Konsekvensen av detta kan enligt uppgift resultera i att tidigare ordination av läkemedel förlängs trots att indikation för ordinationen inte längre finns.

Sedan vår granskning år 2005 har landstinget infört ett nytt vårdadministrativt system VAS som innehåller ett antal funktioner/rutiner som är avsedda att fungera som förskrivarstöd. I bilaga 3 finns exempel på sådana funktioner/rutiner.

Förskrivarstöd i VAS

I VAS har läkarna tillgång till patienternas samlade läkemedelslista. Vid förskrivning har läkaren möjlighet att ange omständigheter kring in- eller utsättning av ett läkemedel i ett "läkemedelsnotat". Med läkemedelslistan och läkemedelsnotatet har läkaren det underlag som tidigare saknades för att kunna ge rätt ordination och vid prövning om utsättning av läkemedel.

Det finns tekniska möjligheter att med hjälp av en VPN-dosa koppla upp sig från dator på det särskilda boendet till VAS och därmed få tillgång till patienternas läkemedelslista mm. Enligt systemförvaltaren är det dock endast ett fåtal läkare som använder sig av denna möjlighet.

Ingen journalanteckning i remissvar p.g.a. att signering saknas

Enligt systemförvaltaren uppstår en del problem p.g.a. att signering av journaler inte sker tillräckligt snabbt. Exempel på ett problem som uppstår när journalanteckningar inte signerats är att en sådan anteckning inte kan bifogas till ett remissvar. Mottagande läkare har då inte tillgång till journalanteckningen för sin ordination.

Enligt journallagen skall journaluppgifter signeras snarast men ett stickprov (en klinik inom länssjukvården och en HC) som vi gjort visade att många av läkarna inom de granskade enheterna - främst kliniker inom länssjukvården - hade mer än 30 osignerade dokument. Några läkare hade mer än 100 och en av dessa läkare hade 465 osignerade journalanteckningar.

²¹ 2 kap 1§ Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Kommunens personal saknar tillgång till journaluppgifter

Kommunens sköterskor har enligt uppgift inte tillgång till journalerna i VAS - har därför svårt att exempelvis bedöma ordination.

Bedömning:

- För den medicinska säkerheten bör landstinget och kommunerna ha tillgång till varandras journaler.
- Vi anser att det bör vidtas åtgärder för att komma tillrätta med de problem och risker som uppkommer på grund av att journalanteckningar inte snarast signeras. Patientsäkerheten är enligt vår mening inte tillfredsställande tillgodosedd under sådana förhållanden.
Vi anser att problemet skulle kunna avhjälpas om läkarna själva skriver in journalanteckningen i VAS.

5.6 LÄKARKONTINUITET - DEN VÄSENTLIGASTE FRAMGÅNGSFAKTORN

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) § 5: ***Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.***

En av de väsentligaste faktorerna för en framgångsrik läkemedelsanvändning är enligt Socialstyrelsen att det finns en god läkarkontinuitet samt att varje patient har en läkare som ansvarar för samtliga läkemedel som patienten behandlas med. Ju fler förskrivare desto fler läkemedel per patient samt att fler förskrivare per patient också visat sig ge en sämre kvalitet på läkemedelsbehandlingen.²²

Läkarsituationen i primärvården har förbättrats

Vid tillfället för vår granskning år 2005 var ca 32 tjänster inom primärvården av totalt ca 90 läkartjänster vakanta. I nuläget är ca 20 läkartjänster vakanta. Läkarsituationen har förbättrats på de flesta håll inom primärvården främst inom Östersund. I Ragunda har dock situationen försämrats, 3 av 4 läkartjänster är vakanta. Svegs hälsocentral har endast 0,75 tjänst ordinariebesatt men har en arvodesanställd läkare (pensionerad) som jobbar 2-3 dagar per vecka och enbart inom äldreboendena.

Den förbättrade läkarsituationen märks också i den minskning som skett under år 2006 och 2007 av anlåtande av tillfälliga läkare s.k. stafettläkare.

Fler patienter - men inte alla - har en "fast läkare"

Enligt uppgifter från MAS har fler vårdtagare i de särskilda boendena, jämfört med situationen vid granskningen år 2005, en fast läkare.

I Ädel-avtalen, dock inte i alla, har reglerats att patienterna i hemsjukvården skall ha tillgång till en "fast läkare" alternativt "namngiven läkare" som har specialistkompetens i allmänmedicin.

²² Socialstyrelsen: Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning 2004.

Försöksverksamhet med äldrevårdsläkare

År 2005 - 2006 gjordes i Strömsund ett försök med en äldrevårdsläkare. Försöket föll väl ut men upphörde på grund av att läkaren flyttade.

Fr.o.m. oktober 2007 har Östersund en mobil äldrevårdsläkare som enbart jobbar med hembesök. Verksamheten är ett försök och finansieras med statliga stimulansmedel.

Geriatriker saknas i närvarlden trots stor andel äldre patienter

Inom läkarkåren finns delade meningar när det gäller om och hur stort behovet är av geriatrisk kompetens i primärvården.

Professor och överläkare vid geriatriskt centrum på Norrlands universitetssjukhus i Umeå menar att det finns behov av utbildning i geriatrisk farmakologi. Han menar att läkarna i alldeles för stor utsträckning använder samma läkemedelsdoser till gamla som till unga på grund av att det inte finns tillräcklig kunskap om hur den åldrande kroppen reagerar på de olika läkemedlen. "En orsak till många problem är den bristfälliga diagnostiken, man behandlar ofta symtom i stället för att utreda den bakomliggande orsaken".²³

Ordföranden i landstingets läkemedelskommitté menar att det finns kunskap om äldre även om man inte är geriatriker men anser dock att det möjligen finns behov av någon form av geriatrisk konsult eller kunskapscentrum. "Distriktsläkare skaffar sig den kompetensen, oftast genom att arbeta en period på geriatrisk klinik under sin specialistutbildning. Och även på en medicinklinik är de flesta patienterna över 80 år. På psykiatriska kliniken i Östersund finns en särskild enhet för geriatrisk psykiatri och där arbetar de flesta läkare under sin AT-tjänstgöring eller specialistutbildning till specialister i allmänmedicin".

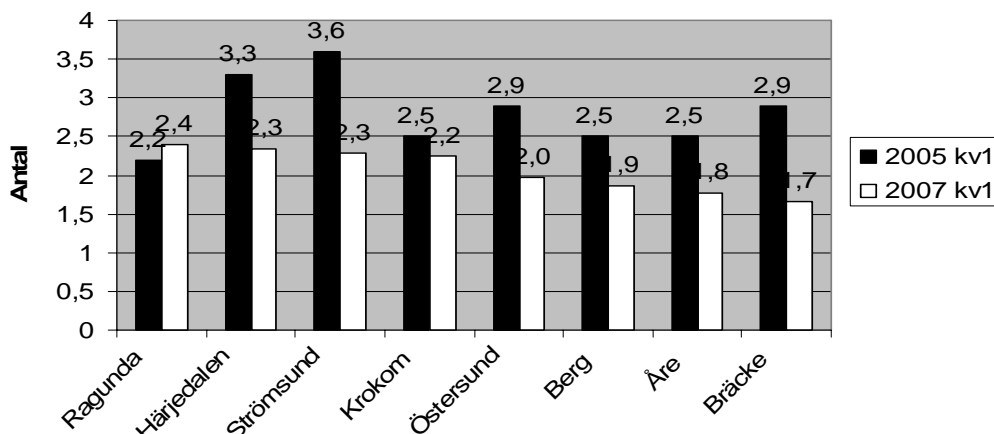
I resultatet från enkätundersökning om läkarmedverkan i de särskilda boendena som genomfördes år 2003 på uppdrag av primärvårdens förvaltningschef framkom bl.a. att det fanns anledning för landstingets politiker och tjänstemän att "se över den geriatriska kompetensen i länet".

I landstingsplanen för 2007-2009 finns följande aktivitet:

- "analys av behovet av närvårdsgeriatrisk kompetens inom länet ska ske inom ramen för den första prioriterade delprocessen inom Äldres hälsa".

²³ Ur Läkemedelsvärlden. Artikeln publicerad 2006-11-29

Antalet förskrivare per patient har minskat



Diagrammet visar antal förskrivare per patient i respektive kommun för granskad period år 2005 och motsvarande period år 2007.

Som framgår av diagrammet har kontinuiteten när det gäller förskrivare förbättrats jämfört med den situation som gällde vid granskningen år 2005. I samtliga kommuner har antalet förskrivare minskat utom i Ragunda. Största minskningen står Strömsund för vilket enligt uppgift är ett resultat av att läkarsituationen förbättrats och att man haft en äldre vårdsläkare som enbart arbetat mot de kommunala äldreboendena och hemsjukvårdspatienterna i Hammerdal, Backe och Strömsund. Ökningen i Ragunda har sin förklaring i den vakanssituation som finns i primärvården, 3 av 4 läkartjänster är vakanta.

Av diagrammet i avsnitt 5.3 framgår att det råder ett tämligen klart samband mellan antalet förskrivare per patient och antalet förskrivna läkemedel per patient.

Bedömning:

- Försöket med äldre vårdsläkare i Strömsund har enligt uppgift visats sig vara framgångsrikt. Vi anser att det bör undersökas om modellen med äldre vårdsläkare, som nu också prövats i Östersund, även bör införas i primärvården i samtliga kommuner.
- Vi tar även upp frågan om behovet av geriatrisk kompetens i främst primärvården.
- Antalet förskrivare per patient har minskat jämfört med situationen vid vår granskning 2005. Det finns enligt vår mening ändå anledning att vidta åtgärder för att ytterligare minska risken för att det förskrivs läkemedel som inte passar ihop. Detta kan bli följden när flera läkare ordinerar läkemedel till patienterna utan att ha tillräcklig kunskap om varandras ordinationer.

5.7 LÄKARMEDVERKAN I DE SÄRSKILDA BOENDENA

Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård åt dom som bor i sådana boenden som regleras i socialtjänstlagen dock inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare²⁴. Ansvar för läkarmedverkan i de särskilda boendena åligger därmed landstinget.

²⁴ Hälso- och sjukvårdslagen 18§

5.7.1 Läkarsatserna bör regleras på ett enhetligt sätt i Ädelavtalen

Resultatet av vår granskning år 2005 visade att Ädelavtalen behövde skrivas om p.g.a. att det saknades reglering av vissa läkarsatser som exempelvis att delta i vårdplanering samt att insatserna inte reglerats till någon bestämd omfattning utan uttrycktes oftast i termer av "utifrån behov", "kan bestå av" eller liknande.

Jämfört med tidigare Ädelavtal har de nya avtalen som gäller fr.o.m. år 2007 utvecklats och omfattar bl.a. en reglering av läkarmedverkan i kommunernas äldreomsorg. Exempelvis anges att patienterna skall ha en fast alternativt namngiven läkare samt att läkarsatser inom kommunens äldreomsorg omfattar hembesök, medverka i vårdplanering, medverka i läkemedelsgenomgångar samt medverka med rådgivning och utbildning till personalen. I avtalen regleras även landstingets betalningsansvar i de fall kommunen måste anlita läkare på egen hand.

De sju (7) Ädelavtalen (Bräcke saknar aktuellt avtal) har i stort sett samma rubrikuppsättning men skrivningen är i övrigt mycket varierande till innehåll och precisering. Insatserna är i vissa av avtalen bestämda till omfattning (exempelvis 3,5 min/patient/vecka) medan andra avtal fortfarande har formuleringar som "efter behov".

5.7.2 Läkarmedverkan har förbättrats

I vår granskning år 2005 framkom att det fanns ett visst missnöje bland MAS när det gällde läkarsatserna i de särskilda boendena.

Av svaren från MAS i nu aktuell granskning framgår att det skett en viss förbättring i läkarmedverkan, bl.a. som en följd av att denna insats reglerats i Ädelavtalen men också därför att läkarsituationen i primärvården förbättrats. Undantaget är Ragunda som har stor läkarbrist och därför förekommer det där varken konsulttider på boendena eller hembesök.

Enhetscheferna, alla utom en (1), anser att primärvården klarar av att tillhandahålla den läkarmedverkan i äldreomsorgen som regleras i Ädelavtalen. Förklaringen är i de flesta fall att hälsocentralerna nu i de flesta fall kan erbjuda fast läkare till patienter samt att man i enlighet med Ädelavtalet organiserat upp kontakterna mellan läkare och kommunens distriktssköterska och läkarbesöken i de särskilda boendena.

5.7.3 Utvärdering av läkarmedverkan i de särskilda boendena bör förbättras

En enkätundersökning, som vi tagit del av, om läkarmedverkan i de särskilda boendena i länet genomfördes inom primärvårdens centrala stab år 2003. Sedan dess har det inte skett någon strukturerad utvärdering av läkarmedverkan i äldreomsorgen, trots att resultatet av enkätundersökningen visade på "att det finns mycket för ansvariga tjänstemän och politiker att ta i beaktande vid det fortsatta arbetet gällande läkarmedverkan i särskilda boenden".²⁵

Vi ställde frågan till enhetscheferna i primärvården om man lokalt gör någon uppföljning av läkarmedverkan i äldreomsorgen?

Fyra (4) av enhetschefer svarade att det inte görs någon uppföljning. Övriga svar handlade om att man i samverkansgrupper, 1 gång per månad alternativt 1 gång per kvartal, stämmer av läkarmedverkan bl.a. som en uppföljning mot Ädelavtalet. Någon svarade att man "har koll" eftersom man har fasta läkare. I övrigt görs uppföljning när det dyker upp problem

²⁵ Den kommunala sjuksköterskans/distriktssköterskans uppfattning av läkarmedverkan vid särskilda boenden av Lotta Hagberg och Lena Weinstock-Svedh

Bedömning:

- Vi föreslår att Ädelavtalen ses över när det gäller läkarmedverkan. För att tillförsäkra patienterna en god och säker vård anser vi att läkarmedverkan bör uttryckas med större precisering i Ädelavtalet än vad som är fallet i nuvarande avtal.
- Vi anser att den hälso- och sjukvård i kommunernas äldreomsorg som ges av landstingets läkare bör följas upp genom kontinuerliga enkätundersökningar till personal, anhöriga och i det fall detta är möjligt även till patienterna.

5.8 LÄKEMEDELSHANTERINGEN MM I ÄLDREVÅRDEN

Enligt 28-30§§ HSL skall det finnas en verksamhetschef som ansvarar för att verksamheten är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Bestämmelserna är gemensamma för all hälso- och sjukvård och gäller även inom kommunalt bedrivna sjukvård.

I kommunernas hälso- och sjukvård skall det finnas en sjuksköterska som har det medicinska ansvaret i verksamheten. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) är underställd verksamhetschefen. Vid fullgörandet av de uppgifter som omfattas av det medicinska ansvaret enligt 24§ HSL och 6§ åliggandeförordningen är den medicinskt ansvariga sjuksköterskan dock inte underställd någon verksamhetschef.

De uppgifter som åligger medicinskt ansvarig sjuksköterska innebär att hon har ansvar för kvalitet och säkerhet i verksamheten. Ansvaret avser den vård och behandling som patienterna ges samt de krav som ställs på läkemedelshandling, dokumentation, anmälan av skador mm i hälso- och sjukvårdsverksamhet.²⁶

I vår granskning år 2005 framkom att det fanns brister i läkemedelshandling mm i äldreomsorgen. De brister som MAS och sjukvårdspersonalen i de särskilda boendena uppgav i enkätsvaren var:

- otillräcklig information/utbildning om läkemedelshandling
- alltför omfattande delegeringen i vissa delar i läkemedelshandling
- ordination sker inte alltid utifrån en tydlig och aktuell indikation
- nytt läkemedel ordineras sällan/aldrig med en provperiod
- utvärdering av läkemedelsbehandling resulterar oftare i att nytt läkemedel sätts in än att läkemedel sätts ut
- ordination per telefon förekommer ofta
- läkaren träffar sällan sin patient innan ordination
- uppföljningen av läkemedelsordinationer sker inte i tillräcklig omfattning
- anmälan av biverkningar till Läkemedelsverket görs sällan

²⁶ Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.

5.8.1 Utbildning

Med hjälp av Apoteksbolaget har fem (5) av kommunerna genomfört utbildningar i bl.a. allmän läkemedelshantering för vårdbiträden, undersköterskor och specifik läkemedelshantering för sjuksköterskor. Handledare i läkemedelshantering har utbildats med syfte att kunna ge övrig personal utbildning.

De tre (3) övriga kommunerna uppger att utbildning i läkemedelshantering sker i samband med delegeringsutbildning.

5.8.2 Delegering

För patientens säkerhet och trygghet bör läkemedelshantering skötas av så få som möjligt och delegering bör göras restriktivt.²⁷

Inom annan hälso- och sjukvård än slutenvård får delegering (överlåtelse) av iordningställande eller administrering (utdelning av medicin till patienter) göras under följande förutsättningar:

- verksamhetschefen svarar för att detta är förenligt med säkerheten för patienterna***
- överlåtelsen sker av någon sjukvårdspersonal med formell kompetens***
- mottagaren av uppgiften skall ha en reell kompetens***
- delegationsbeslut skall följas upp och om omständigheterna påkallar det, omprövas. Om beslutet inte längre är förenligt med en god och säker vård skall beslutet återkallas.²⁸***

Enligt Socialstyrelsens definition består läkemedelshantering av följande aktiviteter:

Ordination (förordnande av läkemedel som utförs av legitimerad läkare), iordningsställande (uppdelning till en enskild patient av tabletter, kapslar mm), administrering (tillförsel eller överlämnande av en iordningställd läkemedelsdos till en patient), rekvisition (beställning av läkemedel från apoteket till läkemedelsförråd) och förvaring av läkemedel.

Delegering fortfarande mycket vanligt

Delegering i läkemedelshantering förekommer enligt MAS i stort sett som vid vår förra granskning år 2005 d.v.s. administreringen utförs på delegation oftast av undersköterskor. Ingen av MAS ser någon risk i detta beroende på att det finns riktlinjer för delegering och att man följer upp och dessutom ges utbildning/information i läkemedelshantering.

²⁷ SOSFS 2000:1 föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

²⁸ SOSFS 1997:14 föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

5.8.3 Ordination

Grunderna för en god läkemedelsanvändning hos äldre är att indikation för behandlingen finns²⁹

Det är viktigt att indikationen klart och tydligt framgår för varje läkemedel som ordineras, och att denna information förmedlas om patienten träffar andra läkare eller byter vårdform.³⁰

En viktig orsak till polyfarmasi hos äldre är att man för sällan omprövar deras medicinering. Man tvekar inför att röra mediciner som ordinerats av annan läkare. Ibland har äldre haft läkemedel så länge att ingen längre vet varför de sattes in och hur behandlingen kan följas upp.³¹

Ordination med tydlig och klar indikation?

Tre (3) av MAS har svarat att deras uppfattning är att ordinationer ges utifrån en klar och tydlig indikation, tre (3) av MAS har inte besvarat frågan med hänvisning till att ordinationer är ett läkaransvar. Övriga MAS uppger att läget i denna fråga är detsamma som vid vår förra granskning år 2005.

Fremsta anledningen till den förbättring som har skett sedan år 2005 uppges vara att det ställs större krav från dos-apoteket på att indikation skall anges. Den andra bidragande orsaken till förbättringen är att läkarbemanningen förbättrats.

I vilken utsträckning ordinerar behandling, med nytt läkemedel, med en provperiod?

Två (2) av de fyra (4) MAS som besvarat frågan uppger att det blivit vanligare med provperioder. En (1) MAS uppger att man använder få provförpackningar men att man i högre utsträckning än tidigare utvärderar de läkemedel som satts in med ApoDos.

Sker uppföljning av läkemedelsordinationer i den utsträckning att patienten ges en säker vård?

Läkare har skyldighet att följa upp om ordinerad läkemedelsbehandling har gett önskad effekt.

I granskningen år 2005 uppgav de flesta av MAS att uppföljningen inte genomfördes i en sådan omfattning att patienterna i de särskilda boendena tillförsäkrades en god och säker behandling.

På samma fråga till MAS i den nu aktuella granskningen svarar tre (3) att uppföljningen har förbättrats och att det pågår ytterligare förbättringsåtgärder. Två (2) svarar att uppföljningen inte är tillfredsställande p.g.a. att det saknas läkare, övriga MAS har inte besvarat frågan med motiveringen att ordinationer och uppföljning av dessa är en läkarfråga.

Förekommer ordination - per telefon - av läkemedel till patienterna?

Läkemedel får ordinerar per telefon om den som ordinerar läkemedlet är förhindrad att komma till patienten (SOSFS 2000:1)

Ordination via telefon förekommer i mindre omfattning än tidigare uppger två (2) MAS och i samma omfattning som tidigare enligt en (1) MAS. Övriga har inte besvarat frågan.

²⁹ Socialstyrelsen: Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi

³⁰ Äldre och läkemedel av Johan Fastbom

³¹ Äldre och läkemedel av John Fastbom

Träffar läkaren sin patient innan ordination av läkemedel?

Av de fyra (4) MAS som besvarat frågan har hälften uppgett att situationen är densamma som år 2005 och andra hälften att en förbättring skett. Förbättringen beror, vilket framkommit i andra sammanhang, på den förbättrade läkarbemanningen.

Sjukvårdspersonalens iakttagelser och bedömningar om patientens sjukdomstillstånd är det underlag som läkaren har för sin ordinerings i de fall denne inte träffar sin patient inför ordinationen. I svaren från MAS har framkommit att "kommunens personal har inte tillgång till primärvårdens journal och kan därför inte bedöma indikation/uppföljning/dokumentation".

Är det vanligare att läkemedel sätts in än att läkemedel sätts ut vid utvärdering av läkemedelsanvändning?

De tre (3) MAS som besvarat frågan uppger att det skett en viss förbättring som följd av en förbättrad läkarkontinuitet och att läkarna är mer noggranna vid insättning av nytt läkemedel. Läkaren prövar numera läkemedelsbehandlingen under någon vecka sedan görs utvärdering innan eventuell insättning/utsättning. "Problem kan vara då flera läkare ordinerat läkemedel och patientansvarig läkare ej vill ändra något som en annan läkare satt in men jag tror att det blivit bättre nu när man kan se patientens samlade läkemedel i VAS" uppger en (1) av MAS.

Har läkemedelsgenomgångar genomförts?

I alla kommuner, utom en, har det under 2007 startats upp eller skall startas upp läkemedelsgenomgångar. Dessa genomförs dock inte alltid med medverkan från Apoteket.

I två av kommunerna uppges att läkemedelsgenomgångar skall genomföras i alla särskilda boenden medan övriga kommuner verkar planera läkemedelsgenomgångar i något mindre omfattning.

5.8.4 Andra icke farmakologiska åtgärder för patienterna i de särskilda boendena?

En god läkemedelsterapi hos äldre förutsätter en noggrann diagnostik och en utförlig läkemedelsanamnes³², som också omfattar receptfria preparat och naturläkemedel. Förskrivaren bör även överväga "icke-farmakologiska" behandlingsalternativ.³³

I vår granskning år 2005 framkom att icke farmakologisk behandling (andra behandlingsformer än läkemedel) i princip aldrig ordinerades till patienterna i de särskilda boendena.

Vi har i den nu aktuella granskningen undersökt om och i så fall vilka alternativa åtgärder som vidtagits inom de särskilda boendena för att minska läkemedelsanvändningen.

De flesta uppger att man ändrat måltider och kosten utifrån en ny måltidspolicy. Nattfastan skall enligt denna policy inte överstiga 11 timmar. Någon av MAS har uppgett att man i de särskilda boendena skall pröva att ge extra nattmål till patienterna och på det sättet kanske minska behovet av sömnmedel. Man undersöker möjligheter att med ändrad kost minska användningen av vissa mediciner exempelvis att få ner användningen av Laxantia (medel mot förstoppning) genom att ge patienterna gröt.

Två (2) av MAS redovisar ett antal aktiviteter som pågår alternativt planeras i syfte att ge patienterna i de särskilda boendena en meningsfull, trygg tillvaro och tillgodose hög patientsäkerhet vad gäller hälso- och sjukvården. Dessa åtgärder har möjliggjorts med hjälp av extra medel i form av statliga stimulansmedel.

³² Patienthistoria, patientens egen redogörelse för sin läkemedelsanvändning och dess verkningar

³³ Äldre och läkemedel av Johan Fastbom

En (1) av MAS har svarat att det har skett försämringar, som följd av budgetnedskärningar, när det gäller att kunna genomföra sådana förändringar i de särskilda boendena som skulle kunna minska patienternas behov av läkemedel.

Bedömning:

- Läkemedelshanteringen i de särskilda boendena har förbättrats något sedan vår förra granskning år 2005.

Ordinationer sker dock fortfarande utan att läkaren träffar patienten. Vi anser att ett sådant arbetssätt medför risker för felaktig ordination eftersom ordinationen i dessa situationer baseras på andra hands information. Läkaren är då helt beroende av att sjukvårdspersonalen i de särskilda boendena ger en korrekt och fullständig beskrivning av patientens tillstånd. Vi anser också att sjukvårdspersonalen i de särskilda boendena åläggs ett alltför stort ansvar för bedömning och beskrivning av sjukdomstillståndet hos patienterna speciellt med tanke på att journaluppgifter inte enligt uppgift finns tillgängliga för sjukvårdspersonalen i de särskilda boendena.

- Det är enligt vår mening inte tillfredsställande att det i några kommuner saknas fungerande uppföljning av ordinationer.

5.8.5 Anmälan till Läkemedelsverket

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården skall till Läkemedelsverket snarast rapportera samtliga allvarliga biverkningar, samtliga oförutsedda biverkningar samt sådana biverkningar som synes öka i frekvens.³⁴

För nya läkemedel skall alla misstänkta biverkningar, förutom de som återfinns som "vanliga" i FASS-texten (läkemedelsinformation), anmälas. För samtliga läkemedel skall rapporteras: dödsfall, livshotande reaktioner, biverkningar som leder till permanent skada eller långvarig funktionsnedsättning, biverkningar som leder till sjukhusvård eller förlängning därav, nya oväntade biverkningar och interaktioner och biverkningar som tycks öka i frekvens eller allvarlighetsgrad.³⁵

På vår fråga, i vår förra granskning, om det gjordes anmälan till Läkemedelsverket om biverkningar av läkemedel svarade 62 procent av MAS och 53 procent av sjukvårdspersonalen vid de särskilda boendena "vet ej". Resterande andel av enkätbesvararna svarade "sällan" och "aldrig".

Samma fråga har i den nu aktuella granskningen ställts till MAS. Två (2) av dessa har svarat att anmälan till Läkemedelsverket inte gjorts efter 2005, två (2) uppger att det genomförts utbildning i biverkningsrapportering för sjuksköterskor och distriktssköterskor. Övriga MAS känner inte till hur det är ställt med dessa anmälningar.

Bedömning:

- Det finns fortfarande brister i rapporteringen av biverkningar till Läkemedelsverket. Vi vill uppmärksamma på att den som bedriver hälso- och sjukvård är skyldig att snarast rapportera biverkningar till Läkemedelsverket.

³⁴ Läkemedelsverket föreskrifter (LVFS 2001:12) om säkerhetsövervakning av läkemedel.

³⁵ Läkemedelsverket: Så rapporterar du biverkningar

Revisionskontoret

Majvor Enström

Certifierad kommunal revisor

-
- För att få en säkrare och effektivare läkemedelsanvändning är det väsentligt att biverkningar rapporteras till LäkeMedelsverket.
Behovet av rapporteringen framgår av följande uttalanden:
 - Enligt SBU hanteras biverkningar av läkemedel styvmoderligt, forskarna och industrin (som betalar för många av studierna) är betydligt mer intresserade av att beskriva de önskade effekterna än de oönskade. Problemet är också att vissa biverkningar inte visar sig förrän efter en längre tids användning av läkemedlet.
 - "Vid godkännandet av nya läkemedel är endast de vanligaste biverkningarna kända. Kunskapen om mer ovanliga biverkningar är ofta mycket begränsad. En bra biverkningsrapportering är därför av stor betydelse för att klargöra riskprofilen hos nya läkemedel när de kommit i normalt bruk av patienter"³⁶.

Majvor Enström

Certifierad kommunal revisor

³⁶ LäkeMedelsverkets hemsida: Rapportera biverkningar

Bilagor

Bilaga 1 Läkemedel enligt SOS kvalitetsindikatorer

Läkemedelsstatistiken omfattar ApoDos-dispenserade läkemedel som Apoteket expedierat i huvudsak till patienter i kommunernas särskilda boenden (servicehus/-lägenheter och gruppboenden). Statistiken är uppdelad i:

- Antalet expedierade läkemedel per person,
- De sex (6) vanligaste läkemedelsgrupperna,
- Använda specifika preparat i dessa läkemedelsgrupper.
- Antalet förskrivare per patient

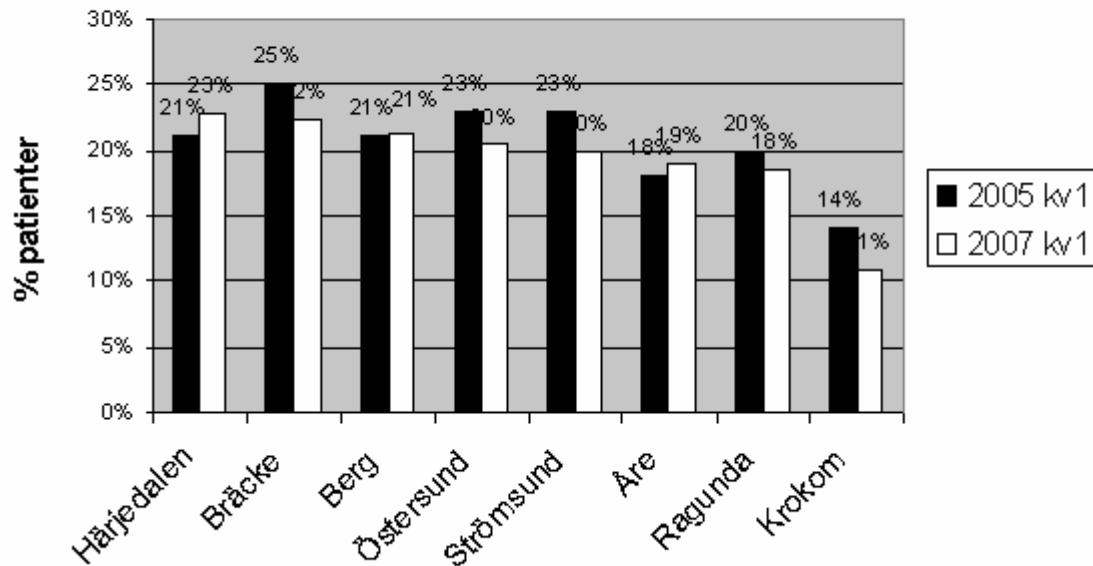
I statistiken ingår även en del expedierade ApoDoser till vårdtagare som bor i det egna hemmet, enligt uppgifter från Apoteket är denna grupp av mycket liten omfattning. De läkemedel som de äldre fått utöver ApoDos-expediering, exempelvis de som givits vid besök i slutna vården, ingår inte i underlaget för denna granskning.

Urvalet för beställning av läkemedelsstatistik har skett med utgångspunkt från Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer:

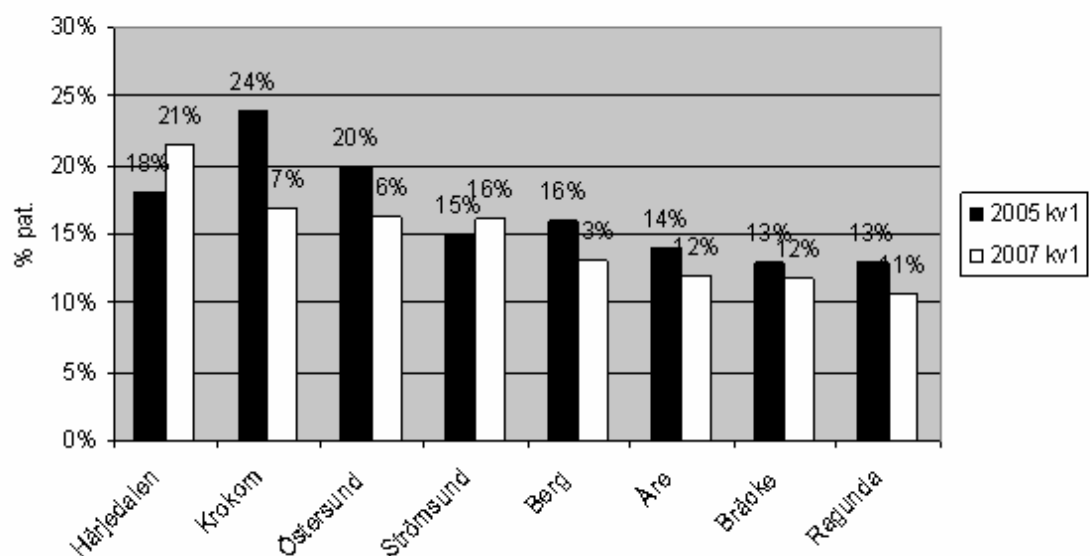
- Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger (1.1)
Långverkande bensodiazepiner
Antikolinerga medel
- Preparat vars användning kräver en korrekt och aktuell indikation (1.2)
NSAID
Neuroleptika
Protonpumpshämmare
Loopdiuretika
- Olämplig regim (1.3)
Sömnmedel i fast ordination
NSAID i fast ordination
- Polyfarmasi (1.5)
Antal läkemedel per patient

Bilaga 2 Statistik över förskrivna ApoDos-läkemedel

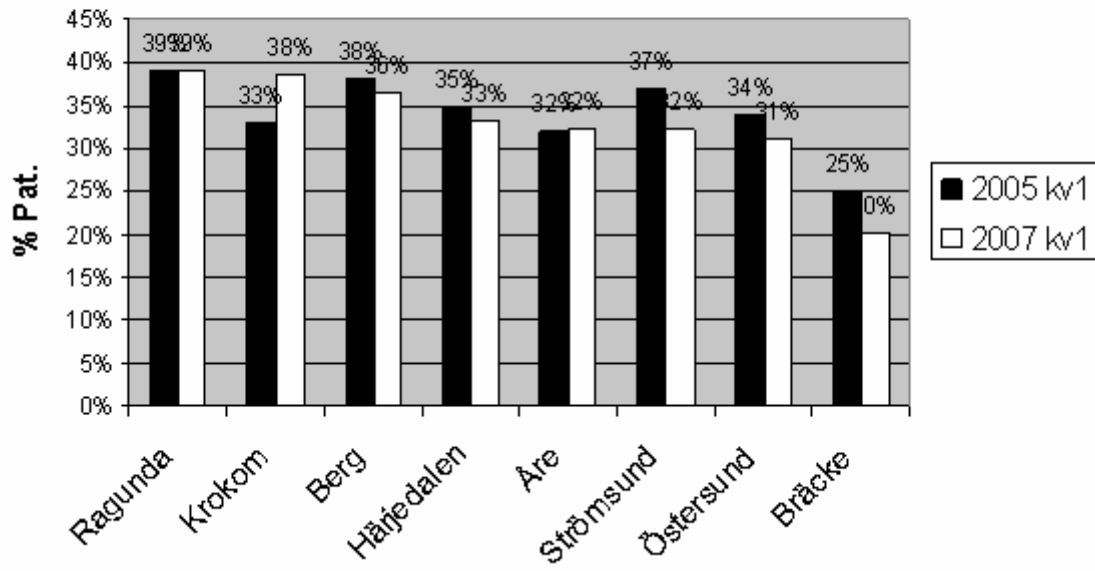
Andel patienter med neuroleptika



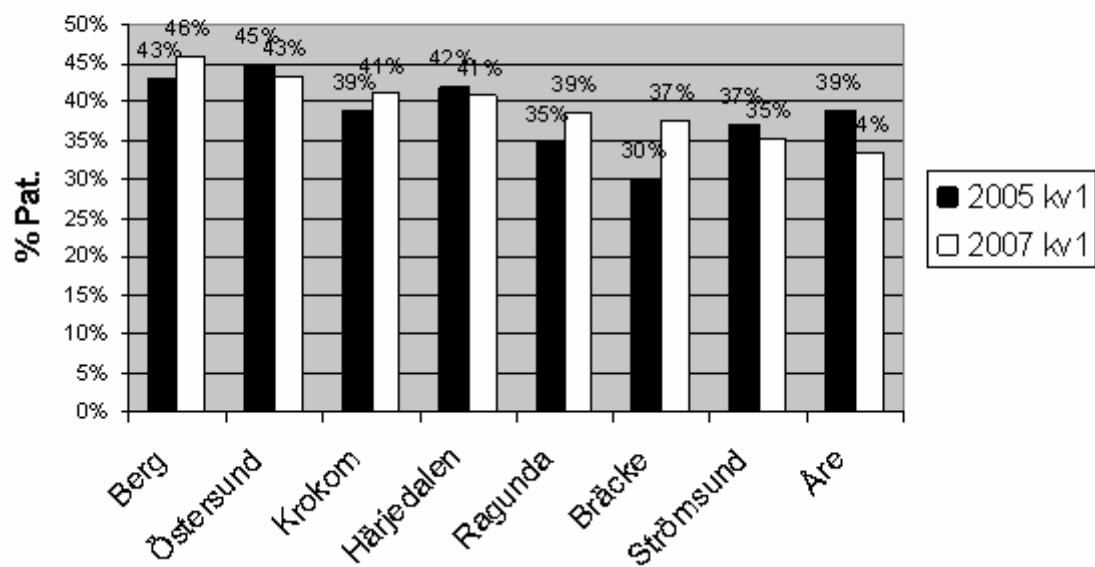
Andel patienter med långverkande bensodiazepiner



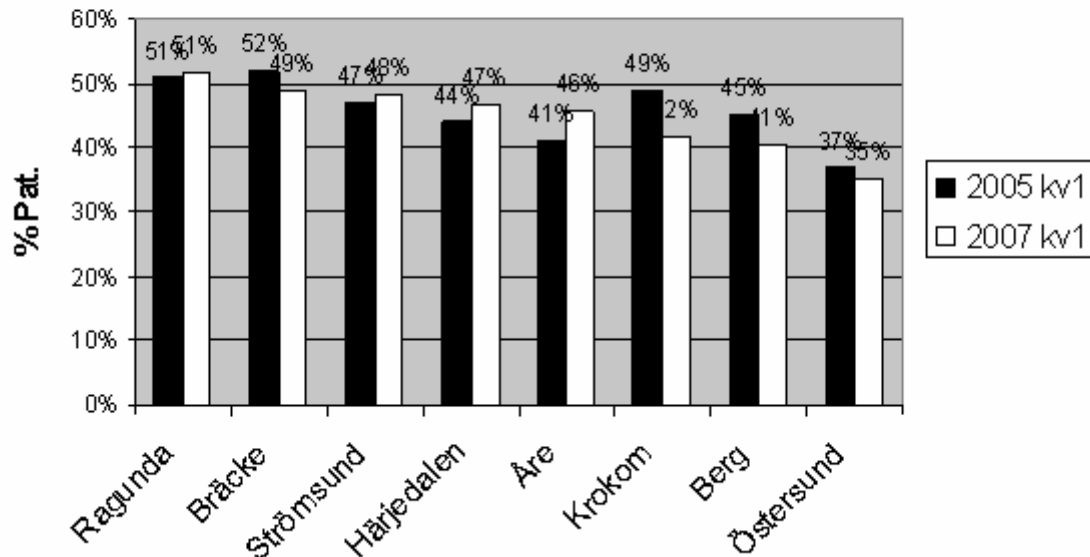
Andel patienter med sömnmedel



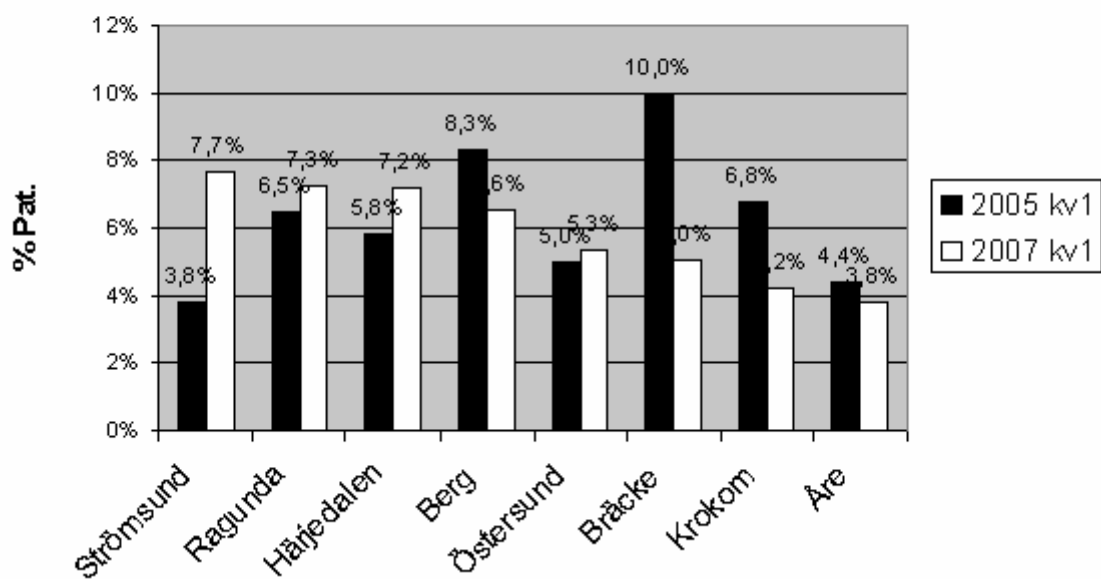
Andel patienter med antidepressiva medel



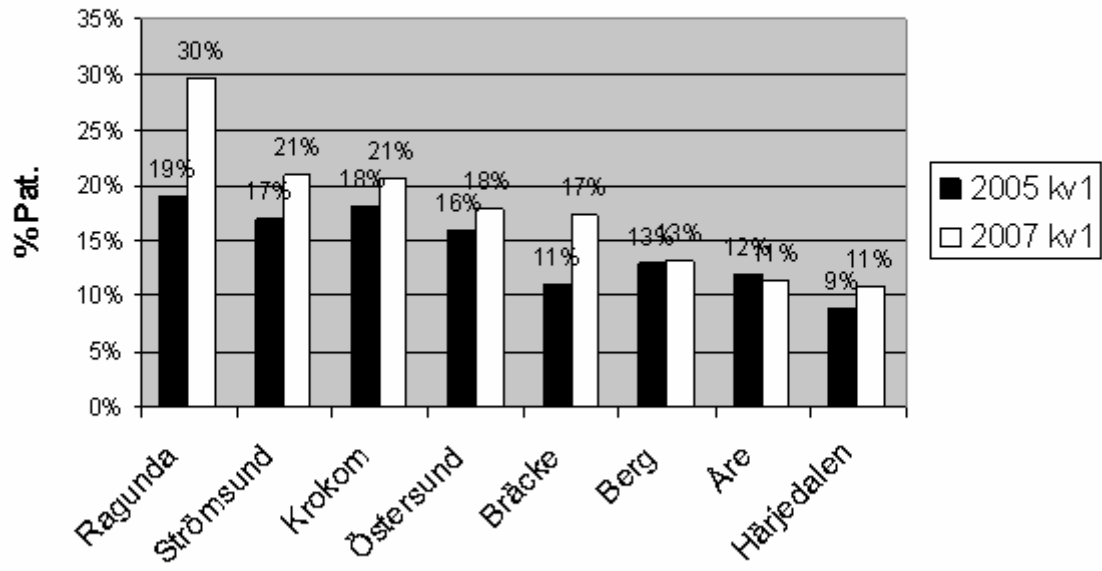
Andel patienter med Loop-diuretika



Andel patienter med NSAID



Andel patienter med Protonpumpshämmare



Bilaga3 Förskrivarstöd i VAS

Tanken är att läkemedelslistan i VAS ska fungera som patientens landstingsgemensamma läkemedelslista. Alla läkemedel som förskrivits, framför allt e-recept, inom landstinget till patienten visas här, med undantag för sekretessmarkerade läkemedel som endast visas med texten Sekretessmarkerad ordination.

För de privata vårdgivare som kommer att använda VAS är förutsättningen att de har patientens samtycke för att kunna ta del av läkemedelslistan.

- Läkemedelslistan innehåller två olika vyer, Aktuella och Utsatta/Utgångna.
- Om en receptförskrivning är gjord på fel patient finns det möjlighet till borttag av receptet, och man får också en uppmaning att kontakta Apoteket så att receptet inte expedieras.
Möjligheten att kontakta Apoteket via journalsystemet om borttag av ett sänt recept med kvittens tillbaka från Apoteket diskuteras f n på nationell nivå. Naturligtvis sparas borttag av signerade poster i en historikfunktion.
- Förskrivaren har möjlighet att ange omständigheter kring in- eller utsättning av ett läkemedel, ett s k läkemedelsnotat.
- Vid eventuell överkänslighet/allergi finns möjlighet att registrera detta i VAS och knyta registreringen till ett specifikt läkemedel eller substans. Det innebär att vid en förskrivning får man information om att patienten är överkänslig mot läkemedlet/substansen.
- Det finns en knapp benämnd E-dos som är en länk till Apotekets webbapplikation E-dos (patientens apodoslista), som i sin tur kräver inloggning. Knappen är endast aktiv om patienten är dospatient.
- Sedan ett par år tillbaka har Apoteket även möjlighet att ta emot extemporeförskrivningar (icke standardiserat läkemedel som tillverkas av Apoteket AB för viss patient) och förskrivningar av licenspreparat (läkemedel som inte är godkända i Sverige men som beviljats försäljningstillstånd av Läkemedelsverket) som e-recept.

-
- Om ett läkemedel (fast ordination) inte har förnyats inom 18 mån och förskrivaren öppnar läkemedelslistan får man tre valmöjligheter: Om man vill bekräfta ordinationen, sätta ut ordinationen eller om man väljer att inte ta ställning till det just nu - då kommer samma meddelande nästa gång läkemedelslistan öppnas.
Har läkemedlet inte förnyats inom 36 månader sker en automatutsättning.
 - Hjälpmedel är möjligt att sända som e-recept, förutsatt att förskrivaren har en förskrivarkod registrerad i VAS.
 - Det finns också en logglista över sända e-recept, där presenteras sändningsdatum, sändningsklockslag, förskrivaren, patientens personnummer, till vilket apotek e-receptet sänts, samt om VAS fått kvittens från Apoteket.

Det pågår även en hel del utvecklingsaktiviteter vad gäller läkemedelsfunktionen i VAS som än så länge bara finns på kravspecifikationsnivå:

- Delintegration till E-dos (patientens apodoslista).
- Möjlighet att välja läkemedel utifrån ett problemområde, t ex hypertoni.
- Eventuella interaktioner ska presenteras för förskrivaren.
- Förbehåll för graviditet och amning.
- Möjlighet att förskriva hjälpmedel utan förskrivarkod, t ex en dietist.