

Revisionsrapport

Läkemedelsanvändningen i Bollnäs kommun

- En samverkansgranskning mellan
revisorerna i Bollnäs- och Gävle kommun
samt Landstinget Gävleborg

*Fredrik Markstedt och
Hanna Franck Larsson*

Januari 2013



Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	1
2.	Inledning	4
2.1.	Revisionsfråga och tillhörande kontrollmål	5
2.2.	Metod och avgränsning	5
3.	Granskningsresultat	7
3.1.	Hur ser läkemedelsanvändningen ut på kommunernas äldreboenden	7
3.1.1.	Hög risk för biverkningar hos äldre	7
3.1.2.	Polyfarmaci	8
3.1.3.	Laxantiaanvändningen	9
3.2.	Kontinuerlig genomgång av läkemedel	10
3.3.	Informationsöverföring	11
3.4.	Ansvarsfördelning	12
3.4.1.	Ansvar för läkemedelsgenomgångar	13
3.4.2.	Ansvar för läkemedelsberättelser	13
3.4.3.	Ansvarsfördelning via delegation	14
3.5.	Uppföljning	14
3.5.1.	Uppföljning av genomförda läkemedelsgenomgångar	14
3.5.2.	Uppföljning av informationsöverföringen	14

Bilagor

Bilaga 1 Beskrivning av de läkemedelsgrupper som ingår i granskningen

Bilaga 2 Jämförelse av läkemedelsanvändningen, stående ordinationer, mellan medverkande kommuner

Bilaga 3 Läkemedelsanvändning, stående ordinationer, vid Bollnäs kommuns äldreboenden

1. *Sammanfattande bedömning*

På uppdrag av revisorerna i Bollnäs och Gävle kommun i samverkan med Landstinget Gävleborgs revisorer har PwC granskat läkemedelsanvändningen inom såväl särskilt boende som ordinärt boende. Revisorernas bedömning av väsentlighet och risk har legat till grund för valet av granskningsinriktning.

Inledningsvis indikerar vår sammanställning över stående läkemedel från samtliga äldreboenden från de berörda kommunerna att det finns vissa förhållanden som inte är helt tillfredsställande.

För Bollnäs kommuns del är vår bedömning är att det finns anledning att exempelvis säkerställa att den förhållandevis höga användningen av antidepressiva är optimal med tanke på risken för biverkningar. Bollnäs har även en förhållandevis hög andel äldre med 10 eller fler stående läkemedel. Vidare ser vi ett behov av att utreda och säkerställa att de i vissa fall påtagliga variationerna i läkemedelsanvändningen mellan äldreboendena verkligen speglar en optimal användning och att skillnaderna inte beror på andra faktorer.

Vår sammanfattande bedömning är att Socialnämnden till viss del säkerställt en ändamålsenlig läkemedelsförskrivning/-användning utifrån gällande författningar. Den sammanfattande bedömningen baseras på bedömningar avseende granskningens kontrollmål, dessa redovisas nedan:

Kontrollmål 1 – Läkemedelsgenomgångar genomförs i enlighet med gällande föreskrifter och tillhörande rutinbeskrivningar

Vår bedömning är att läkemedelsgenomgångar delvis genomförs på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen bygger på/baseras på följande iakttagelser.

- Länsgemensamma rutiner för genomgångar har tagits fram utifrån de nya föreskrifterna men då rutinerna är så pass nyligt framtagna är kännedomen om de nya direktiven låg och följaktligen även tillämpningen av de förändringar som tillkommit.
- Vi har i granskningen via de intervjuade och enkätsvaren stött på ett antal olika uppfattningar kring vad en läkemedelsgenomgång är. Positivt är att ledningen inom både kommun och landsting nu avser att mer aktivt kommunicera ut och säkerställa att genomgångar genomförs i enlighet med fastställd rutin.
- Kontinuerliga driftstörningar i Pascal medför att förutsättningarna för att genomföra läkemedelsgenomgångar försämrats då tid och energi går åt till att lösa de tekniska problemen.

Kontrollmål 2 – Läkemedelsberättelser finns med i utskrivningsmeddelande/epikris för att minimera risken för överföringsfel vid vårdens övergångar

Vår bedömning är att hanteringen av läkemedelsberättelser inte är tillfredsställande. Bedömningen bygger på/baseras på följande iakttagelser.

- Läkemedelsberättelser finns överlag inte med i utskrivningsmeddelande/-epikris för att minimera risken för överföringsfel vid vårdens övergångar.
- I nuläget har inte det stora flertalet läkare inom slutenvården tillräckliga förutsättningar i form av exempelvis lättillgänglig information för att kunna skicka med en korrekt läkemedelsberättelse vid utskrivning.
- Avsaknad av läkemedelsberättelse utgör en stor risk för äldre patienter i såväl ordinärt som särskilt boende. Dessa patienter har ofta stora svårigheter att förstå och aktivt ta del av sin läkemedelsbehandling och behov av hjälp med sin läkemedelshantering. I särskilt boende finns ett professionellt skyddsnät runt patienten, som gör att felaktig läkemedelsbehandling och oklarheter lättare uppmärksammas. I ordinärt boende, utan hälso- och sjukvårdsinsatser, vilar ofta ansvaret på patienten och/eller anhörig.

Kontrollmål 3 – Det finns en tydlig ansvarsfördelning inom kommunen och mellan kommun och landsting avseende läkemedelsanvändningen/hanteringen

Vår bedömning är att ansvarsfördelning delvis är tillfredsställande. Bedömningen bygger på/baseras på att;

- nämnden, bland annat med utgångspunkt från lämnad rapportering, ska vidta mer aktiva åtgärder när det gäller styrningen av området t ex genom att ange inriktning/övergripande mål för de äldres läkemedelsanvändning. I detta arbete finns gott stöd från läkemedelskommitténs riktlinjer.
- Övertagandet av hemsjukvården kommer att ställa större krav på landstinget att sköta läkemedelsgenomgångarna på ett bättre sätt för denna målgrupp då det kommer att tydliggöras i avtal mellan landsting och kommun. Granskningen indikerar även att det kommer att ställas högre krav på läkares medverkan i vårdplanering vilket vi bedömer kommer att gagna patienterna med en bättre kontrollerad läkemedelsförskrivning.

Kontrollmål 4 – Systematisk uppföljning sker i enlighet med fastställda direktiv på såväl verksamhets- som individnivå

Vår bedömning är att den systematiska uppföljningen i flera avseenden är tillräcklig men att framförallt återkopplingen tillbaka till berörda personalgrupper kan utvecklas ytterligare. Bedömningen bygger vidare på/baseras på följande iakttagelser.

- När det gäller de äldres läkemedelsanvändning noterar vi att nämnden årligen får information om läkemedelsavvikelser vid äldreboendena via MAS rapportering.
- Vi ser ett värde i att nämnden fortsättningsvis får en kontinuerlig återrapportering av läkemedelsanvändningen på boendenivå

De brister och riskområden som uppmärksammats i granskningen oavsett boendeform indikerar i flera avseenden att det finns fortsatta behov av olika åtgärder för att närma sig en optimal läkemedelsförskrivning till de äldre.

Avseende vår sammanställning av läkemedelsförskrivningen på äldreboendenivå omfattar som sagt inte granskningen några analyser och bedömningar av läkemedelsanvändningen i förhållande till de äldres symtom och diagnoser, dvs. medicinska bedömningar av enskilda läkemedelsterapier. Vår översikt ska i första hand ses som ett diskussionsunderlag på respektive boende, mellan sjuksköterskorna och förskrivande läkare samt läkare emellan omkring olika förskrivningsmönster utan pekpinna vad som är rätt eller fel.

Ingen enskild åtgärd löser utmaningen i läkemedelsbehandlingen utan det bygger på ett aktivt professionellt och kompetent agerande av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i samarbete med förskrivande läkare. I denna dialog finns även ett värde av kontinuerligt professionellt kompetensstöd i form exempelvis klinisk apotekare.

2. *Inledning*

Socialstyrelsen (SoS) har tidigare redovisat att läkemedelsanvändningen bland äldre ökat påtagligt och då främst i kommunala särskilda boendeformer men även för multisjuka äldre i ordinärt boende, som idag är ordinerade i medeltal 8-10 olika läkemedel. Denna omfattande läkemedelsanvändning innebär enligt SoS en kraftigt ökad risk för oönskade interaktioner mellan olika läkemedel och biverkningar hos de äldre som kan innebära försämrade funktionsförmåga. SoS har tagit fram riktlinjer för medicinering av äldre som ett stöd till läkare och övrig vårdpersonal. Målet är en optimal läkemedelsanvändning bland de äldre som tar sikte på hög patientsäkerhet, de äldres välbefinnande samt kostnadseffektivitet. I detta arbete har läkarna med sin kompetens och som förskrivare och vårdpersonalen vid kommunernas äldreboenden och inom ordinärt boende viktiga roller.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) anser bland annat att läkemedelsbehandlingen för äldre behöver förbättras avsevärt och redovisar att alltför många äldre får olämpliga läkemedel och att löpande omprövningar av läkemedelsordinationer kan minska läkemedelsrelaterade problem. Förutom SoS och SBU har även andra uppmärksammat de äldres läkemedelsanvändning inte minst de regionala läkemedelskommittéerna och deras gemensamma samverkansorgan – LOK. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har bedrivit ett arbete benämnt, *Bättre läkemedelsanvändning för äldre med omfattande vårdbehov* och gett ut skriften *Kvalitetsindikatorer som stöd för en säkrare läkemedelsterapi hos äldre, (SÄLMA-projektet)*. Även pensionärsorganisationerna visar ett stort intresse för äldres läkemedelsanvändning.

Grunden för läkemedelsbehandlingen inom den kommunala hälso- och sjukvården är att den ska vara individuellt anpassad till den enskildes sjukdom/besvär och personliga förutsättningar. Landstinget har ett ansvar för att tillgodose kommunernas behov av läkarkompetens. Det innebär att landstinget ska svara för att de äldre som får hälso- och sjukvård vid kommunernas särskilda boenden ska ha tillgång till läkare på samma villkor som andra grupper i samhället.

En optimal läkemedelsanvändning är i hög grad beroende av en god samverkan mellan huvudmännen. Därför har revisorerna i Bollnäs och Gävle kommun i samverkan med revisorerna i Landstinget Gävleborg uppdragit till PwC att granska och bedöma läkemedelsanvändning och vissa rutiner med koppling till området läkemedel för kommunens äldre inom både ordinärt och särskilt boende.

2.1. Revisionsfråga och tillhörande kontrollmål

Revisionsfrågan för denna granskning är om styrelse och nämnder säkerställt en ändamålsenlig läkemedelsförskrivning/-användning utifrån gällande författningar?

För att besvara granskningens övergripande revisionsfråga har följande kontrollmål varit styrande för granskningen:

- Läkemedelsgenomgångar genomförs i enlighet med gällande föreskrifter och tillhörande rutinbeskrivningar
- Läkemedelsberättelser finns med i utskrivningsmeddelande/epikris för att minimera risken för överföringsfel vid vårdens övergångar
- Det finns en tydlig ansvarsfördelning inom kommunen och mellan kommun och landsting avseende läkemedelsanvändningen/hanteringen
- Systematisk uppföljning sker i enlighet med fastställda direktiv på såväl verksamhets- som individnivå

2.2. Metod och avgränsning

I och med granskningens avgränsning och inriktning på ansvarsförhållandena, läkemedelsgenomgång, läkemedelsberättelse och uppföljning har särskilt fokus varit på gällande föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2001:1) om läkemedels-hantering i hälso- och sjukvården (senaste versionen efter ändring SOSFS 2012:9).

Genomgång av dokumentation, beslut och styrande dokument. För respektive äldreboenden i de två kommunerna har aktuell läkemedelsstatistik samlats in avseende stående läkemedel enligt utformad blankett. Blanketten bygger bland annat på ett urval av indikatorer och kriterier från Socialstyrelsens "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (juni 2010)". Även genomgång av tillämpliga rutiner har ingått i granskningen.

Intervjuer Bollnäs kommun

I Bollnäs kommun har intervjuer genomförts med;

- Verksamhetschef äldreomsorg
- Enhetschef HSL
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- 2 enhetschefer för hemtjänsten

Vidare har intervjuer genomförts med ansvariga sjuksköterskor (totalt fyra stycken) från två av boendena nedan;

- Karlslund
- Gutenberg

Läkemedelsstatistiken omfattar samtliga äldreboenden i Bollnäs kommun (5 stycken) och av de 259 boendeplatser som finns vid dessa enheter ingår 255 personer (98 procent) i granskningsunderlaget.

Totalt i samverkansgranskningen har platsbesök gjorts på sex äldreboenden. Sammantaget har 27 personer intervjuats från båda kommunerna och landstinget. Från landstingets sida kan nämnas att en dialog kring granskningens förts med exempelvis ordförande för läkemedelskommittén, kliniska apotekare och läkare. Stickprov har även genomförts avseende relevant dokumentation för granskningen på patientnivå. Exempelvis kan nämnas uppgifter om läkemedelsberättelser i epikriser/utskrivningsmeddelanden och dokumentation kring genomförda läkemedelsgenomgångar.

Denna samverkansgranskning mellan landstinget Gävleborg, Bollnäs och Gävle kommun omfattar sammantaget 1169 äldre som bor vid 21 äldreboenden i de två granskade kommunerna. Då motsvarande granskning genomförts i Norrbotten (2009), Västernorrland (2011) och Jämtland (2012) finns ett jämförelsematerial med sammantaget 3599 äldre i de 12 granskade kommunerna.

Vi vill i sammanhanget nämna att Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS), ansvariga chefer för HSL, boendena och hemtjänsten från respektive kommun, medverkande läkare samt sjuksköterskorna varit oss till god hjälp under granskningen med att förse revisionen med information och läkemedelsstatistik som belyser läkemedelsanvändningen i respektive kommun.

Den läkemedelsanvändning som redovisas i rapporten är stående läkemedel. Inga tillfälliga sk vid-behov-mediciner ingår i redovisad statistik. Granskningen bygger bland annat på ett urval av indikatorer och kriterier från Socialstyrelsens kunskapsöversikt: Indikatorer för utvärderingen av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Se bilaga 1 för en mer utförlig beskrivning av indikatorerna.

Granskningen omfattar däremot inte några analyser och bedömningar av läkemedelsanvändningen i förhållande till de äldres symtom och diagnoser, dvs. medicinska bedömningar av enskilda läkemedelsterapier.

I diskussioner om metodfrågor t ex val av indikatorer, utformning av underlag för insamling av läkemedelsstatistik har vi haft stöd av apotekare/läkemedelsstrateg samt allmänläkare. MAS har även faktakontrollerat rapporten.

3. Granskningsresultat

3.1. Hur ser läkemedelsanvändningen ut på kommunernas äldreboenden

I bilaga 3 redovisas en sammanställning för samtliga äldreboenden i kommunen avseende vissa delar av läkemedelanvändningen bland de äldre. Nedan redovisas våra iakttagelser från Bollnäs kommun i jämförelse med resultaten från Gävle kommun och tidigare läkemedelsgranskningar som PwC genomfört med samma metod i Norrbotten, Västernorrland och Jämtland.

3.1.1. Hög risk för biverkningar hos äldre

Neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel samt sömnmedel har samlingsnamnet psykofarmaka. Användningen av dessa läkemedel vid kommunernas äldreboenden redovisas nedan i tabell 1.

Tabell 1 Sammanfattning läkemedelsanvändningen vid respektive äldreboende i Bollnäs kommun i procent(Totalt fem boenden och 255 äldre).

Indikatorer	Medelvärde	Lägsta värde	Högsta värde
Neuroleptika	17	7	21
Antidepressiva	65	61	76
Lugnande och sömnmedel	36	10	47

- **Andel äldre med stående ordination av neuroleptika (ATC-kod N05A¹)**

På äldreboendena använder 17 procent av de boende neuroleptika kontinuerligt/-stående vilket är något högre än i Gävle (13 procent) och resultatet från tidigare granskningar. Användningsområdet är för patienter med psykotiska tillstånd. Stor risk finns för biverkningar som förvirring, kognitiva (intellektuella) störningar samt störningar på sociala funktioner och känslolivet. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt och medlet bör undvikas i möjligaste mån.

Stor restriktivitet har förordats av Läkemedelsverket som bland annat pekar på risker för patienter med demenssjukdom. Enligt uppgift ska äldre inte använda läkemedlet regelbundet längre än en månad och uppföljning förutsätts ske regelbundet under tiden.

Vid de granskade äldreboendena varierar användningen av neuroleptika mellan 7 och upp till 21 procent. Hög neuroleptika-användning kan, enligt expertis som bland andra Läkemedelsverket, fås ner med goda omvårdnadsinsatser.

¹ Läkemedel klassificeras enligt rekommendation från WHO med ATC-kod (Anatomical Therapeutic Chemical Classification). N=centrala nervsystemet, 05= terapeutisk huvudgrupp t ex neuroleptika, A= kemisk/terapeutisk undergrupp t ex bensodiazepinderivat.

- **Andel äldre med stående ordination av antidepressiva (ATC-kod No6A)**

Det är vanligt med depressiva besvär hos gamla människor. Förekomsten har uppskattats till cirka 15 procent av befolkningen över 65 år. Hos äldre som lider av andra kroppsliga sjukdomar är förekomsten av depressioner dubbelt så hög. Äldre deprimerade tillfrisknar långsammare än yngre personer. Studier har visat att vid behandling av äldre med antidepressiva medel finns brister dels avseende strategier för diagnostiseringen av patienten samt uppföljning, utvärdering och omprövning av medicineringen.

65 procent av de äldre vid Bollnäs äldreboenden använder antidepressiva medel regelbundet. Erfarenheter från andra läkemedelsuppföljningar har visat att äldre inte sällan står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns. I jämförelse med både resultatet i Gävle (47 procent) och tidigare granskningar har Bollnäs en hög andel av sina äldre som använder antidepressiva medel regelbundet.

Kända biverkningar som illamående, huvudvärk och yrsel gör att andelen äldre som använder medlen ska vara så optimal som möjligt. Vid äldreboendena i Bollnäs varierar användningen av antidepressiva läkemedel mellan 61 och upp till 76 procent.

Resultatet ger inte några säkra slutsatser om eventuell överförskrivning men för att säkerställa en hög kvalitet i de äldres användning av medlet behövs en kontinuerlig uppföljning och kontroll.

- **Andel äldre med stående ordination av lugnande medel och sömnmedel (ATC-kod No5B och No5C)**

Lugnande medel/bensodiazepiner är oftast beroendeframkallande och kan ge påtagliga biverkningar hos den äldre som dagtrötthet, balansstörningar och fall, kognitiva störningar, muskelsvaghet. Stående ordinationer av sömnmedel är inte lämpliga, omprövning av användningen bör ske senast inom en månad som en del i den löpande uppföljningen av de äldres medicinering. Andelen äldre som har dessa medel bör vara låg.

Vid äldreboendena i Bollnäs är det 36 procent som kontinuerligt använder dessa medel vilket är en lägre användning jämfört med resultaten i Gävle (44 procent). Mellan boendena i Bollnäs varierar användningen mellan 10 och 47 procent av de boende som använder lugnande- eller sömnmedel.

3.1.2. Polyfarmaci

Som nämnts tidigare innebär samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp, men även mellan läkemedelsgrupper, en ökad risk för negativa interaktioner och biverkningar som t ex kan leda till läkemedelsorsakad inskrivning på sjukhus. Läkemedelsbehandlingens effekter blir svåra att kontrollera och förutsäga.

I denna granskning har vi undersökt förekomsten av polyfarmaci avseende antal äldre med samtidig stående ordination av 2 – 3 av neuroleptika, antidepressiva

medel, lugnande medel/sömnmedel. Vi har även undersökt andelen äldre som samtidigt har mer än tio läkemedel.

- **Andel äldre som samtidigt använder 2-3 psykofarmaka**

Andelen äldre som samtidigt använder neuroleptika, lugnande medel, anti-depressiva och/eller sömnmedel bör hållas så låg som möjligt eftersom det är en grupp läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. 30 procent av de äldre i granskningen medicineras med två till tre av dessa läkemedel. Högsta andelen har ett äldreboende där 51 procent av de äldre samtidigt har två till tre av medlen. Det går inte att utesluta förekomst av biverkningar eller interaktioner för de sammanlagt 356 äldre som använder två till tre av dessa läkemedel.

- **Andel äldre som samtidigt använder mer än 10 läkemedel**

I Bollnäs använder 32 procent av de äldre regelbundet mer än 10 läkemedel samtidigt. I Gävle var motsvarande resultat 16 procent. I de granskade kommunerna i Jämtland 2012 använde 14 procent mer än 10 läkemedel samtidigt. Motsvarande resultat var i Västernorrland 2011 28 procent och i Norrbotten 2009 var genomsnittet 13 procent.

Andelen äldre med fler än 10 läkemedel är således klart högre jämfört med Gävle och resultatet från Jämtland och Norrbotten men mer i nivå med resultatet i Västernorrland. Bland äldreboendena i Bollnäs varierar det mellan 16 – 61 procent.

Ingen av de äldre använder regelbundet 20 läkemedel eller fler.

3.1.3. Laxantiaanvändningen

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

I Bollnäs kommun medicineras kontinuerligt 50 procent av de äldre vid äldreboendena med laxantia. Användningen mellan boendena varierar från 5 procent till 73 procent. Det visar att det finns klara skillnader mellan äldreboendena hur läkemedlet används.

Användningen av laxantia kan ge en indikation på kvaliteten i omvårdnaden av de äldre. En god omvårdnad i sammanhanget kan bestå av att de äldre inte använder läkemedel som orsakar förstoppning, lägger om kost (t ex mer fibrer och dryck) och samtidigt erbjuder mer fysisk aktivitet. Det är vidare inte säkerställt att laxantia förebygger förstoppning hos äldre patienter.

Om brister i personalbemanning och arbetsrutiner tillåts styra användningen av laxantia kan det vara ett tecken på mindre god omvårdnad. Dessa förhållanden har dock inte studerats inom ramen för denna granskning.

3.2. Kontinuerlig genomgång av läkemedel

En allmän uppfattning inom sjukvården, enligt vår erfarenhet, är att varje boende/patient med fast medicinering ska ha en årlig bedömning av läkare med översyn av medicinering, kontroll av tillståndet, ställningstagande till provtagning och fortsatta kontroller och vid behov korrigerings av medicineringen.

I enlighet med de nya föreskrifterna har läkemedelskommittén arbetat fram länsgemensamma rutiner för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång i både särskilt som ordinärt boende. Under pågående granskning har dessa rutiner fastställts.

Enligt de nya föreskrifterna ska en enkel läkemedelsgenomgång erbjudas personer över 75 år som är ordinerade fem eller fler läkemedel. Det innebär att den äldre personens läkemedel kartläggs och att läkemedelsrelaterade problem som går att lösa direkt åtgärdas. Detta ska till exempel ske varje gång någon i denna grupp besöker läkare i den öppna vården, flyttar in i ett särskilt boende eller för första gången får hemsjukvård.

Om det finns behov, till exempel om det finns en misstanke om att patienten har läkemedelsrelaterade problem, ska en mer omfattande och djuplodande granskning erbjudas - en fördjupad läkemedelsgenomgång. Det är alltid en läkare som ytterst har ansvaret för läkemedelsgenomgångarna. Dessutom ska vården i vissa situationer utse en läkare som ansvarar för att följa upp en genomförd läkemedelsgenomgång.

Via den länsgemensamma rutinen för fördjupad läkemedelsgenomgång framgår;

- Att symtomskattningsskala Phase 20 ska användas i både ordinärt och särskilt boende
- Ett antal kriterier rörande målgrupp för läkemedelsgenomgång. Samtliga patienter i särskilt boende, patienter med läkemedelsbehandling i hemsjukvården och patienter i ordinärt boende där läkemedelsrelaterade problem har identifierats.

Vi har i granskningen via de intervjuade och enkätsvaren stött på ett antal olika uppfattningar kring vad en läkemedelsgenomgång är. Ledningen inom både kommun och landsting har varit medvetna om problematiken men avser nu i och med att de nya rutinerna är antagna att mer aktivt kommunicera ut och säkerställa att genomgångar genomförs i enlighet med fastställd rutin.

I likhet med flertalet andra landsting och kommuner har läkemedelsgenomgångar med hjälp av stimulansmedel genomförts i projektform tillsammans med apotekare. Syftet med dessa mer omfattande genomgångar har varit att läkare tillsammans med sjuksköterska, övrig vårdpersonal och just apotekare gjort en sammantagen bedömning av läkemedelsbehandlingen på individnivå. Enligt de intervjuade har dessa projekt varit lyckade och flera sjuksköterskor framför ett önskemål om att kontinuerligt (vart annat alternativt vart tredje år) ha med apotekare för en än mer omfattande genomgång.

Landstinget Gävleborg har anställt åtta kliniska apotekare, vars uppgift är att aktivt bidra till en god läkemedelsbehandling, vilket innebär en individuellt anpassad optimerad läkemedelsbehandling, där individen och samtliga vårdgivare har tillgång till en aktuell avstämd läkemedelslista. En del i uppdraget är att samtliga hälsocentraler i länet erbjuds utbildning i att städa läkemedelslistorna så att de inte innehåller gammal information, dubblerade ordinationer eller andra felaktigheter.

Avslutningsvis bör nämnas att samtliga intervjuade anser att de kontinuerliga driftstörningarna i Pascal² medfört att förutsättningarna för att genomföra läkemedelsgenomgångar försämrats. Problemen med Pascal har även medfört att flera patienter inte lagts in i systemet vilket i sin tur har resulterat i att dosett-delningen ökat.

3.3. Informationsöverföring

Läkemedelsberättelser ska enligt de nya föreskrifterna finnas med i utskrivningsmeddelande/epikris för att minimera risken för överföringsfel vid vårdens övergångar.

Enligt de intervjuade är det än så länge sällsynt med en korrekt läkemedelsberättelse i samband med utskrivning från slutenvården. I nuläget kan konstateras att läkemedelsberättelser endast tillämpas vid utskrivning från ett fåtal avdelningar. Geriatriken (avd 11) vid Gävle sjukhus har enligt flertalet av de intervjuade kommit längst i arbetet med att jobba med läkemedelsberättelser.

Enligt de intervjuade finns det flera orsaker till att det är svårt att få till en tillräcklig dokumentation som underlag till läkemedelsberättelser vid utskrivning från slutenvården. Exempelvis nämns att;

- I många fall är det flera läkare som är involverade vid vårdtillfället. Bristfällig dokumentation i daganteckningarna gör det svårt för utskrivande läkare att göra en korrekt läkemedelsberättelse.
- Läkarna lägger inte in informationen under rätt rubrik (läkemedelsanteckning), vilket försvårar för utskrivande läkare då en läkemedelsberättelse ska upprättas. Här finns det enligt de intervjuade behov av kompetensutveckling
- Sämre förutsättningar på avdelningar med hög patientgenomströmning att upprätta läkemedelsberättelser i samband med utskrivning.

En del i den nationella läkemedelsstrategin handlar specifikt om att underlätta och säkerställa att förskrivande läkare ska veta orsak till tidigare ordinationer. Ett konkret arbete som pågår är att utveckla ett nationellt kodsysteem för ordinationsorsak.

² På grund av omregleringen av hela apoteksmarknaden har E-dos under 2012 ersatts med Pascal, som all hälso- och sjukvårdspersonal i landsting, regioner, kommuner samt apoteksaktörer nu använder.

Via de stickprov landstingets kliniska apotekare genomfört framgår att ungefär hälften av alla läkemedelslistor var uppdaterade. Även om de intervjuade upplever att det går åt rätt håll framhåller samtliga att det finns en hel del att göra för att säkerställa en korrekt läkemedelslista där det även framgår varför eventuella ändringar har genomförts.

Enligt samtliga intervjuade anser att behovet av korrekta och begripliga läkemedelslistor om möjligt är än viktigare för patienter inom ordinärt boende då disktrikt-sköterskorna många gånger inte har samma kännedom om patienten som sjuksköterskorna och omvårdnadspersonalen vid äldreboendena.

Ytterligare en aspekt som utgör en större risk för patienter i ordinärt boende är enligt de intervjuade att det är svårt för den enskilde att förstå vad som menas med en aktuell läkemedelslista. Det beror huvudsakligen på att primärvården och slutenvården har egna läkemedelslistor och att apoteken ger ut "Mina sparade recept" till patienten vid varje apoteksbesök. Många patienter uppfattar här felaktigt att "Mina sparade recept" är den aktuella läkemedelslistan.

Slutligen kan nämnas att flertalet av de intervjuade upplever att det faktum att landstinget har flera olika journalsystem³ i flera fall leder till en bristande överföring av läkemedelsinformation mellan vårdnivåerna.

3.4. Ansvarsfördelning

Inledningsvis ska konstateras att kommunen och landstinget har ett gemensamt ansvar för att säkerställa en optimal läkemedelsanvändning oavsett boendeform inom äldreomsorgen i kommunen. Nämnden i form av ansvarig vårdgivare och landstinget via det läkar/-förskrivansvar som ligger där. I och med övertagandet av hemsjukvården från och med 1 februari 2013 tar kommunen även över ansvaret för de patienter som är i behov av hemsjukvårdsinsatser.

Generellt upplever de intervjuade att den nationella fokuseringen och satsningen på äldre och specifikt läkemedel⁴ medfört att medvetenheten och engagemanget för frågan ökat på alla nivåer de senaste åren. Ett viktigt sätt att synliggöra ansvarsförhållandena inom kommunen och mellan kommun och landsting är att viktiga målområden identifierats för att därigenom möjliggöra nödvändiga prioriteringar och tillhörande uppföljningar.

På länsnivå kommer specifika direktiv uteslutande från Läkemedelskommittén som tagit fram olika rekommendationer och riktlinjer som berör området medicinering av äldre. I LMK finns ledamöter för kommunerna (MAS). Eftersom äldre är en

³ Journalsystemet Melior används i slutenvården och ProfDoc Journal III samt dess uppföljare PMO inom primärvården.

⁴ Här kan bland annat nämnas regeringen och SKLs överenskommelse för 2012 om utveckling av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre och 1,1 miljarder kronor i stimulansmedel har avsatts för ändamålet. Kommuner och landsting får del av de ekonomiska medlen i förhållande till prestation.

grupp med hög konsumtion av läkemedel så är det flera rekommendationer som berör de äldres medicinering.

Socialnämnden har som vårdgivare det övergripande ansvaret för att hälso- och sjukvården i kommunen uppfyller de krav som Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen ställer. Nämndens måldokument har granskats med inriktning på området äldres läkemedelsanvändning. I befintliga dokument finns vissa övergripande mål för vård och omsorg men det nämns inga mål som direkt berör läkemedel/medicinering av äldre vid kommunens särskilda boenden eller förhållandena i ordinärt boende.

Det finns även lokala rutiner för läkemedelshantering. Rutinerna berör ansvarsförhållandet mellan bland annat de olika chefsnivåerna, MAS, läkare, sjuksköterska och vårdpersonal vilket även tydliggörs i den läns-gemensamma rutinen för fördjupad läkemedelsgenomgång.

3.4.1. Ansvar för läkemedelsgenomgångar

Det är alltid en läkare som ytterst har ansvaret för att läkemedelsgenomgångarna genomförs i enlighet med de direktiv som finns. Samtidigt förutsätts ett aktivt samarbete mellan i första hand ansvarig sjuksköterska/sjuksköterskor och förskrivande läkare. För patienterna med eget ansvar för läkemedelsbehandling ställs betydligt högre krav på den enskilde. Här kan exempelvis nämnas att;

- Innan läkarbesök på hälsocentral eller hembesök ombeds dessa patienter skriva ner aktuella läkemedel på särskilt utformat formulär
- Vid enkel läkemedelsgenomgång i hemmet ombeds patienten ha tillgång till läkemedelslista, läkemedelsförpackningar och/eller dosdelade läkemedel

Ansvaret för läkemedelsgenomgångar har även tydliggjorts i det lokala läkaravtalet som upprättats mellan landstinget och kommunens särskilda boenden. Där framgår bland annat avtalad tid för besök, ronder, konsultationer med ansvarig sjuksköterska och läkemedelsgenomgångar.

I nuläget finns inget motsvarande avtal för insatser inom ordinärt boende. I och med övertagandet av hemsjukvården är ambitionen att ett liknande avtal som inom särskilt boende ska upprättas för hemsjukvårdspatienterna.

Övertagandet av hemsjukvården bedöms enligt flertalet intervjuade ställa större krav på landstinget att sköta läkemedelsgenomgångarna på ett bättre sätt för denna målgrupp då det kommer att tydliggöras i avtal mellan landsting och kommun. Granskningen indikerar även att det kommer att ställas högre krav på läkares medverkan i vårdplanering.

3.4.2. Ansvar för läkemedelsberättelser

Via *Läkemedelshantering Landstinget Gävleborg – Obruten läkemedelsbehandling vid in- och utskrivning från sjukhus* framgår bland annat att utskrivande läkare ytterst ska säkerställa att läkemedelslistan är aktuell och att utskrivningsmeddelandet innehåller en läkemedelsberättelse.

Efter samtycke från patient ska motsvarande information enligt ovan skickas till ansvarig läkare i primärvård via epikris och till eventuell hemsjukvårdsenhet och särskilt boende. På grund av de svårigheter som beskrivs i kapitel 3.3 har ännu inte landstinget som helhet fått till vare sig stödsystem, tillämpning eller kännedom om kraven ovan.

3.4.3. Ansvarsfördelning via delegation

Avseende delegering kan nämnas att kommunen har krav på kunskapskontroll inom särskilt boende där information ska ges och tas rörande teoretiska och praktiska kunskaper avseende det som krävas för att kunna fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Generellt anses kraven vara högre för delegering inom särskilt boende i förhållande till de krav som ställs inom ordinärt boende. I samband med övertagandet av hemsjukvården förs en diskussion om vilken nivå som ska och bör tillämpas oavsett boendeform. Flertalet av de intervjuade anser att det finns uppenbara samordningsvinster vid övertagandet som i det här avseendet borde ge bättre förutsättningar för omvårdnadspersonalen inom ordinärt boende. Exempelvis kan här nämnas hantering av kunskapstester och samordning av utbildningsinsatser.

3.5. Uppföljning

På länsnivå sker uppföljning via Läkemedelskommittén. Här kan bland annat nämnas uppföljning av den nationella satsningen på äldre och läkemedel. Specifikt följs andel med olämpliga läkemedel, olämpliga kombinationer och antipsykotiska läkemedel.

3.5.1. Uppföljning av genomförda läkemedelsgenomgångar

Via Hälsovalet baseras en del av ersättningen på hur många läkemedelsgenomgångar som genomförts enligt den orsakskod som används. Under 2011 genomfördes cirka 2 300 läkemedelsgenomgångar i länet. Enligt de intervjuade har revideringen av föreskriften och införandet av enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång initialt medfört en del problem för utbetalning av ersättning men även för uppföljning på övergripande nivå. Enligt några av de intervjuade borde ersättningsmodellen ändras för att mer fokusera på uppföljning av genomförda genomgångar.

3.5.2. Uppföljning av informationsöverföringen

Via de stickprov landstingets kliniska apotekare genomfört framgår som tidigare nämnts att ungefär hälften av alla läkemedelslistor var helt aktuella. Även om de intervjuade upplever att det går åt rätt håll framhåller samtliga att det finns en del att göra för att säkerställa en korrekt läkemedelslista där det även framgår varför eventuella ändringar har genomförts.

MAS analyserar och redovisar avvikelser i månadsrapport samt vid den årliga sammanställningen av avvikelser som därefter redovisas till nämnden. Det vanligaste felet som avvikelserna beskriver är att personal har glömt att ge ett läkemedel eller det getts vid fel tidpunkt. Personal kan t ex ha blivit störd av någon händelse och därefter glömt att ge medicinen. Det inträffar även att den äldre vägrat att ta emot ett läkemedel. Det uppges att det inte alltid finns en orsak angiven till

varför personal glömt att ge en medicin förutom den mänskliga faktorn. Sjuksköterskorna anser det vara en stor patientrisk om personal som fått delegation avseende iordningsställande och administrering inte läser på ordinationen/-läkemedelslistan om tilläggsmediciner, reduceringar av doser eller om personalen skulle ge patienten en dubbel dos av en medicin eller ge läkemedlet till fel patient.

Januari 2013

Fredrik Markstedt, Projektledare

Micaela Hedin, Uppdragsledare

Bilaga 1 Beskrivning av de läkemedelsgrupper som ingår i granskningen

Kunskapsöversikten bl a följande information:

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

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

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

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

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

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

Polyfarmaci: Samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp eller inom/mellan läkemedelsgrupper, t ex samtidig användning av två eller flera psykofarmaka (se ovanstående fyra typer). Ökad risk för interaktioner och biverkningar. Effekten av läkemedelsbehandlingen blir svår att förutsäga och utvärdera. Socialstyrelsen anger att mer än fem läkemedel är polyfarmaci och en ökad risk för biverkningar och interaktioner. I SKLs *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* anser man att mer än tio läkemedel innebär "avsevärd/extrem polyfarmaci". (Korta kurer och vid-behovs-läkemedel inkluderat).

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

Bilaga 2 Jämförelse av läkemedelsanvändningen, stående ordinationer, mellan medverkande kommuner

	Gävle 2012		Bollnäs 2012		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal platser	945		259		1204	
Antal äldre med i studien	914	97	255	98	1169	97
Hög risk biverkningar						
Antal med neuroleptika	115	13	43	17	158	14
Antal med antidepressiva	426	47	167	65	593	51
Antal med lugnande och sömnmedel	401	44	92	36	493	42
Polyfarmaci						
Antal med 2-3 av ovan	270	30	86	34	356	30
Antal mer med än 10 medel	143	16	82	32	225	19
Antal med mer än 20 medel	2	0	0	0	0	0
Olämpliga läkemedel						
Antal med NSAID	16	2	3	1	19	2
Ev. bristande rutiner						
Antal med laxantia	458	50	127	50	585	50

Bilaga 3 Läkemedelsanvändning, stående ordinationer, vid Bollnäs kommuns äldreboenden

	1.		2.		3.		4.		5.		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal platser	43		45		34		87		50		259	
Antal äldre med i studien	41	95	45	100	34	100	86	99	49	98	255	98
Hög risk biverkningar												
Antal med neuroleptika	5	12	3	7	7	21	18	21	10	20	43	17
Antal med antidepressiva	25	61	28	62	21	62	56	65	37	76	167	65
Antal med lugnande och sömnmedel	4	10	21	47	13	38	33	38	21	43	92	36
Polyfarmaci												
Antal med 2-3 av ovan	8	20	14	31	15	44	28	33	21	43	86	34
Antal mer med än 10 medel	25	61	7	16	11	32	17	20	22	45	82	32
Antal med mer än 20 medel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Olämpliga läkemedel												
Antal med NSAID	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	3	1
Ev. bristande rutiner												
Antal med laxantia	2	5	24	53	17	50	63	73	21	43	127	50