

Granskning av läkemedels- genomgångar i primärvården

Dnr: Rev 31-2013

Genomförd av: Ernst & Young

Behandlad av Revisorskollegiet den 13 november 2013

Västra Götalandsregionen

Granskning av läkemedelsgenomgångar i
primärvården



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	4
2.3. Avgränsning	4
2.4. Ansvariga styrelser	4
2.5. Revisionskriterier	4
2.6. Våra utgångspunkter.....	5
2.7. Metod.....	5
3. Styrsystem.....	6
3.1. Nationell nivå	6
3.2. Regional nivå	6
3.3. Lokal nivå.....	7
3.4. Bedömning.....	7
4. Läkemedelsgenomgångar.....	8
4.1. Nationell nivå	8
4.2. Regional nivå	8
4.3. Lokal nivå.....	9
4.4. Läkemedelsgenomgångar/avstämning vid Närhälsans vårdcentraler	9
4.5. Bedömning.....	12
5. Kunskapsstyrning och beslutstöd	13
5.1. Nationell nivå	13
5.2. Regional nivå	14
5.3. Lokal nivå.....	14
5.4. Dokumentation och informationsöverföring vid Närhälsans vårdcentraler.....	15
5.5. Bedömning.....	15
6. Uppföljning	16
6.1. Nationell nivå	16
6.2. Regional nivå	16
6.3. Lokal nivå.....	17
6.4. Uppföljning och utvärdering vid Närhälsans vårdcentraler	17
6.5. Bedömning.....	17
7. Slutsatser.....	19
7.1. Bedömningar.....	19
7.2. Slutsatser och rekommendationer	20

Bilagor:

Bilaga 1 Förteckning intervjuade funktioner samt dokumentförteckning

1. Sammanfattning

EY har på revisorernas uppdrag genomfört en granskning av läkemedelsgenomgångar i primärvården i Västra Götalandsregionen (VGR) för att ge underlag för bedömning om vårdcentraler genomför läkemedelsgenomgångar med fokus på äldre patienter i tillräcklig omfattning och på det sätt som svarar upp mot Regionfullmäktiges intentioner och Socialstyrelsens föreskrifter på området.

Läkemedelsgenomgångar i Primärvården är en tydlig kvalitetsindikator i Krav- och kvalitetsboken (KoK-boken) och skall genomföras varje år för alla listade patienter ≥ 75 år. Regionala medicinska riktlinjer (RMR) föreskriver vilka moment som skall ingå för att kunna sätta de åtgärds-koder som krävs för enkel respektive fördjupas läkemedelsgenomgång. Åtgärden skall dokumenteras i journal. Redovisning sker via uppföljningsverktyget SPEAR

Vid denna granskning framkommer att det är stor spridning avseende måluppfyllelse för de olika primärvårdsenheterna inom Närhälsan, även om det generellt sett sker en förbättring över tid. Uppföljning avser uteslutande att man genomför läkemedelsgenomgång enligt riktlinjer, inte *hur* man gör densamma. I dagsläget kan en läkemedelsgenomgång vara allt från att man precis uppfyller minimikraven för ersättning och över till en mer djupgående analys med noggrann uppföljning av genomförda åtgärder. Arbetet bygger i stort sett helt på att man förlitar sig till att IT-systemens beslutstöd fungerar fullt ut, och här finns restriktioner i form av bristande kommunikation mellan olika system samt olika standarder.

Eftersom det finns ett antal läkemedelsrelaterade kvalitetsindikatorer inom VG Primärvård, finns förutsättningar för att kunskapsområdet läkemedel till äldre kan utvecklas till ett sammanhållet sådant där konsekvenser av bristande måluppfyllelse kan kopplas till utfall av vården. I dagsläget är detta inte ett sammanhållet kunskapsområde ute i verksamheterna på vårdcentralerna.

Genom regionala medicinska riktlinjer finns en tydlig intention att säkerställa god kvalitet i läkemedelsgenomgångar, vilken ansluter till Socialstyrelsens föreskrifter. Visserligen följs antalet läkemedelsgenomgångar upp som kvalitetsindikatorer enligt KoK-boken, men inte hur dessa görs och därmed inte kvaliteten. Den kvantitativa uppföljningen görs av HSNK, men utvärderingen av kvalitet görs av medicinska revisorer från Vårdvalskontoret. Därmed kommer styrsignaler från flera håll.

Mot bakgrund av granskningens resultat avseende läkemedelsgenomgångar i Primärvården (Närhälsan) i Västra Götalandsregionen föreslås följande utveckling:

- ▶ Uppföljningen av läkemedelsgenomgångar utvidgas till att omfatta även följsamhet avseende *hur* man genomför läkemedelsgenomgångar,
- ▶ Samtliga kvalitetsindikatorer som avser läkemedelsbehandling redovisas och analyseras sammanhållet för att säkerställa att detta blir ett tydligt kunskapsområde,
- ▶ De IT-baserade beslutstöden liksom informationsöverföring mellan vårdgivare kvalitetssäkras snarast eftersom Nationell patientöversikt (NPÖ) inte implementerats i hela regionen.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Enligt Socialstyrelsen behöver en av tio patienter på de medicinska klinikerna i Sverige sjukvård på grund av olämplig eller felaktig läkemedelsbehandling. Förutom mycket lidande för patienterna medför felaktig läkemedelsbehandling också onödiga kostnader för sjukvården. I Socialstyrelsens föreskrift om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9) beskrivs i 3:e kapitlet om läkares ansvar för läkemedelsgenomgångar. I föreskriften beskrivs också hur och när sådana läkemedelsgenomgångar ska ske med fokus på äldre patienter med fem eller fler läkemedel.

Regionfullmäktige har i budget 2013 uppmärksammat problem som uppstår med olämplig eller felaktig läkemedelsbehandling. Det prioriterade målet "förekomsten av vårdskador och vårdrelaterade infektioner ska minska", som funnits (med lite olika formuleringar) i budgeten i flera år, har i budget 2013 kompletterats med målet "förekomsten av riskfyllda läkemedelskombinationer ska minska". Vidare betonas vikten av ett systematiskt arbete med att säkerställa vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Det är ett arbete som ska bedrivas metodiskt och utifrån ett patientperspektiv. Antalet vårdskador, bland annat vårdrelaterade infektioner och skador som följd av över- eller felförskrivning av läkemedel, ska minimeras. I budgeten anges läkemedelsgenomgångar som en viktig del i förbättringsarbetet inom primärvården.

Enligt Krav- och kvalitetsboken för VG primärvård ska en läkemedelsavstämning genomföras en gång per år för patienter som är 75 år eller äldre samt även för yngre patienter med många läkemedel. Läkemedelsavstämningen ska dokumenteras i patientens journal. Enligt de av regionens läkemedelskommitté framtagna medicinska riktlinjerna avseende läkemedel och äldre ska läkemedelsbehandling kartläggas och omprövas i samsyn med patienten. Riskläkemedel och interaktioner ska identifieras och aktuell läkemedelslista ska upprättas.

Primärvårdsstyrelsen anger i sin detaljbudget för 2013 att det inom primärvården ska genomföras läkemedelsgenomgång minst en gång per år för alla över 75 år. Man uppger också att man inför 2013 kommer att fokusera mer på listade äldre på vårdcentralerna och i Hemsjukvården. Enligt IT-systemet Spear, som följer upp ett stort antal indikatorer, däribland läkemedelsavstämningar, får endast ca 50% av de listade patienterna som är 75 år eller äldre en läkemedelsgenomgång. Andelen varierar mellan 10 och 90 procent beroende på vårdcentral.

Varken i årsredovisningen för 2012 för primärvården eller i den samlade årsredovisningen för regionen redovisades graden av måluppfyllelse för målet som rör vårdskador och vårdrelaterade infektioner. Motivet för detta angavs vara att mätmetod saknas. I årsredovisningarna finns inget beskrivet om antalet genomförda läkemedelsgenomgångar. I primärvårdsstyrelsens årsredovisning framgår att Västra Götalandsregionen, enligt Öppna jämförelser, har en högre andel äldre med fler än 10 läkemedel än riket i genomsnitt. Regionen har under en längre period redovisat relativt dåliga resultat i de nationella jämförelserna.

Målet avseende riskfyllda läkemedelskombinationer ska mätas med styrtalet "andel invånare 80 år eller äldre som ordinerats tio eller fler läkemedel". Revisorerna bedömer att det finns en risk för att mätningar inte genomförs systematiskt och på ett ändamålsenligt sätt samt att styrtalet inte svarar upp mot det av regionfullmäktige uppsatta målet eftersom graden av måluppfyllelse kan bli svår att bedöma.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att ge revisorerna underlag för att bedöma om vårdcentraler genomför läkemedelsgenomgångar med fokus på äldre patienter i tillräcklig omfattning och på det sätt som svarar upp mot Regionfullmäktiges intentioner och Socialstyrelsens föreskrifter på området.

Följande revisionsfrågor besvaras för att belysa syftet med granskningen:

- ▶ Hur är läkemedelsgenomgångar organiserade och planerade?
- ▶ Hur och i vilken omfattning genomförs läkemedelsgenomgångar?
- ▶ För vilka patientgrupper sker läkemedelsgenomgångar?
- ▶ Sker läkemedelsgenomgångar i dialog med patienterna?
- ▶ Hur dokumenteras läkemedelsgenomgångar?
- ▶ Hur kontrolleras och dokumenteras förekomsten av riskfyllda läkemedelskombinationer?
- ▶ Hur sker uppföljning och utvärdering av läkemedelsanvändningen och förekomsten av riskfyllda läkemedelskombinationer?
- ▶ Hur rapporteras resultaten av läkemedelsgenomgångar till primärvårdsstyrelsen och regionstyrelsen?
- ▶ Vilka åtgärder vidtar primärvårdsstyrelsen med anledning av de resultat som rapporteras?
- ▶ Hur sker informationsöverföring vad gäller patienters läkemedelsanvändning från vårdcentral till sjukhus?
- ▶ Hur verkar regionstyrelsens läkemedelsenhet och läkemedelskommitté för att omfattning och kvalitet vad gäller läkemedelsgenomgångar ökar?
- ▶ Utvecklas kunskapsområdet läkemedelsgenomgångar bland vårdens aktörer?

2.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till att studera åtta vårdcentraler i regionens fyra geografiska områden. Urvalet av vårdcentraler har gjorts av revisionsenheten i VGR som även föreslagit funktioner som ska intervjuas. Dessutom granskas läkemedelsenhetens och läkemedelskommitténs åtgärder för att säkerställa att regionfullmäktiges mål uppfylls.

2.4. Ansvariga styrelser

Ansvariga styrelser är Regionstyrelsen och Primärvårdsstyrelsen. Granskningen avgränsas till vårdcentraler som drivs i regionens regi (Närhälsan).

2.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9)
- ▶ Regionfullmäktiges i VGR mål
- ▶ Västra Götalandsregionens budget 2013

- ▶ Krav- och kvalitetsboken för VG primärvård (KoK-boken)

2.6. Våra utgångspunkter

Utgångsläget är hypotesen att merparten av aktörer inom hälso- och sjukvården är involverade i läkemedelsförskrivning respektive läkemedelsbehandling. Med stigande ålder hos en patient följer ökad risk för flera sjukdomar och med detta följer risk för läkemedelsbehandling med flera preparat. Dessa olika läkemedel kan interagera och därigenom förstärka eller försvaga varandras effekt liksom biverkningar. Komplexiteten ställer stora krav på ledning, styrning och samarbete samt kunskapsstöd för att optimera behandlingseffekter och samtidigt minska riskerna.

Problemets kvalitativa dimension är huvudsakligen patienternas lidande på grund av risk för vårdskador samt den belastning som därav följer på en ändlig sjukvårdsresurs. Problemets kvantitativa dimension är kostnaderna för hälso- och sjukvård för vårdskador.

2.7. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. En dokumentförteckning och intervjuade funktioner framgår av bilaga 1. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

3. Styrssystem

3.1. Nationell nivå

Patientsäkerhetslagen (2010:659) är tillämplig för alla aspekter på patientsäkerhet. Alla vårdgivare ska varje år lämna en patientsäkerhetsberättelse vilken öppet skall redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Vårdgivarna ska också redovisa hur man arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Perspektiv från personal, patienter och närstående skall finnas med. Patientsäkerhetsberättelsen ska även redogöra för de resultat som uppnåtts under föregående år. SKL tillhandahåller mall för patientsäkerhetsberättelse.

Överenskommelsen "Patientsäkerhetssatsning 2013" mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet syftar till att stödja implementering av nya patientsäkerhetslagen från 2010 genom prestationsbaserad ersättning för patientsäkerhet. Överenskommelsen omfattar både offentlig och privat sjukvård och innebär för år 2013 675 miljoner kronor. Läkemedelsanvändning är ett viktigt område, därför att felaktig läkemedelsanvändning enligt Socialstyrelsen är en av de viktigaste orsakerna till att patienter skadas i vården. En läkemedelsbiverkan som är undvikbar är att betrakta som en vårdskada. Överenskommelsen för 2013 innefattar en ny läkemedelsindikator vilken fokuserar på informationsutbyte vad gäller läkemedel mellan vården och patienten.

Socialstyrelsen har i föreskriften SOSFS 2005:12(M), vilken senare ersatts av SOSFS 2011:9, angett riktlinjerna för sjukvårdens ledningssystem och dessa finns ytterligare beskrivna i "GOD VÅRD – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården". Riktlinjerna utgår från hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) samt tandvårdslagen (TL 1985:125). Processorientering för sammanhängande vårdprocesser är framträdande i föreskrifterna och kommer i förgrunden framför tidigare använd terminologi gällande patientflöden i hälso- och sjukvården. Målet med föreskriften är att skapa en grundläggande struktur för arbetet med ledning, utveckling/förbättring, kvalitetssäkring samt uppföljning. Sammantaget har dessa föreskrifter ställt stora och delvis nya krav på tydliga styrssystem. Tillskapandet av matrisstruktur i hälso- och sjukvården förutsätter att såväl linjeorganisation som vårdprocess omfattas av tydliga styrssystem.

Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9) avser det mesta inom läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården. En viktig del i den uppdatering som gjordes föregående år avser att läkemedelsgenomgångar är obligatoriska för de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel samt de som har läkemedelsrelaterade problem eller misstanke om detta. Vidare skall patienter i vissa situationer tilldelas en läkare som ansvarar för uppföljningar och information skall överföras vid utskrivning från slutenvård, till exempel genom läkemedelsberättelse.

3.2. Regional nivå

I regionens budget för 2013 finns för området läkemedelsgenomgångar en indikator med målrelaterad ersättning och den är sedan preciserad i Krav- och Kvalitetsboken avseende förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård, den så kallade KoK-boken. I KoK-boken anges att läkemedelsavstämning – översyn av patientens läkemedelsbehandling – ska genomföras enligt av Västra Götalandsregionen (VGR) fastställd modell minst en gång per år för patienter som är 75 år eller äldre för att säkerställa god kvalitet i

äldres läkemedelsterapi. Läkemedelsavstämning ska även utföras för patienter, oavsett ålder, med många läkemedel. Genomförd läkemedelsavstämning ska dokumenteras genom av VGR definierad åtgärds kod i åtgärdsregister.

Denna indikator har tilldelats en relativt stor "tyngd" (2 poäng att jämföra med att de flesta indikatorer tilldelas 0.5 poäng). Under 2013 utgår ersättning för intervallet 30-60% måluppfyllelse, det vill säga andel läkemedelsgenomgångar för listade patienter 75 år eller äldre. I detta intervall råder linjärt förhållande, det vill säga 30% ger ingen ersättning och 60% ger full ersättning. För 2014 kommer målnivån enligt budget att vara 60%, och den höjs sedan efterföljande år. Eftersom läkemedelsbehandling är av så central betydelse i hälso- och sjukvården och därmed även risk för läkemedelsinteraktioner, finns mål för optimerad läkemedelsbehandling inbäddad även i en rad andra kvantitativa och kvalitativa mål. Mest konkreta indikatorerna är förekomsten av ett antal definierade olämpliga läkemedel till patienter ≥ 65 år, läkemedelsinteraktioner bland patienter ≥ 80 år samt tio eller fler läkemedel bland patienter ≥ 80 år. Sistnämnda två indikatorer enligt redovisning i Öppna Jämförelser, ÖJ.

3.3. Lokal nivå

Varje verksamhet inom VG Primärvård äger frågan om man vill ha skarpare krav än de som är formulerade i regionens budget samt KoK-boken. Däremot är det inte genomförbart att ha mindre skarpa krav.

3.4. Bedömning

Styrsystemen är tydligt formulerade på nationell och regional nivå. Eftersom betydelsen av läkemedelsrelaterade problem för patienten respektive hälso- och sjukvården så påtagligt uppmärksammas på senare år, har riktlinjer fastställts och indikatorer med målrelaterad ersättning implementerats. Utvecklingen för läkemedelsgenomgångar är mot krav på att fler patienter skall omfattas, men fortfarande är kraven begränsade avseende redovisning av följsamhet till riktlinjer, dvs hur man genomför läkemedelsgenomgång. Genom att man dessutom följer ett antal andra kvalitetsindikatorer för läkemedel och äldre finns förutsättning för att skapa ett sammanhållet kunskapsområde, men vid denna granskning framkommer inte bilden av att denna möjlighet tillvaratas fullt ut. Enligt våra erfarenheter kan förutsättningar för en verklig förbättring av vårdkvalitet uppnås först då man även gör uppföljning av följsamhet till riktlinjer och gör sammanhållen analys av resultaten för samtliga läkemedelsrelaterade kvalitetsindikatorerna.

4. Läkemedelsgenomgångar

I dokumentationen från VGR används båda begreppen läkemedelsavstämning och läkemedelsgenomgång, men det senare begreppet är det som Socialstyrelsen och regionen huvudsakligen numera använder. Läkemedelsavstämning hänförs till en tidigare använd beskrivning av en enklare avstämning gentemot läkemedelslistan. Denna användning motsvarar delvis det nu använda begreppet enkel läkemedelsgenomgång, medan den mer utförliga benämns fördjupad läkemedelsgenomgång.

4.1. Nationell nivå

Den svenska hälso- och sjukvården inför nu läkemedelsgenomgångar som en mer eller mindre strukturerad aktivitet och med indikatorer och målrelaterad ersättning kopplade här till. Olika regioner och landsting hanterar frågan sinsemellan på något olika sätt. Det framgår tydligt att läkemedelsgenomgångar skall göras (vad-frågan) men däremot varierar tydligheten i beskrivning av själva genomförandet (hur-frågan). I huvudsak beskrivs behovet för äldre multisjuka patienter med flera mediciner, men behovet kan även finnas för yngre personer med flera mediciner. Man bedömer att det i huvudsak är äldre som är känsliga för läkemedelsinteraktioner.

Socialstyrelsen har nyligen utfärdat vägledning för genomförande av läkemedelsgenomgångar för äldre multisjuka personer. En av hörnstenarna i vägledningen är den tvärprofessionella ansatsen för att använda erforderliga kompetenser runt patientens behov. Huvudansvar för en läkemedelsgenomgång är dock den förskrivande läkaren, som har förskrivningssrätten och är den som har både ansvar och befogenheter att fatta beslut och ompröva beslut avseende diagnos. Vederbörande kan ta upp strukturerad sjukhistoria (anamnes) och status, värdera indikation, avgöra rimliga farmakologiska kompromisser och avvikelser samt göra övergripande risk- nyttavärdering. Det framgår också av KoK-boken samt Regionala Medicinska Riktlinjer (RMR) att läkaren har ett tydligt ansvar för läkemedelsgenomgång.

Det finns vetenskapliga studier som visar att läkemedelsgenomgångar både kan öka och minska vårdkonsumtion. Här till kommer att hälsoekonomiska analyser har ifrågasatt kostnaden för läkemedelsgenomgång i förhållande till nyttan. Sådana analyser av läkemedelsgenomgång värderad per kvalitetsjusterat levnadsår (QUALY) visar att denna kostnad är på en så hög nivå att den överstiger vad samhället är berett att betala för andra kostnadsberäknade insatser inom hälso- och sjukvården i förhållande till "vinst".

Mot bakgrund av vad som ovan anförts så är det viktigt att både själva verktyget/metoden för läkemedelsgenomgångar och resultatet av densamma utvärderas, lämpligtvis med en kombination av processmått och resultatmått. Mätetalen måste avspegla det som ger mervärde i första hand för patienten och i andra hand för hälso- och sjukvården.

4.2. Regional nivå

I KoK-boken finns under Allmänna villkor elva stycken skall-krav under avsnittet Läkemedel. Huvudområden är följsamhet till rekommendationer och medicinska riktlinjer, kunskap om grad av följsamhet, medverkan i den regionala läkemedelsorganisationens arbete, producentbunden information, datoriserade förskrivarstöd samt samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare.

I det avsnitt som avser läkemedelsavstämning/läkemedelsgenomgång anges, som tidigare nämnts, att denna skall genomföras enligt av VGR fastställd modell minst en gång per år för

patienter som är 75 år eller äldre för att säkerställa god kvalitet i äldres läkemedelsterapi. Läkemedelsavstämning skall även utföras för patienter, oavsett ålder, med många läkemedel. Genomförd läkemedelsavstämning ska dokumenteras genom av VGR definierad åtgärdskod i åtgärdsregister.

I Regional Medicinsk Riktlinje (RMR) avseende läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse, vilken fastställts av Läkemedelskommittén i september 2013, beskrivs:

- ▶ "Enkel läkemedelsgenomgång" = en strukturerad kartläggning och säkerhetsvärdering av aktuell läkemedelsbehandling, vilken bland annat skall göras minst en gång årligen för alla patienter 75 år eller äldre. Enligt direktiven skall medicineringen kartläggas, förskrivaren ta ställning till om medicineringen är säker och patienten skall få en aktuell medicinlista (samtliga tre moment ska genomföras för att kunna sätta åtgärds-koden).
- ▶ "Fördjupad läkemedelsgenomgång" = systematisk granskning och utvärdering av läkemedelsbehandlingen, vilken bland annat skall göras minst en gång årligen för alla patienter 75 år eller äldre samt när läkemedelsrelaterade problem ej kunnat åtgärdas vid en enkel läkemedelsgenomgång. Enligt direktiven skall man först göra en enkel läkemedelsgenomgång enligt ovan. Sedan skall ansvarig läkare ta prover och kontroller, utvärdera och ompröva behandlingen utifrån patientens tillstånd, justera och planera behandlingen samt informera patienten och dokumentera (samtliga fem moment ska genomföras för att kunna sätta åtgärds-koden).
- ▶ "Läkemedelsberättelse" = redogörelse för vilka läkemedelsförändringar som gjorts under ett vårdtillfälle. Denna avser alla patienter som skrivs ut från sjukhus, oavsett ålder.

Syftet är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, inte minst i vårdens övergångar. Det finns i dessa RMR tydliggjort ansvaret för respektive utförare, verksamhetschef samt läkare avseende genomförande, dokumentation samt uppföljning. Åtgärderna skall dokumenteras i journal och åtgärdskodas med olika koder för enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång.

4.3. Lokal nivå

Under förutsättning att respektive part utförare, verksamhetschef och läkare följer de grundläggande krav som finns angivna i RMR, äger de frågan att mer i detalj utforma vilka rutiner som skall tillämpas för genomförande av läkemedelsgenomgångar och hur man skall använda resultaten för att utveckla kunskapsområdet. Det innebär att man kan ha skarpare krav än de som formulerats i RMR, men inte mindre skarpa sådana.

4.4. Läkemedelsgenomgångar/avstämning vid Närhälsans vårdcentraler

Läkemedelsavstämning för individer som är 75 år och äldre en av indikatorerna i den målrelaterade ersättningen enligt krav- och kvalitetsboken. Inom Närhälsan¹ i VGR varierar andelen läkemedelsgenomgångar av individer 75 år och äldre mellan 8 och 94 procent för år 2012. Medelvärdet är cirka 48 procent.

Andelen läkemedelsgenomgångar för individer 75 år och äldre vid de vårdcentraler som inkluderats i granskningen var för år 2012 enligt följande:

¹ Offentligt drivna vårdcentraler.

Vårdenhet	Kvinnor (%)	Män (%)	Alla (%)	Antal listade
Närhälsan Backa vårdcentral	75,99	70,11	73,62	13 100
Närhälsan Bollebygd vårdcentral	66,91	63,51	65,38	7 200
Närhälsan Dalaberg vårdcentral	48	48,89	48,33	5 750
Närhälsan Frölunda vårdcentral	19,03	15,97	17,93	13 000
Närhälsan Skogslyckan vårdcentral	94,75	92,99	94,03	8 250
Närhälsan Skara vårdcentral	9,08	6,82	8,17	11 350
Närhälsan Trandared vårdcentral	77,13	68,42	73,77	7 700
Närhälsan Vara vårdcentral	51,72	51,45	51,61	15 000

Tabell 1: Tabellen visar uppgifter per vårdcentral avseende andel listade individer 75 år eller äldre som fått läkemedelsgenomgång genomförd och som besökt vårdenheten 2012. Källa: IT-systemet SPEAR.

I KoK-boken finns också andra indikationer i den målrelaterade ersättningen kopplade till läkemedel, till exempel följsamhet till REK-listan som beskriver vilka läkemedel som rekommenderas för olika symptom.

Som framgår av tabell 1 ovan skiljer sig vårdcentralerna åt i avseende antal listade patienter vid vårdcentralen och var vårdcentralen är placerad geografiskt. Det finns också skillnader i hur läkarbemanningen är utformad. Vissa av vårdcentralerna använder sig till exempel i stor utsträckning av hyrläkare medan andra inte har några hyrläkare. Flera av de intervjuade påtalar vikten av kontinuiteten bland läkarna för att på ett tillfredsställande sätt kunna genomföra läkemedelsgenomgångar. Exempelvis påtalar en intervjuad läkare vid Närhälsan i Frölunda att det sällan finns möjlighet för patienter att boka en tid hos "sin" läkare eftersom de två fasta läkare som tjänstgör vid vårdcentralen ofta är fullbokade. Detta ställer i sin tur krav på att patientens journal är uppdaterad med korrekt information om en patient till exempel kommer in akut, vilket inte alltid uppges vara fallet.

Därtill framhålls i vissa intervjuer att tidsbrist i form av korta besök kan vara ett skäl till att läkemedelsgenomgångar inte genomförs i tillräcklig utsträckning. Flera av de intervjuade lyfter också fram att engagemang hos enskilda medarbetare kring äldre påverkar hur vårdcentralen arbetar med läkemedelsgenomgångar bland äldre.

Närhälsans vårdcentraler i VGR har inga anställda farmaceuter/apotekare vid vårdcentralen. Inom Närhälsan finns fem apotekare som stöttar vårdcentralerna med utbildning och information avseende läkemedel. Dessa är endast resurs för de offentligt drivna vårdcentralerna.

4.4.1. Rutiner för läkemedelsgenomgångar

För personer som är 75 år och äldre finns en rutin om att genomföra läkemedelsgenomgångar. Beroende på om patienten bor på ett särskilt boende eller har kommunal hemsjukvård och/eller har ApoDos²/dosexpedition ser rutinerna olika ut.

² Apodos är varumärke för Apotekets AB dosexpedition och innebär att brukarens läkemedel är förpackade i förslutna påsar utifrån när läkemedlet ska tas.

För de patienter som bor på särskilda boenden (både äldreboenden och LSS-boenden) uppges att en läkemedelsgenomgång sker årligen. Detta sker i samarbete med sjuksköterskor vid den kommunala hemsjukvården. Vid exempelvis Närhälsan Vara har en särskild mall tagits fram för läkemedelsgenomgångar vid särskilda boenden.

Av intervjuer med representanter vid vårdcentralerna framgår att läkemedelsgenomgångar för patienter vid särskilt boende främst sker i dialog med ansvarig sjuksköterska från den kommunala hemsjukvården. Skälet till detta uppges dels vara att det kan finnas behov av en observation av patienten över en längre tid vilket ansvarig sjuksköterska har möjlighet till. Dels har patienten i vissa fall inte själv möjlighet att själv föra en dialog. Vissa av de intervjuade vid vårdcentralerna beskriver att sjuksköterska vid den kommunala hemsjukvården årligen gör en så kallad symptomsgranskning som redovisas till läkare vid vårdcentralen. Vid Närhälsan Bollebygd beskrivs att läkaren från vårdcentralen dessutom alltid besöker patienterna vid boendet. De intervjuade vid Närhälsan Skara och Närhälsan Trandared uppger att även om vårdcentralerna har en rutin om att årligen genomföra läkemedelsgenomgångar vid boenden, så fungerar inte detta alltid tillfredsställande på grund av vårdcentralerna haft mycket hyrläkare.

För patienter som har dosexpedition men inte bor på särskilt boende uppger de flesta intervjuade vid vårdcentralerna att läkemedelsgenomgångar genomförs i samband med förnyelse av dosexpeditionen, vilket sker minst en gång om året. I dessa fall träffar läkaren patienten och genomgången/avstämningen sker således i dialog med patienten.

De flesta vårdcentraler beskriver att för de patienter som inte har dosexpedition och inte bor på ett särskilt boende genomförs en genomgång/avstämning av läkemedel i samband med förnyelse av läkemedel. En risk finns dock för att patienter med många läkemedel får sina recept förnyade utan att träffa en läkare. Intervjuad läkare vid en vårdcentral beskriver till exempel att det förekommer att patienter vid ett flertal tillfällen kan få sina recept förnyade för en kortare tid utan att en läkemedelsgenomgång genomförs. Detta kan innebära att det kan dröja upp till 1,5 år innan en genomgång genomförs. De intervjuade vid en annan vårdcentral påtalar att vårdcentralen numera uppges ställa tydligare krav på läkarbesök när en patient som önskar förnya sitt recept.

För vissa patientgrupper med kroniska besvär finns på vissa vårdcentraler en rutin att kalla patienterna till årsbesök. En läkemedelsgenomgång/avstämning sker då i samband med dessa besök.

Dokumentation av läkemedelsgenomgångar sker i patientens journal. För de patienter som har ApoDos används ett särskilt system (Pascal³). Samtidigt som en genomgång genomförs ska patientens läkemedelslista uppdateras. Enligt intervjuade läkare vid två vårdcentraler förekommer dock att det för en patient kan framgå att en läkemedelsavstämning har genomförts men samtidigt finns icke aktuella läkemedel med på patientens läkemedelslista.

4.4.2. Kontroll och dokumentation av riskfyllda läkemedelskombinationer

Både IT-stödet Pascal som används när en patient har ApoDos och journalsystemen Medi-Doc samt Journal III uppges ha en inbyggd varning som signalerar om riskfyllda läkemedelskombinationer föreslås. Flera av de intervjuade påtalar också att en bedömning av kombinationer av läkemedel ska göras av den enskilda läkaren.

³ Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt IT-stöd för ordination till patienter med dosförpackade läkemedel.

Dokumentation av riskfyllda läkemedelskombinationer sker i patientens journal. På en vårdcentral påtalas att det inte finns någon systematik i om och eventuellt hur detta dokumenteras. Flera av de intervjuade vid vårdcentralerna påtalar att det är upp till den enskilda läkaren om och hur detta dokumenteras.

4.5. Bedömning

De regionala medicinska riktlinjerna (RMR) för läkemedelsgenomgångar är tydliga avseende vad som skall göras för respektive av de två åtgärdskoderna, dvs minimikravet för att få ersättning. Minimikraven innebär dock att man kan göra en relativt summariskt läkemedelsgenomgång, men lämnar även utrymme för en utförligare sådan innehållande analys och strukturerad planering för kortare och/eller längre perspektiv. Med tanke på att läkemedelsbiverkningar hos äldre skapar så stora problem för patienter och för hälso- och sjukvården, är det anmärkningsvärt att man inte följer upp kvalitet i läkemedelsgenomgångar. Visserligen finns andra kvalitetsindikatorer för läkemedel inom uppföljningen i VG Primärvård, men den redovisningen är på verksamhetsnivå och hämtas direkt ur databaser. Enligt vår erfarenhet är det huvudsakligen läkemedelsgenomgång som är ett konkret verktyg för framgångsrik läkemedelshantering i den enskilda patient-vårdgivarrelationen.

5. Kunskapsstyrning och beslutstöd

5.1. Nationell nivå

5.1.1. Kunskapsstyrning

För en rad diagnoser finns nationella riktlinjer för läkemedelsförskrivning i vårdprogram och övriga riktlinjer, vilka är vägledande för det regionala respektive lokala arbetet och antingen används oförändrade eller modifierade i verksamheterna. Ett omfattande utvecklingsarbete pågår på SKL inom ramen för den Nationella kunskapsstyrning (NSK). Bland annat kommer nationella programråd med experter att bidra till förbättrad kunskapsstyrning och mer jämlik vård i ett nationellt perspektiv. Första rådsbildningen är Programråd för diabetes, men ytterligare är planerade.

5.1.2. Beslutstöd

Interaktioner mellan läkemedel kan ge förstärkning eller försvagning av effekter och därmed biverkningar. Detta kunskapsområde har expanderat påtagligt. Det finns långtgående möjligheter både för vårdgivare och för patienter att söka information om läkemedel via internet. Problemet för vårdgivaren är att få information om läkemedelsinteraktioner på ett tillräckligt säkert sätt integrerat i det dagliga arbetet i journalsystem och andra system. Eftersom merparten av verksamheter i svensk hälso- och sjukvård använder sig av datoriserade journaler så är det naturligt att även använda IT-baserade beslutstöd för läkemedelsinteraktioner.

Sjukvårdens datoriserade beslutstöd för läkemedel har många likheter med hälso- och sjukvårdens medicinska informationssystem för övrigt. I nationellt perspektiv finns ett stort antal olika journalsystem och de kommunicerar dåligt med varandra. Det är inte säkert att det finns samma kunskapsunderlag om läkemedel i samtliga journalsystem. Interaktionsstödet SFINX skall vara det som är standard inom sjukvården enligt Läkemedelsverket, men exempelvis det interaktionsstöd som används på apotek bygger på en utländsk källa och därmed en annan standard. En bidragande orsak till situationen är att Sverige saknar regler kring ansvar för medicinskt innehåll, funktion och säkerhet för datoriserade beslutstöd och tjänster för ordination, förskrivning och expediering.

Alla beslutstöd för ordination, expediering och uppföljning av läkemedelsbehandlig förutsätter kunskapsdatabaser, aktuell läkemedelslista för patienten och kopplingar till stödregister över tillgängliga preparat och styrkor. Det är viktigt att undvika motstridiga uppgifter till patient från förskrivande läkare respektive apotekspersonal om betydelsen av eventuella interaktioner.

Inom området läkemedelsinteraktioner finns för patienterna själva möjlighet att söka via exempelvis Vårdguiden.se samt Läkemedelsverkets webbplats för att få allmän information om interaktioner. För vårdgivare finns mer specifika möjligheter via exempelvis FASS.se samt Janusinfo.se. Regionerna samt flera landsting har även kunskapsområdet läkemedelinteraktioner som del i sina portaler.

Nationell patientöversikt (NPÖ) är under utveckling och kommer att kunna överbrygga det medicinska problem som uppstår när en patient söker med läkemedelsrelaterade biverkningar vid annan vårdinrättning än den ordinarie och som inte använder samma journalsystem. Genom NPÖ kommer alla vårdgivare att vara garanterade tillgång till uppgifter om patientens läkemedel.

5.2. Regional nivå

5.2.1. Regionala läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén är ett rådgivande expertorgan i läkemedelsfrågor till planerings- och ledningsorgan inom VGR samt till förskrivare inom verksamhetsområdet. Målet för läkemedelskommittén är att bidra till en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Läkemedelskommittén är underställd Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU).

Läkemedelskommittén skall ha bred kompetens inom läkemedelsområdet och spegla hälso- och sjukvårdsverksamheterna inom VGR. Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar om kommitténs sammansättning och utser ordförande, vice ordförande och övriga ledamöter.

Läkemedelskommittén utgör en kunskapsresurs för läkemedelsarbetet i regionen i bred bemärkelse och har bland annat uppgifterna att:

- ▶ Utarbeta läkemedelsrekommendationer
- ▶ Utarbeta terapiråd och medicinska riktlinjer
- ▶ Bevaka och värdera nationella kunskapsunderlag
- ▶ Utveckla uppföljningsinstrument, exempelvis kvalitetsindikatorer
- ▶ Uppföljning av ovanstående områden
- ▶ Med sin expertis medverka i regiongemensamma strategier, upphandling, omvärldsbevakning, värdering, fortbildning, producentobunden information och utbildning.

Läkemedelskommittén tillsätter ett antal regionala medicinska terapigrupper. Läkemedelskommittén fastställer sin organisation och sina arbetsformer och man skall upprätta verksamhetsberättelse samt ekonomisk redovisning. Budget tilldelas av hälso- och sjukvårdsutskottet.

5.2.2. Beslutstöd

I KoK-boken finns angivet vilka krav som ska respektive bör vara uppfyllda för Informationssystem/informationsteknologi (IS/IT). Begreppet läkemedel eller direkt associerade begrepp finns inte, men indirekt finns koppling genom att verksamheten skall göra patientdata från sina IT-stöd (journalssystem med mera) tillgängliga för den nationella patientöversikten (NPÖ). Av betydelse för denna granskning är att man skall leverera elektroniska underlag för ersättningsberäkningar och uppföljning enligt av VGR upprättade anvisningar och specifikationer samt enligt given tidplan. NPÖ är inte fullt implementerat i VGR.

5.3. Lokal nivå

Vårdgivare i VG Primärvård skall enligt KoK-boken förbinda sig att följa de vårdprogram och riktlinjer vilka utfärdats av regionala organ.

Som framgår av det som skrivits i föregående avsnitt äger således respektive verksamhet inom VG Primärvård alltså frågan om att välja IS/IT-stöd för sin verksamhet så länge som man uppfyller de krav som är uppställda i KoK-boken. Det finns alltså inga krav exempelvis avseende validitet av det beslutstöd för interaktioner som används inom läkemedelsområdet.

5.4. Dokumentation och informationsöverföring vid Närhälsans vårdcentraler

Som tidigare nämnts uppger de intervjuade vid vårdcentralerna att dokumentation av läkemedelsgenomgångar sker i patientens journal och/eller i Pascal för de patienter som har dosexpedition. Både IT-stödet Pascal och journalsystemet MediDoc uppges ha en inbyggd varning som säger till om riskfyllda läkemedelskombinationer föreslås.

Såväl primärvården och sjukhusen som kommunerna uppges ha tillgång till IT-systemet Pascal, vilket innebär att vårdgivarna har tillgång till en läkemedelsförteckning för de patienter som har dosexpedition. I detta system sätter man in eller ut mediciner samt ändrar doser, men man kan även skriva in indikation samt orsak till ändring eller avslut. Ingen ytterligare dokumentation kan göras.

Även i ProfDoc finns det inlagt i läkemedelslistan en koppling till Janusfönster, där man direkt ser en interaktionsvarning för läkemedel och man kan pröva om det föreligger interaktioner innan ett läkemedel skrivs ut.

Vårdcentralerna och sjukhusen använder inte samma journalsystem. Vissa av de intervjuade menar att detta innebär att patienten själv behöver ha med sig en uppdaterad läkemedelslista om den kommer till ett sjukhus vid en tidpunkt som vårdcentralen har stängt. Om inte så är fallet finns en risk för att sjukhuset inte får information om patientens läkemedel förrän vårdcentralen öppnar igen. När en patient kommer till en vårdcentral efter ett sjukhusbesök har vårdcentralen endast tillgång till en uppdaterad läkemedelslista och patientens egen berättelse. Det finns dock skillnader i arbetssätt bland de vårdcentraler som är inkluderade i granskningen. Närhälsan Backa har till exempel telefonlinjer som är öppna dygnet runt och där någon av de medicinska rådgivarna svarar.

I NPÖ finns en läkemedelsmodul. Tjänsten NPÖ innebär en sammanhållen journalföring som ska göra det möjligt för vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av vårdinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare. HSU tog i februari 2010 beslut om införandet av NPÖ i VGR. Av intervjuerna framgår att vissa vårdcentraler och/eller läkare inte har tillgång till och/eller inte använder NPÖ.

Vid en remiss till sjukhusen uppges att patientens läkemedelslista bifogas. Kommunen får del av läkemedelslista samt i vissa fall utdrag ur patientens journal.

5.5. Bedömning

VGR satsar på kunskapsstyrning inom området läkemedelsgenomgångar genom tydliga riktlinjer och utbildningsinsatser. Det finns ett tydligt uppdrag till läkemedelskommittén och terapigrupperna. Vi bedömer att det med denna struktur finns förutsättningar att utveckla det kunskapsområde som bygger på kvalitetsindikatorerna för VG primärvård och hur resultatet av dessa påverkar vården. Läkemedelsenheten borde med fördel kunna finnas med i detta arbete.

Den dagliga verksamheten på vårdcentralerna är beroende av IT-baserat beslutstöd vilket är integrerat i journalerna. Tillämpliga delar av KoK-boken avseende IS och IT är allmänt hållna avseende skall-krav. Patientsäkerhetsriskerna är påtagliga när vårdgivare har olika journalsystem vilka inte kommunicerar med varandra och bygger på olika standard, och samtidigt är NPÖ inte fullt implementerat. EY anser att suboptimering av beslutstöd och informationsöverföring huvudsakligen är ett lednings- och styrningproblem, och endast i mindre utsträckning ett egentligt tekniskt problem.

6. Uppföljning

6.1. Nationell nivå

Läkemedelsförskrivning redovisas i stor omfattning nationellt och regionalt liksom följsamhet till riktlinjer. En del av redovisningen som påtagligt gränsar till denna granskning är förekomsten av riskyllda läkemedelskombinationer liksom andel äldre med många läkemedel.

Det finns i dagsläget för området läkemedelsgenomgångar inte någon officiell nationell uppföljning av typen Öppna Jämförelser eller annan samlad jämförande redovisning. Regioner och landsting hanterar implementering och uppföljning av läkemedelsgenomgångar olika. Vid intervjuerna för denna granskning anges dock att det finns informellt nationellt nätverkande för kunskapsutbyte bland nyckelpersoner.

6.2. Regional nivå

Hälso- och sjukvårdsnämnderna tecknar kontrakt med vårdgivarna och skall följa upp dessa minst en gång per år. Syftet med uppföljningen är att kontrollera att vårdcentralerna uppfyller de krav som KoK-boken föreskriver. Den årliga uppföljningen görs av av Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli (HSNK). Medicinsk rådgivare från den Medicinska revisionsenheten inom Vårdvalsenheten deltar vid behov. Vårdvalskontoret respektive Läkemedelsenheten gör inte några egna uppföljningar.

Den årliga uppföljningen genomförs i dialog med verksamhetschefen för vårdcentralen och föregås av en utskickad regiongemensam mall för att uppföljningen ska få samma innehåll i hela regionen. Tyngdpunkten i uppföljningen var 2012 i utfallet av utvalda kvalitetsindikatorer inom angelägna frågeområden, där äldre respektive läkemedel var två frågeområden.

Utfallet av indikatorerna återfinns i SPEAR som är uppföljningsverktyget där vårdgivarna kan följa utfallet av uppföljningsindikatorerna som finns i KoK-boken. SPEAR gör det möjligt att följa utvecklingen kontinuerligt och vårdcentralerna kan jämföra sig med varandra.

Med hjälp av databasen SPEAR registreras läkemedelsgenomgångar och redovisas i procenttal. Som tidigare nämnts visade resultaten från 2012 att det fanns stora variationer, både mellan vårdcentralerna och mellan nämndsområdena inom alla fokusområden. Många vårdcentraler brister fortfarande i sina registreringsrutiner och resultaten blir därför något osäkra. HSNK konstaterar att arbetet med bland annat sjukdomsförebyggande åtgärder inte prioriteras i tillfredsställande omfattning.

Genom avtalsuppföljningar i VGR konstateras att antalet läkemedelsrelaterade problem ökar med antalet läkemedel. Utifrån SPEAR har HSNK också under 2012 följt upp vårdcentralernas förskrivning av sömnmedel för patienter 75 år eller äldre, "tio eller fler läkemedel bland äldre" och "läkemedelsinteraktion bland äldre". Redovisningen av resultaten sker i diagram respektive text och diagrammen belyser spridning mellan vårdcentraler, regional utveckling över tid samt spridning mellan regionens nämnder.

Avseende läkemedelsgenomgångar fann man att under 2012 ökade det "regionala snittet" från 42.2% till 47.9%, men med en stor spridning mellan regionens samtliga vårdcentraler (minsta värde var 4% och högsta 93.3%). En felkälla var att många av vårdcentralerna med dåliga resultat anger att de inte registrerat på rätt sätt. I avtalsuppföljningen bedömer HSNK

att regionsnittet är lågt med tanke på att läkemedelsavstämning finns som krav i KoK-boken samt att det utgår en målrelaterad ersättning.

Läkemedelsförskrivning följs och registreras per vårdcentral avseende vad som förskrivs samt kostnad och utvecklingen följs över tid.

6.3. Lokal nivå

Den uppföljning av läkemedelsgenomgångar vilken alla vårdcentraler genomför enligt KoK-boken redovisas "uppåt" i organisationen, men används på olika sätt internt i den egna verksamheten för kunskapsbildningen inom området.

6.4. Uppföljning och utvärdering vid Närhälsans vårdcentraler

Det finns variation mellan vårdcentralerna avseende hur uppföljning och utvärdering sker av läkemedelsanvändning och förskrivning av läkemedel.

Apotekaren rapporterar regelbundet förskrivning av läkemedel till vårdcentralerna. Som tidigare nämnt stöttar apotekarna också vårdcentralerna med utbildning och information avseende läkemedel. Därtill uppger flera av de intervjuade att förskrivning av läkemedel diskuteras vid läkarmöten på vårdcentralen. Flera av de intervjuade påtalar dock att det saknas en systematisk uppföljning och utvärdering av läkemedelsanvändning samt förekomsten av riskfyllda läkemedelskombinationer.

Det finns exempel på vårdcentraler som haft specifika projekt kring att följa upp och utvärdera läkemedelsanvändning. Närhälsan Frölunda uppges till exempel tidigare haft en apotekare som vårdcentralen själva bekostade och som var fjortonde dag besökte vårdcentralen. Denna apotekare genomförde en genomgång av de individer som hade tio eller fler läkemedel, bland annat i syfte att identifiera förbättringsområden och föra en diskussion kring riskfyllda läkemedelskombinationer. Närhälsan Bollebygd har haft ett projekt om att apotekare, kommunsjuksköterska och läkare tillsammans genomförde en genomgång av läkemedel för ett urval av patienter. Arbetssätten uppges ha skapat ett lärande.

Medicinska rådgivare vid Närhälsan Backa har bland hållit utbildningar om läkemedel för den kommunala hemsjukvården. I området Kungälv, Öckerö, Ale och Hisingen finns också ett samarbete om att alla medicinska rådgivare träffas tre gånger per termin. Vid dessa tillfällen diskuteras bland annat läkemedelsgenomgångar.

Flera av de intervjuade påtalar att det troligen förekommer både en underrapportering och felrapportering avseende läkemedelsgenomgångar.

6.5. Bedömning

Tillgängliga uppgifter från databasen SPEAR ger vid handen att måluppfyllelse för kvalitetsindikatorn läkemedelsgenomgångar varierar stort inom VG Primärvård. Trots att regionala medicinska riktlinjer har uppdaterats avseende hur man skall genomföra en läkemedelsgenomgång och vad som krävs för att få sätta den åtgärdskod som ger ersättning, så görs inga rutinmässiga uppföljningar av hur vårdcentralerna gör sina genomgångar. Om de verksamheter som genomför relativt liten andel av läkemedelsgenomgångar dessutom endast nått och jämnt uppnår minimikraven, finns sannolikt ett patientsäkerhetsproblem. EY bedömer att resultaten för de olika läkemedelsrelaterade kvalitetsindikatorerna inom VG Primärvård inte tydligt hålls ihop för kunskapsbildning, exempelvis avseende vilka konsekvenser som kan

påvisas när läkemedelsgenomgångar brister. I ett utvecklingsarbete kan exempelvis apotekerna arbeta mer systematiskt än vad som sker idag, där insatserna närmast kan beskrivas som sporadiska uppdrag från vissa vårdcentraler.

7. Slutsatser

Granskningen syftar till att ta fram underlag för att bedöma om vårdcentraler genomför läkemedelsgenomgångar med fokus på äldre patienter i tillräcklig omfattning och på det sätt som svarar upp mot Regionfullmäktiges intentioner och Socialstyrelsens föreskrifter på området.

7.1. Bedömningar

Nedan följer i komprimerad form svaren på respektive revisionsfråga.

Revisionsfråga	Svar
Hur är läkemedelsgenomgångar organiserade och planerade?	Tydligt definierade som enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång i regionala medicinska riktlinjer (RMR), men följsamhet avseende själva genomförandet följs inte upp.
Hur och i vilken omfattning genomförs läkemedelsgenomgångar?	Skall göras minst en gång årligen, men omfattningen varierar stort i regionen.
För vilka patientgrupper sker läkemedelsgenomgångar?	För alla patienter ≥ 75 år, men även för yngre patienter med flera läkemedel (men detta resultat efterfrågas ej)
Sker läkemedelsgenomgångar i dialog med patienterna?	Enligt regionala medicinska riktlinjer (RMR) är detta ett krav, vilket det är möjligt att kringgå.
Hur dokumenteras läkemedelsgenomgångar?	Dokumenteras i journalen. Bokförs med åtgärds-koder för redovisning.
Hur kontrolleras och dokumenteras förekomsten av riskfyllda läkemedelskombinationer?	Antal inhämtas från databas och redovisas som övriga kvalitetsindikatorer. Enskilda ärendet dokumenteras i journal. Om resultat i biverkan skall detta redovisas med orsakskod i journal.
Hur sker uppföljning och utvärdering av läkemedelsanvändningen och förekomsten av riskfyllda läkemedelskombinationer?	Läkemedelsförskrivning samt förekomst av riskfyllda läkemedelskombinationer redovisas i absoluta tal liksom följsamhet till riktlinjer på vårdcentralsnivå. Sammanställd uppföljning och utvärdering (dvs analys) av enskilda ärenden sker ej.
Hur rapporteras resultaten av läkemedelsgenomgångar till primärvårdsstyrelsen och regionstyrelsen?	Via uppföljningsverktyget SPEAR redovisas att man gjort läkemedelsgenomgång enligt minimikrav, men inte <i>hur</i> man gjort dvs att man med säkerhet gjort enligt riktlinjer.
Vilka åtgärder vidtar primärvårdsstyrelsen med anledning av de resultat som rapporteras?	Inga utöver att ersättning inte utgår om vårdcentralen inte når upp till målnivå.

Hur sker informationsöverföring vad gäller patienters läkemedelsanvändning från vårdcentral till sjukhus?	Via gemensamma journalsystem där så är möjligt. Annars patientens eget ansvar att medföra aktuell läkemedelslista. Informationsöverföring via NPÖ är under utveckling.
Hur verkar regionstyrelsens läkemedelsenhet och läkemedelskommitté för att omfattning och kvalitet vad gäller läkemedelsgenomgångar ökar?	Regionala medicinska riktlinjer (RMR) har fastställts hösten 2013. För övrigt är kvalitetsindikatorn läkemedelsgenomgångar endast en i raden.
Utvecklas kunskapsområdet läkemedelsgenomgångar bland vårdens aktörer?	Information sprids via läkemedelskommittén, det finns inte ett sammanhållet arbete kring de kvalitetsindikatorer vilka är läkemedelsrelaterade för ett sammanhållet kunskapsområde gentemot den offentligt drivna primärvården.

7.2. Slutsatser och rekommendationer

En undvikbar läkemedelsbiverkan är att betrakta som en vårdskada om den beror på förbisedd möjlighet till interaktion mellan olika läkemedel. Problemet har alltmer uppmärksamats av Socialstyrelsen och SKL, och landets sjukvårdshuvudmän arbetar strukturerat med bland annat genom att definiera riskgrupper och använda läkemedelsgenomgångar som verktyg. Inom VGR är detta ett prioriterat område genom att det finns regionala medicinska riktlinjer (RMR) samt en indikator med målrelaterad ersättning avseende läkemedelsgenomgångar för primärvården.

Inom ramen för arbetet med "Bättre liv för sjuka äldre 2013" har SKL infört stimulansmedel/prestationsersättning på områden med direkt koppling till denna granskning. Ett exempel är redovisning av vissa definierade olämpliga läkemedel för patienter ≥ 75 år, antiinflammatoriska läkemedel samt läkemedel mot psykos för dem som är ≥ 65 år. Ett annat exempel med indirekt betydelse är undvikbar slutenvård, eftersom man vet att cirka 30% av alla akuta inläggningar på sjukhus är relaterade till läkemedelsbiverkningar. Kvalitetsindikatorer för primärvården i VGR täcker in dessa nationella indikatorer.

Vid denna granskning framkommer att det är stor spridning avseende måluppfyllelse för de olika primärvårdsenheterna inom Närhälsan, även om det generellt sett sker en förbättring över tid. Uppföljning avser uteslutande att man genomför läkemedelsgenomgång enligt riktlinjer, inte *hur* man gör densamma. I dagsläget kan en läkemedelsgenomgång vara allt från att man precis uppfyller minimikraven för ersättning och över till en mer djupgående analys med noggrann uppföljning av genomförda åtgärder. Arbetet bygger i stort sett helt på att man förlitar sig till att IT-systemens beslutstöd fungerar fullt ut, och här finns restriktioner i form av bristande kommunikation mellan olika system samt olika standarder.

Eftersom det finns ett antal läkemedelsrelaterade kvalitetsindikatorer inom VG Primärvård, finns förutsättningar för att kunskapsområdet läkemedel till äldre kan utvecklas till ett sammanhållet sådant där konsekvenser av bristande måluppfyllelse kan kopplas till utfall av vården. I dagsläget är detta inte ett sammanhållet kunskapsområde ute i verksamheterna på vårdcentralerna.

Genom regionala medicinska riktlinjer finns en tydlig intention att säkerställa god kvalitet i läkemedelsgenomgångar, vilken ansluter till Socialstyrelsens föreskrifter. Visserligen följs antalet läkemedelsgenomgångar upp som kvalitetsindikatorer enligt KoK-boken, men inte hur dessa görs och därmed inte kvaliteten. Den kvantitativa uppföljningen görs av HSNK, men utvärderingen av kvalitet görs av medicinska revisorer från Vårdvalskontoret. Därmed kommer styrsignaler från flera håll.

Mot bakgrund av revisionsgranskningens resultat avseende läkemedelsgenomgångar i Primärvården (Närhälsan) i Västra Götalandsregionen föreslås följande utveckling:

- ▶ Uppföljningen av läkemedelsgenomgångar utvidgas till att omfatta även följsamhet avseende *hur* man genomför läkemedelsgenomgångar,
- ▶ Samtliga kvalitetsindikatorer som avser läkemedelsbehandling redovisas och analyseras sammanhållet för att säkerställa att detta blir ett tydligt kunskapsområde,
- ▶ De IT-baserade beslutstöden liksom informationsöverföring mellan vårdgivare kvalitetssäkras snarast eftersom Nationell patientöversikt (NPÖ) inte implementerats i hela regionen.

Stockholm och Göteborg den 31 oktober 2013

Peter Daneryd
Verksamhetsrevisor
EY

Mikaela Bengtsson
Verksamhetsrevisor
EY

Bilaga 1: Dokumentförteckning

Intervjuade funktioner

Närhälsan Frölunda: Medicinsk rådgivare
Närhälsan Backa: Medicinska rådgivare (2) och verksamhetschef
Närhälsan Bollebygd: Medicinsk rådgivare
Närhälsan Trandared: Läkare vid Närhälsan Trandared, medicinsk rådgivare (anställd vid Närhälsan Dalsjöfors) och apotekare verksam inom område 6 och 7
Närhälsan Dalaberg: Distriktsläkare (2) och Verksamhetschef
Närhälsan Bollebygd: Medicinsk rådgivare
Närhälsan Skara: Verksamhetschef
Närhälsan Vara: Vårdcentralchef
Ordförande läkemedelskommittén
Ordförande Läkemedelskommitténs terapigrupp "Äldre och läkemedel"
Läkemedelschef, Läkemedelsenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Regionläkare vid Analysenheten och Registercentrum, Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Dokumentförteckning

VGR Budget 2013
Krav- och kvalitetsboken 2013
Avtalsuppföljning VG Primärvård 2012
Regional medicinsk riktlinje (RMR): Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse
Reglemente för Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen
Ändringsförfattning SOSFS 2012:9 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
Protokoll, hälso- och sjukvårdsutskottet 2010-02-24
REK-listan 2013, VGR
Mall för årskontroll/medicinsk vårdplanering för särskilt boende, Närhälsan Vara