

Landstingsstyrelsen

1 LÄKEMEDEL I ÄLDREVÅRDEN

Landstingets revisorer behandlade, vid sitt sammanträde den 11 april, landstingsstyrelsens svar (dnr LS/1269/2007) på revisionsrapport "Uppföljning: läkemedel i äldrevården" (dnr REV/24/2007).

I landstingsstyrelsens yttrande över granskningens resultat saknas en utvecklande argumentation om den i vår granskning redovisade problematiken kring läkemedel i äldrevården. Detta föranleder oss därför att ånyo skriva till styrelsen för att inhämta uppgifter om vilka åtgärder som vidtagits, pågår eller planeras med anledning av de iakttagelser, synpunkter och förslag som framfördes i ovan nämnda rapport.

I det följande är de i rapporten framförda synpunkterna och förslagen från revisorerna markerade med fet stil. Inramad text med kursiv stil är citat från landstingsstyrelsens yttrande. I slutet av varje avsnitt presenteras de frågor som vi önskar svar på.

1.1 LÄKEMEDELSHANTERINGEN I ÄLDREVÅRDEN

Vi anser att ordination utan att läkaren träffar patienten medför risker för felaktig ordination eftersom ordinationen i dessa situationer baseras på andrahands information. Läkaren är då helt beroende av att sjukvårdspersonalen i de särskilda boendena ger en korrekt och fullständig beskrivning av patientens tillstånd. Vi anser att sjukvårdspersonalen på detta sätt åläggs ett alltför stort ansvar.

Det är inte tillfredsställande att det i några kommuner saknas fungerande uppföljning av ordinationer.

Landstingets möjligheter att påverka läkemedelshanteringen i kommunerna är begränsad till läkarens område. Landstinget kan inte besluta om behövliga utbildningsinsatser eller ändra rutiner inom någon kommuns organisation.

Landstinget har enligt vår uppfattning tämligen stora möjligheter att påverka kvaliteten i läkemedelshanteringen trots att denna även involverar kommunernas sjukvårdspersonal. Läkemedelshanteringen omfattar ett antal aktiviteter som inleds med att läkaren, med i

princip ensamrätt, ordinerar behandling (exempelvis förskriver läkemedel inkl anger när läkemedlet skall ges, vilken dos o.s.v.). I läkarens ansvar ingår även att följa upp att den ordinerade behandlingen ger önskat resultat.

Utifrån läkarens ordination har kommunens sjukvårdspersonal sedan ansvaret för att utföra de efterföljande aktiviteterna fram till det att läkemedlet delas ut till patienten (iordningställande och administrering) samt att vid behov kontakta och rapportera till läkaren.

Att läkarna har en central roll i äldrevården och som det finns anledning att kontinuerligt följa upp framgår också av studien ”Den kommunala sjuksköterskans/distriktssköterskans uppfattning av läkarmedverkan vid särskilda boenden i Jämtlands län” av Lena Weinstock-Svedh och Lotta Hagberg. I studiens slutsats sägs; ”I resultatet av enkätundersökningen har framkommit att det finns mycket för ansvariga tjänstemän och politiker att ta i beaktande vid det fortsatta arbetet gällande läkarmedverkan i särskilda boenden”. Se vidare i avsnitt ”läkarmedverkan”.

Landstinget kan av kända skäl inte besluta om åtgärder hos annan huvudman, i detta fall utbildningsinsatser för kommunens sjukvårdspersonal. Däremot kan landstinget med stöd av Ädel-avtalen verka för att denna personal ges erforderlig utbildning. Landstingets åtaganden i nämnda avseende regleras i de flesta av Ädel-avtalen dock med varierande skrivning. I avtalet med Strömsunds kommun regleras åtagandet på följande sätt: ”Kommunens personal skall vederlagsfritt inbjudas att delta vid de återkommande fortbildningsdagarna inom respektive yrkesgrupp. Primärvårdens läkare och/eller annan specialistkompetens står till förfogande för fortbildning av den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen. Behovet av fortbildningsinsats styrs dels av kommunens behov men även utifrån behov som primärvårdens läkare/annan specialistkompetens aktualiserar. Landstinget tillhandahåller vederlagsfritt kostnader för landstingets interna föreläsare.”¹

Frågor:

- Sker någon strukturerad och kontinuerlig uppföljning av landstingets åtaganden i äldrevården? När gjordes i så fall uppföljningen senast och var finns resultatet av uppföljningen att tillgå?
- Vilka konkreta utbildningsinsatser har erbjudits under år 2007 och vilka insatser avses erbjudas kommunernas sjukvårdspersonal under år 2008?
- Har landstinget fått förfrågningar från kommunen om utbildningar i läkemedelsfrågor? Har förfrågningarna kunnat tillgodoses?
- Har resultatet i studien av Weinstock-Svedh och Hagberg föranlett eller kommer det att föranleda några konkreta åtgärder i fråga om läkarmedverkan i äldrevården? I så fall vilka åtgärder?

¹ Ur Ädel-avtal mellan Jämtlands läns landsting, verksamhetsområde Östersund/Strömsund, och Strömsunds kommun.

1.2 OMFATTANDE FÖRSKRIVNING OCH OLÄMPLIG REGIM

Förskrivningen är, trots att den minskat något sedan tidigare granskning, tämligen omfattande inte minst gäller detta förskrivningen av psykofarmaka (neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel och sömnmedel).

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

Sömnmedel och NSAID-preparat ordinerar fortfarande för daglig användning och för långa behandlingsperioder vilket strider mot Socialstyrelsens rekommendationer.

Att förskrivning av läkemedel till äldre är naturligt eftersom sjukdomar och besvär ökar med åldern. Det finns naturligtvis problem med både för mycket och för lite läkemedel.

I Socialstyrelsens rapport Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2007 ingick 3 parametrar som mätte kvaliteten i läkemedelsanvändningen till äldre. I två av dessa hade Jämtland bättre (dvs. lägre) resultat än riksgenomsnittet, nämligen andelen äldre med fler än 10 läkemedel och andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka. Och när det gällde den tredje parametern, andelen äldre med läkemedel med risk för D-interaktioner - den allvarligaste graden av interaktion - visade Jämtland klart bäst resultat i landet.

Inledningsvis vill vi understryka att vi i vår granskning av läkemedel i äldrevården inte tar ställning till kvaliteten i läkemedelsanvändningen med den förskrivning som sker. De slutsatser/bedömningar som vi framför, när det gäller läkemedelsförskrivningens omfattning, har sin utgångspunkt i Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre. Våra bedömningar om risker i läkemedelsanvändningen baseras även på att det vid tidpunkten för vår granskning fanns stora brister i uppföljningen av läkemedelsbehandling i äldrevården. Man skall också beakta att den förskrivning som vi presenterar visar genomsnittliga värden.

Det är självfallet positivt med en bra placering i Öppna jämförelser men resultatet bör värderas med utgångspunkt från de tolkningsbeskrivningar mm som redovisas i rapporten Öppna jämförelser. Som framgår i nämnda rapport ”kan en placering i toppen av ett diagram ändå vara ett dåligt resultat”.² Detta inträffar ”om landstingen generellt sett uppvisar dåligt resultat”.² Förskrivningen av läkemedel är tämligen omfattande inom alla landsting samtidigt som det p.g.a. bristande uppföljning saknas tillräcklig kunskap om effekterna av den samtidiga användningen av de många läkemedlen. ”Det är väl kartlagt hur läkemedel interagerar parvis, men man vet mycket lite om vad som händer om ett större antal läkemedel används samtidigt”³

Det finns ett antal andra frågor om materialet som också bör tas i beaktande när man tolkar resultatet i Öppna jämförelser bland annat följande:⁴

² Avsnitt Resultat och tolkning av dessa i Öppna jämförelser

³ Socialstyrelsen: Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning 2004.

⁴ Ur Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

- Det handlar om indikatorer och att resultatet därmed inte är ”ett uppenbart faktum med en självklar uttolkning. En indikator ger en tydlig signal om ett förhållande att studera vidare och att förklara”.
- Redovisningen görs utan några analyser av orsakerna till resultaten eller att man drar skarpa slutsatser av en placering.
- Uppgifterna baseras på alla uthämtade läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen, d.v.s. läkemedel i öppen vård. Läkemedel i slutenvård ingår inte.
- Uppgifterna om läkemedelsanvändningen omfattar endast individer 80 år och äldre. År 2006 bestod målgruppen av individer 75 år och äldre.
- Det är av rent statistiska skäl mera sannolikt att mindre landsting av en slump in-tar extrempositioner i rangordningen, än att de stora landstinget gör det. De stora landstingens värden är statistiskt sett säkrare, och därmed också stabilare över tid. Om antalet patienter/behandling är få, så får ett mindre antal framgångar eller misslyckanden en större återverkan på resultatet, än om antalet patienter/behandlingar varit flera.

Av det ovan redovisade framgår att resultatet i Öppna jämförelser inte skall tolkas som absoluta fakta. Resultatet säger heller inte någonting om kvaliteten i läkemedelsanvändningen. Resultaten i Öppna jämförelser bör istället leda till fördjupade analyser som ger underlag till fortsatta förbättringsåtgärder.

I landstingsplanen för 2008 - 2010 ges landstingsstyrelsen i uppdrag att analysera resultaten i Öppna jämförelser. ”Resultat av rapporten ska användas som grund (del i) landstingets systematiska förbättringsarbete”.

Fråga:

- Vilka konkreta åtgärder har styrelsen vidtagit eller avser vidta med anledning av fullmäktiges uppdrag och resultatet i Öppna jämförelser när det gäller läkemedelsanvändningen i äldreården?

1.3 LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR

De 80 läkemedelsgenomgångar som inryms i landstingets avtal med Apoteket motsvarar endast 3 procent av antalet patienter i de 112 särskilda boendena. Enligt Socialstyrelsen bör läkemedelsgenomgångar genomföras regelbundet och vi ställer oss därför frågande till vilka beräkningar och andra överväganden som utgjort grund för det nämnda antalet läkemedelsgenomgångar som ingår i avtalet.

Trots den satsningen på ett stort antal läkemedelsgenomgångar så kommer man inte att nå ut till alla patienter i de särskilda boendena. De planerade läkemedelsgenomgångar motsvarar ca hälften av antalet i nämnda patientgrupp. De statliga stimulansmedlen som finansierar de planerade läkemedelsgenomgångarna erhålls t.o.m. år 2008. Vi anser att kommunerna och landstinget bör vidta åtgärder för att tillförsäkrar en framgent tillfredsställande uppföljning av de äldres läkemedelsanvändning.

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

Läkemedelsgenomgångar bör regleras till sin omfattning och arbetsätt (teammodellen) i Ädelavtalet på ett enhetligt sätt och för alla kommuner.

Läkemedelskommittén, som har länsövergripande uppgifter och unika kunskaper om läkemedel, bör ges ett samordnande ansvar för att läkemedelsgenomgångar initieras och genomförs.

Läkemedelsgenomgångar är bra, men det krävs att det går att avsätta läkartid för detta. De bör ingå som en del i ordinarie vård. Det finns varken personella eller ekonomiska resurser att alltid ha medverkan av apotekare på länets alla 112 särskilda boenden. Flera kommuner har inom sina ansökningar för nationella stimulansmedel fått beviljat pengar för att arbeta med läkemedelsgenomgångar. I detta arbete bör även metodiken för läkemedelsgenomgångar förfinas. Ett exempel på tillvägagångssätt är modellen som utvecklats inom Åre kommun.

Inom Sveriges kommuner och landsting är ett av de nationella patientsäkerhetsområdena som är prioriterat, läkemedelshantering vid vårdövergångar. För Jämtlands läns landstings del innebär det per automatik en översyn av hur läkemedelshanteringen fungerar, vilka svaga delar det finns och att i kvalitetsarbete förbättra läkemedelshanteringen.

I landstingsstyrelsens yttrande saknar vi en mer framåtsyftande redovisning av nödvändiga åtgärder som styrelsen planerar att vidta för att medverka till en säker och god läkemedelsanvändning för äldre. Vi har en samsyn med landstingsstyrelsen om att läkemedelsgenomgångar är bra. Däremot skiljer sig vår uppfattning när det gäller landstingets möjligheter att påverka kvaliteten i läkemedelsanvändningen i äldrevården (frågan har även behandlats i avsnitt 1.1). Vi är medvetna om kommunernas ansvar i dessa frågor. Landstingets roll i äldrevården är dock betydande. Landstinget svarar för kostnaderna för subventionen av läkemedel till länets invånare samt även läkarinsatserna i kommunernas särskilda boenden och hemsjukvården. Landstinget betalar för vården av äldre med läkemedelsbiverkningar. Landstinget tillhandahåller dessutom expertkunskap i läkemedelsfrågor genom läkemedelskommittén och avtalet med Apoteksbolaget. Det finns således starka motiv för landstinget att offensivt medverka till att läkemedelsanvändningen kontinuerligt följs upp.

Frågor:

- Vilken ambitionsnivå eftersträvas från landstingets sida, i arbetet med Ädelavtalen, när det gäller läkemedelsgenomgångar?
- Har läkemedelsgenomgångar genomförts enligt planen för stimulansmedlen? Har förbättringar i läkemedelsanvändningen kunnat noteras? I så fall vilka?

1.4 LÄKARMEDVERKAN

Försöket med äldrevårdsläkare i Strömsund har enligt uppgift visats sig vara framgångsrikt. Vi anser att det bör undersökas om modellen med äldrevårdsläkare, som nu också prövats i Östersund, även bör införas i primärvården i samtliga kommuner.

Vi tar ånyo upp frågan om behovet av geriatrisk kompetens i främst primärvården.

Antalet förskrivare per patient har minskat jämfört med situationen vid vår granskning 2005. Det finns enligt vår mening ändå anledning att vidta åtgärder för att ytterligare minska risken för att det förskrivs läkemedel som inte passar ihop.

Vi föreslår att Ädelavtalen ses över när det gäller läkarmedverkan. För att tillförsäkra patienterna en god och säker vård anser vi att läkarmedverkan bör uttryckas med större precisering i Ädelavtalet än vad som är fallet i nuvarande avtal.

Vi anser att den hälso- och sjukvård i kommunernas äldrevård som ges av landstingets läkare bör följas upp genom kontinuerliga enkätundersökningar till personal, anhöriga och i det fall detta är möjligt även till patienterna.

Läkarkontinuitet; landstinget instämmer i att det är en viktig faktor för patienter med återkommande vårdbehov. Inom primärvården är avsikten att tillgodose kontinuitet för de äldre i kommunernas särskilda boenden.

Läkare inom primärvården ska ha specialistkompetens inom allmänmedicin för att kunna arbeta med patient inom alla åldersgrupper inom primärvård. Läkare som arbetar som äldre vårdsläkare har kompetens inom allmänmedicin. Ur patientsäkerhetssynpunkt är såsom tidigare nämnts läkarkontinuitet det viktigaste.

Inom arbetet med översyn av ÄDEL-avtal ska tydliggöras hur läkarmedverkan i särskilda boenden ska se ut.

Kontinuitet är som vi framhållit i vår granskning väsentlig för en god vård men detta gäller naturligtvis under förutsättning att vårdpersonalen har adekvat kompetens.

I landstingsplanens för 2007-2009 inledning sägs; ”kunskap om äldres sjukdomar (geriatrik) ska öka i hela länet och specialistkompetens stärkas för behov hos äldre med psykiska problem. Ett långsiktigt mål är att Östersunds sjukhus ska bli Sveriges bästa sjukhus för äldre”. Vidare uppges i planen att ”kompetensutveckling inom geriatrik ska genomföras i alla delar av landstingets verksamheter inom vården” och ”analys av behov av närvårdsgeriatrik kompetens inom länet ska ske inom ramen för den första prioriterade delprocessen inom Äldres hälsa och ska innehålla tidsatt genomförandeplan”.

I landstingsplanen för 2008-2010 finns följande aktivitet: ”analysera vilket kompetensbehov som behövs i länet för att tillgodose äldres vårdbehov, inom ramen för processen ”Äldres hälsa””.

Problematiken kring de äldre och deras sjukdomar och att detta ställer krav på speciell erfarenhet hos de läkare som skall arbeta med denna patientgrupp har lyfts fram i ett flertal rapporter. Ett exempel är den intervjuundersökning som genomförts av Socialstyrelsen och där det bl.a. framkom att ”de mer erfarna läkarna oftare reflekterade över om läkemedelsbehandlingen kunde vara orsak till patientens problem än de yngre, som var mer diagnosriktade. Likaså var de läkare, som hade geriatrisk specialistkompetens eller hade arbetat länge med äldre patienter, mer benägna att ifrågasätta en omfattande läkemedelsbehandling”.⁵

⁵ Socialstyrelsen: Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik . Utkom 2007

I den enkätundersökning⁶ som vi nämner i vår granskning konstateras att det finns behov av att läkarmedverkan i äldre vården följs upp. Även i studien om läkemedelsrelaterade inläggningar på medicinkliniken Östersunds sjukhus⁷ lyfter man fram läkarmedverkan som ett område att följa upp. I studien konstateras att det skulle behöva göras studier på primärvården eftersom det är primärvården som ordinerar många av patienternas läkemedel. ”En förbättring av läkemedelsförskrivningen skulle troligtvis reducera LRP” (läkemedelsrelaterade problem).

Frågor:

- Vilka konkreta åtgärder har landstingsstyrelsen vidtagit eller planerar att vidta med anledning av fullmäktiges uppdrag i landstingsplanen om att utreda behovet av geriatrisk kompetens?
- Genomförs eller planeras det kontinuerliga uppföljningar av läkarmedverkan i äldre vården?

1.5 LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR

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

Enligt vårdutvecklaren vid medicinkliniken Östersunds sjukhus görs ingen avvikelserapportering av läkemedelsbiverkningar hos de äldre som läggs på medicinkliniken.

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

Biverkningar ska anmälas enligt Läkemedelsverkets föreskrifter. Inom landstinget har sjuksköterskor fått utbildning för att kunna rapportera läkemedelsbiverkningar till biverkningscentrum inom Läkemedelsverket. I nuläget är dock återkopplingen från biverkningscentrum inte tillfyllest. Här kan IT-stöd integrerat i journalen underlätta.

⁶ Den kommunala sjuksköterskans/distriktssköterskans uppfattning av läkarmedverkan vid särskilda boenden. Av Lotta Hagberg och Lena Weinstock-Svedh.

⁷ Fördjupningsprojekt i farmakoterapi 20 poäng: Läkemedelsrelaterade orsaker till varför äldre läggs in vid område medicin, Östersunds sjukhus. Författare: Sara Carlsson studerande på apotekarprogrammet Uppsala universitet

Den citerade undersökningen på Östersunds sjukhus 2007 visade till skillnad från Socialstyrelsens uppgifter att bara 5 % av inläggningarna berodde på troliga eller möjliga biverkningar av läkemedel.

Den ovan nämnda studien av läkemedelsrelaterade inläggningar vid medicinkliniken Östersunds sjukhus visade att av de 141 patienter som ingick i undersökningen hade 24 (17 procent) patienter blivit inlagda p.g.a. "något läkemedelsrelaterat problem". Av de 24 bedömdes 8 vara säkra, 7 vara troliga och 9 vara möjliga läkemedelsorsakade inläggningar. Den korrekta uppgiften om läkemedelsorsakade inläggningar är alltså 17 procent och inte 5 procent.

Ett räkneexempel som redovisas visar att om motsvarande förhållanden som i den nämnda studien skulle gälla för hela året, d.v.s. 24 inläggningar per månad p.g.a. läkemedelsbiverkningar och med en medelvårdtid på 5 dygn, skulle detta kosta vårt landsting ca 9 miljoner kronor per år. Till detta skall läggas kostnader för ambulanstransporter mm och inte minst det onödiga lidandet och besvär som patienter och anhöriga utsätts för.

Studien innehåller ett antal förslag till åtgärder som skulle kunna minska LRP (läkemedelsrelaterade problem):

- Förbättra kommunikationen mellan patient och läkare eller upprätta journaler där all information kan ses av patientens alla läkare
- Varje patients läkemedelsterapi kan förbättras med hjälp av monitorering av läkemedelssubstans i blodet samt bättre njurfunktionsdiagnostik
- Läkemedelsgenomgångar är förebyggande faktor mot LRP, eftersom man då upptäcker potentiella biverkningar och kan åtgärda dessa i tid
- Fler studier inom detta ämnesområde borde göras för en bättre vetskap om LRP och dess risker. Framtida studier bör utföras på apoteksdistriberade dygnsdoser (apodos) för en utvärdering av detta system.
- Studier på primärvården och dess roll i läkemedelsförskrivningen skulle också behöva utföras, eftersom det är primärvården som ordinerar många av patienternas läkemedel. En förbättring av läkemedelsförskrivningen skulle troligtvis reducera LRP.

Det förekommer alltså en icke försumbar andel sjukhusinläggningar på Östersunds sjukhus som beror på LRP. Troligtvis finns det ett mörkertal bl.a. beroende på att det hos multisjuka äldre kan vara svårt, speciellt för en oerfaren läkare, att identifiera läkemedelsrelaterade orsaker till symtomen. Detta är enligt Socialstyrelsen en av orsakerna till att de läkemedelsrelaterade orsakerna i många fall saknas i inskrivningsjournaler. Detta dilemma påverkar bl.a. resultatet i de retrospektiva studierna, likt den som utförts på medicinkliniken vid Östersunds sjukhus.

Socialstyrelsens granskning vid tolv medicinkliniker i de södra- och de sydöstra sjukvårdsregionerna visade att sambandet mellan patientens symtom och läkemedelsbehandlingen mer sällan uppmärksammandes på akutmottagningen, som ofta bemannas av yngre och mer oerfarna läkare, trots att symtomen i dessa fall väl överensstämde med typiska biverkningar till patientens läkemedel.⁸ I nämnda granskning sägs också att "biverkningar och andra ogynnsamma effekter av läkemedelsbehandling är en vanlig orsak till att äldre läggs

⁸ Ur Socialstyrelsens rapport: Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik. Publicerad i april 2007.

in akut på sjukhus. Läkemedelsbehandling av äldre är således ett område, där det förekommer problem och brister, som är av stor betydelse för patientsäkerheten”.

Frågor:

- Vilka åtgärder vidtas eller planeras för att tillförsäkra att även läkemedelsbiverkningar hos äldre rapporteras till Läkemedelsverket?
- Vilka åtgärder vidtas eller planeras för att tillförsäkra att det sker en återkoppling till ordinerande läkaren i primärvården om de läkemedelsbiverkningar som upptäcks inom länssjukvården?
- Har resultatet av fördjupningsprojektet om läkemedelsrelaterade inläggningar på medicinkliniken, föranlett några åtgärder? I så fall vilka?

1.6 BEHANDLINGSMÅL

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

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

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav⁹

Den vägledning som läkarna anses behöva i samband med ordinationer anser vi i första hand bör inarbetas i vårdprogram och liknande för den enskilda diagnosen.

Nya rön när det gäller läkemedel som exempelvis ökade risker eller nya/ändrade terapiområden vilka föranleder ändrad förskrivning bör i första hand meddelas i Läkemedelskommitténs rekommendation Z-läkemedel.

När man diskuterar läkemedelsanvändning är det viktigt att inte kasta ut barnet med badvattnet så att patienterna inte får ändamålsenlig behandling. Detta belyses bland annat av undersökningen på medicinkliniken (bilaga 2). När läkemedelsbudgeten läggs ut till enskild hälsocentral blir det viktigt att markera att medicinskt viktig behandling inte ska inskränkas av ekonomiska skäl. Läkemedelskommittén har därför försökt formulera både områden där förskrivningen av rent medicinska skäl bör öka och där den bör minska. Dessa mål omprövas fortlöpande.

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

Vi ställer oss frågande till om den här typen av mål för att styra läkemedelsförskrivningen är lösningen för att tillförsäkra patienterna en ändamålsenlig behandling. Av de utredningar som genomförts av bl.a. Socialstyrelsen har framkommit att det snarare är ökad kunskap och bättre underlag för att kunna ställa rätt diagnos och ordinera nödvändig behandling än att det är ”behandlingsmål” av nämnda typ som förskrivarna har behov av, speciellt gäller detta i arbetet med äldre multisjuka patienter. I Socialstyrelsens granskning av läkemedelsbehandling vid tolv medicinkliniker framkom bl.a. att ”det kan inte uteslutas att medicineringen ”drivs på” av kvalitetsregister, vårdprogram och nationella riktlinjer med rekommenderad behandling vid t.ex. hjärtsjukdom (alla skall ha allt), trots att behandlingen inte är evidensbaserad för den aktuella åldersgruppen”. Man konstaterade också att ”det krävs fördjupad kunskap hos all berörd personal om det normala åldrandet och dess konsekvenser för läkemedelsbehandling av äldre”.¹⁰

Med de beslutade ”behandlingsmålen” kommer, enligt vår uppfattning, patientperspektivet alltför mycket i skymundan. Det riktas en alltför stort fokus på ordination av läkemedel (vilket kan vara en av flera möjliga behandlingar) och på att uppnå högsta poäng för de 10 läkemedelsgrupperna som ingår i ”behandlingsmålen”.

I verksamhetsberättelser för år 2007 avspeglas beskrivna förhållanden. De analyser som gjorts behandlar främst läkemedelskostnaderna relaterat till uppnådd poäng för behandlingsmålen. Exempel på nämnda analys är följande: ”En rimlig fråga att ställa är om överskottet kan bero på underförskrivning av kostnadseffektiva läkemedel. Så är knappast fallet, då Krokoms HC fått hög poäng (89 av 100 möjliga) på de 10 behandlingsmål som uppställts av läkemedelskommittén, med syfte att stimulera användning av läkemedelsgrupper som är dokumenterat kostnadseffektiva och minska användningen av läkemedelsgrupper som är problematiska och generellt överförskrivna. Med 89 poäng hamnar Krokoms HC bland de tre hälsocentraler i länet som fått högst antal poäng i länet”.¹¹

Vi ser risker med ”behandlingsmålen” och på det sätt man premierar en ”ökad förskrivning”, vilket är målet för fem av de tio läkemedelsgrupperna, på bekostnad av en förskrivning som baseras på patienternas individuella förutsättningar. Socialstyrelsen skriver ”läkemedelsbehandling av äldre fordrar en grannlaga balansgång mellan generella riktlinjer och den äldre patientens individuella förutsättningar”¹². ”Den aktuella behandlingssituationen för en patient innehåller många faktorer av irrationell karaktär. Dessa faktorer kan man inte alltid ta hänsyn till vid genomförande av vetenskapliga experiment kring läkemedelsfrågor. Därför kan i praktiken inte alla beslut fattas utifrån evidensbaserade underlag av hög trovärdighet, utan många bedömningar och beslut blir beroende av vad som gäller i den enskilda förskrivningssituationen”.¹³

Antidepressiva läkemedel är ett av de fem läkemedel som enligt behandlingsmålen bör öka i förskrivning. I vår granskning ”Uppföljning: läkemedel i äldrevården” kan vi konstatera att förskrivningen ökat jämfört med år 2005. Frågan är om denna ökning speglar en försämring i de äldres hälsotillstånd eller om förskrivning sker på andra grunder.

I en studie som genomfördes på elva sjukhem i Stockholmsområdet av en doktorand vid Karolinska institutet konstaterades att en stor del av patienterna som förskrivits antidepressiva medel saknade diagnosen depression eller ångestsyndrom. ”Har man ingen tydlig

¹⁰ Socialstyrelsen: Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik

¹¹ Ur verksamhetsberättelsen för år 2007 för intraprenaden i Krokoms

¹² Se not 10

¹³ Socialstyrelsen: Läkemedel i användning - förändringar och tendenser. Kvartalsrapport 2001:3

diagnos som motiverar behandling ska man heller inte äta medicinerna. Så oskyldiga är inte biverkningarna". Även Socialstyrelsen framhåller att "det finns brister avseende diagnosen av depression hos äldre, och att en betydande andel av äldre patienter i särskilt boende använder antidepressiva läkemedel utan säkerställd diagnos. Indikationen för behandling grundas i många fall enbart på en klinisk, tämligen knapphändigt dokumenterad bedömning av patientens symtom."¹⁴.

Frågor:

Det finns enligt landstingsstyrelsens yttrande medicinska skäl till den eftersträlvade ökade förskrivningen respektive minskade förskrivningen för de tio läkemedelsgrupperna i behandlingsmålen.

- Vilken är anledningen till den under- respektive överförskrivning som påstås föreligga?
- Har det skett förändringar i rekommendationerna för de aktuella läkemedelsgrupperna?
- Har indikationsnivåerna för behandling av hypertoni, depression, diabetes m.fl. förändrats?
- Finns det brister i förskrivningen som kan bero på brister i kompetens och erfarenhet?
- Hur följs kvaliteten av läkemedelsanvändningen upp för de aktuella läkemedelsgrupperna?
- Finns erfarenheter av liknande behandlingsmål i något annat landsting?

Vi emotser senast den 15 september 2008 landstingsstyrelsens svar på de frågor som vi här ställer samt i övrigt en redovisning av de åtgärder som styrelsen avser vidta med anledning av vår granskning.

För Jämtlands läns landstings revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Jöns Broström
V ordförande

¹⁴ Se not 10.

Kopia till

Beredningen för vård och rehabilitering
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för primärvården
Verksamhetschefen för medicinkliniken
Chefläkaren specialistvården
Chefläkaren primärvården
Läkemedelskommittén