

Läkemedel i hemmet – en studie av den faktiska läkemedelsanvändningen

Sune Petersson

Nestor FoU-center ägs gemensamt av Haninge, Huddinge, Nynäshamn, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner samt Stockholms läns landsting. Vi vill genom praktisknära forskning och utveckling bidra till en bättre kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
Hemsida: www.nestor-foucenter.se
tel: 076-115 63 16
e-post: nestor@haninge.se

Rapporten kan laddas ner på
www.nestor-foucenter.se

Nestor FoU-center 2011

Författare Sune Petersson
Titel på rapporten:
Läkemedel i hemmet – en studie av den faktiska
läkemedelsanvändningen

© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Stockholms läns landsting och Haninge, Huddinge, Nynäshamn, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner genomför i samverkan med Nestor FoU-Center projekt som syftar till en bättre kvalitet inom vård och omsorg av de äldre. Bakgrunden till "Läkemedel i hemmet", är uppfattningen att den faktiska läkemedelsanvändningen inte är känd av patientens husläkare. Skillnaderna mellan den faktiska användningen och användningen enligt patientjournalen är inte undersökt inom Stockholms läns landsting.

Det är idag många personer som uppnår hög ålder och använder många läkemedel. Antalet personer som är över 80 år förväntas öka avsevärt i framtiden. Åldrandet innebär att reservkapaciteten i olika organ i kroppen minskar vilket ökar känsligheten och risken för bieffekter vid läkemedelsbehandling. Det medför ett behov av förbättrade system för att säkerställa patientsäkerheten inom vården när det gäller användningen av läkemedel.

Vi hoppas att resultatet av denna studie kommer att belysa problematiken, öka kunskaperna och därmed i förlängningen bidra till en förbättrad patientsäkerhet.

Studien är finansierat av Stockholms läns landsting. Projektledare och författare till rapporten är Sune Petersson, Nestor FoU-Center.

Britt Almberg
FoU-Chef
Nestor FoU-Center.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
INLEDNING	6
BAKGRUND	6
TIDIGARE STUDIER.....	7
METOD.....	7
DEMOGRAFISKA UPPGIFTER.....	7
BESKRIVNING AV FLÖDE OCH ARBETSMODELL.....	8
PROBLEM UNDER GENOMFÖRANDET OCH VID UTVÄRDERING.....	8
UTVÄRDERING AV STUDIEN.....	8
RESULTAT.....	10
INDELNING AV RESULTAT.....	10
ANTAL LÄKEMEDEL PER PERSON.....	10
DOKUMENTERADE AVVIKELSER.....	10
LÄKEMEDEL SOM ANVÄNDS MEN SOM INTE FINNS I JOURNALEN.....	11
LÄKEMEDEL SOM ANVÄNDS MEN FINNS I JOURNALEN - VILKA FÖR- SKRIVARE?	13
LÄKEMEDEL SOM INTE LÄNGRE ANVÄNDS.....	13
LÄKEMEDEL SOM ANVÄNDS I AVVIKANDE DOS.....	13
ANVÄNDNING AV RECEPTFRIA LÄKEMEDEL OCH NATURLÄKEMEDEL.	13
WORKSHOP "DEN AKTUELLA LÄKEMEDELLISTAN - EN UTOPI?"	14
DISKUSSION.....	18
AVSLUTNING OCH KONKLUSION.....	19
REFERENSER.....	19

Sammanfattning

Syftet med studien "Läkemedel i hemmet" var att jämföra de läkemedel som den äldre använder med den information om aktuella läkemedel som finns angiven i patientjournalen på vårdcentralen. Totalt intervjuades 100 personer i sina hem om sin läkemedelsanvändning.

Läkemedelslistan i journalen på vårdcentralen stämde med den uppgivna läkemedelsanvändningen för 21 procent i den undersökta gruppen. Totalt 58 procent uppgav användning av läkemedel som inte fanns dokumenterade i journalen. Nästan lika många, 55 procent, hade slutat använda ordinerade läkemedel. Andelen som använde läkemedel i avvikande dos var 19 procent.

En fördjupad analys av de läkemedel som användes men inte var dokumenterade i journalen visade att för 19 procent innebar detta en ökad patientsäkerhetsrisk. Värderingen av den ökade risken baserades på klinisk bedömning av distriktsläkare.

En grundprincip för all vård är att inte orsaka skada. Det är därför viktigt att vården har väl utvecklade system och rutiner för att öka patientsäkerheten och förebygga vårdorsakade skador. Resultaten visar att det finns utrymme för förbättringar när det gäller information om läkemedelsbehandlingen. Införande av elektronisk tillgänglighet till patientens samtliga ordinerade läkemedel bör ske så snart detta är möjligt.

Huvudorsaken till påvisade skillnader är att läkemedels förskrivs av flera olika vårdgivare. För att ytterligare analysera, diskutera och föra ut resultaten anordnades inom ramen för projektet en workshop "Den aktuella läkemedelslistan – En utopi?" den 27 januari 2011. Sammanfattningsvis belyste workshopen väl behovet av en tydligare ansvarsfördelning mellan olika vårdgivare när det gäller ansvaret för läkemedelsbehandlingen. En gemensam syn på hur ansvaret för läkemedelsbehandlingen fördelas mellan öppen och sluten vård inom Stockholms läns landsting bör tas fram. Vikten av kommunicerande journalsystem bör också vara en styrande princip vid upphandling av vård. Patientsäkerheten är som grundprincip överordnad friheten att välja journalsystem.

En förutsättning för en bra läkemedelsanvändning är entydig och korrekt information om vad/vilka läkemedel som är ordinerade. Eftersom avvikelser förekommer lämnas listan i journalen inte alltid ut till patienten vilket kan leda till bristande följsamhet. Detta visar också på behovet av elektronisk tillgänglighet till alla ordinerade läkemedel vid patientmötet.

Sammanfattningsvis visade den genomförda studien att avvikelserna mellan den faktiska läkemedelsanvändningen och läkemedelslistan i journalen var betydande. Detta är tveksamt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Studien och workshopen belyste också behovet av rutiner och riktlinjer för hur ansvaret för läkemedelsordinationer ska fördelas mellan läkare inom öppen och sluten vård.

Inledning

Nestor FoU-center genomförde under hösten 2008 en pilotstudie där 25 personer intervjuades i hemmet om sin läkemedelsbehandling (Straubergs 2009). Uppgiven läkemedelsanvändning jämfördes sedan med läkemedelslistan i patientens journal hos husläkaren. Bakgrunden till undersökningen är en vanlig uppfattning bland läkare och vårdpersonal att det finns stora skillnader mellan läkemedelslistan i journalen och vilka läkemedel patienten använder. Problemtiken hade också nyligen aktualiserats i projektet Hemma DAKS (Lieberman-Ram 2009). Där påvisades svårigheterna med att genomföra läkemedelsgenomgångar eftersom en aktuell läkemedelslista saknades.

Resultaten av pilotstudien visade att det fanns skillnader. Detta ledde därför till en fördjupad studie med syfte att undersöka problematiken ytterligare.

Bakgrund

Läkemedel är den vanligaste behandlingen inom hälso- och sjukvården. Den står för mer än hälften av alla sjukvårdande behandlingar. En kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling är därför en viktig förutsättning för en god kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Det är väl känt att äldre använder många läkemedel. Personer 75 år och äldre har i genomsnitt 5,4 läkemedel per person (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2009). Ett flertal studier visar att de mest sjuka och sköra äldre, i särskilda boenden eller inom hemsjukvården, i genomsnitt har ca 10 olika läkemedel per person (Kragh 2004). Bland äldre hemmaboende finns relativt friska personer men även sjuka med stort vård- och omsorgsbehov. Många rapporter har belyst svårigheten att upprätthålla en bra kontinuitet i vården av den här patientgruppen. Kontrollen över deras läkemedelshantering och användning är inte optimal (Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning Socialstyrelsen 2004)

Det är vanligt att patienter ordineras läkemedel av flera olika vårdgivare. Socialstyrelsen konstaterade i en rapport år 2004 att patientens fasta läkarkontakt är den person i vårdkedjan som har det övergripande och samordnande ansvaret för läkemedelsbehandlingen. Det innebär att det är patientens läkare på vårdcentralen eller motsvarande som har ansvaret för patientens totala läkemedelsbehandling. Det är en vanlig uppfattning inom vården att patientens läkemedelslista i journalen på vårdcentralen inte överensstämmer med den faktiska användningen.

Det finns undersökningar som antyder att antalet riskfyllda behandlingar hos äldre är mindre inom landsting med ett sammanhållet journalsystem. Eftersom den aktuella läkemedelsbehandlingen finns tillgänglig minskar risken för riskfyllda kombinationer. Gemensamma journalsystem för all slutna och öppna vård saknas inom landstinget i Stockholm. Detta medför att information om läkemedelsbehandlingen hos patientens husläkare inte alltid är korrekt. Eftersom förskrivning av läkemedel sker hos flera olika vårdgivare, finns anledning att tro att den äldres läkemedelsanvändning inte är fullständigt känd av ansvarig läkare på vårdcentralen.

En förutsättning för en god läkemedelsbehandling är att patienten får en entydig och korrekt information om vilken läkemedelsbehandling som är ordinerad. Dessutom krävs kunskap om hur och när medicineringen ska genomföras och vad syftet är med behandlingen.

Tidigare studier

Undersökningar från olika delar av världen har visat varierande resultat när patientens uppgifter om sin läkemedelsanvändning jämförts med journalen. Alla studier visar dock på skillnader mellan patientens och läkarens uppgifter. Ett närliggande exempel är en studie bland 75-åringar i Danmark. Den visade att patientansvarig läkare vid vårdcentralen var ovetande om 25 procent av läkemedlen som de äldre använde. Över 70 procent av dessa läkemedel var förskrivna av andra läkare (Barat et al 2000). De nordiska länderna kan anses som jämförbara med avseende på behandlingstraditioner och läkemedelsanvändning. Det innebär att det finns anledning att anta att avvikelserna är lika omfattande i Sverige.

När de äldre i en studie i USA ombads ta med sin medicin till vårdcentralen, konstaterades att 10 procent av läkarna upptäckte mediciner som var förskrivna av andra läkare. Dessutom upptäcktes att 6 procent av patienterna inte använde sina förskrivna läkemedel (Bikovski 2001).

I en nyligen publicerad undersökning jämfördes läkemedelsanvändningen enligt läkemedelslistan med receptregistret på apoteket = "Mina sparade recept" (Ekedahl et al Läkartidningen nr 36, 2010). Resultat från studien visade bland annat att endast 16 procent av patienterna har en läkemedelslista som helt överensstämmer med gällande ordinationer. Så många som 23 procent av ordinationerna i Läkemedelslistan utgjordes av inaktuella eller dubblerade ordinationer. En knapp tiondel, 8 procent, av patienternas aktuella ordinationer saknades på listan (ordinationer som gjorts vid annan vårdenheter).

Om inte hela läkemedelsbehandlingen är känd ökar risken för att mindre lämpliga läkemedelskombinationer används eller att patienten får två läkemedel med liknande effekt. Kvaliteten i läkemedelsbehandlingen försämras, vilket kan medföra patientsäkerhetsproblem.

Syfte

Syftet med studien var att identifiera och beskriva skillnaden mellan de läkemedel som den äldre använder och den information om aktuella läkemedel som finns angiven i patientens journal på vårdcentralen. Syftet var också att belysa svårigheterna med att koordinera olika informationskällor och få kunskap om den faktiska användningen. Studien har en tydlig patientsäkerhetsinriktning.

Metod

Denna studie bygger på intervjuer om den aktuella läkemedelsanvändningen hos 100 personer i eget boende. Uppgifterna från patienten har jämförts med uppgifter från patientansvarig läkare om läkemedelsanvändningen enligt journalen. I projektet inkluderades 100 personer från fyra olika vårdcentraler i Haninge och Tyresö kommuner, nämligen Bollmora vårdcentral, Tyresöhälsan, Handens vårdcentral och Tungelstahälsan.

Inklusionskriterier - Personer som var 75 år och äldre och listade på någon av de deltagande vårdcentralerna.

Exklusionskriterier - Personer med nedsatt kognitiv förmåga för vilka informerat samtycke inte med säkerhet kunde inhämtas. Personer som inte förstod eller kunde göra sig förstådda på svenska.

Projektet har godkänts av Etiska prövningsnämnden i Stockholm, vid sammanträde sen 11 mars 2010 (diarienummer 2010/5:3).

Demografiska uppgifter

Medelåldern i studien var 81 år. Gruppen bestod av 48 män och 52 kvinnor. Fördelningen för respektive vårdcentral var Bollmora vårdcentral 18 personer, Handens vårdcentral 32 personer, Tungalstahälsan 18 personer och Tyresöhälsan 32 personer.

Beskrivning av studiens upplägg

I samband med ett besök på vårdcentralen tillfrågades personer i målgruppen om intresse av att delta i undersökningen. På tre av vårdcentralerna gjordes detta av personalen i receptionen vid personernas besök på vårdcentralen. På den fjärde vårdcentralen tillfrågades man av en av projektledarna från Nestor.

Vid intresse av att delta lämnades skriftlig information om bakgrund och syfte med studien. Samtidigt informerades det om att en apotekare från Nestor FoU-center skulle ta kontakt för bokning av besök och intervju. Intresserade personer noterades på anmälningslistor (bil 1) som sedan skickades till projektledarna på Nestor. Därefter kontaktades de personer som anmält intresse av att delta och tid för intervju bokades in. Inför besöket ombads den äldre att plocka fram alla läkemedel som de för närvarande använde. Vid besöket gick apotekaren igenom användningen av receptbelagda läkemedel, receptfria läkemedel och naturläkemedel.

För alla läkemedel som personen enligt egen utsago använde, dokumenterades information om användning och indikation (bilaga 2). Dessutom noterades vilken läkare som ordinerat eventuella läkemedel. Även användning av receptfria läkemedel och naturläkemedel dokumenterades. Den äldre gav i samband med hembesöket sitt skriftliga samtycke (bil 3) till att medverka i studien.

Efter intervjun kontaktades ansvarig läkare på vårdcentralerna och ombads att skicka en aktuell uppdaterad läkemedelslista till Nestor FoU-center. Därefter jämfördes listan med användningen enligt intervjun. Eventuella avvikelser återskrevs till läkaren på vårdcentralen. Om tveksamheter upptäcktes vid jämförelsen kontaktades återigen den intervjuade för att ta reda på vilken användning som var den aktuella.

Problem under genomförandet och vid utvärdering av resultaten av undersökningen

Totalt fyra patienter accepterade inte att bli intervjuade i sin bostad men inkluderades ändå i undersökningen. Intervjun genomfördes via telefon för tre av dem och på vårdcentralen för den fjärde. Hos en del patienter var det av olika skäl inte möjligt att få se alla förpackningar. Uppgiften om förskrivare är därför inte 100 procentigt kontrollerad. För några av patienterna genomfördes intervjun 2-3 månader efter att de blivit tillfrågade. Detta orsakades av svårigheter att få kontakt och att hitta lämpliga tider.

Utvärdering av studien

Då huvudsyftet med studien var att kartlägga skillnader mellan den uppgivna läkemedelsanvändningen och uppgifterna i patientjournalen så användes främst deskriptiv statistik för att redovisa resultatet av studien. För att också försöka värdera påverkan på patientsäkerheten analyserades en del av resultaten djupare. All läkemedelsbehandling som inte fanns i journa-

len men som användes enligt patienten granskades med avseende på eventuell ökad risk. Underlag för riskvärdering var Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer, interaktionsdatabasen Sfinx samt klinisk erfarenhet för val av läkemedel till känsliga äldre personer. Riskvärderingen stämades av med tre distriktsläkare utifrån ett kliniskt perspektiv.

För att fördjupa diskussionen runt resultaten och föra ut dem anordnades som avslutning av projektet en workshop på temat "Den aktuella läkemedelslistan – En utopi?". Målet med workshopen var att:

- Belysa problematiken ur olika perspektiv och att i arbetsgrupper diskutera och värdera resultaten ytterligare
- Genom diskussioner med olika företrädare få en fylligare förståelse av resultaten
- Ge en återkoppling av resultaten till representanter för vård, myndigheter och personer som är involverade i styrning inom HSN-f. Detta som ett sätt öka kunskapen och ge ett ökat stöd och underlag för förändringsarbete.

De frågeställningar som ställdes inför utvärderingen var följande:

1. Vilka skillnader finns mellan patientens uppgivna användning och läkemedelslistan i journalen?
2. Vilka potentiella risker kan avvikelserna innebära?
3. Finns behov av förändring av underlaget för journalens läkemedelslista?

Resultat

Indelning av resultat

Vi har valt att redovisa resultaten enligt följande:

- Antal receptförskrivna läkemedel som används respektive inte används enligt patient och journal inklusive variationer
- Antal patienter som använder läkemedel som ej finns på läkemedelslistan i journalen.
- Antal patienter som använder läkemedel i annan dos än den i listan uppgivna
- Antal patienter som inte använder läkemedel som finns på läkemedelslistan i journalen.
- Antal patienter som använder receptfria läkemedel eller naturläkemedel.

Antal läkemedel per person

Genomsnittlig läkemedelsanvändning per patient inklusive variation

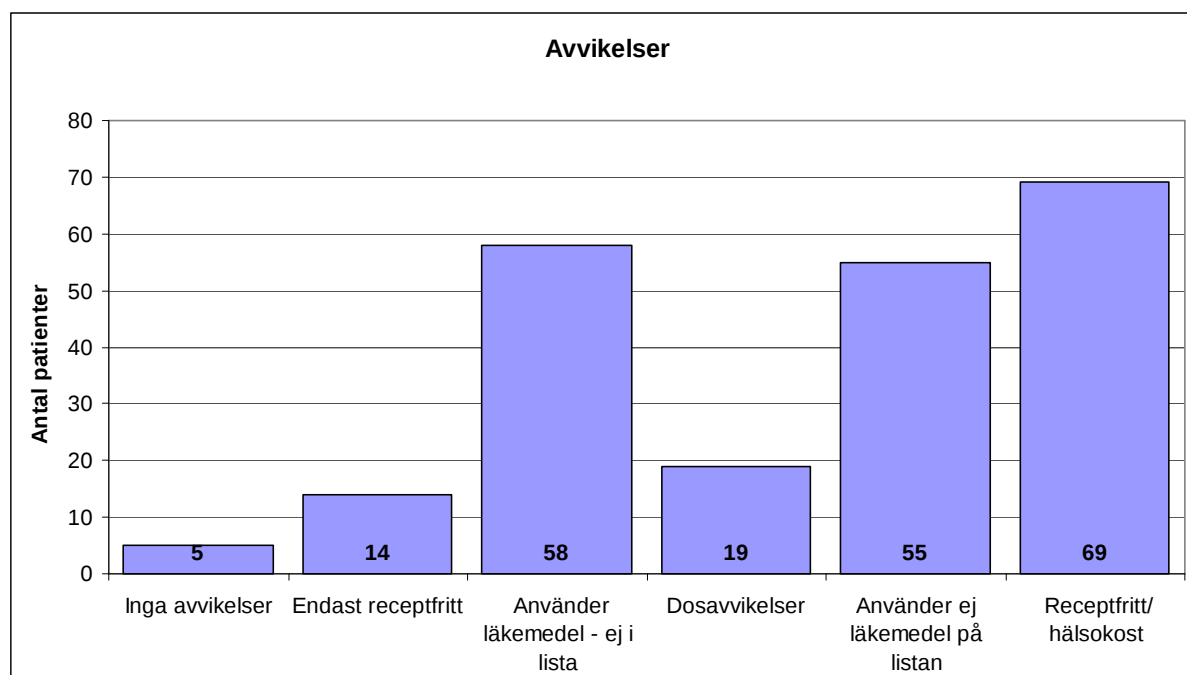
Genomsnittlig läkemedelsanvändning	Antal läkemedel per patient i medelvärde (variation)
Användning enligt patienten	7 (2-17) st
Användning enligt läkemedelslistan i journalen	7 (1-22) st
Användes enligt patienten men finns ej på läkemedelslistan i journalen	1 (0-22) st
Användes inte längre enligt patienten men står på läkemedelslistan	1 (0-14) st

Dokumenterade avvikelser

Läkemedelslistan stämde med den uppgivna läkemedelsanvändningen för 5 personer det vill säga för 5 procent (figur 1). För ytterligare 16 procent stämde uppgifterna när det gäller receptförskrivna läkemedel men även användning av receptfria läkemedel och/eller naturläkemedel förekom. Det innebär att för totalt 21 procent av den inkluderade populationer finns en total överensstämmelse av läkemedelsanvändningen.

Totalt 58 procent uppgav användning av läkemedel som inte fanns dokumenterad i journalen. Användning av en annan dos än den som var ordinerad i läkemedelslistan uppgavs av 19 procent och det totala antalet dosavvikelser var 27 st.

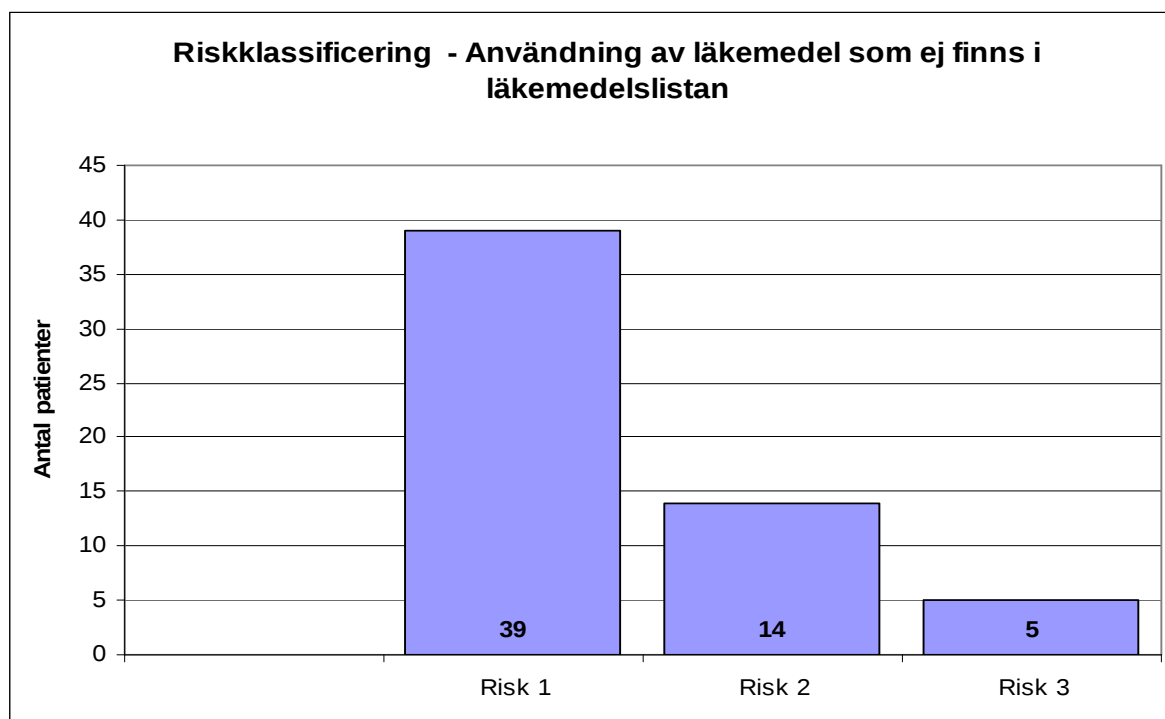
Antal personer som inte längre använde ett eller flera av läkemedel på läkemedelslistan var 55 . Totalt angav 69 procent användning av receptfria läkemedel och/eller naturläkemedel. Det var 122 läkemedel som användes som inte fanns ordinerade på läkemedelslistan i journalen och 128 läkemedel som inte längre användes men fanns kvar på läkemedelslistan.



Figur 1. Avvikelser mellan patientens uppgifter och läkemedelslistan från journalen

Läkemedel som används men som inte finns på läkemedelslistan i journalen

För att också försöka värdera påverkan på patientsäkerheten analyserades en del av resultaten djupare. De läkemedelsbehandlingar som inte fanns i journalen men användes av patienten granskades ur ett patientsäkerhetsperspektiv med avseende på risker. Underlag för riskvärdering var Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer, interaktionsdatabasen Sfinx och klinisk erfarenhet för val av läkemedel till känsliga äldre personer. Riskvärderingen diskuterades med tre distriktsläkare och stämde av utifrån ett kliniskt perspektiv. Två nivåer valdes, en lägre och en högre.



Figur 2. Bedömning av påverkan på patientsäkerheten av läkemedel som används men ej finns i journalen

För huvuddelen av de personer som uppgav användning av läkemedel som inte fanns på listan, 39 av 58, bedömdes avvikelserna innebära ingen/obetydlig risk för negativ påverkan.

En potentiell något ökad risk för negativ påverkan fanns hos 14 procent i undersökningen (Risk 1). Exempel på behandlingar som bedömdes medföra en ökad risk:

- Användning av Emselex, Rinexin, Acetylcystein, Voltaren gel, Orudis gel som ej fanns på listan. Emselex har antikolinerga effekter som kan orsaka förvirring hos äldre. Samtidigt användes Artrox, Omeprazol, Pulmicort och Nitromex som fanns på läkemedelslistan.
- Användning av Xatral, Spiriva som ej fanns på lista. Xatral används mot prostatabesvär men har även en blodtryckssänkande effekt. Samtidigt användes ytterligare tre läkemedel med blodtryckssänkande effekt Enalapril, Amlodipin, Atenolol. Dessutom stod patienten på Dolcontin, Simvastatin, Propavan och Acetylcystein som fanns på läkemedelslistan.
- Användning av Citalopram, Naproxen som ej fanns på listan. Båda preparaten kan ge upphov till magbesvär. Samtidigt användes, Pantoloc mot magproblem och Trombyl som också ökar risken (båda fanns på listan). Dessutom användes Lipitor och Symbicort forte som också fanns på läkemedelslistan.
- Användning av Tauxib 90 mg, Timosan, Taflotan, Alvedon vb som ej fanns på listan. Långtidsbehandling med NSAID, Tauxib, bör undvikas hos äldre. Samtidigt användes Enalapril 10 mg som fanns på läkemedelslistan.
- Användning av Metoprolol, Lanzo, Kalcipos D, Vagifem, Nasomet, Acetylcystein som ej fanns på listan. Många läkemedel som inte var dokumenterade i journalen kan innebära en ökad risk för dåliga kombinationer vid en ny ordination. Samtidigt användes av Levaxin och Esidrex som fanns på läkemedelslistan.

För 5 av 58 personer, eller 5 procent, gjordes bedömningen att avvikelserna kunde innebära en ytterligare ökad risk för negativ påverkan (Risk 2). Exempel på dessa var:

- Användning av Digoxin och Metoprolol som ej fanns på listan. Digoxin. Risk för ansamling av Digoxin vid nedsatt njurfunktion. Både Digoxin och Metoprolol sänker pulsen. Samtidigt användes Waran (många interaktionsrisker), Levaxin, Enalapril och Omeprazol som fanns på lmlistan.
- Användning av Metotrexat, Klorokinfostat och Dimor som ej fanns på listan. Metotrexat och Klorokinfostat - specialisläkemedel som på grund av sina biverkningsprofiler bör vara kända. Samtidigt användes Metoprolol, Amlodipin, Waran, Simvastatin, Alvedon Forte som fanns på läkemedelslistan.
- Användning av Sparkal, Amias, Furix och Waran som ej fanns på listan. Två läkemedel, Sparkal och Amias, med blodtryckssänkande effekt och samtidig användning av Amlodipin och Metoprolol (som fanns på läkemedelslistan) som också har blodtryckssänkande effekter. Dessutom användes Behepan, Omeprazol och Insulatard som fanns på läkemedelslistan.

Läkemedel som användes men inte fanns dokumenterat i patientjournalen - Vilka förskrivare?

För att få en ökad förståelse för problematiken undersöktes vem som ordinerat de läkemedel som ej fanns dokumenterade i journalen. Totalt använde patienterna 122 läkemedel som inte var ordinerade i journalen.

Drygt hälften 63 av 122 läkemedel var ordinerade av annan vårdgivare än den egna vårdcentralen. Vanligast bland dessa var läkare inom specialistvården men även privatläkare och läkare från annan vårdcentral förekom.

Knappt hälften, 52 av 122 läkemedel var ordinerade av läkare på patientens vårdcentral. Vid förfrågan angav vårdcentraler att närmare 100 procent av förskrivningen skett elektroniskt.

Vi kontaktade de personer som enligt intervjun regelbundet använde läkemedel som saknades i journalens läkemedelslista men var förskrivna av vårdcentralens läkare. Alla uppringda personer uppgav att uppgifterna som de lämnat stämde. Ett fåtal uppgav att de hade fått recept förskrivna på pappersrecept direkt på vårdcentralerna och alltså inte via elektronisk förskrivning.

Läkemedel som inte längre användes

Det var 55 procent av patienterna som slutat använda läkemedel som fanns i läkemedelslistan. Av dessa var det 14 som hade tre eller fler läkemedel som inte längre användes. Tre personer uppgav att de inte använde merparten av de ordinerade läkemedlen.

Läkemedel som användes i avvikande dos

Användning av läkemedel i avvikande dos uppgavs av 19 procent. Av dessa var det sju personer som använde fler än ett läkemedel i avvikande dos.

Exempel på läkemedel:

- Lägre doser – Amlodipin, Detrusitol, Simvastatin, Allopurinol, Citalopram, Lasix och Sotalol
- Högre doser – Seloken, Diklofenak, Metformin, Norspan, Zopiklon och Ketogan

Användning av receptfria läkemedel och naturläkemedel

Totalt 69 procent använde receptfria läkemedel och/eller naturläkemedel/hälsokost. Det var inte ovanligt att användning av både receptfria läkemedel och naturläkemedel upphört på inrådan av läkare. Exempel på preparat som undviks är Ipren och Omega 3 (vid Waranbehandling).

En potentiellt ökad risk för interaktion med receptläkemedlen bedömdes finnas hos 6 personer. Dessa var:

- Användning av Ipren och samtidigt på recept Prednisolon, Trombyl och Omeprazol. Det fanns ytterligare två personer med kontinuerlig användning av Ipren.
- Användning av Omega-3 och samtidigt på recept av Waran. Uppgavs av två personer.
- Användning av Helaflex – Ett naturmedel, extrakt från växten Djävulsklo, som enligt tillverkaren inte skall användas vid sår i mag-tarmkanalen. Personen var också ordinerad Brufen och Omeprazol på recept.

Workshop 27 januari – ”Den aktuella läkemedelslistan – En utopi?

Som del av resultatvärderingen och för att föra ut resultaten från studien anordnades en workshop ”Den aktuella läkemedelslistan – En utopi?”. Workshopen samarrangerades av Nestor FoU-center och Hälso- och Sjukvårdsnämndens förvaltning, HSN-f i Stockholms läns landsting.

I workshopen deltog 25 personer. Deltagarna var inbjudna för att representera både klinisk verksamhet och organisationer/funktioner med möjlighet att påverka och förändra rekommendationer och riktlinjer inom området.

Genomförande

Som inledning och underlag redovisades resultaten av intervjuundersökningen ”Läkemedel i hemmet”.

Nuläget i Pascal projektet, patienternas sammanhållna läkemedelslista, redovisades som underlag för diskussionerna. Det är initierat av Sveriges Kommuner och landsting, SKL, för att utreda och ta fram ett underlag så att alla ordinerade läkemedel finns tillgängligt vid mötet med patienten oavsett vårdform, organisation och geografi. Införandet är planerat att ske i tre steg. Det första involverar de patienter som har dosdispenserade läkemedel med planerat införande september 2011. I nästa skede följer de patienter, som får sina läkemedel via apotek. I framtiden ska även patienten ha tillgång till informationen och till exempel kunna dokumentera sina receptfria läkemedel.

Pascals projektgrupp informerade om att ett slututlåtande skulle lämnas under januari 2011. En förutsättning för tillgänglighet är att alla journalsystemleverantörer gör förändringar i IT-systemen så att webbapplikationen av Pascal kan nås.

Dessutom presenterades en intervjustudie som belyser distriktsläkares olika inställning till och syn på ansvaret för läkemedelsordinationer (Avhandling Pia Bastholm-Rahmner 2010). Fem olika uppfattningar om ansvar för läkemedelsordinationerna kunde urskiljas:

- Läkaren görs till ansvarig för annan förskrivares ordination.
- Läkaren är ansvarig för den egna förskrivningen och det han/hon känner till
- Läkaren är ansvarig för alla läkemedel som är förskrivna till en patient
- Läkaren och patienten har ett delat ansvar
- Patienten är ansvarig för att distribuera information i vårdkedjan

Det är vanligt att den enskilde läkaren hoppar mellan olika uppfattningar utifrån vilken patient som är aktuell. Tidigare studier inom området har visat att få problem löses med enbart informationsöverföring. Sammanfattningsvis krävs enligt studien åtgärder på olika nivåer för att åtgärda problemet med vem som har ansvar för läkemedelslistan.

Frågeställningar för gruppdiskussioner

Efter de inledande presentationerna diskuterade deltagarna i tre grupper de frågeställningar som aktualiserats av undersökningen och de inledande presentationerna. Grupperna diskuterade mer ingående en av frågeställningarna men gick översiktligt igenom alla.

Frågeställningar:

1. Värdering av resultatet från Nestor FoU-centers studie.

- Är resultaten trovärdiga?
- Eventuella risker med visade avvikelser – Acceptabla eller inte?
- Överförs information (från patienten eller annan person till doktorn) i praktiken vid nästa förskrivning (Korrigeras avvikelserna kontinuerligt och nya tillkommer)?

2. Finns behov av förändringar?

- En verklighet idag – Är riskerna överdrivna eller finns behov av förändringar av informationsunderlaget vid ordination?
- Behov av förtydligande när det gäller ansvarsfördelningen för den aktuella läkemedelslistan – författningsmässigt samt policy för detta inom landstinget?

3. Idéer och förslag - Förändringar.

- Vilka alternativ finns - fördelar respektive nackdelar med olika alternativ?
- Skall workshopen leda till en rekommendation/underlag för förändring?

Gruppdiskussioner och sammanfattning

1 Värdering av resultaten från Nestors studie:

- Är resultaten trovärdiga – I vilken utsträckning är det sannolikt att de speglar verkligheten?

Citat från grupperna i kursiv stil:

Verkligheten kan vara ännu mer problematisk om det är så att de personer som det fungerar sämst för tackat nej till att delta. Variation mellan olika vårdcentraler förekommer och är orsakat av hur bemanning och kontinuitet set ut.

Eftersom flera svenska och utländska studier redovisar ungefär samma avvikelser ger resultaten sannolikt en bra bild av verkligheten

- Eventuella risker med visade avvikelser – acceptabla eller inte?

Det är nödvändigt med en fullständig läkemedelslista elektroniskt tillgänglig vid patientmötet. Vid läkemedelsgenomgångar – hur skall

man kunna ta ansvar om inte läkemedels listan är korrekt? En korrekt läkeme-

- delslista är en nödvändighet på vårdavdelningarna*
- Överförs information (från sjukvården, patienten eller annan person till doktorn) i praktiken vid nästa förskrivning – alltså korrigeras avvikelserna kontinuerligt?
Eftersom många journalsystem idag inte kommunicerar med varandra kommer inte alla avvikelser att uppdateras. Patientens uppgifter är inte alltid tillförlitliga – man kan inte som läkare lita på att de alltid stämmer och använda dem som underlag och föra in dem i journalen. Det finns också ett integritetsproblem – patienten önskar inte att husläkaren skall se allt och känna till att man som patient går till en annan vårdgivare. Men det är nödvändigt att känna till vilka läkemedel som ordinerats av andra vårdinrättningar.

Sammanfattningsvis var gruppen överens om att resultaten med stor sannolikhet överensstämmer med verkligheten.

Det fanns också en enighet om att avvikelserna är tveksamma ur ett patientsäkerhetsperspektiv och att de inte alltid blir kända vid ett nytt besök inom primärvården.

Frågeställning 2 – Behov av förändring:

En verklighet idag – Är riskerna överdrivna eller finns behov av förändringar av informationsunderlaget vid ordination?

Behov av förtydligande när det gäller ansvarsfördelningen för den aktuella läkemedelslistan – Författningsmässigt samt policy inom landstinget?

Citat ur grupperna i kursiv stil:

- *Vem har det yttersta ansvaret för de förskrivna läkemedlen – Svårt att ta det när man inte känner till vad som används. Det är ett komplex problem både när det gäller ansvar och styrning. Är det primärvården eller är det ett delat ansvar där vissa specialistgrupper har kvar hela ansvaret för sina ordinationer – Exempelvis antiepileptika och cytostatika.*
- *Landstinget bör ställa krav på samordnad journal (Take Care) hos privata vårdgivare ex. Exempelvis på S:t Göran vid ny upphandling. SLL har idag uppfattningen att det är den privata vårdgivarens fria val att välja journalsystem.*
- *LOK gruppen har rekommenderat läkemedelskommittéerna att aktivera diskussionen om fördelningen av ansvaret för läkemedelsordinationen mellan öppen och slutenvård. Målet bör vara att hitta consensus inom landstinget (exempel på upplägg – Västernorrland). Gruppen är enig om att arbete bör läggas på en utbildningsaktivitet i samband med införandet av Pascal.*
- *Läkemedelskommittén har ett tydligt fortbildningsuppdrag kopplat till patientsäkerhetsproblemen. Användande av Medicinsk Kunskapscentrum för en utbildningsaktivitet diskuterades. Tydligare uppdrag från beställaren inom Stockholms läns landsting (SLL) att listorna skall rensas innan man skrivs ut från slutenvården!*

Sammantaget är gruppen överens om att det finns behov av bättre informationsunderlag vid patientmötet. En enighet fanns också om behovet av förtydligande av hur ansvaret för förskrivna läkemedel fördelas.

Deltagarna i workshopen var också överens om att patientsäkerheten är överordnad vårdgivarens frihet att välja journalsystem.

Frågeställning 3 - Idéer och förslag - Förändringar.

- 2 Vilka alternativ finns - Fördelar respektive nackdelar med olika alternativ?
Citat ut grupperna:
- *Den sammanhållna journalen är viktig. Take Care i SLL – Bör vara en grundförutsättning för upphandling av vård.*
 - *Brister i läkemedels listan och läkemedelsbehandlingen kan bero på bristande vårdkontakter – patienten inte har träffat läkare på flera år. Beställarna har ställt kravet på läkemedelsgenomgångar en gång per år.*
 - *Framtiden - Pascal – den bästa lösningen. Mycket kan lösas genom Pascal. Viktigt att journalsystemen går att ansluta till Pascal
Behövs nationella krav här. Hur/på vilket sätt kan SLL och workshopgruppen driva på detta?*
 - *Ansvar - Utbildning som i Västernorrland bör genomföras – Diskussioner kan ge bra samarbete mellan vårdgivare. Utbildning om den samlade läkemedelslistan bör genomföras inom SLL inför införandet av Pascal.*
 - *Socialstyrelsen håller på att ta fram förslag till ett nytt kapitel till läkemedelföreskriften Det är ämnat att handla om läkemedelsgenomgångar och läkemedelsuppföljning. Målgruppen för föreskriften är äldre och multisjuka.
En del av den nya föreskriften kommer att omfatta problematiken när en individ söker akut (i sluten eller öppen vård). Om misstanke finns om läkemedelsrelaterade problem som orsak till kontakten eller de akuta symtomen individen ska erbjudas en genomgång och översyn av läkemedelsbehandlingen
En annan grupp som kommer att omfattas av föreskriften är personer boende inom kommunernas särskilda boendeformer. Dessa skall också erbjudas regelbundna läkemedelsgenomgångar.*

Sammanfattningsvis finns enligt deltagarna ett behov av att alla journalsystemen är tillgängliga för förskrivare vilket ger tillgänglighet till alla förskrivna läkemedel vid patientmötet.

Ett förtydligande rörande ansvarsfördelningen för läkemedelsordinationerna mellan olika förskrivare är nödvändigt i föreskriften. En policy inom SLL och hur ansvaret fördelas är också önskvärt.

Rekommendationer från workshopen

- Skyndsamt införande av Pascal som underlag för tillgång till en aktuell läkemedelslista vid patientbesök inom sjukvården
- Förtydligande rörande ansvaret för läkemedelsordinationerna i läkemedelslistan. Utvecklingssatsning och utbildningssatsning inom SLL runt ansvaret för läkemedelsordinationen.
- De journalsystem som används inom landstinget skall vara möjliga att nå. Krav på att de datasystem som används inom SLL är uppbyggda så att de kommunicerar med varandra.
- Patientsäkerheten skall finnas med som styrande princip vid övergripande beslut som påverkar organisation och drift av sjukvården inom Stockholms läns landsting – tillägg i landstingets "Värdegrund".

Diskussion

En grundprincip för all vårdverksamhet är att inte orsaka skada. Trots detta drabbas cirka 100 000 patienter av vårdskador varje år i Sverige. Väl utvecklade system och rutiner för att öka patientsäkerheten behövs för att förebygga dessa skador.

Enligt en nyligen genomförd svensk studie har fler än var femte patient någon eller flera gånger avstått från att följa ordination på grund av oro kring läkemedlet (Kundundersökning Apoteket AB 2010). Nära hälften av regelbundna användare har fått läkemedel förskrivet från flera läkare samtidigt.

Bristande följsamhet till ordinerad behandling och felaktig läkemedelsanvändning är vanligt förekommande. En förutsättning för en bra läkemedelsanvändning är entydig och korrekt information om vad/vilka läkemedel som ordinerats. Information om hur och när medicineringen ska genomföras och vad syftet/ändamålet är med behandlingen är också nödvändigt.

För att få en uppfattning om hur omfattande skillnaderna var mellan faktisk användning och journaler tog vi fram medeltal för antalet läkemedel per person - enligt intervjuerna respektive i läkemedelslistan. Genomsnittssiffrorna visar på ganska små avvikelser mellan faktisk användning och läkemedelslistorna. Däremot antyder variationen i avvikelserna att problemen är större än vad som kan utläsas av medelavvikelsen eftersom skillnaderna är stora för enskilda patienter.

Det finns många undersökningar som visar att det är vanligt att läkemedel finns kvar i listan trots att de inte längre används. Detta är sannolikt ett mindre problem ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Vår studie visade att det var ungefär lika många läkemedel som inte längre användes som de som användes av patienten men som inte fanns ordinerade i journalen.

De läkemedel som inte finns dokumenterade i journalen kan innebära en ökad risk för negativ påverkan och biverkningar om de inte blir kända vid en ny läkemedelsordination. Att så många som 19 personer i studiegruppen bedömdes löpa en ökad risk är anmärkningsvärt och är tveksamt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Den slutsatsen drogs också av deltagarna i workshopen.

Det är av intresse vilka läkare som ordinerat de läkemedel som inte finns med i journalens lista. Det kunde konstateras att en del av läkemedlen var ordinerade på den egna vårdcentralen. Det finns flera troliga felkällor i resultaten. För läkemedel som ordinerats vid behov kan förklaringen vara att de i stället fanns på den så kallade vid behovslistan som vanligtvis är dold. En annan orsak kan vara att en del av dessa läkemedel var förskrivna för en längre tid sedan och att de redan satts ut från läkemedelslistan då de inte längre ansetts aktuella av ordinerande läkaren. Eftersom vi i intervjun inte hade möjlighet att se alla läkemedelsförpackningar kan detta vara en felkälla. Problemet är intressant och resultaten kan tyda på att det skulle behöva belysas ytterligare.

Omfattningen av skillnaderna mellan den faktiska användningen och läkemedelslistan i journalen kommer att minska om Stockholms läns landsting nya journalsystem "Take care" implementeras fullt ut inom landstinget. Idag drivs mer än 50 procent av primärvården på entreprenad vilket innebär att den totala omfattningen av införandet av Take care är oklar. Även specialistvården drivs i viss utsträckning av privata vårdgivare med friheten att själva välja journalsystem. Detta ökar kravet på att Pascalsystemet inkorporeras i de journalsystem som används inom Stockholms läns landsting.

De journalsystem som används inom landstinget bör också vara möjliga att nå via en gemensam plattform så att all relevant journalinformation finns tillgänglig vid patientmötet.

Avslutning och konklusion

En nödvändig förutsättning för att den vård som ges skall bli patientsäker är tillgång till information om aktuell läkemedelsbehandling och tillgång till journalinformation. En tydlig ansvarsfördelning för läkemedelsbehandlingen mellan öppen och sluten vård är också en grundförutsättning.

I studien var avvikelserna mellan den faktiska användningen och läkemedelslistan i journalen betydande vilket är tveksamt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Gemensamma rutiner och riktlinjer för hur ansvaret för läkemedelsordinationer fördelas mellan öppen och sluten vård bör tas inom Stockholms läns landsting.

Referenser:

1. Straubergs, Laila (2009). Pilot – Läkemedel i hemmet
2. Lieberman-Ram, Helen Skarph, Anna (2009). Hemma-DAKS
3. SBU rapport (2009). Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras?
4. Kragh Annica (2004). Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne. *Läkartidningen* 2004;101(11):994-999.
5. Socialstyrelsen (2004). Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning. Publicerad på www.sos.se .
6. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol*. Sep 2000; 56(6-7):501-509.
7. Bikowski RM, Ripsin CM, Lorraine VL. Physician-patient congruence regarding medication regimens. *J Am Geriatr Soc*. Oct 2001;49(10):1353-1357
8. Ekedahl, Anders et.al (2010). Stora brister i information om ordinerade läkemedel. *Läkartidningen* nr 36, 2010.
9. Apoteket AB 2010. Kundundersökning



Nestor FoU- 40 Handen
hemsida: www.nestor-foucenter.se
tel: 070-814 59 31
e-post: nestor@haninge.se

En undersökning om läkemedelsanvändningen i hemmet

- Är du 75 år eller äldre (född 1935 eller tidigare)?
- Vill du svara på några frågor om din läkemedelsbehandling?

Då skulle vi vilja komma i kontakt med dig för en intervju i ditt hem!

Skriv upp ditt namn och telefonnummer på listan nedan eller prata med personalen i receptionen. Där hämtar du också skriftlig information som du kan ta med dig hem och läsa i lugn och ro. Vi hör av oss inom kort per telefon för att fråga om ditt intresse och boka en tid för intervju. Intresseanmälan är inte bindande.

Som tack för din medverkan bjuder vi på en trisslott!

Namn:

Telefonnummer:

Kontaktpersoner:

Helén Lieberman-Ram, apotekare
Nestor FoU-center
Tel. 0761-15 99 18

Sune
Nestor

Petersson,

apotekare
FoU-center

Läkemedelsintervju i studien Läkemedel i hemmet**Datum:** _____**Patientkod:** _____**Reg.** = all regelbunden medicinering som är aktuell vid intervjutillfället**Vb.** = alla läkemedel som används/har använts vid behov den senaste månaden**Anv. ej** = då användningen av ett läkemedel varken är reg. eller Vb enligt ovan definitioner

Läkemedel, beredningsform, styrka	Dosering	Indikation	Användning			Förskrivare/förskrivande klinik	Övriga kommentarer
			Reg	Vb	Anv. ej		

**Samtycke till deltagande i undersökningen om
läkemedelsanvändningen i hemmet**

Bilaga 3

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att delta i undersökningen om läkemedelsanvändningen i hemmet, enligt skriftlig information som jag fått och läst igenom.

Jag samtycker till att min läkare på vårdcentralen lämnar ut en lista från min patientjournal till Nestor FoU-center över de mediciner som jag är ordinerad.

Jag samtycker också till att de uppgifter jag lämnar under intervjun om de mediciner jag använder, kommer att jämföras med de uppgifter som min läkare på vårdcentralen lämnar. Om eventuella skillnader upptäcks vid jämförelsen kommer denna information att vidarebefordras till min läkare på vårdcentralen.

Jag kan när som helst avbryta mitt deltagande i undersökningen.

Datum: _____

Ort: _____

Namnteckning

Namn, texta

Personnummer: _____