

# Läkemedelsgenomgångar

En uppföljning och utvärdering av Socialstyrelsens  
föreskrifter om läkemedelsgenomgångar i 11 kap.  
HSLF-FS 2017:37

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2019-2-22  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2019

# Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera myndighetens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar. Med utgångspunkt från resultatet av utvärderingen ska Socialstyrelsen bedöma om det finns skäl att genomföra förändringar, exempelvis gällande kraven på att genomföra läkemedelsgenomgångar.

I uppdraget ingår även att utvärdera i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar genomförs, samt i vilken mån de bedöms bidra till en god läkemedelsanvändning. Resultatet av utvärderingarna redovisas i denna rapport.

Syftet med utvärderingen är att ge regeringen en samlad och uppdaterad kunskap dels om tillämpning, dels om eventuella behov att revidera 11 kap. i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Övriga intressenter för rapporten är Läkemedelskommittéerna, beslutsfattare i kommuner och regioner samt patientföreningar, brukarorganisationer och intresseorganisationer för äldre.

Utredaren Jenny Halldén har varit projektledare för utvärderingen. I projektgruppen ingick även av projektmedarbetaren Emma Stollo, medicinskt sakkunnige Johan Fastbom samt juristen Mathias Wallin. Ansvarig enhetschef har varit Elisabeth Wörnberg Gerdin och biträdande enhetschef Helene Klackenbergr Ingrao har varit ansvarig projektägare.

Socialstyrelsen vill tacka alla personer som med stort engagemang och stort kunnande har deltagit i utvärderingen.

Olivia Wigzell

Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Utvärderingens huvudsakliga slutsatser .....	7
Socialstyrelsens uppdrag .....	8
Utvärderingens syfte .....	8
Föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar .....	8
Metod och genomförande .....	10
Bakgrund och kontext .....	16
Varför infördes föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar? .....	16
Fler redskap för förbättrad läkemedelsanvändning bland äldre .....	17
Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel .....	19
I vilken utsträckning genomförs läkemedelsgenomgångar? .....	21
Registrerade läkemedelsgenomgångar inom slutenvård och öppen specialiserad vård .....	21
Registrerade läkemedelsgenomgångar inom primärvården 2017 .....	27
Rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar i särskilt boende och i hemsjukvård .....	31
Bidrar läkemedelsgenomgångar till god läkemedelsanvändning? .....	33
Vad säger forskningen om läkemedelsgenomgångar? .....	33
Vad säger professionen? .....	37
Analys och slutsatser .....	53
I vilken utsträckning genomförs läkemedelsgenomgångar? .....	53
Läkemedelsgenomgångar och god läkemedelsanvändning .....	53
Utvärderingens slutsatser .....	57
Referenser .....	59
Bilaga 1. Frågor till läkemedelskommittéerna .....	61
Bilaga 2. Urval av studier från regionerna .....	62
Bilaga 3. Intervjuguide .....	64
Bilaga 4. Registrerade läkemedelsgenomgångar inom slutenvård och öppen specialiserad vård per region .....	67
Bilaga 5. Registrerade läkemedelsgenomgångar inom slutenvård och öppen specialiserad vård uppdelad på SKL:s kommungruppsindelning .....	69
Bilaga 6. Registrerade läkemedelsgenomgångar inom primärvården per region .....	70



# Sammanfattning

Den här rapporten presenterar Socialstyrelsens resultat från en samlad utvärdering av myndighetens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar i 11 kap. HSLF-FS 2017:37. Sammantaget ger utvärderingen en helhetsbild av dels hur föreskrifterna fungerar som styrmedel, dels av vad som skulle kunna förändras och utvecklas i föreskrifterna för att de i förlängningen ytterligare ska bidra till att förbättra läkemedelsanvändningen bland äldre personer.

## Utvärderingens huvudsakliga slutsatser

Socialstyrelsens utvärdering visar att det kan finnas skäl att genomföra förändringar i föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar i 11 kap. HSLF-FS 2017:37. Vid sådan översyn av föreskrifterna bör följande potentiella ändringar utredas vidare:

- Att se över bestämmelserna om enkla läkemedelsgenomgångar och bland annat utreda möjligheten att ta bort begränsningen med avseende på ålder och antal läkemedel och att tydliggöra läkarens ansvar att genomföra en enkel läkemedelsgenomgång vid varje ordination av läkemedel, samt vid andra behandlingssituationer där det bedöms lämpligt.
- Att tydliggöra på vilket sätt en fördjupad läkemedelsgenomgång särskiljer sig från en enkel avseende bland annat innehåll och ambitionsnivå.
- Att ersätta kravet på att genomföra enkel läkemedelsgenomgång med en fördjupad vid inflyttning och årligen i en sådan boendeform som avses i 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

## Utvärderingens övriga frågeställningar och resultat

I regeringens uppdrag ingår, förutom att bedöma om det finns skäl att genomföra förändringar av föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar, även att redogöra för i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar genomförs, samt i vilken mån läkemedelsgenomgångar bedöms bidra till en god läkemedelsanvändning.

Utvärderingen visar att det finns regionala skillnader gällande både hur och i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar *registreras*. Dock är det inte möjligt att med säkerhet uttala sig om *omfattningen* av genomförda läkemedelsgenomgångar, eftersom underrapporteringen sannolikt är stor på flertalet platser i landet.

Utvärderingen visar vidare att väl fungerande läkemedelsgenomgångar i vissa former och i vissa sammanhang kan förväntas bidra till en förbättrad läkemedelsanvändning. Vad dessa kvalitetshöjande faktorer kan bestå av framkommer mer tydligt i den kvalitativa materialinsamlingen.

# Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera myndighetens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar. Med utgångspunkt från resultatet av utvärderingen ska Socialstyrelsen bedöma om det finns skäl att genomföra förändringar, exempelvis gällande kraven på att genomföra läkemedelsgenomgångar.

Utvärderingen ska omfatta dels i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar genomförs, dels i vilken mån de bedöms bidra till en god läkemedelsanvändning.

Vid genomförandet av uppdraget bör Socialstyrelsen bland annat använda sig av tillgängliga studier som enskilda landsting (nuvarande regioner) gjort för att följa upp läkemedelsgenomgångar i den egna befolkningen.

## Utvärderingens syfte

Syftet med uppdraget är dels att följa upp och utvärdera Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar, dels att bedöma om det finns skäl att genomföra förändringar i dessa föreskrifter.

## Föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar finns idag reglerade i 11 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. I kapitlet finns bland annat regler om enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång.

En läkare ska ansvara för läkemedelsgenomgångar och läkaren ska vid behov samarbeta med annan hälso- och sjukvårdspersonal (11 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37).

### Vad innebär en enkel läkemedelsgenomgång?

Vårdgivaren ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid:

- besök hos läkare i öppen vård
- inskrivning i slutenvård
- påbörjad hemsjukvård
- inflyttning i boendeform eller bostad som omfattas av 18 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

En enkel läkemedelsgenomgång ska dessutom erbjudas minst en gång per år till patienter som är 75 år eller äldre, som är ordinerade minst fem läkemedel, och som antingen är under pågående hemsjukvård eller boende i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 18 § hälso- och sjukvårdslagen (11 kap. 3 § HSLF-FS 2017:37).

Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enkel läkemedelsgenomgång (11 kap. 4 § HSLF-FS 2017:37).

I en enkel läkemedelsgenomgång kartläggs följande:

- vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför,
- vilka av dessa läkemedel patienten använder, samt
- vilka övriga läkemedel patienten använder.

Läkaren kontrollerar att läkemedelslistan är korrekt och gör sedan en bedömning av om behandlingen är ändamålsenlig och säker (11 kap. 5 § HSLF-FS 2017:37). Läkaren ska även ta ställning till vilka av patientens läkemedelsrelaterade problem som kan lösas direkt och vilka som kräver en fördjupad läkemedelsgenomgång. Problem som går att lösa direkt ska åtgärdas.

Patienten ska därefter få information om vilka åtgärder som har vidtagits och orsaker till åtgärderna, samt få en uppdaterad läkemedelslista (11 kap. 7 § HSLF-FS 2017:37).

## Vad innebär en fördjupad läkemedelsgenomgång?

En fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till patienter som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem (11 kap. 10 § HSLF-FS 2017:37).

Vid en fördjupad läkemedelsgenomgång ska för varje ordinerat läkemedel:

- kontrolleras att det finns en indikation för läkemedlet,
- behandlingseffekten värderas,
- bedömas hur doseringen av läkemedlet förhåller sig till patientens fysiologiska funktioner,
- utvärderas om läkemedlets biverkningar, risken för biverkningar eller risken för interaktioner är större än nyttan med läkemedlet, och
- nyttan med läkemedlet i förhållande till patientens övriga läkemedel och behandlingar värderas (11 kap. 11 § första stycket HSLF-FS 2017:37).

Patienten ska få individuellt anpassad information om resultatet av genomgången (11 kap. 11 § andra stycket HSLF-FS 2017:37).

Läkaren ska göra de ändringar i ordinationerna och vidta de andra åtgärder som behövs för att läkemedelsbehandlingen ska vara ändamålsenlig och säker (11 kap. 12 § HSLF-FS 2017:37). Patientens ska därefter få individuellt anpassad information om bland annat vilka åtgärder som har vidtagits och om målen för läkemedelsbehandlingen. Patientens ska också få en uppdaterad läkemedelslista (11 kap. 12 § HSLF-FS 2017:37). Ansvarig läkare ska ta ställning till när genomgången ska följas upp och vilken vårdgivare som ska ansvara för uppföljningen.

## Upprätta läkemedelsberättelse

När en patient som under vårdtillfället har fått en läkemedelsgenomgång skrivs ut från slutna vård ska en läkare upprätta en läkemedelsberättelse i

patientjournalen. Den ska innehålla uppgifter om vilka ordinationer som har ändrats, vilka andra åtgärder rörande läkemedelsbehandlingen som har vidtagits och orsakerna till de vidtagna åtgärderna (11 kap. 15 § HSLF-FS 2017:37).

Vid utskrivningen ska det även finnas uppdaterade uppgifter i patientjournalen om målen för läkemedelsbehandlingen, när uppföljningen av behandlingen ska göras och vilken vårdgivare eller vårdenhet som ska ansvara för uppföljningen. Därutöver ska det finnas en uppdaterad läkemedelslista i patientjournalen (11 kap. 16 § HSLF-FS 2017:37).

## Uppföljning

En fördjupad läkemedelsgenomgång ska alltid följas upp enligt 11 kap. 13 § i HSLF-FS 2017:37. Uppföljning är även obligatoriskt i de fall en läkemedelsgenomgång har genomförts inom slutenvård (11 kap. 16 § HSLF-FS 2017:37). Verksamhetschefen hos den vårdgivare eller på den vårdenhet som har ansvaret för uppföljningen ska se till att patienten tilldelas en läkare som ansvarar för uppföljningar av läkemedelsgenomgångar (11 kap. 19 § HSLF-FS 2017:37).

## Metod och genomförande

För att besvara uppdragets frågeställningar har Socialstyrelsen valt att använda följande huvudsakliga metoder för materialinsamling:

- insamling och analys av tillgänglig information om registrerade läkemedelsgenomgångar i regionerna<sup>1</sup>
- sammanställning och analys av insamlade studier på området
- kvalitativ materialinsamling i form av intervjuer och fokusgrupp
- sammanställning och analys av inkomna svar från remiss med förslag till nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37), samt inkomna svar på enkätundersökning inför översyn av myndighetens nu upphävda föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1).

Detta avsnitt redogör närmare för vilka metoder som använts för att besvara uppdragets frågeställningar.

## Kartläggning av i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar genomförs

I utvärderingen ingår att undersöka i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar genomförs. Detta besvaras genom att undersöka i vilken utsträckning en åtgärdskod (ur Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ<sup>2</sup>) för läkemedelsgenomgång har registrerats i Patientregistret gällande slutenvård och öppen specialiserad vård.

Dessutom har Socialstyrelsen via kontakter med regionerna samlat in information om registrerade läkemedelsgenomgångar inom primärvården.

<sup>1</sup> Efter den 1 januari 2019 använder samtliga landsting samt kommunen Gotland, ordet region i sitt namn.

<sup>2</sup> En åtgärdskod är en kod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård. Koder ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister.

Vidare används två indikatorer<sup>3</sup> gällande förekomst av rutiner för genomförande av fördjupad läkemedelsgenomgång för personer 65 år eller äldre inom kommunal hälso- och sjukvård via Socialstyrelsens ”Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård”.

### *Registrerade läkemedelsgenomgångar i sluten vård och öppen specialiserad vård*

Socialstyrelsen har genomfört en registerstudie med syfte att kartlägga hur stor andel av de personer som ingår i målgruppen (personer 75 år eller äldre med fem läkemedel eller fler) som fått en läkemedelsgenomgång registrerad under 2017. Detta genomförs med hjälp av samkörning mellan patientregistret (PAR)<sup>4</sup> och läkemedelsregistret (LMED)<sup>5</sup>.

Urvalet från läkemedelsregistret består av personer som har fyllt 75 år innan början av 2017 och som använde minst fem receptförskrivna läkemedel varje månad under 2017 (totalt 95 654 individer i Sverige).

Genom att analysera åtgärder (KVÅ-koder) i patientregistret kan Socialstyrelsen besvara i vilken uträkning populationen har fått en enkel (KVÅ-kod XV015) eller en fördjupad (KVÅ-kod XV016) läkemedelsgenomgång registrerad i samband med ett besök i sluten vård eller i öppen specialiserad vård under 2017.

Vad som besvaras är alltså andelen inskrivna patienter, som ingår i urvalet, som under 2017 fått minst en läkemedelsgenomgång registrerad antingen i sluten vård eller i öppen specialiserad vård (via patientregistret).

För att ytterligare undersöka den population som fått en registrerad läkemedelsgenomgång gjordes bearbetningar av materialet för att kunna se eventuella skillnader mellan olika kön, olika åldersgrupper (75–79, 80–84, 85–89, 90+), olika regioner, samt mellan olika typer av kommuner (denna del genomfördes med hjälp av Sveriges Kommuner och Landstings, SKL:s, kommungruppsindelning<sup>6</sup>).

### *Registrerade läkemedelsgenomgångar inom primärvården*

Eftersom en stor andel av alla läkemedelsgenomgångar genomförs av primärvården skickade Socialstyrelsen ut ett antal frågor till samtliga läkemedelskommittéer för att undersöka huruvida de har information om genomförda

<sup>3</sup> De indikatorer som används i utvärderingen är indikator 11 (”Aktuella rutiner finns för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen”) och indikator 12 (”Aktuella rutiner finns för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den enskilde och läkare samt med ansvarig sjuksköterska och omsorgspersonal”).

<sup>4</sup> Både den öppna och den slutna vården har lagstadgad uppgiftsskyldighet till patientregistret – primärvården undantagen. Detta gäller både privat och offentlig vård. Syftet med patientregistret är att följa hälsoutvecklingen i befolkningen, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar samt bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Registret tillhandahåller data för bland annat statistik, forskning och utvärdering.

<sup>5</sup> Läkemedelsregistret med personnummer startade i juli år 2005 och innehåller alla läkemedel som hämtas ut mot recept på apotek. Registret uppdateras en gång i månaden. Syftet med läkemedelsregistret är att öka patientsäkerheten på läkemedelsområdet. Registret används av såväl forskare, journalister, utredare inom regioner och myndigheter som av representanter från läkemedelsindustrin.

<sup>6</sup> Kommungruppsindelningen används för att underlätta jämförelser och analyser i olika statistiska sammanhang och är utarbetad på Statistiksektionen, SKL. Indelningen består av totalt nio grupper fördelade på tre huvudgrupper, där kommunerna grupperats utifrån vissa kriterier som tätortsstorlek, närhet till större tätort och pendlingsmönster. Dataunderlaget är hämtat från SCB:s olika databaser. Se <https://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/faktakommunerochlandsting/kommungruppsindelning.2051.html>.

läkemedelsgenomgångar inom primärvården (de frågor som skickades finns i bilaga 1).

Initialt skickades frågorna ut till ett mindre antal regioner för att testa frågorna. Därefter skickades frågorna ut till samtliga regioner. Svar inkom från alla förutom en region.

### *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*

I Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård<sup>7</sup> finns två indikatorer om förekomsten av rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar, vilka är av vikt för utvärderingen av föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar.<sup>8</sup>

Enhetsundersökningen är en totalundersökning till verksamheter inom hemtjänst och särskilda boenden, där uppgiftslämnare och kontaktpersoner besvarat frågor om verksamheternas innehåll.

Socialstyrelsen har följt upp hemtjänstverksamheter och särskilda boenden via enhetsundersökning sedan 2016. Svarsfrekvensen i undersökningarna har varit god – under 2018 besvarade 85 procent av hemtjänstverksamheterna som utför insatser för personer 65 år eller äldre i ordinärt boende, vilket motsvarar 2 078 av de inrapporterade enheterna.

Andelen verksamheter inom särskilda boenden som besvarade undersökningen år 2018 var 91 procent, vilket motsvarar 2 079 av de inrapporterade enheterna.

Totalt medverkade 289 kommuner i undersökningen år 2018, varav 281 hade resultat om hemtjänstverksamheter och 284 hade resultat om särskilda boenden [1].

### Sammanställning av befintliga studier på området

Viktigt att nämna är att Socialstyrelsen tidigare (2013) har gjort en litteraturoversikt till vägledningen ”Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel – en vägledning för hälso- och sjukvården” [2]. Förutom denna vägledning finns även en stor översikt som gjordes 2009 av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU): ”Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturoversikt” [3].

I uppdragsbeskrivningen för denna utvärdering ingick att Socialstyrelsen vid genomförandet av uppdraget bland annat bör använda sig av tillgängliga studier som enskilda regioner gjort för att följa upp läkemedelsgenomgångar i den egna befolkningen. Myndigheten skickade därför en förfrågan till samtliga läkemedelskommittéer om relevanta studier och rapporter inom området.

Materialet som inkom till Socialstyrelsen består av forskningsartiklar, samt interna redovisningar och icke-vetenskapliga undersökningar och rapporter. Socialstyrelsen har därefter genomfört ett urval av det inkomna materialet (se bilaga 2). Urvalet baserades i första hand på relevans för

<sup>7</sup> Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård hette fram till 2016 Kommun- och enhetsundersökningen.

<sup>8</sup> På [www.socialstyrelsen.se/opnjamforelser](http://www.socialstyrelsen.se/opnjamforelser) har Socialstyrelsen publicerat en Excelfil med samtliga resultat från Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018 på enhets-, kommun-, läns, och riksnivå.

frågeställningen (i vilken mån läkemedelsgenomgångar bedöms bidra till en god läkemedelsanvändning). Fokus lades även i första hand på forskningsartiklar, vilket var merparten av det material som skickades in.<sup>9</sup>

Endast fem av 21 regioner angav att studier gjorts inom regionen. Utöver detta har ett fåtal studier lagts till på inrådan av medicinskt sakkunniga på Socialstyrelsen. Det är dock inte alla studier som har som syfte att besvara huruvida läkemedelsgenomgångar leder till en god läkemedelsbehandling, varvid enbart studier som på ett eller annat vis berör denna fråga har valts ut. En hel del studier med läkemedelsgenomgångar i fokus bedrivs i nuläget och de ska bli klara de närmsta åren. Dessa har dock inte heller inkluderats i urvalet.

## Kvalitativ materialinsamling

### *Intervjuer*

Inom ramen för utvärderingen genomfördes en intervjustudie med syftet att undersöka huruvida föreskrifterna fungerar som styrdokument, vad som är bra med nuvarande föreskrifter, samt om något bör förändras, tas bort eller läggas till i föreskrifterna. Ett annat syfte med intervjuerna var att skapa en djupare förståelse för såväl möjligheter som hinder i arbetet med läkemedelsgenomgångar och i slutändan om förutsättningarna för att skapa en god läkemedelsanvändning.

Totalt genomfördes tio intervjuer med personer med erfarenheter och positioner som är relevanta för utvärderingen (urvalet av personer presenteras nedan). Urvalet av intervjuerpersoner genomfördes som snöbollsurval, det vill säga att personer i urvalet rekommenderar nya intervjuerpersoner som kan vara lämpliga att ingå i utvärderingen. Ambitionen var att fånga upp olika erfarenheter och synsätt från olika typer av verksamheter och roller och med spridning från olika regioner. Intervjuer genomfördes med följande grupper:

- representanter från primärvård, slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård
- representanter med strategisk funktion från regioner och dåvarande landsting
- representanter från läkemedelskommittéerna
- företrädare från intresseorganisationerna Svenska läkaresällskapet,<sup>10</sup> Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi – NEPI<sup>11</sup> och Riksföreningen för Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och Medicinskt ansvariga för rehabilitering – MAS-MAR<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> Detta är inte en regelrätt forskningsöversikt i den bemärkelsen att en fullständig och systematisk genomgång av tillgänglig litteratur på området har gjorts.

<sup>10</sup> Svenska Läkaresällskapet (SLS), stiftat år 1807, är en professionell sammanslutning med syfte att främja medicinsk forskning, utbildning, etik och kvalitet, för utveckling inom hälso- och sjukvården. SLS har cirka 11 000 medlemmar indelade i 68 vetenskapliga sektioner, 20 associerade föreningar och 9 lokala läkaresällskap. Se <https://www.sls.se/om-oss/om-oss/>.

<sup>11</sup> Enligt stadgarna ska NEPI "främja forskning och utveckling främst inom områdena läkemedelsinformation, läkemedelsepidemiologi och läkemedelsekonomi". Se <http://www.nepi.net/OmNEPI1.htm>.

<sup>12</sup> MAS/MAR arbetar för en säker vård i kommunen och att göra medicinskt ansvariga sjuksköterskors (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabiliterings (MAR) uppdrag mer känt för allmänheten och politiker. Se <https://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/RiksforeningenforMedicinsktAnsvarigaSjukskoterskor/Om-oss/>.

- representanter från olika professioner (läkare, sjuksköterskor, apotekare och forskare).

Intervjuerna gjordes uteslutande som semistrukturerade telefonintervjuer. Intervjufrågorna tematiserades dels utifrån föreskrifternas olika delar och innehåll, dels utifrån de kommentarer som tidigare inkommit i remissvaren från 2016. Intervjuguiden finns i bilaga 3.

Analys av intervjuerna gjordes genom att jämföra respondenternas svar inom respektive tema för att identifiera gemensamma och skilda uppfattningar och synpunkter gällande föreskrifterna och arbetet med läkemedelsgenomgångar och läkemedelsanvändning.

### *Fokusgruppsintervju*

En fokusgrupp har genomförts med primärvårdsläkare och apotekare som arbetar inom hälso- och sjukvården i Region Sörmland. I fokusgruppen deltog fem läkare från olika vårdcentraler samt två apotekare, alltså totalt sju personer.

Fokusgruppen bokades in med hjälp av läkemedelskommittén i Sörmland och genomfördes på plats i deras lokaler. Två fokusgruppsledare från Socialstyrelsen höll i fokusgruppen, varav en ledde samtalet och en förde anteckningar. Samtalet strukturerades med hjälp av några i förhand framtagna frågeområden eller teman.

## Sammanställning av enkätsvar till förstudie och remissvar till HSLF-FS 2017:37

Under 2012 genomförde Socialstyrelsen en förstudie i syfte att ta fram ett underlag som skulle ligga till grund för en översyn av myndighetens nu upphävda föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedels hantering i hälso- och sjukvården. En enkät skickades ut till 65 mottagare i samtliga regioner (dåvarande landsting), vissa kommuner samt andra berörda aktörer. Drygt 30 av mottagarna besvarade enkäten.

Under 2016 genomfördes en översyn av SOSFS 2000:1. Inom ramen för denna översyn skickades en remiss till samtliga landsting (nuvarande regioner) och kommuner samt till ett större antal organisationer, med förslag till nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Samtliga inkomna enkät- och remissvar som berör föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar har analyserats och tematiserats på samma sätt som intervjuerna och fokusgruppen.

## Brukarperspektivet i utvärderingen

Inom ramen för utvärderingen har Socialstyrelsen haft samråd om regeringsuppdraget med Äldrerådet. Äldrerådet är Socialstyrelsens forum för kontakt och samverkan med pensionärsorganisationerna, vars uppgift är att bevaka myndighetens arbete med äldre frågor, identifiera områden där myndigheten bör ta initiativ samt ge vägledning i principiellt viktiga frågor. Rådet är

sammansatt av ledamöter från pensionärsorganisationerna,<sup>13</sup> samt två ledamöter från Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen informerade Äldrerådet om uppdraget och skickade även ut några frågor om föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar som organisationerna fick möjlighet att besvara skriftligen. Svar på Socialstyrelsens frågor om föreskrifterna inkom skriftligen från Pensionärernas Riksorganisation (PRO).

Socialstyrelsen har även haft samråd om utvärderingen med Koll på läkemedel.<sup>14</sup>

## Sammanfattning av metodologiska utmaningar

I genomförandet av utvärderingen har det funnits vissa metodologiska utmaningar, som medför att delar av det insamlade materialet bör tolkas med viss försiktighet. Det gäller både insamlad statistik om registrerade läkemedelsgenomgångar från primärvården och från patientregistret (PAR).

Utvärderingen visar att insamlad statistik från primärvården har registrerats på olika sätt i olika regioner och helt saknas på vissa ställen, vilket innebär att det finns vissa utmaningar vad gäller tolkning och analys av insamlade data.

Detsamma gäller resultaten från registerstudien (där patientregistret har samkörts med läkemedelsregistret), som är delvis svårtolkade eftersom olika regioner registrerar sina respektive läkemedelsgenomgångar på olika sätt och i olika utsträckning.

Utvärderingen visar även att det sannolikt finns en viss underrapportering av läkemedelsgenomgångar från många regioner, både inom öppen och inom sluten vård. Detta är något nästintill samtliga läkemedelskommittéer vittnat om i utvärderingen. Sammanfattningsvis bör slutsatser från kartläggningen dras med viss försiktighet.

Vidare är sammanställningen av tillgängliga studier inom området delvis svårtolkad utifrån utvärderingens frågeställning (i vilken mån läkemedelsgenomgångar bedöms bidra till en god läkemedelsanvändning). En anledning till detta är att detta perspektiv sällan är det huvudsakliga syftet med studierna. Studierna utgår inte heller från föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar, varvid det är svårt att uttala sig om föreskrifternas utformning utifrån studierna.

---

<sup>13</sup> De pensionärsorganisationer som finns representerade i Äldrerådet är Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Seniorerna – Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Svenska Kommunal Pensionärernas Förbund (SKPF) samt Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG).

<sup>14</sup> Koll på läkemedel är ett samarbetsprojekt mellan Pensionärernas Riksorganisation (PRO), SPF Seniorerna och Apoteket för bättre läkemedelsbehandling till äldre. Samarbetet har pågått sedan 2009. Syftet är att utbilda och stödja äldre patienter så att patienten själv kan verka för en bättre behandling.

# Bakgrund och kontext

Detta kapitel redogör i korthet dels för bakgrunden till införandet av föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar, dels för ytterligare insatser och redskap som tagits fram för att utveckla och förbättra läkemedelsanvändningen bland äldre personer. Slutligen redogör vi för vilka trender som råder i förskrivningen av läkemedel till äldre.

## Varför infördes föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar?

Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga för läkemedel [4]. Därtill medför den omfattande läkemedelsanvändningen (polyfarmaci) som äldre ofta har, både en ökad risk för läkemedelsbiverkningar och för läkemedelsinteraktioner (det vill säga att olika läkemedel påverkar varandra).

Livslängden har ökat i befolkningen, vilket både medfört fler åldersrelaterade sjukdomar och fler multisjuka patienter. Det har även tillkommit många nya läkemedel och effektiva behandlingar, vilket innebär att allt fler sjukdomar och tillstånd kan behandlas med läkemedel. Det har i sin tur lett till en ökad förskrivning av läkemedel till äldre.

En utmaning inom vården är dessutom att äldre patienter och patienter med omfattande läkemedelsbehandling ofta har flera olika vårdkontakter. Samtidigt är vården fragmenterad, med skiftande vårdgivare och huvudmän [2]. Risken finns därmed att viktig information om patientens pågående läkemedelsbehandling går förlorad i vårdens övergångar.

Samtidigt saknas ett nationellt system med en fullständig och sammanhållen aktuell lista över vilka läkemedel en patient ordinerats, i vilken dos, hur länge, samt vilken förskrivare som är ansvarig för uppföljning. I stället finns informationen utspridd i flera olika läkemedelslistor och register, såsom i olika journalsystem och i apotekets läkemedelsförteckning. Innehållet i dessa listor kan dessutom många gånger skilja sig åt, med olika regler för vem som kan beviljas åtkomst till informationen.

Vidare är det inte heller säkert att någon av listorna stämmer helt överens med de läkemedel patienten faktiskt använder. Brister i dokumentation och överföring av information om läkemedelsordinationer är en viktig orsak till att läkemedelsfel och läkemedelsrelaterade problem kan uppstå. Dessutom sker ibland ett generiskt utbyte av läkemedel på apoteket när medicinen hämtas ut, vilket kan försvåra patientens överblick över sin medicinering, till exempel på grund av förväxlingar mellan utskrivet läkemedel och generiska läkemedelsnamn.

Sammantaget skapar detta stora utmaningar kring möjligheterna att skapa en god läkemedelsanvändning hos äldre. Samtidigt kan olämplig, riskfylld eller felaktig läkemedelsanvändning medföra betydande patientsäkerhetsrisker.

Det är därför viktigt att läkemedelsbehandlingen följs upp regelbundet och på ett strukturerat sätt avseende effekt och säkerhet. För detta ställs höga krav på fungerande rutiner, tydlighet i ansvarsförhållanden och i kommunikation samt på en god informationsöverföring i de fall då flera vårdgivare samverkar kring en patients läkemedelsbehandling [2].

Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar togs fram med syftet att kvalitetssäkra patienters läkemedelsbehandling. Tanken var att väl fungerande läkemedelsgenomgångar skulle kunna ha positiva effekter – dels på patienters följsamhet till ordinerad behandling, dels på kvaliteten i deras läkemedelsanvändning. Detta skulle i förlängningen leda till såväl färre läkemedelsrelaterade problem som till en minskning av läkemedelsorsakade akuta sjukhusbesök och inläggningar.

## Fler redskap för förbättrad läkemedelsanvändning bland äldre

Föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar i 11 kap. HSLF-FS 2017:37 är ett av flera redskap som tagits fram för att uppnå målet med en bättre läkemedelsanvändning hos äldre. Nedan redogörs för några av de övriga insatser som gjorts, och som kan ha bidragit till de förbättringar av äldres läkemedelsanvändning som observerats under senare år.

En grund i arbetet för en bättre läkemedelsanvändning hos äldre utgörs av Socialstyrelsens ”Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre” som lanserades 2004. De har fått en rad tillämpningar i vården och ligger bland annat till grund för de rekommendationer för läkemedelsbehandling av äldre som tagits fram i flertalet regioner.

Indikatorerna används också i viss utsträckning i it-baserade beslutsstöd, vilket har underlättats av att en indikator (”Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger”) implementerats i Svensk Informationsdatabas för Läkemedel (SIL), som alla landsting och regioner har tillgång till via sina journalsystem. Ett verktyg i vården som tillämpar denna möjlighet är Pascal. Pascal är ett stöd för att förskriva och beställa läkemedel för patienter med dosexposition. I dag använder alla vårdgivare inom regioner och kommuner samt många privata vårdgivare Pascal.<sup>15</sup>

Socialstyrelsens rapport ”Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – Kartläggning och förslag till åtgärder” [5] visade att drygt 8 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, varav drygt hälften (60 procent) bedöms vara möjliga att förebygga. I rapporten presenteras en sammanställning av de symtom och tillstånd som ligger bakom merparten av dessa sjukhusinläggningar samt vilka läkemedel eller läkemedelsgrupper som oftast orsakar dessa. Sammanställningen är tänkt att ligga till grund för ett eller flera instrument som kan användas som stöd för att upptäcka och identifiera läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – till

---

<sup>15</sup> SKL:s webbplats (2019-01-15):

<https://skl.se/naringslivarbetedigitalisering/digitalisering/nationellsamverkanstyrning/samverkanfordigitalisering/samarbetsklineraochkommentus/befintligstodochtjanster.14471.html>, samt Ineras webbplats, (2019-01-15): <https://www.inera.se/tjanster/pascal/>.

exempel på akutmottagningen, på vårdavdelningen, i primärvården och i kommunal vård och omsorg.

Andra exempel på stödjande insatser i arbetet för en bättre läkemedelsanvändning hos äldre är de tre webbutbildningar i farmakologi som Socialstyrelsen utvecklat till stöd för professionerna:

- Läkemedelsgenomgångar för äldre.
- Läkemedelsbehandling av äldre för AT-läkare.
- Specialitetsövergripande klinisk farmakologi för ST-läkare.

Vidare har ett relativt stort antal projekt genomförts runt om i landet inom ramen för regeringens satsning på stimulansbidrag under åren 2007–2012. Kommuner och regioner kunde under projekttiden beviljas stimulansbidrag för att genomföra och utveckla arbetet med såväl läkemedelsgenomgångar, läkemedelsberättelser och läkemedelsavstämningar, som utbildning av personal om äldre och läkemedel. Totalt genomfördes 178 projekt av 193 kommuner och stadsdelar och 20 regioner under projekttiden [6].

I december 2018 publicerade Socialstyrelsen rapporten ”Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre” [7]. Bakgrunden till projektet var att äldre personer alltför ofta får läkemedelsbehandling mot specifika symtom i stället för mot symtomens bakomliggande orsaker, vilket exempelvis kan vara läkemedelsbiverkningar eller sjukdomar och tillstånd av olika slag (till exempel depression som orsak till symtomen sömnstörning eller oro och ångest). Detta medför att äldre patienter i många fall saknar korrekt och ändamålsenlig behandling för viktiga sjukdomar och tillstånd. Dessutom bidrar det till polyfarmaci, eftersom de äldre får en mer utbredd symtomatisk läkemedelsbehandling som ytterligare ökar deras befintliga (ofta omfattande) läkemedelsanvändning. Därmed ökar även riskerna för bland annat läkemedelsbiverkningar och interaktioner mellan läkemedel.

Projektets slutprodukt är en checklista med ett urval av viktiga symtom där det ofta döljer sig bakomliggande orsaker som återkommande förbises eller missas. Checklistan vänder sig i första hand till läkare och sjuksköterskor, och kan utgöra ett viktigt stöd för att se till att äldre personer får en mer ändamålsenlig läkemedelsbehandling som i större utsträckning är baserad på korrekta indikationer.

Den 1 juni 2020 träder en ny lag gällande den nationella läkemedelslistan i kraft. Den nationella läkemedelslistan ska bland annat samla uppgifter om patienters förskrivna läkemedel och ska därmed ersätta det nuvarande receptregistret och läkemedelsförteckningen. Det tudelade syftet med detta är dels att öka patientsäkerheten, dels att effektivisera arbetet med ordination och förskrivning av läkemedel.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Nationell läkemedelslista (Prop. 2017/18:223) finns på regeringens webbplats: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718223/>.

# Äldre förskrivs färre olämpliga läkemedel

Förskrivningen av olämpliga läkemedel<sup>17</sup> och läkemedelskombinationer hos personer 75 år eller äldre har minskat under perioden 2005 till 2017 (se figur 1). Samtidigt tilltar emellertid den totala användningen av läkemedel. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel har ökat från 8,7 procent (2005) till 11 procent (2017).

Läkemedel som är olämpliga för äldre – en indikator i Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (1.1 Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger) – har minskat med 56 procent under perioden (2005–2017) [8].

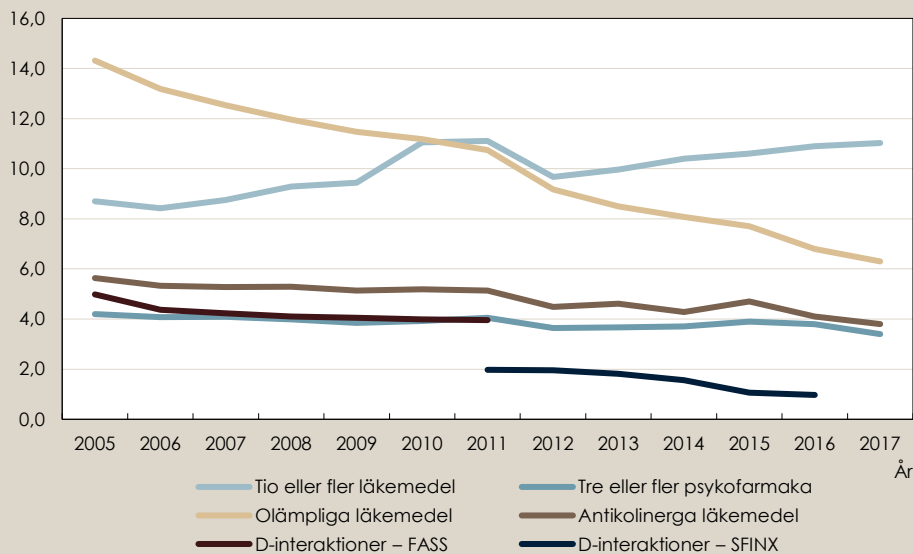
Under samma period minskade även användningen av antikolinerga läkemedel med 33 procent. Dessa läkemedel kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre och ingår i indikatorn om olämpliga läkemedel för äldre. Även samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka (en annan av Socialstyrelsens indikatorer) har minskat med 19 procent.

Samtliga resultat sammanfattas i figur 1.

**Figur 1. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos de allra äldsta.**

Andel personer 75 år eller äldre som förskrivs olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer.

Användning, %



\* Analysen av interaktioner baserades t.o.m. 2011 på den källa som användes i FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige) som är en sammanställning av läkemedelfakta från läkemedelsindustrin till olika förskrivare av läkemedel, främst läkare och apotekspersonal. FASS utges årligen av Läkemedelsindustriföreningens Service AB (LIF).

\*\* Fr.o.m. 2011 baserades analysen på en annan källa, SFINX, numera Janusmed interaktioner, tillgänglig i flertalet patientjournalssystem.

Källa: Socialtjänstregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

<sup>17</sup> Med detta avses enligt Socialstyrelsen läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Preparaten bör endast användas om det finns särskilda skäl för det. Det ska vidare finnas en välgrundad och aktuell orsak (indikation) för att använda läkemedlet och läkaren ska ha bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna.

Sedan 2005 har det dessutom skett en påtaglig minskning av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till så kallade D-interaktioner. Med det menas att läkemedlen antingen kan påverka varandras omsättning eller verkan på ett sätt som kan leda till allvarliga biverkningar eller utebliven effekt.

Mellan 2005 och 2011, när mätningarna baserades på den interaktionskälla som användes i FASS, sjönk förekomsten med 21 procent. Från och med 2011 baseras mätningarna på källan SFINX, numera *Janusmed interaktioner*, som finns tillgänglig i flertalet patientjournalssystem. Värdena för indikatorn ligger med denna interaktionskälla generellt lägre, men har fortsatt att sjunka påtagligt, med en minskning på 49 procent sedan 2011.

# I vilken utsträckning genomförs läkemedelsgenomgångar?

Detta kapitel redovisar det som framkommit i Socialstyrelsens kartläggande del av uppdraget, alltså den del som syftar till att besvara i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar genomförs.

Redovisningen bygger på ett antal olika källor och det är viktigt att betona att redovisningen inte är ett fullständigt svar på i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar genomförs. Detta beror bland annat på att regionerna har olika rutiner för hur, när och i vilken utsträckning de registrerar läkemedelsgenomgångar. Sannolikt är dessutom underrapporteringen av läkemedelsgenomgångar relativt stor både inom öppen- och slutenvård – vilket nästintill samtliga läkemedelskommittéer vittnat om i utvärderingen.

Det utvärderingen därför kan besvara är i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar registreras i olika regioner, snarare än i vilken utsträckning de faktiskt genomförs.

Redovisningen av antalet registrerade läkemedelsgenomgångar säger heller inget om dess kvalitet. Kvaliteten beror i sin tur på en mängd saker, såsom att den personal som genomför läkemedelsgenomgången har rätt kompetens, att arbetet är strukturerat, att det finns tillräckligt med tid avsatt, samt att det finns en samlad läkemedelslista tillgänglig.

Dessa faktorer är essentiella för att skapa förutsättningar för en god läkemedelsanvändning. Det räcker således inte att enbart ha registrerat en genomförd läkemedelsgenomgång.

Förutsättningar för god kvalitet i läkemedelsgenomgångar diskuteras mer utförligt i nästa kapitel.

## Registrerade läkemedelsgenomgångar inom slutenvård och öppen specialiserad vård

Detta avsnitt redogör för vad som framkommit i registerstudien, vars syfte är att redovisa i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar registrerats inom slutenvård respektive öppen specialiserad vård.

Den statistik som presenteras i detta avsnitt avser läkemedelsgenomgångar som registrerats i patientregistret (PAR).

## Majoriteten av patienterna inskrivna i sluten eller öppen specialiserad vård har ingen läkemedelsgenomgång registrerad

Totalt ingår 95 654 individer i urvalet<sup>18</sup> i Socialstyrelsens registerstudie, varav 59 534 kvinnor och 36 120 män.

Resultatet av registerstudien visar att 12 576 av individerna i urvalet (13,1 procent) har fått minst en *enkel* läkemedelsgenomgång registrerad i patientregistret under år 2017. Under samma period (2017) har 2 163 individer (2,3 procent) fått minst en *fördjupad* läkemedelsgenomgång registrerad. Totalt har således 15,4 procent av individerna fått minst en enkel eller en fördjupad läkemedelsgenomgång, vilket innebär att det saknas en registrerad läkemedelsgenomgång för en övervägande majoritet – 84,6 procent – av patienterna i målgruppen.

Dessa resultat visar dock som sagt enbart vad som registrerats och säger därmed inte nödvändigtvis så mycket om huruvida patienterna fått en läkemedelsgenomgång eller inte. Som redan nämnts finns sannolikt en underregistrering i patientregistret.

### Tabell 1. Totalt antal registrerade läkemedelsgenomgångar inom specialiserad vård

Individer 75 år eller äldre som står på minst fem läkemedel samtidigt. Antal och andel (i procent) som fått en enkel och/eller fördjupad läkemedelsgenomgång inom slutenvård och öppen specialiserad vård under 2017.

	Antal	Procent
Registrerade fördjupade läkemedelsgenomgångar	2 163	2,3
Registrerade enkla läkemedelsgenomgångar	12 576	13,1
Ingen läkemedelsgenomgång registrerad	80 915	84,6
<b>Totalt antal individer</b>	<b>95 654</b>	<b>100,0</b>

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret.

## Registreringen av läkemedelsgenomgångar varierar mellan regionerna

Totalt är det i tolv regioner färre än 5 procent av patienterna i målgruppen (75 år eller över med fem läkemedel eller fler) som fått minst en läkemedelsgenomgång registrerad i patientregistret. I sex av dessa regioner är det mindre än 1 procent som fått minst en läkemedelsgenomgång registrerad.

Två av landets samtliga regioner har en relativt hög andel patienter som fått en registrerad läkemedelsgenomgång. I dessa två regioner ligger andelen omkring 50 procent (52,7 respektive 47,7 procent).

Huruvida skillnaderna mellan registrerade läkemedelsgenomgångar i regionerna återspeglar en reell skillnad mellan andelen patienter som faktiskt fått en läkemedelsgenomgång genomförd kan inte registerstudien besvara.

<sup>18</sup> Personer som är över 75 år, har fem läkemedel eller fler och som varit inskrivna inom slutenvård eller öppen specialiserad vård under år 2017.

Vad registerstudien visar är att andelen patienter som fått en läkemedelsgenomgång *registrerad* skiljer sig åt mellan olika regioner. Övrig materialinsamling i utvärderingen visar dessutom att det finns skillnader i arbetsätt mellan regionerna när det kommer till hur regionerna registrerar läkemedelsgenomgångar, vilket påverkar utfallet i registerstudien.

I bilaga 4 redovisas en fullständig lista över antal och andel registrerade läkemedelsgenomgångar inom sluten vård respektive öppen specialiserad vård per region.

## Större andel registrerade läkemedelsgenomgångar i storstad än utanför storstad

Registerstudien visar på regionala skillnader då resultatet bryts ner med hjälp av SKL:s kommungruppsindelning. Indelningen består av totalt nio grupper fördelade på tre huvudgrupper där kommunerna grupperats utifrån vissa kriterier (såsom tätortsstorlek, närhet till större tätort och pendlingsmönster).

Dataunderlaget är hämtat från SCB:s olika databaser och syftar till att underlätta jämförelse och analys.<sup>19</sup> I denna utvärdering har vi valt att presentera materialet utifrån följande tre huvudgrupper<sup>20</sup>:

- A. Storstäder samt storstadsnära kommuner
- B. Större städer samt kommuner nära större stad
- C. Mindre städer och tätorter samt landsbygdskommuner.

En analys av materialet utifrån SKL:s tre huvudgrupper visar att målgruppen (personer som är 75 år eller äldre och som har fem läkemedel eller fler) fått fler KVÅ-koder registrerade i kommungrupp A än i kommungrupp B och C.

Det skiljer totalt cirka 10 procentenheter mellan andelen patienter som fått en läkemedelsgenomgång i grupp A (totalt 22,6 procent) jämfört med andelen i grupp B (12,3 procent) respektive C (12,7 procent). Resultatet sammanfattas i tabell 2.

Granskning av *fördjupade* läkemedelsgenomgångar pekar på ännu mer betydande regionala skillnader. I tabell 2 redovisas att totalt 4,4 procent av patienterna i målgruppen i kommungrupp A har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång registrerad i patientregistret. Motsvarande resultat i kommungrupp B är 1,8 procent och i kommungrupp C har endast 0,9 procent av patienterna fått en fördjupad läkemedelsgenomgång registrerad.

---

<sup>19</sup> Se <https://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/faktakommunerochlandsting/kommungruppsindelning.2051.html>.

<sup>20</sup> Se bilaga 5 för fullständig fördelning av KVÅ-koder fördelat på SKL:s nio kommungrupper.

## Tabell 2. Registrerade läkemedelsgenomgångar inom specialiserad vård uppdelat på kommungrupper

Antal och andel registrerade läkemedelsgenomgångar (förkortat lmg) inom slutna vård och öppen specialiserad vård under 2017.

Kommungrupp	Enhet	Enkel lmg	Fördjupad lmg	Totalt
A. Storstäder samt storstadsnära kommuner	Antal	5 050	1 220	27 682
	Andel (%)	18,2	4,4	22,6
B. Större städer samt kommuner nära större stad	Antal	3 973	662	37 730
	Andel (%)	10,5	1,8	12,3
C. Mindre städer och tätorter samt landsbygdskommuner	Antal	3 553	281	30 242
	Andel (%)	11,8	0,9	12,7
<b>Totalt antal</b>		<b>12 576</b>	<b>2 163</b>	<b>95 654</b>

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret.

Utifrån resultaten i tabell 2 kan konstateras att det finns regionala skillnader kring andelen patienter i målgruppen som fått en KVÅ-kod *registrerad*. Denna skillnad är mer påtaglig när det gäller fördjupade läkemedelsgenomgångar än när det gäller enkla.

## Ungefär lika stor andel kvinnor som män har fått minst en registrerad läkemedelsgenomgång

Registerstudien visar att ungefär lika hög andel kvinnor som män har fått minst en läkemedelsgenomgång registrerad inom slutna vård och öppen specialiserad vård: 15,5 jämfört med 15,3 procent. Det är däremot något större andel kvinnor som fått en registrerad fördjupad läkemedelsgenomgång jämfört med män: 2,4 jämfört med 2 procent. Resultatet sammanfattas i tabell 3.

## Tabell 3. Registrerade läkemedelsgenomgångar inom specialiserad vård, uppdelat på kön

Antal och andel registrerade läkemedelsgenomgångar (lmg) inom slutna vård och öppen specialiserad vård 2017.

Kön	Enhet	Enkel lmg	Fördjupad lmg	Totalt
Kvinna	Antal	7 781	1 440	9 221
	Andel (%)	13,1	2,4	15,5
Man	Antal	4 795	723	5 518
	Andel (%)	13,3	2,0	15,3
<b>Totalt antal</b>		<b>12 576</b>	<b>2 163</b>	<b>95 654</b>

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret.

## Fler fördjupade läkemedelsgenomgångar för de äldsta patienterna jämfört med de yngre

Registerstudien visar att andelen patienter som fått minst en läkemedelsgenomgång ökar i takt med patientens ålder. Andelen patienter som fått minst en läkemedelsgenomgång registrerad efter besök eller inskrivning i slutna vård eller öppen specialiserad vård ökar med åldern: från 14,3 procent för patienter i åldersgruppen 75–79 år till 17,3 procent för patienter som är 90 år eller äldre.

En närmare granskning av resultaten visar att ökningen av registrerade läkemedelsgenomgångar är högre för fördjupade än för enkla läkemedelsgenomgångar. Andelen patienter som får en fördjupad läkemedelsgenomgång registrerad ökar från 1,6 procent för de yngre patienterna (patienter som är mellan 75 och 79 år) till 3,2 procent för de äldsta patienterna (patienter som är 90 år eller äldre), vilket är en fördubbling. Resultatet sammanfattas i tabell 4.

**Tabell 4. Registrerade läkemedelsgenomgångar inom specialiserad vård uppdelat på ålder**

Antal och andel registrerade läkemedelsgenomgångar (lmg) inom slutna vård och öppen specialiserad vård 2017.

Åldersgrupp	Enhet	Enkel lmg	Fördjupad lmg	Totalt
75–79	Antal	2 579	335	2 914
	Andel (%)	12,7	1,6	14,3
80–84	Antal	3 879	584	4 463
	Andel (%)	12,6	1,9	14,5
85–89	Antal	3 598	667	4 265
	Andel (%)	13,6	2,5	16,1
90+	Antal	2 520	577	3 097
	Andel (%)	14,1	3,2	17,3
<b>Totalt antal</b>		<b>12 576</b>	<b>2 163</b>	<b>14 739</b>

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret.

Viss skillnad mellan könen för de äldsta patienterna  
Slutligen har Socialstyrelsen tittat på andelen patienter i målgruppen (75 år eller äldre med fem läkemedel eller fler) som fått en läkemedelsgenomgång registrerad inom slutna vård eller öppen specialiserad vård, uppdelat på kön och ålder. En viss skillnad mellan andelen män och kvinnor som fått läkemedelsgenomgång kan då skönjas, även om skillnaderna är relativt små.

Andelen kvinnor som fått en *enkel* läkemedelsgenomgång registrerad är något högre i den lägsta åldersgruppen (75–79 år). I de andra åldersgrupperna har en något högre andel män än kvinnor fått en enkel läkemedelsgenomgång. I åldersgruppen 90 år eller äldre är skillnaden som störst – 15,2 procent av männen som är 90 år eller äldre har fått en enkel läkemedelsgenomgång jämfört med 13,7 procent av kvinnorna.

Vad gäller *fördjupade* läkemedelsgenomgångar är resultatet i stort det motsatta – där har en något lägre andel kvinnor än män i åldersgruppen 75–79 år fått en fördjupad läkemedelsgenomgång registrerad. I de andra åldersgrupperna har en något högre andel kvinnor än män fått en registrerad

fördjupad läkemedelsgenomgång. Störst skillnad är det i åldersgrupperna 80–84 år (2,1 procent kvinnor jämfört med 1,6 procent män har fått en registrerad fördjupad läkemedelsgenomgång) och i åldersgruppen 85–89 år (2,7 procent av kvinnorna och 2,2 procent av männen har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång).

Resultatet sammanfattas i tabell 5 och 6.

**Tabell 5. Kvinnor som fått registrerad läkemedelsgenomgång inom specialiserad vård uppdelat på ålder**

Antal och andel registrerade läkemedelsgenomgångar (lmg) inom sluten vård och öppen specialiserad vård 2017.

Åldersgrupp	Enhet	Enkel lmg	Fördjupad lmg	Totalt
75–79	Antal	1 462	182	1 644
	Andel (%)	12,9	1,6	14,5
80–84	Antal	2 264	375	2 639
	Andel (%)	12,5	2,1	14,5
85–89	Antal	2 280	462	2 742
	Andel (%)	13,3	2,7	16,0
90+	Antal	1 775	421	2 196
	Andel (%)	13,7	3,3	17,0
<b>Totalt antal</b>		<b>7 781</b>	<b>1 440</b>	<b>9 221</b>

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret.

**Tabell 6. Män som fått registrerad läkemedelsgenomgång inom specialiserad vård uppdelat på ålder**

Antal och andel registrerade läkemedelsgenomgångar (lmg) inom sluten vård och öppen specialiserad vård 2017.

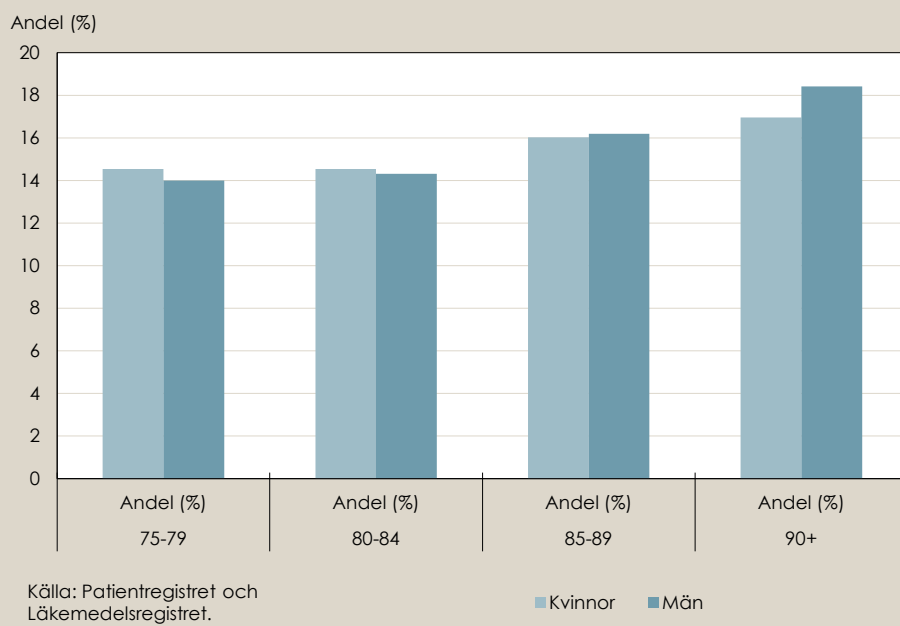
Åldersgrupp	Enhet	Enkel lmg	Fördjupad lmg	Totalt
75–79	Antal	1 117	153	1 270
	Andel (%)	12,3	1,7	14,0
80–84	Antal	1 615	209	1 824
	Andel (%)	12,7	1,6	14,3
85–89	Antal	1 318	205	1 523
	Andel (%)	14,0	2,2	16,2
90+	Antal	745	156	901
	Andel (%)	15,2	3,2	18,4
<b>Totalt antal</b>		<b>4 795</b>	<b>723</b>	<b>5 518</b>

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret.

Granskning av andelen män och kvinnor som fått *minst en* läkemedelsgenomgång registrerad under 2017, det vill säga minst en enkel eller en fördjupad läkemedelsgenomgång, visar att ungefär lika hög andel män som kvinnor som fått minst en läkemedelsgenomgång registrerad i de lägre åldersgrupperna. Emellertid är det en viss övervikt av män som är 90 år eller äldre som fått minst en läkemedelsgenomgång: 18,4 procent män jämfört med 17 procent kvinnor. Se figur 2 på nästa sida.

Samtidigt är det ett avsevärt större *antal* kvinnor i den äldsta åldersgruppen – totalt antal kvinnor i urvalet som är 90 år eller äldre är 12 956 stycken, jämfört med 4 896 män.

**Figur 2. Andelen kvinnor och män som fått minst en registrerad läkemedelsgenomgång (enkel eller fördjupad) inom slutna och öppna specialiserad vård uppdelat på ålder under 2017.**



## Registrerade läkemedelsgenomgångar inom primärvården 2017

Detta avsnitt redogör för vad som framkommit i den del av uppdraget som syftar till att undersöka i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar registreras inom primärvården. Framtagen statistik baseras på huvudmännens egna uppgifter om registrerade läkemedelsgenomgångar inom primärvården 2017. Alla utom en region har inkommit med svar på Socialstyrelsens frågor.

Insamlad data kan bidra med kunskap om hur och i vilken omfattning olika regioner registrerar läkemedelsgenomgångar. Som redan nämnt säger antalet registrerade läkemedelsgenomgångar inte nödvändigtvis något om det faktiskt genomförda antalet. Resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Viktigt att nämna är att många regioner registrerar läkemedelsgenomgångar på olika sätt. Exempel på variationer som förekommer:

- Vissa regioner registrerar både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar och dessutom både för samtliga patienter och för personer som är 75 år eller äldre. Andra registrerar inte läkemedelsgenomgångar alls, alternativt enbart fördjupande läkemedelsgenomgångar.
- Regionerna registrerar oftast antal genomförda läkemedelsgenomgångar, men det finns även exempel på regioner som i stället registrerar antal patienter som fått minst en genomförd läkemedelsgenomgång.
- Vissa regioner registrerar med hjälp av KVÅ-koder och andra med sökord.

Variationerna är därmed stora och insamlade data kan därför inte med lätthet jämföras. Eftersom regionerna inte (med något undantag) kunde

leverera information kring omfattningen av genomförda läkemedelsgenomgångar – det vill säga redovisa hur stor *andel* i målgruppen som fått en genomgång – är det dessutom svårt att jämföra regionerna med varandra.

Registrering av en KVÅ-kod eller ett visst sökord säger inte heller någonting om med vilken kvalitet läkemedelsgenomgången är genomförd. Dessutom vittnar regionerna om att kvaliteten i läkemedelsgenomgångarna sällan följs upp, även om det finns ett fåtal exempel på revisioner som har genomförts. Troligtvis skiljer sig därmed kvaliteten åt – både mellan olika regioner samt mellan olika vårdcentraler inom en region.

## 17 regioner registrerar läkemedelsgenomgångar inom primärvården

Kartläggningen visar att totalt 17 regioner registrerar läkemedelsgenomgångar inom primärvården. I tre regioner gick det inte att få fram kvalitetssäkrad data och en region har inte besvarat Socialstyrelsens fråga.

I fem regioner registreras främst fördjupade läkemedelsgenomgångar. Anledningar till detta, som angetts bland de svarande, är att det i vissa fall finns ersättningsmodell för fördjupade läkemedelsgenomgångar vilket medför att fördjupade läkemedelsgenomgångar registreras – men inte enkla. En annan anledning som framkommit är att en enkel läkemedelsgenomgång av vissa regioner ses som en så naturlig del av läkarbesöket att det anses överflödigt att registrera en enkel läkemedelsgenomgång.

Kartläggningen visar vidare att nio regioner använder KVÅ-kod vid registrering av läkemedelsgenomgång i primärvården. Övriga använder sig av sökord i journalen och baserar avrapporteringen till Socialstyrelsen på detta. I två fall registreras KVÅ-kodning som undantagsfall eller av fåtalet hälsocentraler i regionen.

Se tabell 7 på nästa sida för redovisning av regionernas svar på Socialstyrelsens frågor om hur de registrerar läkemedelsgenomgångar inom primärvården under 2017.

**Tabell 7. Rutiner för registrering av läkemedelsgenomgångar (img) inom primärvården under 2017**

Region	Finns uppgifter om förekomst av genomförda läkemedelsgenomgångar för personer som får vård i primärvården? (ja/nej)	Används KVÅ-koder vid eventuell registrering (XV015 och XV016)?	Finns uppgifter för särskilt och ordinärt boende? (ja/nej)
Blekinge	Nej	-	Nej
Dalarna	Ja	Nej	Nej
Gotland	-	-	-
Gävleborg	Ja, främst XV016	Ja, främst XV016	Nej
Halland	Ja	Nej, men är på väg att införas	Nej
Jämtland Härjedalen	Ja	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Nej
Kalmar	Ja	Ja	Nej
Kronoberg	Nej	-	Delvis
Norrbottnen	Ja	Nej	Nej
Skåne	Ja, för XV016	Ja, för XV016	Nej
Stockholm	Ja, XV016 för patienter 75 år eller äldre	Ja, för XV016	Delvis
Sörmland	Ja	Ja	Delvis
Uppsala	Ja	Nej	Nej
Värmland	Nej	-	Delvis
Västmanland	Ja, för XV016	Ja, för XV016	Nej
Västernorrland	Ja	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Delvis	Nej
Västra Götaland	Ja, främst XV016	Ja, främst XV016	Nej
Örebro	Ja	Nej	Delvis
Östergötland	Ja	Ja	Nej

Källa: Läkemedelskommittéerna.

## Information saknas om boende- och vårdform

Socialstyrelsen ställde frågor till regionerna om huruvida de för statistik kring genomförda läkemedelsgenomgångar inom särskilt och ordinärt boende (det vill säga om personen som fått en läkemedelsgenomgång registrerad bor i särskilt eller i ordinärt boende). Svaren som inkom visade att dessa uppgifter allt som oftast saknas inom primärvården.

Fem regioner har svarat att de delvis kodar boendeform vid registrering av läkemedelsgenomgång. I exempelvis Region Kronoberg registreras fördjupade läkemedelsgenomgångar som genomförs enligt den så kallade teammodellen (där läkare, omvårdnadspersonal, sjuksköterska och apotekare deltar) inom särskilt och ordinärt boende. Under 2017 gjordes i Region Kronoberg 889 fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt teammodellen varav 188 i ordinärt boende och resten i särskilt boende.

Region Stockholm registrerar andelen personer som varit inskrivna i hemsjukvården i minst tolv månader och som fått en KVÅ-kod för fördjupad läkemedelsgenomgång. Den andelen ligger enligt Region Stockholm på cirka 60 procent i snitt, men varierar mycket mellan regionens vårdcentraler.

Region Sörmland samlar information över när insatstypen är antingen ordinärt boende, särskilt boende eller hemsjukvård – då kliniska apotekare

har förberett läkemedelsgenomgången. Även Region Värmland för statistik över fördjupade läkemedelsgenomgångar inom särskilt boende och hemsjukvård där kliniska apotekare deltar. Socialstyrelsen har dock inte fått någon statistik gällande detta från någon av dessa två regioner.

Region Örebro län för statistik över fördjupade läkemedelsgenomgångar för personer som antingen bor i särskilt boende eller i ordinärt boende med hemsjukvård. För denna grupp finns 1 849 fördjupade läkemedelsgenomgångar registrerade på 1 735 patienter under 2017.

## Antal registrerade läkemedelsgenomgångar inom primärvården år 2017

Totalt kunde 17 regioner ta fram information kring genomförda läkemedelsgenomgångar. Hur och i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångarna registreras ser dock olika ut i olika regioner. I flertal regioner finns uppgifter både för totalt antal genomförda läkemedelsgenomgångar samt genomgångar för personer som är 75 år eller äldre. Det finns dock begränsade möjligheter att ta fram information för personer med fem läkemedel eller fler.

I några regioner registreras både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar, medan det i vissa regioner enbart – eller främst – registreras fördjupade läkemedelsgenomgångar. I exempelvis Region Stockholm registreras enbart fördjupade läkemedelsgenomgångar för personer som är 75 år eller äldre.

I Region Västmanland sker detta på liknande sätt, enbart fördjupade läkemedelsgenomgångar kodas och dessa gäller nästan uteslutande personer som är 75 eller äldre.

Region Norrbotten skiljer inte mellan enkla eller fördjupade läkemedelsgenomgångar utan registrerar samtliga läkemedelsgenomgångar under samma sökord.

Region Uppsala registrerar i stället antalet läkemedelsgenomgångar som genomförts av apotekare inom primärvården. Läkare registrerar också delvis läkemedelsgenomgångar, men någon statistik för detta finns inte att tillgå.

De flesta regionerna registrerar således *antalet genomförda* läkemedelsgenomgångar på något sätt. En region registrerar i stället *antal personer* som fått minst en läkemedelsgenomgång. Sex regioner har dessutom information om både antalet registrerade läkemedelsgenomgångar och antalet personer som fått en läkemedelsgenomgång.

För mer detaljerad redogörelse av hur de olika regionerna registrerar läkemedelsgenomgångar, se bilaga 6.

## Endast ett fåtal kan ange andelen äldre som fått läkemedelsgenomgång registrerad i primärvården

Majoriteten huvudmän kan ta fram information om registrerade läkemedelsgenomgångar. Emellertid finns vissa utmaningar kring hur denna information ska tolkas. Detta beror på att regionerna endast undantagsvis kunnat redovisa täckningsgraden, det vill säga kunnat besvara frågan kring andelen personer 75 år eller äldre som fått en läkemedelsgenomgång, och ännu mindre vid tillägg för patienter i föreskrifternas målgrupp (personer som är 75 år eller äldre med fem läkemedel eller fler).

En region som har följt upp andelen personer i målgruppen (personer som är 75 år eller äldre och har fem läkemedel eller fler) som fått en läkemedelsgenomgång inom primärvården är Region Jönköpings län. Där har andelen ökat med 60 procentenheter mellan år 2013 och 2017: från cirka 20 procent (2013) till cirka 80 procent (2017). Enligt regionen kan ökningen troligen främst förklaras av att KVA-koden registreras mer frekvent, det vill säga snarare än att den faktiska andelen läkemedelsgenomgångar ökat kraftigt.

Även Region Kalmar län för statistik kring andelen äldre personer som är 75 år eller äldre som fått en läkemedelsgenomgång. Enligt deras framtagna statistik har 15,5 procent av alla personer 75 år eller äldre fått en enkel läkemedelsgenomgång under 2017, medan 5,2 procent har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång under samma år.

Även Region Sörmland, Region Stockholm och Västra Götalandsregionen följer upp andelen äldre personer som är 75 år eller äldre, som fått en läkemedelsgenomgång. Detta på grund av befintliga ersättningssystem för vårdcentralerna. I Sörmland uppskattar regionen att cirka 25 procent av alla personer som är 75 år eller äldre har fått minst en läkemedelsgenomgång inom primärvården under 2017.

För Region Stockholm och Västra Götalandsregionen har Socialstyrelsen inte fått fram någon statistik kring andelen personer som är 75 år eller äldre och som fått en läkemedelsgenomgång.

Slutligen anger Region Västernorrland att 4,9 procent av alla listade patienter som är 65 år eller äldre i genomsnitt (rullande tolv månader) fått en fördjupad läkemedelsgenomgång i primärvården under 2017.

## Rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar i särskilt boende och i hemsjukvård

Enhetsundersökningen äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, berör personer som är 65 år eller äldre. Denna målgrupp skiljer sig därmed från målgruppen i föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar, men är ändå intressant eftersom den ger en indikation kring huruvida det finns rutiner framtagna för delaktighet och samverkan mellan patient och berörda professioner i genomförandet av fördjupade läkemedelsgenomgångar inom särskilt boende och hemsjukvård.

Undersökningen bygger på uppgifter lämnade av verksamheter inom särskilt boende och hemtjänst. Det går inte att säkerställa att det är exakt samma enheter som lämnat uppgifter under perioden 2016-2018. Undersökningen har emellertid en svarsfrekvens 85-91 procent, vilket tyder på att det i stor uträkning är samma enheter.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Svarsfrekvensen i 2018 års undersökning var 85 procent av hemtjänstverksamheterna som utför insatser för personer 65 år eller äldre i ordinärt boende, samt 91 procent av verksamheterna inom särskilda boenden. Totalt medverkade 289 kommuner i undersökningen, varav 281 hade resultat om hemtjänstverksamheter och 284 hade resultat om särskilda boenden.

Tabell 8 och 9 redovisar andelen verksamheter som under perioden 2016 till 2018 angett att de har aktuella rutiner framtagna för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras dels i *delaktighet* med patienten (indikator 11, se tabell 8), dels i *samverkan* mellan patient, läkare, sjuksköterska samt omsorgspersonal (indikator 12, se tabell 9). Mätperioden är den 1 mars innevarande år.

**Tabell 8. Rutiner finns för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen**

Rutinen omfattar alla personer vid enheten. Procent för riket 2016–2018.

Typ av verksamhet	2016	2017	2018
Särskilt boende	47 %	47 %	47 %
Hemtjänst, hemsjukvård	30 %	39 %	41 %

Källa: Öppna jämförelser 2018 Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

**Tabell 9. Rutiner finns för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den enskilde och läkare samt med ansvarig sjuksköterska och omsorgspersonal**

Rutinen omfattar alla personer vid enheten. Procent för riket 2016–2018.

Typ av verksamhet	2016	2017	2018
Särskilt boende	42 %	42 %	40 %
Hemtjänst, hemsjukvård	27 %	34 %	37 %

Källa: Öppna jämförelser 2018 Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Tabell 8 och 9 visar att andelen verksamheter inom särskilt boende som har framtagna rutiner ligger relativt stabilt mellan år 2016 och 2018. Samtidigt ökade andelen enheter som har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras (där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen) inom hemtjänst och hemsjukvård med 11 procentenheter: från 30 procent (2016) till 41 procent (2018).

Det har även skett en ökning gällande andel enheter som har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den enskilde och läkare, samt med ansvarig sjuksköterska och omsorgspersonal med 10 procentenheter mellan år 2016 och 2018: från 27 procent (2016) till 37 procent (2018).

En slutsats som Socialstyrelsen drar från ”Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018” är att andelen hemtjänstverksamheter som samverkar kring den enskildes vårdplanering och fördjupade läkemedelsgenomgångar ökar, vilket myndigheten ser som positivt [1].

# Bidrar läkemedelsgenomgångar till god läkemedelsanvändning?

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen ingår att utvärdera i vilken mån läkemedelsgenomgångar bedöms bidra till god läkemedelsanvändning.

Detta har genomförts genom att via läkemedelskommittéerna samla in bland annat studier och revisioner som genomförts i respektive landsting (nuvarande regioner).

Socialstyrelsen har dessutom genomfört ett antal intervjuer och en fokusgrupp, samt analyserat och sammanställt samtliga remissvar som inkom 2016 då Socialstyrelsens förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) skickades ut på remiss.

I materialinsamlingen har vi även inkluderat inkomna svar på den enkätundersökning som skickades ut 2012 i samband med att myndigheten genomförde "Förstudie om översyn av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (2013)". Dessutom har vi inkluderat PRO:s skriftliga svar på Socialstyrelsens frågor om föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar.

Detta kapitel återger den samlade bild som framkommit i materialinsamlingen.

## Vad säger forskningen om läkemedelsgenomgångar?

Det har under en längre tid funnits både nationell och internationell forskning på området kring läkemedelsgenomgångar, som pekar på att det kan finnas positiva effekter med vissa typer av läkemedelsgenomgångar. Däremot är det svårare att uttala sig om huruvida föreskrifterna om detsamma kan sägas ha bidragit till en positiv effekt eller inte. Denna fråga besvaras möjligen bättre av professionen, vilket redovisas i kommande avsnitt.

Generellt konstaterar Socialstyrelsen att de studier som Läkemedelskommittéerna skickat till myndigheten inte ger ett tillräckligt underlag för att kunna uttala sig om huruvida just föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar i sig bidrar till en god läkemedelsanvändning, eftersom det inte är detta som specifikt har undersökts i de studier och den forskning som skickats till myndigheten. Sådan forskning tycks heller inte ha genomförts.

Det som däremot har undersökts, i det underlag som kommit Socialstyrelsen tillhanda, handlar i första hand om vilken effekt olika varianter av läkemedelsgenomgångar haft på förekomsten av olämpliga läkemedel, läkemedelsrelaterade problem och återinläggningar på sjukhus hos äldre (se till exempel [9] och [10]).

## Olika metoder för att mäta effekten av läkemedels- genomgångar

I en stor pågående svensk studie (MedBridge) studeras effekten av att multidisciplinära fördjupade läkemedelsgenomgångar initieras inom slutenvården, men sedan följs upp inom primärvården. Denna studiers huvudeffektåtgång är återinläggningar under en tolv månader lång uppföljningsperiod. Studien bedrivs på fyra sjukhus och inkluderar drygt 2 000 patienter. MedBridge påbörjades 2017 och resultaten kommer i slutet av 2019 [10].

En äldre studie visar att en form av läkemedelsgenomgång (enligt LIMM-modellen) leder till en minskad andel olämpliga läkemedel: 51 procent i interventionsgruppen jämfört med 39 procent i kontrollgruppen. Studien gjordes på 210 patienter som var 65 år eller äldre och som var intagna på en av tre medicinska avdelningar. Angående återbesök var det sex sådana i interventionsgruppen jämfört med tolv återbesök i kontrollgruppen.

Slutsatsen i denna studie var att modellen med både läkemedelsavstämning och läkemedelsgenomgång med apotekare i ett multiprofessionellt team signifikant både reducerade antalet olämpliga läkemedel och antalet oplanerade läkemedelsrelaterade sjukhusbesök bland äldre patienter [9].

I ett examensarbete från farmaceutprogrammet (2016) undersöktes effekten av att engagera apotekare i läkemedelsgenomgångar och huruvida detta påverkar andelen läkemedel som ökar risken för fall. I studien jämfördes patienter med höftfrakturer som behandlades på ortopedavdelningar på två olika sjukhus. På en av avdelningarna genomfördes läkemedelsgenomgångar av apotekare på avdelningen, på den andra avdelningen fick patienten ingen läkemedelsgenomgång av apotekare.

Studien visade att den totala mängden mediciner som ökar risken för fall hade ökat signifikant i kontrollgruppen ett år efter vårdtillfället, men inte i interventionsgruppen. Man såg dessutom att en större andel patienter i kontrollgruppen hade hjälp av hemtjänst eller bodde på särskilt boende, jämfört med interventionsgruppen – trots att interventionsgruppen var sjukare vid inskrivning [11].

Några av studierna som analyserats visar på mycket små eller motstridiga resultat (exempelvis referens [12] och [13]), vilket tyder på att frågan om nyttan med läkemedelsgenomgångar är mycket komplex. Dessutom varierar resultatet beroende på val av metod.

### *Läkemedelsgenomgångar inom primärvården*

En majoritet av studierna i urvalet är gjorda på slutenvårdsenheter. En regioninitierad rapport har dock tittat på personalens och patientens uppfattningar av apotekarstöd i primärvården i Stockholm läns landsting (nuvarande Region Stockholm) [14].

Projektet var tvåårigt och modellen med apotekarstöd vid vårdcentraler utvecklades under arbetets gång. Utvalda patienter var 75 år eller äldre och hade tio eller fler läkemedel. I projektet angav 88 procent av patienterna att de önskade fortsatt apotekarstöd på sin vårdcentral 1,5 år efter uppstart (underlaget var dock litet – 16 respondenter).

I projektet framkom även andra positiva aspekter utifrån personalens perspektiv, där vårdgivarna upplevde att apotekarstödet bidrog till:

- förbättrad kvalitet i äldres läkemedelsbehandling (87 procent)
- att läkemedelsgenomgångar blev lättare att genomföra (83 procent)
- att vårdgivarnas kunskap inom området ökat (81 procent)
- avlastning i arbetet (69 procent).

Även patienternas uppfattning tycktes vara positiv och indikerade att patienterna upplevde följande:

- ökad kunskap om hur, när och varför deras mediciner ska tas
- ökad kunskap var de kan få information om sina mediciner
- ökad trygghet gällande sina mediciner.

Även effekterna av utbildningsinsatser inom primärvården har granskats i en studie [15]. En utbildningsintervention inom primärvården gjordes dels i syfte att reducera besök hos akutsjukvården, dels för att minska antalet potentiellt olämpliga läkemedel.

I denna studie ingick 169 primärvårdspraktiker med 119 patienter som var 65 år eller äldre. Interventionen bestod av utbildningstillfällen på arbetsplatsen med feedback på ordinationer samt av att utveckla arbetsrutiner för läkemedelsgenomgångar. En uppföljning gjordes efter nio månader.

Studiens resultat visade att 23 procent av interventionsgruppen respektive 22 procent av kontrollgruppen blev oplanerat inlagda på sjukhus. Inga signifikanta skillnader hittades heller mellan olämpliga läkemedel och läkemedelsgenomgångar. Bristen på effekter kan vara flera, menar författarna. Exempelvis kan det bero på en bristfällig intervention, på bristfälliga variabler samt på användningen av administrativa data.

### *Studie av huruvida ekonomisk ersättning påverkar antal utförda läkemedelsgenomgångar*

En studie i Västra Götalandsregionen (VGR) undersökte huruvida ekonomisk ersättning för utförda läkemedelsgenomgångar leder till ett ökat antal genomgångar och/eller en förbättrad läkemedelsanvändning för äldre [16].

Studien baserades på ett register över patienter inom primärvården i VGR (det så kallade Vega-registret) och omfattade 144 222 individer som var 75 år eller äldre på 196 enheter.

Studiens resultat visade att ersättningssystemet tycks leda till ett ökat antal registrerade läkemedelsgenomgångar. Däremot gick det inte att visa huruvida det var själva ersättningssystemet som ledde till en bättre kvalitet i form av ett minskat antal olämpliga läkemedel, eftersom den lägsta ersättningsnivån ledde till en lika hög grad av kvalitetsökning som den högsta.

Trots en registrerad ökning av läkemedelsgenomgångar tycks heller inte förekomsten av olämpliga läkemedel ha minskat. Detta kan dock bero på en metodologisk brist snarare än en faktisk sådan. Att fylla i ett formulär om utförd läkemedelsgenomgång säger till exempel ingenting om omfattningen av eller kvaliteten på genomgången. Om inte några resurser läggs på att genomförda läkemedelsgenomgångar har tillräckligt god kvalitet så kan med andra ord de ekonomiska incitamenten bli verkningslösa [16].

*Studie av kvaliteten på utförda läkemedelsgenomgångar*  
I en studie har man försökt studera kvaliteten på de läkemedelsgenomgångar som utförts genom att se på den kliniska signifikansen i ett antal rekommendationer från apotekare [17].

En apotekare identifierade potentiella läkemedelsrelaterade problem utifrån information om patientens symtom, värden och aktuell läkemedelslista, och gav sedan rekommendationer till den berörda allmänläkaren. Två oberoende läkare bedömde därefter retrospektivt den kliniska signifikansen av rekommendationerna enligt ett sexgradigt rankingssystem.

Totalt 349 läkemedelsrelaterade problem identifierades och ledde till rekommendationer, varav 96 procent bedömdes ha en signifikans på tre eller högre.

En slutsats i denna studie var att den höga andelen kliniskt signifikanta rekommendationer av apotekare som utför teambaserade läkemedelsgenomgångar indikerar att det finns potential att öka kvaliteten på förskrivningen av läkemedel genom att använda apotekare. De läkemedelsgenomgångar som utfördes identifierade dessutom en omfattande användning av olämpliga läkemedel.

En invändning mot dessa resultat skulle kunna vara att det är svårt att dra några slutsatser om huruvida dessa olämpliga läkemedel ändå skulle ha identifierats av behörig läkare, eftersom ingen kontrollgrupp fanns i studien.

### *Kvalitativa studier av praktisk implementering av läkemedelsgenomgångar*

Ett fåtal kvalitativa studier finns där man tittat på den praktiska implementeringen av läkemedelsgenomgångar (se referens [18] och [19]). Svårigheterna hos professionen att implementera ny praktik och ny teknologi har, enligt författarna, ibland formulerats som ett motstånd till standardiserad och riktlinjestyrd vård som inte tar hänsyn till den specifika kontext som råder inom olika vårdapparater [18].

Författarna av denna etnografiska fallstudie argumenterar för att nya rutiner kräver en djupare förståelse – dels för den specifika praktik där rutinen ska implementeras, dels av den dynamiska kontext där implementeringen äger rum. De argumenterar även för att lokala anpassningar kan fungera som en viktig utgångspunkt för att standardiserade praktiker ska fungera i den vardagsnära tillämpningen inom hälso- och sjukvården. Enligt författarna kräver dock detta en mindre traditionell uppfattning av standardiserad hälso- och sjukvård.

Artikeln försöker vidare besvara *hur* läkemedelsgenomgångar görs i praktiken samt vilka eventuella hinder och svårigheter som då finns. Detta i stället för att besvara *om* genomgångar leder till en god läkemedelsbehandling, eftersom det är något som förutsätts [18].

### *Bidrar läkemedelsgenomgångar till god läkemedelsbehandling?*

Går det då att utifrån dessa studier uttala sig om huruvida läkemedelsgenomgångar kan bidra till en god läkemedelsbehandling?

Det som en stor del av litteraturen visar är att många former av läkemedelsgenomgångar på något sätt leder till positiva effekter i de sammanhang som undersöks. Exakt vad som lett till dessa fördelar är dock svårt att uttala sig om eftersom både tillvägagångssättet och sammanhangen skiljer sig åt (exempelvis om de genomförs inom slutenvård eller primärvård, av läkare, apotekare eller av båda).

Alla studier visar dock inte enhälligt positiva resultat. Vissa visar antingen nollresultat eller mycket små skillnader. En möjlig slutsats är därmed att själva formen för hur läkemedelsgenomgången genomförs har stor betydelse. Att exempelvis enbart införa ekonomiska incitament för att genomföra läkemedelsgenomgångar tycks således inte vara tillräckligt för att läkemedelsgenomgången ska bidra till en god läkemedelsanvändning enligt en av artiklarna [16].

Utvärderingens samlade empiriska material tyder på en ökad användning av läkemedelsgenomgångar sedan föreskrifterna i 11 kap. HSLF-FS 2017:37 började gälla år 2012. Dock är det möjligt att de positiva resultat, till exempel med minskande förekomst av olämpliga läkemedel, som vissa studier visar, hade funnits även utan föreskrifterna. Att enbart utvärdera föreskrifterna utifrån föreliggande studier är därför inte möjligt.

Huruvida läkemedelsgenomgångar i vissa former kan bidra till god läkemedelsbehandling finns det däremot vissa positiva tecken på enligt genomgången material – om än med en bredare innebörd av begreppet än hur det är definierat i föreskrifterna.

## Vad säger professionen?

Detta avsnitt redogör för vad som framkommit om föreskrifterna i 11 kap. HSLF-FS 2017:37, samt om värdet av att genomföra läkemedelsgenomgångar i:

- intervjuer
- fokusgruppsintervju
- svaren från enkätundersökningen 2012
- remissvaren till HSLF-FS 2017:37 från 2016, samt
- i skriftliga kommentarer från PRO.

I stora drag har liknande tankar och kommentarer inkommit såväl i enkätundersökning och remissvar som i intervjuer och i fokusgrupp. Det är med andra ord en relativt samstämmig bild som framkommer bland informanterna, där många av de kommentarer och reflektioner som framkommit i materialinsamlingen överlappar varandra.

Socialstyrelsen har sorterat in relevanta kommentarer och förslag från regioner, kommuner, forskare och intresseorganisationer under ett antal teman. Följande sju huvudsakliga teman har identifierats, vilka förtydligas med varsin underrubrik i kommande avsnitt:

Tema 1: Föreskrifterna har fyllt en viktig funktion

Tema 2: Olika åsikter om målgruppen i föreskrifterna

Tema 3: Otydlighet kring enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång

Tema 4: Ansvar och ansvarsutkrävande

Tema 5: Användning av rätt kompetens och teamarbete

Tema 6: Läkemedelsberättelse och uppföljning

Tema 7: Viss begreppsförvirring.

## Tema 1. Föreskrifterna har fyllt en viktig funktion

En återkommande kommentar i materialinsamlingen är att föreskrifterna fyllt en viktig funktion för att belysa vikten av att arbeta aktivt med äldres läkemedelsanvändning. Dessutom argumenteras för att föreskrifterna behövs för att kunna hantera existerande utmaningar inom hälso- och sjukvården.

### *Föreskrifterna har bidragit till ökat fokus på äldres läkemedelsanvändning*

Genomgången av materialinsamlingen visar en i huvudsak positiv bild av föreskrifterna, även om det även framkommer negativ kritik. Föreskrifterna anses av informanterna i stort ha bidragit dels till att arbetet med äldres läkemedelsanvändning har förbättrats och dels till att frågorna kring läkemedelsanvändning fått ökat fokus.

Återkommande lyfter dock intervjupersonerna att det inte enbart är föreskrifterna som bidragit till detta. Exempelvis anses arbetet inom ramen för stimulansmedlen ha bidragit till att regionerna förstått vikten av att genomföra läkemedelsgenomgångar och av att arbeta aktivt med äldres läkemedelsanvändning redan innan föreskrifterna kom.

Även framtagna förskrivarstöd samt Socialstyrelsens webbutbildningar lyfts av intervjupersonerna som betydelsefulla i arbetet. Dessutom framkommer i materialinsamlingen enskilda kommentarer om att det har hänt en hel del inom området sedan föreskrifterna trädde i kraft och att flera delar i föreskrifterna därför nu kan förenklas eller förtydligas.

### *Föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar behövs på grund av organisatoriska utmaningar*

I intervjuerna ställdes frågor kring nyttan och behovet av att genomföra läkemedelsgenomgångar. Svaren är inte självklart entydiga. I princip samtliga informanter som Socialstyrelsen intervjuat menar att läkemedelsgenomgångar behöver göras strukturerat och metodiskt.

Samtidigt är en återkommande kommentar bland informanterna att läkemedelsgenomgångar egentligen bara är en metod för att hantera symtomen på att vården inte fungerar optimalt. Läkemedelsgenomgångar hade, enligt dessa resonemang, inte nödvändigtvis behövt regleras i en föreskrift om det funnits fullt ut fungerande arbetssätt, korrekta och uppdaterade läkemedelslistor, samt god kontinuitet och tydligt ansvars-tagande i vårdens alla övergångar. En informant, som är väl insatt i regionens hälso- och sjukvård, uttrycker sig på följande vis gällande detta:

*Jag tänker så här, att om vården var optimal så skulle patienter med stort behov av stöd ha en sammanhållen vårdkedja och samma vårdgivare och samma kontakter i hela vårdkedjan. Då ser inte jag*

*att det skulle finnas behov av läkemedelsgenomgång vid varje tillfälle, såsom det nu är reglerat.*

*Om det fanns en sammanhållen vårdkedja och god kontinuitet och fungerande journalsystem. Då behövs inte läkemedelsgenomgång vid varje tillfälle. [...] Men som det ofta fungerar idag med patienter som kommer från akutsjukhus och haft korta vårdtider och hoppat mellan olika kliniker och sedan vet de inte vad de fått för läkemedel. Och kanske åker de hem och sedan vidare till nästa vårdgivare. Då är det jättesvårt att ha koll på det här. Och läkemedelsgenomgång behövs då verkligen.*

En annan informant som är forskare uttrycker sig så här:

*Det är ju viktigt att genomföra läkemedelsgenomgångar för att det ser ut som det gör. Hade det funnits kontinuitet och fungerande uppföljning inom vården på skulle man ju anpassa läkemedelsbehandlingen löpande.*

*Men eftersom patienten förskrivs läkemedel av olika läkare och inom olika kliniker, och i öppen- och slutenvård så är det svårt. Och det finns ingen helhetsbild, så därför har olika läkare ansvar för olika delar av behandlingen. Och därför är det väldigt viktigt med läkemedelsgenomgång för patienter med komplexa behandlingar – och det är ofta äldre och sköra patienter det handlar om.*

## Tema 2. Olika åsikter om målgruppen i föreskrifterna

Genomgång av remissvar, enkätundersökning och intervjuer visar att regioner, kommuner, organisationer och forskare delvis ställer sig kritiska till definitionen av föreskrifternas målgrupp. Materialet är inte helt samstämmigt, men detta avsnitt redogör för de tankar och reflektioner som framkommit hos informanterna i utvärderingen.

### *Läkemedelsgenomgångar bör genomföras vid behov*

Vissa informanter anser att det i föreskrifterna bör tydliggöras:

- Att läkemedelsgenomgång ska genomföras när det finns behov av det.
- Att läkemedelsgenomgångar inte bör begränsas till patientens ålder eller antal läkemedel.

Argument som framkommer bland informanterna är exempelvis att det finns många multisjuka personer med flera läkemedel som är yngre än 75 år, som kan ha ett lika stort behov av en läkemedelsgenomgång som personer över 75 år. Andra patientgrupper som nämns som viktiga att inkludera i detta arbete är personer med demenssjukdom, personer med viss funktionsnedsättning och personer med kronisk psykisk ohälsa.

Dessa grupper kan emellertid anses redan omfattas av bestämmelserna i 11 kap. 4 § i HSLF-FS, där det framgår att läkemedelsgenomgång även ska erbjudas patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem. Det framkommer dock i utvärderingen att just gränsen ”75 år eller äldre med minst fem läkemedel” i vissa fall används som

ett screening-kriterium för att välja ut vilka patienter som får läkemedelsgenomgång. Därmed riskerar de patienter som omnämns i 4 § att i vissa fall missas, menar somliga informanter. Vissa informanter menar till och med att det finns risk att föreskrifterna kan bidra till att patienter inte får en läkemedelsgenomgång vid behov just för att de inte ingår i föreskrifternas huvudsakliga målgrupp.

Att läkemedelsrelaterade problem ofta upptäcks först i samband med läkemedelsgenomgången är en annan aspekt som framkommit i utvärderingen, vilket lyfts fram som ett skäl till att ta bort befintlig begränsning gällande ålder och antal läkemedel. Detta kan göra det svårt att upptäcka patienter med behov av en läkemedelsgenomgång innan läkemedelsgenomgången faktiskt påbörjats, argumenterar dessa informanter.

Ytterligare ett argument för att ta bort kravet på fem läkemedel eller fler, som lyfts bland informanterna, är att läkaren vid mötet med en patient inte med säkerhet kan veta hur många läkemedel patienten faktiskt tar innan denne frågat patienten. När läkaren frågat patienten så är en stor del av arbetet med en enkel läkemedelsgenomgång redan genomfört, eftersom en viktig del av läkemedelsgenomgången handlar just om att kartlägga behandlingen.

Andra argument som dessutom framförs bland informanterna är att föreskrifterna snarare bör tydliggöra att läkemedelsbehandlingen är en integrerad del av läkarens arbete och därmed alltid ska ingå i varje ställningstagande till en patients utredning och behandling, i stället för att avgränsa vilka patienter som ska få en läkemedelsgenomgång.

### *Eventuella risker med att ta bort ålder och antal läkemedel i föreskrifterna*

Trots att många informanter i utvärderingen anser att regleringen gällande både ålder och antal läkemedel bör tas bort ur föreskrifterna, lyfts även en del farhågor kring just detta bland informanterna. En möjlig risk som framkommer är att arbetet med läkemedelsgenomgångar för äldre personer helt enkelt skulle fallera eller nedprioriteras.

En annan risk som lyfts bland informanterna är att de rutiner och arbetsätt som redan tagits fram skulle riskera att försvinna om tolkningsutrymmet blir allt för stort. Eftersom läkemedelsgenomgångar är tidskrävande så finns, enligt dessa resonemang, eventuellt en risk att arbetet anses för kostsamt.

Ett annat argument för att behålla ålderskravet i föreskrifterna är att det är en strategi för att inte tappa fokus på de mest sköra äldre. En informant med god insyn i regionens hälso- och sjukvård uttrycker sig så här:

*Som jag tänker, alla patienter du möter, då ska man ha koll på läkemedel och man ska titta på det med de ögonen att vad har de för läkemedel, och tar de sina läkemedel och så vidare? Detta är som en standard som alltid ska göras, som en avstämning.*

*Men det som ska kopplas på om patienten är över 75 år och har fler än fem läkemedel, då ska man koppla på det här med läkemedelsgenomgång. Och det är väldigt viktigt och det är där föreskrifterna blir betydelsefulla. Annars kan man bara kolla att allt stämmer med läkemedelslistan och att det inte finns några uppenbara fel och så vidare.*

*Så det är bra att i föreskrifterna fokusera på personer över 75 med fem läkemedel eller fler så det finns definierat. För det är en lägstanivå att dessa personer dessutom ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång, och en fördjupad läkemedelsgenomgång om de har en komplex läkemedelsbehandling.*

### Tema 3. Otydlighet kring enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång

Vad är det egentligen som ska göras i en enkel läkemedelsgenomgång som inte ska göras i varje möte med en patient? Detta är en fråga som återkommande lyfts bland informanterna.

Frågan är intressant eftersom den lyfter själva essensen i det många informanter anser – nämligen att en enkel läkemedelsgenomgång är en grundläggande del av en läkares ansvar, samt att en läkare aldrig kan friskriva sig från att göra detta som en naturlig del i varje vårdkontakt.

I denna typ av resonemang, som återkommer bland informanterna, framkommer ofta åsikter som rör dels att läkares ansvar som ordinator bör förtydligas i föreskrifterna, och dels att kraven på enkel läkemedelsgenomgång eventuellt kan tas bort i föreskrifterna. I materialinsamlingen framkommer dessutom vikten av att tydliggöra *på vilket sätt* en fördjupad läkemedelsgenomgång skiljer sig från en enkel. Mer om detta i kommande avsnitt.

#### *Läkarens ansvar som ordinator*

En återkommande kommentar bland informanterna är som sagt att en enkel läkemedelsgenomgång är en grundläggande del av en läkares ansvar och därmed något som alltid måste göras i alla möten med patienter. Många informanter argumenterar även för att detta inte bör vara något som regleras som punktinsatser i föreskrifterna, eftersom de anser att det är en så pass grundläggande del av läkares dagliga arbete och ansvar.

En informant, som är väl insatt i regionens verksamhet, uttrycker sig enligt följande gällande frågan om läkares ansvar att genomföra en enkel läkemedelsgenomgång vid varje konsultation med patient:

*Det finns ju inget val, det ingår ju så klart i vårt arbete. Det är ett ansvar vi medicinare har. Vi behandlar med läkemedel och man måste ju ta sitt ansvar i det då så klart. Vi måste ta tid för det. Annars riskerar vi utsätta patienten för stort lidande. [...] det viktiga är att man som läkare aldrig kan komma ifrån ansvaret när man förskriver läkemedel. Det finns alltid där. Varje gång du träffar en patient så har du ansvar att gå igenom läkemedlen, och detta helt utan undantag. Även om du inte förskriver nya läkemedel.*

Sammanfattningsvis är i princip alla intervjuade personer överens om att en enkel läkemedelsgenomgång är naturlig del av läkares ansvar i varje ställningstagande till behandling och utredning av en patient. Vid varje läkar-kontakt ska läkaren fråga patienten om aktuella läkemedel i samband med anamnesupptagningen. Detta nämns också ofta i remissvaren.

Återkommande i materialinsamlingen framkommer således att föreskrifterna bör lyfta läkares ansvar som ordinator samt betona vikten av att en

enkel läkemedelsgenomgång *alltid* ska ingå i bedömningen av en patients hälsotillstånd.

### *Innehållet i en enkel läkemedelsgenomgång*

Informanterna nämner genomgående att de ser följande tre delar i en enkel läkemedelsgenomgång som grundläggande vid en läkares möte med en patient – oavsett patientens ålder och antal läkemedel:

- vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför,
- vilka av dessa läkemedel patienten använder, samt
- vilka övriga läkemedel patienten använder.

Önskemål framkommer dessutom både bland remissvar och bland de intervjuade om att i föreskrifternas skrivningar om enkel läkemedelsgenomgång:

- förtydliga kraven på ordinationsorsak, samt
- att lägga till eventuella hanteringsproblem.

### *Otydligt när en enkel läkemedelsgenomgång övergår till en fördjupad*

Det framkommer återkommande en osäkerhet bland informanterna – dels kring innehållet i enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång, dels när en enkel läkemedelsgenomgång övergår till en fördjupad. Denna osäkerhet lyfts både i remissvar och i intervjuer, men i intervjuerna gavs en möjlighet att fördjupa resonemangen kring detta.

Ett exempel på osäkerhet som framkommer bland informanterna är vad som menas med att läkaren, enligt föreskrifterna inom ramen för en enkel läkemedelsgenomgång, ska ”göra en bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker”. Många informanter menar att detta i princip innebär att genomföra en fördjupad läkemedelsgenomgång, eftersom det är ett relativt omfattande arbete att ta reda på huruvida läkemedelsbehandlingen är ändamålsenligt och säker. För att möjliggöra det krävs, enligt informanterna, exempelvis kontroll av indikation och njurfunktion – och då börjar arbetet mer likna en fördjupad läkemedelsgenomgång än en enkel. Många vittnar alltså om en osäkerhet kring vad det är som ska göras i en fördjupad läkemedelsgenomgång som inte ingår i bedömningen av ändamålsenlighet.

Det framkommer alltså i materialinsamlingen ett behov av att i föreskrifterna tydliggöra vad som ska ingå i en enkel läkemedelsgenomgång och var ambitionsnivån ska ligga. Detta för att tydliggöra på vilket sätt kraven i en enkel läkemedelsgenomgång särskiljer sig från de i en fördjupad. Många intervjupersoner tolkar i praktiken skrivningen ”ändamålsenlig och säker” som att läkemedelsbehandlingen inte ska ha uppenbara felaktigheter och att den ska vara rimlig i förhållande till det läkaren känner till om patienten just nu, i mötet med patienten. Emellertid finns en osäkerhet kring tolkning, varvid det finns risk att olika läkare eller vårdgivare tolkar föreskrifterna på olika sätt.

En av de intervjuade forskarna säger angående beskrivningen av en enkel läkemedelsgenomgång i föreskrifterna:

*Kanske att ändamålsenlig är svårt att uppnå, då måste man kanske ta reda på vad det är för diagnos et cetera. Och det kan vara lite svårt i de här situationerna. Jag skulle kanske säga rimlig och säker i stället för ändamålsenlig och säker.*

I såväl enkätundersökningen som i remissvaren från 2016 framkommer hos vissa informanter även uppfattningen att kraven på enkel läkemedelsgenomgång är för stora för att möjliggöra genomförandet av läkemedelsgenomgång i stor skala. När detta diskuteras vidare i intervjuerna visar det sig att dessa resonemang relaterar till diskussionen om bedömningen av en ”ändamålsenlig och säker” läkemedelsbehandling.

En informant som är forskare uttrycker sig på följande vis om Socialstyrelsens vägledning om läkemedelsgenomgångar [2]:<sup>22</sup>

*En enkel läkemedelsgenomgång är mer för att stämma av läkemedel på vårdcentralen eller på sjukhus. Men i vägledningen är det lite för stora krav på en enkel läkemedelsgenomgång. Man borde göra det enkelt och inte titta på biverkningar om de inte är uppenbara.*

*Man borde inte hålla på med bedömningsformulär och kontroller och liknande. Man ska fokusera på det uppenbara som kanske inte stämmer, som att jaha, tar du inte det läkemedlet längre, eller jaha, tar du ett nytt läkemedel. Sen ha mer fokus på provtagning och observationer i den fördjupade läkemedelsgenomgången.*

## Behov att förtydliga innehållet i fördjupad läkemedelsgenomgång

Vissa informanter lyfter behovet att förtydliga vad som ska ingå i en fördjupad läkemedelsgenomgång för att den ska hålla en tillräckligt hög kvalitet för att få kallas just fördjupad. En informant som är forskare uttrycker sig om detta på följande vis:

*Så man borde ha med mer i föreskrifterna kring vad som är god kvalitet i en fördjupad läkemedelsgenomgång – exempelvis att de här och de här sakerna borde alltid ingå. Annars är det lätt för läkarna att säga att de gjort en fördjupad läkemedelsgenomgång, fast de egentligen inte har gjort det ordentligt. Så kanske borde ni lägga krutet där i föreskrifterna.*

*Det ska vara väldigt enkelt att göra en enkel läkemedelsgenomgång så att man gör den i alla lägen när en patient träffar en läkare i en vårdssituation. Och i en fördjupad läkemedelsgenomgång så ska det*

---

<sup>22</sup> Informanten syftar till den del av vägledningen (s17-18) där det står att det i en enkel läkemedelsgenomgång ingår att ta reda på upplevda biverkningar samt att använda interaktionsdatabaser. Som exempel på frågor att besvara för att bedöma patientens läkemedelsbehandling står det i vägledningen: *Har den förväntade effekten av läkemedlen uppnåtts?* Är inte biverkningarna helt uppenbara konsekvenser av ett visst läkemedel så krävs, enligt informanten, ganska omfattande insatser för att bedöma detta. Exempel på sådana insatser kan vara att mäta, skatta, observera, undersöka, ta blodprov och så vidare, det vill säga insatser som mer ryms inom en fördjupad läkemedelsgenomgång.

*göras med de kompetenser som behövs för att läkemedelsgenomgången ska ha god kvalitet. Ibland behövs en apotekare och ibland en sjuksköterska och ibland omvårdnadspersonal och ibland en sjukgymnast. Men sedan är det vissa saker som alltid bör ingå för att man ska kunna säga att man gjort en fördjupad läkemedelsgenomgång.*

Bland informanterna framkommer det även kommentarer om att föreskrifterna kan ge intrycket att fördjupande läkemedelsgenomgångar är något som är åtskilt från övrigt patientarbete. Detta anses av många informanter som olyckligt, eftersom läkemedelsbehandlingen inte bör fungera som ett separat spår inom vården.

I och med detta efterfrågar vissa informanter att det i föreskrifterna tydliggörs att läkemedelsbehandlingen bör vara en integrerad del i läkarens ansvar för patienten. Vidare ses fördjupade läkemedelsgenomgångar som en viktig patientsäkerhetsfråga, som bör skapa förutsättningar för personcentrerad vård där patienten inkluderas i arbetet.

Följande är ett förslag på ny skrivning om fördjupad läkemedelsgenomgång i föreskrifterna, som framkommer bland remissvaren (remissvar 2016, sjukhus):

*Vid en fördjupad läkemedelsgenomgång ska läkaren för varje läkemedel värdera indikation, effekt/biverkningar, dos, nytta/risk utifrån labbvården och hälsotillstånd. För alla läkemedel sammantaget ska läkaren bedöma interaktioner och göra en samlad nytta/riskvärdering.*

### *Behov av fördjupade läkemedelsgenomgångar inom kommunal hälso- och sjukvård*

Utvärderingen indikerar att det praktiska arbetet med läkemedelsgenomgångar inom kommunal hälso- och sjukvård delvis skiljer sig från bestämmelserna i 11 kap. HSLF-FS 2017:37.

En skillnad som framkommit i materialinsamlingen är att patienter vid påbörjad hemsjukvård och inflyttning i särskilt boende, samt därefter en gång per år, snarare erbjuds en fördjupad läkemedelsgenomgång än den enkla som är reglerad i föreskrifterna. En anledning till detta som både nämns i intervjuer och i remissvar är att patienter som vårdas i hemsjukvård eller i särskilt boende ofta är svårt sjuka, oberoende av huruvida de är äldre eller yngre än 75 år.

Ett annat argument för att genomföra fördjupade läkemedelsgenomgångar snarare än enkla, som också framkommer hos informanterna, är att gruppen äldre som bor i särskilt boende eller som har hemsjukvård ofta har ett stort antal läkemedel och att dessa är bland de mest sköra patienterna. I och med detta bör det *alltid* finnas en misstanke om läkemedelsrelaterade problem hos dessa patienter, menar informanterna. Dessutom anses yngre personer – lika väl som äldre – inom hemsjukvård och särskilt boende behöva regelbundna fördjupade läkemedelsgenomgångar.

En informant med insyn i regionens verksamhet uttalar sig så här:

*Vi ställer krav på fördjupad läkemedelsgenomgång årligen inom särskilt boende och hemsjukvård. Det vore väldigt konstigt i mina öron att det ska vara en enkel läkemedelsgenomgång och inte en fördjupad – en enkel är ju så ”basic”. Det är ju gamla människor med sviktande njurar, så det måste vara en fördjupad läkemedelsgenomgång som genomförs årligen.*

Ytterligare en informant från en region uttrycker följande:

*Vår lokala rutin för läkemedelsgenomgång utgår från föreskrifterna. Men den skiljer sig från föreskrifterna genom att vi initialt vid påbörjat boende eller hemsjukvård gör en fördjupad läkemedelsgenomgång, snarare än en enkel som regleras i föreskrifterna.*

Bland vissa intervjupersoner framkommer även åsikten att en enda fördjupad läkemedelsgenomgång per år är för lite för denna grupp (personer som har stödinsats i form av hemsjukvård och särskilt boende).

#### Tema 4. Ansvar och ansvarsutkrävande

Ansvarsfrågan är något som återkommande lyfts bland informanterna. Här redogörs för det som framkommit i materialinsamlingen.

##### *Läkaren som ansvarig för läkemedelsgenomgångar*

Informanterna lyfter återkommande vikten av att det är *läkaren* som är – och bör vara – ansvarig för att genomföra läkemedelsgenomgångar. Detta eftersom det är läkaren som har kompetens att bedöma dels patientens hälsotillstånd (inklusive anamnes, status och labbvärden), dels huruvida behandlingen är ändamålsenlig och säker.

Även om många andra professioner är delaktiga, och många gånger nödvändiga, för att säkerställa att en läkemedelsgenomgång genomförs enligt rutin (exempelvis om den är inbokad av en sjuksköterska på särskilt boende) så finns en samstämmighet bland respondenterna att det är läkaren som slutligen måste hållas ansvarig. Många informanter anser även att läkarens ansvar redan är tydligt definierat i föreskrifterna.

##### *Patientens deltagande – en del av läkarens ansvar*

Vissa informanter har lyft vikten av att tydliggöra ansvaret att involvera patienten i läkemedelsbehandlingen – och vid behov även anhöriga. Samtidigt har det i intervjuerna framkommit att detta inte alltid görs. I intervjumaterialet ges exempel där läkaren inte nödvändigtvis träffar patienten vid genomförandet av en fördjupad läkemedelsgenomgång. I dessa fall sker alltså ingen klinisk undersökning av patienten och patienten har liten möjlighet att påverka sin egen behandling.

Det är enligt informanterna angeläget att göra patienten mer delaktig i sin behandling och att säkerställa att läkaren har all tillgänglig information vid bedömningen av läkemedelsbehandlingen. På så vis skapas förutsättningar för en säker läkemedelsanvändning och för en mer personcentrerad vård. Vikten av patientens deltagande betonas även i SBU:s systematiska litteraturoversikt [3] samt i Socialstyrelsens vägledning om läkemedelsgenomgångar [2].

Detta är bakgrunden till att vissa informanter är kritiska till skrivningarna i 11 kap. 6–7 och 11–12 §§ HSLF-FS 2017:37, där det framgår att patienten ska informeras både om sina läkemedelsrelaterade problem, om resultatet av genomgången och om vilka åtgärder som vidtagits. I stället efterfrågar informanterna ett tydligare brukarperspektiv i föreskrifterna, med en större tydlighet kring vikten av att involvera patienten. En av de intervjuade forskarna säger så här:

*Jag tycker att patienten är lite bortglömd. I föreskrifterna står det att man ska informera patienten om de ändringar som gjorts, men man måste ju göra ändringar i samråd med patienten! Så det är en väldigt konstig formulering.*

*Man måste tänka på hur man uttrycker sig. Allt är i team med patienten och man kommer tillsammans fram till en behandling som kommer fungera. Det kan inte vara så att läkaren bara informerar patienten om vilka läkemedel som skrivits ut.*

### *Bristande rutiner kring ansvar och arbetssätt gällande läkemedelslistan*

En stor vinst med läkemedelsgenomgångar som lyfts fram i intervjuer och i fokusgruppen är att enkla läkemedelsgenomgångar görs rutinmässigt. Samtidigt visar materialinsamlingen att ett annat viktigt resultat av arbetet, när det fungerar väl, är att läkemedelslistan stämmer i journalen, samt att patienten är informerad om sina läkemedel – både gällande hur och när dessa ska tas.

Materialinsamlingen visar emellertid att arbetet med läkemedelslistan inte fungerar fullt ut i dagsläget. Många informanter lyfter brister och utmaningar med felaktiga läkemedelslistor, vilket kräver betydande arbetsinsatser för att komma tillrätta med bristerna längre fram.

Bristerna i arbetssätt när det kommer till just läkemedelslistan framstår som en stor utmaning vad gäller möjligheten att tillhandahålla en god läkemedelsanvändning för äldre. Vissa informanter efterfrågar därför ett tydliggörande i föreskrifterna kring behovet av att *alla* patienter – oavsett ålder eller antal läkemedel – ska ha en aktuell läkemedelslista både vid in- och utskrivning ur slutna vård, samt efter att något läkemedel justerats eller förskrivits i öppna vård. Enligt dessa informanter får det inte råda någon osäkerhet kring vilken dos patienten ska ta när hen kommer hem. Både patienterna och den mottagande vårdcentralen ska ha den informationen när patienten skrivs ut.

Vidare lyfter informanterna behovet av att i föreskrifterna tydliggöra ansvaret kring hur arbetet med läkemedelslistan bör gå till för att skapa en samsyn om detta.

### *Vårdgivarens ansvar för implementering och ansvarsutkrävande*

Utvärderingen visar att arbetet med läkemedelsgenomgångar och säker läkemedelsbehandling ser olika ut, både runt om i landet och hos olika vård-

givare. Därmed skiftar även förutsättningarna för att skapa en god läkemedelsanvändning. Många informanter ser detta som ett problem och som en utmaning i arbetet med att skapa en god läkemedelsanvändning för äldre. De betonar därför vikten av framtagna rutiner och av att vårdgivare tar sitt ansvar genom att implementera rutiner och riktlinjer i alla led i arbetet.

Enligt informanterna handlar det om att alla berörda aktörer måste vara medvetna och informerade om hur de ska arbeta och hur de ska dokumentera sitt arbete. Dessutom behöver alla arbeta på samma sätt i en region. Det fungerar således inte om vissa gör på ett sätt och någon annan på ett annat sätt, till exempel gällande dokumentation i läkemedelslistan eller i läkemedelsberättelsen.

Om läkarna inte vet hur de ska jobba eller hur de ska dokumentera sitt arbete så måste ansvaret för detta, enligt dessa informanter, läggas på verksamhetschefer och på ledningsnivå. Enligt dessa resonemang måste det finnas en tydlighet kring vad som förväntas, samt möjlighet till utbildning och kompetensutveckling, samt uppföljning och ansvarsutkrävande. Det skulle medföra minskad risk att arbetet är avhängigt av huruvida det finns ett individuellt intresse för arbetet eller inte. Denna typ av resonemang exemplifieras med följande citat från en representant från hälso- och sjukvården:

*[...] ska man skjuta in sig på någonting här, så skulle man gå hand i hand med författningen om läkemedelshantering som kom nyligen. Och tydliggöra vårdgivaransvaret för uppföljning av det här. Det skulle jag göra.*

*För det är ju helt sant att det ligger ansvar hos varje läkare, men det är också ett delat ansvar som vårdgivare. Att man på olika sätt säkrar så att det görs också. Det kan ju vara att ge förutsättningar i arbetet, eller prioriteringar i arbetet, eller se till att de som berörs utbildas, eller att ta fram rutiner eller komma överens med kommunen – så att det blir tydligt vad som ska göras och av vem.*

### Vårdgivarens ansvar delvis oklart inom kommunal hemsjukvård och särskilt boende

Bland informanterna framkommer en viss osäkerhet kring vårdgivarens ansvar att erbjuda läkemedelsgenomgång. Så här står det i 11 kap. 3 § tredje stycket HSLF-FS 2017:37:

*Skyldigheten att erbjuda läkemedelsgenomgångar gäller för de vårdgivare som i sin verksamhet har läkare anställda eller har läkare som arbetar där på uppdrag eller annan liknande grund.*

Den osäkerhet som kan skönjas i materialinsamlingen gäller vilken vårdgivare som har skyldighet att erbjuda läkemedelsgenomgång när primärvården har läkare anställda samtidigt som kommunal hemsjukvård har läkare som arbetar där på uppdrag. Frågan som vissa ställer sig i detta fall är då om det är hemsjukvården eller primärvården som har ansvaret att erbjuda läkemedelsgenomgång för boende i särskilt boende eller för personer i hemsjukvård.

Rent praktiskt visar utvärderingen dessutom att kommunen ofta står för framtagandet av rutiner för genomförandet av läkemedelsgenomgång vid inskrivning i hemsjukvård eller i särskilt boende och därefter årligen. Dessutom visar utvärderingen att det ofta är sjuksköterskor som ser till att denna rutin efterlevs, då de bokar in en läkare för att initiera läkemedelsgenomgång enligt en fastställd rutin.

Utöver detta förbereder sjuksköterskorna ofta läkemedelsgenomgången genom att ta de prover som behövs till själva genomgången. Samtidigt är det *läkarens* ansvar att genomföra läkemedelsgenomgången. Vissa informanter menar att detta arbetssätt borde återspegla sig bättre i föreskrifternas formuleringar.

## Tema 5. Användning av rätt kompetens och teamarbete

Informanterna lyfter återkommande fram vikten av att inkludera rätt kompetens i läkemedelsgenomgångarna – inte bara utifrån vad läkaren behöver för att klara sin uppgift utan också utifrån patientens behov. Läs mer om detta i kommande avsnitt.

### *Sjuksköterskans roll*

Sjuksköterskan har som sagt en viktig roll i genomförandet av läkemedelsgenomgångar, vilket återkommande lyfts av informanterna. Det handlar bland annat om att ta fram information både från patienten själv, från närstående, samt från omvårdnadspersonal.

Ofta arbetar sjuksköterskan nära patienten och har därför en annan roll än vad läkaren har. Sjuksköterskan har således ofta god kännedom om patienten och kan därmed, tillsammans med annan vård- och omsorgspersonal, bidra med relevant information om patientens liv och mående.

Sjuksköterskan fyller även en viktig funktion när det kommer till att följa upp hur läkemedelsbehandlingen fungerar hos patienten i vardagen, till exempel huruvida patienten tar sina läkemedel enligt plan, om det finns hanteringsproblem, om det finns rätt stöd för att patienten ska få i sig läkemedlet och om dosen är väl anpassad.

Sjuksköterskan kan dessutom bidra med viktig information till uppföljningen, exempelvis huruvida behandlingen i fråga verkar ge avsedd effekt eller om det har uppkommit oönskade biverkningar och så vidare. En intervjuad forskare uttrycker sig så här gällande sjuksköterskans roll:

*Det står att arbetet med läkemedelsgenomgångar ska vara teambaserat, men perspektivet är alltid utifrån om läkaren behöver sjuksköterskan, men det är ju fel. Det ska ju så klart utgå utifrån patientens behov, det vill säga har patienten behov av att få med en sjuksköterska? Och inte utifrån vad läkaren anser sig behöva.*

*Sjuksköterskan har ett annat perspektiv och ser annat än läkaren. Det finns patienter som kan tala för sig själva, men sjuksköterskan talar utifrån patienten när han eller hon inte kan tala för sig själv. Sjuksköterskan har koll på helhetssituationen. Hur mår patienten och vad har*

*patienten för syn på sin behandling, och finns det några symtom, eller misstanke om biverkningar et cetera.*

Sammanfattningsvis anser flertalet informanter att sjuksköterskan har en viktig roll i arbetet med läkemedelsgenomgångar och att de med sin kunskap och närhet till patienten kan bidra till att förbättra läkemedelsbehandlingen för äldre patienter. Sjuksköterskan ses därmed som en ovärderlig resurs i arbetet med god läkemedelsbehandling, som både kan och bör användas mer strukturerat i arbetet med läkemedelsgenomgångar.

I och med detta anser vissa informanter att sjuksköterskans roll bör tydliggöras i föreskrifterna, exempelvis när det kommer till ansvaret att tillgängliggöra information om patienten. Vissa menar även att föreskrifterna kan förtydliga vikten av att samarbeta med andra professioner.

### *Apotekarens roll*

Utvärderingen visar att även apotekare anses ha en viktig roll i arbetet med läkemedelsgenomgångar och att det därför både är viktigt att samarbetet fungerar och att det finns tillit mellan professionerna.

Utvärderingen visar dessutom att apotekarna har en viktig stödjande och rådgivande roll vid bedömningen av läkemedel, men att det samtidigt är läkarens ansvar att diagnostisera och att fatta ett slutgiltigt beslut om patientens behandling.

I vissa regioner finns tydliga rutiner med apotekare knutna till exempelvis vårdcentralerna. På vissa platser i landet är detta arbetssätt under uppbyggnad. I andra regioner finns inget strukturerat arbete med apotekare, varvid vissa informanter efterfrågar denna resurs.

## Tema 6. Läkemedelsberättelse och uppföljning

### *Bristande efterlevnad av krav på läkemedelsberättelse*

Informanterna lyfter genomgående att läkemedelsberättelsen sällan, enligt deras erfarenhet, lever upp till kraven i föreskrifterna. Informationen i läkemedelsberättelsen anses ofta vara ofullständig – återkommande lyfter informanterna att mycket tid läggs på att i efterhand ta fram korrekt och fullständig information.

Ofta saknas fullständiga målvärden, information om varför ett läkemedel satts in, eller när en behandling ska avslutas. Det är alltså, enligt flertalet informanter, snarare praktiken än föreskrifterna som brister.

En anledning till varför läkemedelsberättelsen (eller läkemedelslistan) inte genomförs fullt ut i enlighet med kraven i föreskrifterna, som framkommer i materialinsamlingen, är att ingen ställs till svars då innehållet brister.

Slutsatsen hos informanterna är därför att det kan behövas ett större ansvarsutkrävande för att komma tillrätta med problemen. Så här säger av de intervjuade forskarna om detta:

*Det är bra att det står att läkaren ska upprätta en läkemedelsberättelse. Men det bör även förtydligas att det är en naturlig del i vården och en del av besöket. Att det ingår som en naturlig del i besöket. Det är väldigt viktigt, vilka ordinationer som har ändrats och orsakerna till de vidtagna åtgärderna.*

Det finns även informanter som anser att det i föreskrifterna kan finnas behov att mer tydligt reglera vad en läkemedelsberättelse ska innehålla. Förhoppningen är att detta skulle minska det ”detektivarbete” som krävs när en läkemedelsberättelse innehåller oklarheter, samt skapa bättre förutsättningar för uppföljning och i slutändan en god läkemedelsanvändning.

Exempel på andra kommentarer som framkommit (främst i remissvaren från 2016) är att en läkemedelsberättelse alltid ska göras vid utskrivning från slutenvård – oavsett om en läkemedelsgenomgång har gjorts eller inte, samt att en läkemedelsberättelse inte enbart ska delges en patient efter ett besök i slutenvård, utan att patienten bör få en läkemedelsberättelse efter en läkemedelsgenomgång – oavsett om denna gjorts i slutenvård eller öppenvård.

### *Brister i uppföljning och överföring av information*

Uppföljning av läkemedelsbehandlingen lyfts fram av informanterna som en viktig del av läkarens ansvar. En intervjuad regionrepresentant uttrycker sig enligt följande:

*Uppföljning är A och O för de här patienterna. Och det är bra att man är så tydlig i föreskrifterna om uppföljning och att vårdgivaren har ett ansvar i rutiner och så vidare.*

Samtidigt anser många informanter att det finns brister i uppföljningen och att det praktiska arbetet sällan lever upp till kraven i föreskrifterna.

Utvärderingen visar att uppföljningen av en läkemedelsgenomgång försvåras av flera saker – bland annat av ofullständiga läkemedelsberättelser och läkemedelslistor, olika journalsystem, bristande rutiner samt olika vårdgivare. Dessutom kan uppföljning, exempelvis vid utsättning av läkemedel, ta mycket tid – något som ofta är en bristvara inom hälso- och sjukvården. Detta exemplifieras med följande citat från en av informanterna med god kunskap om kommunal hälso- och sjukvård:

*Jag ser ett mönster i att man inte omprövar behandlingen, man sätter kanske inte ut läkemedel. Det är en process att sätta ut ett läkemedel, exempelvis psykofarmaka. Det kräver uppföljning och utvärdering och en utsättning av läkemedel genererar på så vis mer arbete.*

Sjuksköterskan och omvårdnadspersonalen har, som tidigare nämnt, en viktig roll när det gäller uppföljningen av läkemedelsbehandlingen. Även om läkaren har det huvudsakliga ansvaret, är det ofta i praktiken de som säkerställer att uppföljningen blir gjord och som kan uttala sig om hur patienten mår före och efter att ett läkemedel satts in eller ut. Samarbetet mellan läkare, sjuksköterska och vid behov omvårdnadspersonal anses därför väldigt viktigt bland informanterna.

Det finns även informanter, både i remissvar och i intervjuer, som lyfter att det i 11 kap. 19–20 §§ HSLF-FS 2017:37 bör förtydligas att det är läkaren som ansvarar för att uppföljningen blir gjord, men att det samtidigt kan finnas flera vårdgivare som bär ansvaret för att utföra arbetet inom ramen för uppföljningen. En oklar ansvarsfördelning kan medföra risker för patienten.

Slutligen lyfter informanterna återkommande vikten av att vårdgivarna har rutiner framtagna som säkerställer att patienterna tilldelas en läkare med

ansvar för uppföljningen (11 kap. 19 § HSLF-FS 2017:37). Samtidigt visar utvärderingen att det kan vara svårt att överblicka huruvida detta verkligen finns framtaget överallt, med tanke på antalet olika vårdgivare inom vissa regioner.

## Tema 7. Viss begreppsförvirring

Slutligen visar materialinsamlingen att det finns vissa begrepp i föreskrifterna som informanterna anser otydliga och svårtolkade.

### *Oklar tolkning av "läkemedelsrelaterade problem"*

Enligt föreskrifterna ska patienter med läkemedelsrelaterade problem erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång. Patienten ska dessutom erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång om problemen kvarstår efter en enkel läkemedelsgenomgång, eller om det finns misstanke om fortsatt läkemedelsrelaterade problem.

En genomgång av både intervjuer, enkätundersökning, fokusgrupp och remissvar indikerar dock att det finns viss otydlighet kring vad begreppet läkemedelsrelaterade problem innebär samt hur sådana kan identifieras.

Först och främst framkommer kritik i remissvaren 2016 gällande det faktum att begreppet läkemedelsrelaterade problem definieras på olika sätt – dels i Socialstyrelsens allmänna råd till 11 kap. 4 § HSLF-FS 2017:37<sup>23</sup>, dels i Socialstyrelsens termbank<sup>24</sup>. Det finns därmed ett önskemål bland informanterna om att samordna dessa definitioner.

Dessutom lyfter respondenterna återkommande önskemål kring att förtydliga vad läkemedelsrelaterade problem innebär för att på så sätt tydliggöra när en läkemedelsgenomgång bör genomföras. Detta eftersom vissa informanter anser att det finns bristande kunskap om att vårdgivarna – oavsett patientens ålder – ska erbjuda en läkemedelsgenomgång när det finns läkemedelsrelaterade problem eller misstanke om sådana problem.

Annan kritik som framkommer i materialinsamlingen är att begreppet läkemedelsrelaterade problem antyder att det finns ett orsakssamband mellan ett symptom och ett läkemedel – men det kan man ju inte med säkerhet veta, menar vissa informanter. De menar att man för att kunna ta reda på om ett visst symptom är läkemedelsrelaterat antagligen behöver genomföra en fördjupad läkemedelsgenomgång. En intervjuad forskare säger:

*Men jag tänker som så att om det är en äldre patient som har många läkemedel så bör man alltid ha en misstanke om att det finns läkemedelsrelaterade problem.*

Vidare menar vissa informanter att begreppet läkemedelsrelaterade problem kan ge intryck av att man utgår ifrån läkemedelslistan i stället för ifrån patienten i fråga. Argumentet är således att behandlingen snarare bör utgå ifrån patientens hälsotillstånd. Bland remissvaren finns även förslaget att

<sup>23</sup> I allmänna råd till 11 kap. 4 § HSLF-FS 2017:37 anges att läkemedelsrelaterade problem kan vara olämpliga läkemedelsval, felaktig dosering, biverkningar, interaktioner, hanteringsproblem eller andra problem som är relaterade till en patients läkemedelsanvändning.

<sup>24</sup> Termbanken: Händelse eller omständighet i samband med en persons användning av läkemedel som har medfört eller skulle kunna medföra att bästa möjliga hälsoutfall inte uppnås.

uttrycket ”problem som kan ha med läkemedelsbehandlingen att göra” skulle kunna ersätta begreppet läkemedelsrelaterade problem.

Slutligen har det både i intervjuer och i remissvar framkommit önskemål om att börja inkludera underbehandling, det vill säga brist på behandling där sådan är indicerad, i definitionen av begreppet läkemedelsrelaterade problem.

### *Läkemedelsgenomgång kontra läkemedelsavstämning – åsikterna går isär*

Vissa informanter anser att begreppen *enkel* respektive *fördjupad* läkemedelsgenomgång bör slopas och i stället ersättas av *läkemedelsavstämning* respektive *läkemedelsgenomgång*. Anledningarna till detta som dessa informanter lyfter är att begreppet ”läkemedelsavstämning” är tydligare än ”enkel läkemedelsgenomgång” – och dessutom stämmer bättre överens med den internationella terminologin (*medication reconciliation* och *medication review*).

Andra informanter håller dock inte med, utan har anpassat sig till begreppen *enkel* och *fördjupad* läkemedelsgenomgång och vill behålla dessa som begrepp. Åsikterna kring denna terminologi går helt enkelt isär.

### *Bör ordet ”korrekt” bytas ut?*

I föreskrifterna står det att läkaren i en *enkel* läkemedelsgenomgång ska kontrollera om läkemedelslistan är *korrekt*. Många informanter vänder sig mot detta ordval eftersom de anser att det är svårt – om inte omöjligt – att säkerställa att en läkemedelslista är just korrekt. I stället anser många att en bättre formulering skulle vara att kontrollera om läkemedelslistan är *aktuell*.

### *”Ändamålsenlig” och ”säker” – oklara termer*

Som nämnts tidigare i kapitlet så har det i utvärderingen framkommit en osäkerhet bland informanterna om vad som menas med att läkaren enligt föreskrifterna ska göra en bedömning av om läkemedelsbehandlingen är *ändamålsenlig* och *säker* inom ramen för en *enkel* läkemedelsgenomgång.

För att säkerställa att en behandling är ändamålsenlig och säker krävs, enligt informanterna, i princip genomförandet av en *fördjupad* läkemedelsgenomgång med kontroll av både indikation och njurfunktion. Därav efterfrågas av informanterna ett förtydligande av denna formulering eller av dessa termer (”ändamålsenlig” respektive ”säker”).

# Analys och slutsatser

Detta kapitel besvarar utvärderingens huvudsakliga frågor. Sist i kapitlet redogörs för Socialstyrelsen bedömning kring huruvida det, utifrån utvärderingens resultat, bedöms finnas skäl att genomföra förändring av föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar.

## I vilken utsträckning genomförs läkemedelsgenomgångar?

Utvärderingen visar att det inte finns tillräcklig kvantitativa data att tillgå för att dra tydliga slutsatser om varken i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar genomförs eller med vilken kvalitet. Detta eftersom det inte utom i undantagsfall följs upp av regionerna. Utvärderingens kvalitativa data bidrar dock till att skapa utökad förståelse för varför det ser ut som det gör.

Vad utvärderingen visar är att det finns regionala skillnader avseende såväl hur som i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar registreras. Utvärderingen visar även att regionerna anser att en enkel läkemedelsgenomgång är en grundläggande del av varje läkares arbete och att de därför ska genomföras i princip utan undantag vid behandling och utredning av patienter. Vissa kontaktpersoner i regionerna lyfter även fram detta som en anledning till varför enkla läkemedelsgenomgångar inte alltid registreras.

En annan slutsats i utvärderingen är att det vore önskvärt om det fanns en mer likartad uppföljning av arbetet med läkemedelsgenomgångar i regionerna. Det skulle också vara positivt om det fanns en mer omfattande uppföljning av själva *kvaliteten* i genomförda läkemedelsgenomgångar, eftersom det då skulle vara avsevärt enklare att följa upp föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar.

## Läkemedelsgenomgångar och god läkemedelsanvändning

En återkommande synpunkt bland informanterna i utvärderingen är att regleringen av läkemedelsgenomgångar delvis är en strategi för att hantera att det idag inte finns fullt ut fungerande arbetssätt, korrekta och uppdaterade läkemedelslistor, fungerande överföring av information, samt god kontinuitet och tydligt ansvarstagande i vårdens alla övergångar.

En återkommande kommentar bland informanterna är följaktligen att läkemedelsgenomgångar inte hade behövt regleras i en föreskrift om det hade funnits systematik i detta arbete. Samma informanter menar att eftersom hälso- och sjukvården inte fungerar på detta sätt fullt ut idag behöver läkemedelsgenomgångar genomföras strukturerat och metodiskt.

Enligt dessa informanter fyller föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar en funktion, men kan samtidigt inte ensamt lösa utmaningarna i arbetet med god läkemedelsanvändning bland äldre.

Utvärderingen visar sammanfattningsvis att väl genomförda och väl fungerande läkemedelsgenomgångar kan förväntas ge positiva effekter. Emellertid är läkemedelsgenomgångar enbart ett av flera redskap för att uppnå målet med en god läkemedelsanvändning bland äldre personer.

## Föreskrifterna har fyllt en viktig funktion men mycket har hänt på området sedan föreskrifterna kom

Sammanfattningsvis pekar denna utvärdering på att föreskrifterna fyllde en viktig funktion när de kom och att de i stort har fungerat styrande. Dessutom är en återkommande kommentar bland informanterna att föreskrifterna har bidragit till att arbetet med äldres läkemedelsanvändning både har utvecklats och förbättrats runt om i landet.

Socialstyrelsens indikatorer för äldres läkemedelsanvändning visar därtill att olämplig och riskfylld läkemedelsanvändning minskat påtagligt över tid. Det är förvisso svårt att avgöra i hur stor utsträckning denna trend beror på just föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar, men många intervjupersoner menar att de varit en bidragande orsak.

Mycket har emellertid hänt inom området sedan föreskrifterna trädde i kraft varvid många informanter anser att vissa delar i föreskrifterna nu kan behöva förenklas eller förtydligas.

## Ska enkel läkemedelsgenomgång regleras i föreskrifterna?

En återkommande ståndpunkt som framkommit bland informanterna i utvärderingen är att föreskrifterna delvis fokuserar på fel sak, genom att formulera en enkel läkemedelsgenomgång som en punktinsats, som är åtskild från övrig behandling. Informanterna menar att man snarare bör se läkemedelsbehandling som en integrerad del av all vård och behandling – och dessutom som en del av läkarens ansvar som ordinator i mötet med patienten.

Att enkel läkemedelsgenomgång är en grundläggande del av läkarens ansvar i varje ställningstagande till behandling och utredning av patienter lyfts genomgående i materialinsamlingen. Vissa informanter anser därför att det är överflödigt att reglera en enkel läkemedelsgenomgång i föreskrifterna.

Återkommande argumenterar informanterna i utvärderingen dessutom för att läkemedelsgenomgångar ska genomföras när det finns behov av det, snarare än att de ska begränsas av patientens ålder eller antal läkemedel, samt för att detta bör återspeglas i föreskrifterna.

Vissa informanter lyfter emellertid samtidigt ett antal risker med att helt ta bort regleringen av enkel läkemedelsgenomgång, samt begränsningarna i ålder och antal läkemedel. Ett argument för denna ståndpunkt är att föreskrifterna – såsom den är utformad i dagsläget – är betydelsefull för att inte tappa fokus på de mest sköra äldre.

Huruvida enkel läkemedelsgenomgång bör regleras i föreskrifterna eller inte, är således inte en enkel fråga med ett enkelt svar. Målet är en god läkemedelsanvändning bland äldre samt att äldre ska må så bra som möjligt så länge som möjligt. Frågan som uppkommit i utvärderingen är dock huruvida

föreskrifterna (som de är utformade idag) är rätt verktyg för att uppnå detta – och här går åsikterna delvis isär.

## Otydlighet kring hur en enkel läkemedelsgenomgång skiljer sig från en fördjupad

En samlad bedömning av materialinsamlingen visar att föreskrifterna är otydliga i beskrivningen av hur en enkel läkemedelsgenomgång skiljer sig från en fördjupad, samt när en enkel läkemedelsgenomgång övergår till en fördjupad. Dessutom visar utvärderingen att det är otydligt vad som ska ingå i en fördjupad läkemedelsgenomgång, för att den ska hålla en tillräckligt hög kvalitet för att kunna kallas just fördjupad. En konsekvens av detta kan exempelvis vara att en läkemedelsgenomgång registreras som fördjupad trots att den inte innehåller alla delar som kan förväntas ingå i en sådan.

Vissa informanter i utvärderingen har dessutom lyft farhågor kring att främst de fördjupade läkemedelsgenomgångarna inte håller tillräckligt hög kvalitet, men att de inte kan veta detta säkert eftersom ingen uppföljning av kvaliteten genomförts i regionen.

För att uppnå god läkemedelsanvändning bland äldre krävs att de fördjupade läkemedelsgenomgångarna håller tillräckligt god kvalitet och att hänsyn tas till bland annat hälsotillstånd, labbvärden och indikationer, samt innehåller en värdering av nytta och risk och eventuella interaktioner.

Förslag som framkommer bland informanterna är därför att i föreskrifterna dels tydliggöra i vilket avseende en fördjupad läkemedelsgenomgång särskiljer sig från en enkel, dels ge en mer utförlig beskrivning av innehållet och ambitionsnivån i en fördjupad läkemedelsgenomgång.

## Rutiner och ansvar inom kommunal hälso- och sjukvård och primärvård

Det har också framkommit i utvärderingen att det finns skillnader mellan hur det praktiska arbetet med läkemedelsgenomgångar genomförs inom den kommunala hälso- och sjukvården, jämfört med bestämmelserna i föreskrifterna. Materialinsamlingen indikerar att patienter snarare erbjuds en fördjupad läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård och vid inflyttning i särskilt boende samt därefter en gång per år, i stället för den enkla som är reglerad i föreskrifterna. Därmed kan det här finnas behov av uppdatering av föreskrifterna.

Det har även i utvärderingen framkommit att det finns viss osäkerhet kring vilken vårdgivare som har ansvaret att erbjuda läkemedelsgenomgång när primärvården har läkare anställda, samtidigt som den kommunala hälso- och sjukvården har läkare som arbetar där på uppdrag. Frågan som uppkommit är alltså om det är den kommunala hälso- och sjukvården eller primärvården som har ansvaret att erbjuda läkemedelsgenomgång för personer boende i särskilt boende eller för personer i hemsjukvård.

Rent praktiskt visar utvärderingen att det ofta är sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården som bokar in läkare för genomförande av läkemedelsgenomgångar enligt en fastställd rutin. Det är också ofta sjuksköterskor som förbereder läkemedelsgenomgångarna. Samtidigt är det läkarens ansvar att de sedan genomförs.

Huruvida det finns fastställda rutiner för detta överallt kan inte utvärderingen med säkerhet besvara. Vad utvärderingen visar är dock att det, enligt ”Enhetsundersökningen äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018”, finns rutiner framtagna för genomförandet av fördjupade läkemedelsgenomgångar i *delaktighet* med patienten (indikator 11), samt i *samverkan* mellan patient, läkare, sjuksköterska och omsorgspersonal (indikator 12) i knappt hälften av de verksamheter som besvarat undersökningen<sup>25</sup>. Mer än hälften av verksamheterna angav alltså att de inte har rutiner framtagna för detta.

## Vikten av att utgå från patientens behov

Utvärderingen visar vidare att det är viktigt att läkemedelsbehandlingen utgår från patientens perspektiv och behov, exempelvis gällande patientens liv och mående, huruvida patienten tar sina läkemedel enligt plan, om eventuella hanteringsproblem, om eventuella behov av stöd för att få i sig läkemedlet, samt om dosen är väl anpassad.

Detta krävs för att säkerställa att läkaren har fullständig information om patienten när ett läkemedel sätts in, ut eller dosändras och så vidare. Patientens, och även i vissa fall anhörigas, delaktighet i behandlingen är därför betydelsefull för att kunna säkerställa att läkaren har all tillgänglig information vid bedömning av läkemedelsbehandlingen.

Även här fyller sjuksköterskor och omvårdnadspersonal en viktig funktion. Sjuksköterskan tar ett helhetsgrepp om patientens sjukdomsbild och är involverad i alla delar av patienten och har därför, enligt vissa informanter, en nyckelroll för att skapa god kvalitet i läkemedelsbehandlingen.

Detta resonemang styrks även av Monica Bergqvists avhandling ”Drug related problems: nurses role and responsibility” från 2010 [20]. I samma avhandling framgår att sjuksköterskeledda läkemedelsgenomgångar kunde identifiera ett flertal läkemedelrelaterade problem som den vanliga vården inte lyckats upptäcka.

Socialstyrelsens utvärdering pekar på vikten av att utgå från patientens behov vid värdering av vilka kompetenser som ska ingå i teamet vid läkemedelsgenomgång, snarare än att utgå från huruvida läkaren anser sig behöva dessa kompetenser. På så vis skapas förutsättningar för en god läkemedelsanvändning och personcentrerad vård, visar utvärderingen.

## Vikten av framtagna rutiner och arbetssätt

För att skapa förutsättningar för god läkemedelsanvändning hos äldre krävs det, visar utvärderingen, att vårdgivaren tar ett tydligt ansvar för ledningssystem, att det finns framtagna rutiner och arbetssätt hos vårdgivarna, samt att dessa implementeras och följs upp i alla led i arbetet. Det bör därmed inte vara upp till varje enskild läkare att ta fram ett arbetssätt, utan det bör finnas

---

<sup>25</sup> I Enhetsundersökningen äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018 svarade 47 procent av verksamheterna inom särskilt boende och 41 procent av verksamheterna inom hemtjänst och hemsjukvård att de har rutiner framtagna för genomförandet av läkemedelsgenomgångar i delaktighet med patienten (indikator 11). Samma år svarade 40 procent av verksamheterna inom särskilt boende och 37 procent av verksamheterna inom hemtjänst och hemsjukvård att de har rutiner framtagna för genomförandet av läkemedelsgenomgångar i *samverkan* mellan patient, läkare, sjuksköterska och omsorgspersonal (indikator 12).

en tydlighet både kring vad som förväntas, samt (vid behov) möjlighet till utbildning och kompetensutveckling på området.

En betydelsefull följd av en väl genomförd läkemedelsgenomgång, som framkommit i utvärderingen, är att läkemedelslistan i journalen stämmer samt att patienten är informerad om sina läkemedel samt om hur och när dessa ska tas. Samtidigt visar utvärderingen att det finns brister både i arbetet med läkemedelslistan och vid överföringen av information mellan olika vårdgivare, vilket skapar utmaningar i arbetet med god läkemedelsanvändning för äldre.

Önskemål har därför framkommit i utvärderingen om att i föreskrifterna tydliggöra behovet av att *alla* patienter – oavsett ålder eller antal läkemedel – ska ha en aktuell läkemedelslista både vid in- och utskrivning ur slutenvård, samt efter att läkemedel justerats eller förskrivits i öppen vård.

Genomgående i utvärderingen betonas även vikten av en fullständig läkemedelsberättelse, eftersom en sådan skapar förutsättningar för uppföljning och i slutändan en god läkemedelsanvändning för patienten.

Samtidigt är en återkommande kommentar i materialinsamlingen att läkemedelsberättelserna sällan lever upp till kraven i föreskrifterna. Vissa informanter menar att det snarare är praktiken än föreskrifterna som brister, medan andra anser att det finns behov av att i föreskrifterna tydliggöra både innehållet och ambitionsnivån i läkemedelsberättelsen.

## Vissa begrepp i föreskrifterna är otydliga

I utvärderingen har det även framkommit kritik kring vissa begrepp som av informanterna anses vara otydliga eller tvetydiga. Exempel på begrepp och termer där det finns behov av förtydliganden är ”läkemedelsrelaterade problem” och ”korrekt” (gällande läkemedelslistan).

## Slutsatser från genomgången av studierna

Slutligen, när det kommer till genomgången av insamlade studier och forskning på området, kan inte Socialstyrelsen med säkerhet utifrån dessa besvara frågan huruvida läkemedelsgenomgångar bidrar till en god läkemedelsanvändning. Det är dessutom svårt att utifrån en samlad bedömning av studierna uttala sig om huruvida föreskrifterna bör förändras eller inte.

En stor del av litteraturen påvisar dock att många former av läkemedelsgenomgångar på något sätt leder till positiva aspekter i de kontexter som undersökts. Exakt vad som leder till dessa fördelar är dock svårt att uttala sig om eftersom både tillvägagångssättet för läkemedelsgenomgångarna och sammanhanget i vilket de genomförts skiljer sig åt.

Utvärderingen visar däremot att läkemedelsgenomgångar i vissa former, till exempel vissa teambaserade läkemedelsgenomgångar, kan bidra till en förbättrad läkemedelsanvändning.

## Utvärderingens slutsatser

Utifrån det som framkommit i utvärderingen anser Socialstyrelsen att det kan finnas skäl att genomföra förändringar i föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar i 11 kap. HSLF-FS 2017:37.

Notera att utvärderingen utgör ett kunskapsunderlag som pekar på att det kan finnas ett visst behov av att se över föreskrifterna men att några juridiska och ekonomiska analyser inte genomförts inom ramen för detta uppdrag.

Utvärderingen visar att följande potentiella ändringar bör utredas vidare vid en eventuell översyn av föreskrifterna:

- Att se över bestämmelserna om enkla läkemedelsgenomgångar och bland annat utreda möjligheten att ta bort begränsningen med avseende på ålder och antal läkemedel och att tydliggöra läkarens ansvar att genomföra en enkel läkemedelsgenomgång vid varje ordination av läkemedel, samt vid andra behandlingssituationer där det bedöms lämpligt.
- Att tydliggöra på vilket sätt en fördjupad läkemedelsgenomgång särskiljer sig från en enkel avseende bland annat innehåll och ambitionsnivå.
- Att ersätta kravet på att genomföra enkel läkemedelsgenomgång med en fördjupad vid inflyttning och årligen i en sådan boendeform som avses i 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

# Referenser

1. Socialstyrelsen. *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
2. Socialstyrelsen. *Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel – en vägledning för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
3. SBU. *Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009.
4. Mangoni A-A, Jackson S-H. *Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications*. *British journal of clinical pharmacology*. 2004; 57(1):6-14.
5. Socialstyrelsen. *Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – Kartläggning och förslag till åtgärder*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
6. Socialstyrelsen. *Stimulansbidrag till insatser för vård och omsorg om äldre – Slutredovisning perioden 2007–2012*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
7. Socialstyrelsen. *Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre – Socialstyrelsens förslag*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
8. Socialstyrelsen. *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
9. Hellström L-M, Bondesson A, Höglund P, Midlöv P, Holmdahl L, Rickhag E. m.fl. *Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits*. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2011 [citerad 2018-12-11]; 741.
10. Kempen T, Bertilsson M, Lindner K-J, Sulku J, Nielsen E, Högberg A, m.fl. *Medication Reviews Bridging Healthcare (MedBridge): Study protocol for a pragmatic cluster-randomised crossover trial*. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*. 2017-10-02.
11. Edvardsson E. *Läkemedelsgenomgångar av apotekare på ortopedisk slutenvårdsavdelning – Identifierade läkemedelsrelaterade problem, åtgärdsfrekvens samt förekomst av fallriskökande läkemedel*. Examensarbete farmaceutprogrammet, 30 hp. Göteborgs Universitet; HT 2015/VT 2016.
12. Andertun M. *Läkemedelsgenomgångar på en internmedicinsk slutenvårdsavdelning. Klinisk värdering av läkemedelsrelaterade problem identifierade av apotekare*. Examensarbete apotekarprogrammet, 30 hp. Göteborgs Universitet; HT 2016/VT 2017.
13. Gustafsson M, Sjölander M, Pfister B, Jonsson J, Schneede J, Lövheim H. *Drug-related hospital admissions among old people with dementia*. *European Journal Of Clinical Pharmacology*. September 2016; 72(9):1143–53.

14. *Apotekarstöd vid läkemedelsgenomgångar*. Slutrapport från Stockholms läns landsting, 2017. Projektledare Ingrid Otterbom (leg. apotekare), projektägare Magnus Thyberg (enhetschef, Läkemedelsenheten).
15. Schmidt-Mende K, Andersen M, Wettermark B, Hasselström J. *Educational intervention on medication reviews aiming to reduce acute healthcare consumption in elderly patients with potentially inappropriate medicines – A pragmatic open-label cluster-randomized controlled trial in primary care*. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety*. 2017.
16. Ödesjö H, Boman A, Anell A, Fastbom J, Thorn J, Björck S. *Pay for performance associated with increased volume of medication reviews but not with less inappropriate use of medications among the elderly – an observational study*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2017.
17. Modig S, Holmdahl L, Bondesson Å. *Medication reviews in primary care in Sweden: importance of clinical pharmacists' recommendations on drug-related problems*. *International Journal of Clinical Pharmacy*. Februari 2016; 38(1):41–5.
18. Reichenpfader U, Wickström A, Nilsen P, Abrandt Dahlgren M, Carljford S. *Medi(c)ation work in the emergency department: Making standardized practice work*. *Professions & Professionalism*. 2018; (2).
19. Reichenpfader U, Wickström A, Abrandt Dahlgren M, Nilsen P, Carljford S. *“Our Surgeons Want This to Be Short and Simple”:* *Practices of In-Hospital Medication Review as Coordinated Sociomaterial Actions*. *Studies in Continuing Education*. 2018-01-01.
20. Bergqvist M. *Drug-Related Problems: Nurses Role and Responsibility*. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.

# Bilaga 1. Frågor till läkemedelskommittéerna

Finns det i ert landsting/region samlade uppgifter om förekomst av genomförda läkemedelsgenomgångar för personer som får vård i primärvården? (ja/nej)

## **Om ja:**

- Används KVÅ-koder vid eventuell registrering (XV015, XV016)?
- Finns uppgifter för insatstyp särskilt och ordinärt boende? (ja/nej)
- Ange antalet genomförda läkemedelsgenomgångar inom primärvården under 2017:
  - Enkel läkemedelsgenomgång, XV015 (totalt antal genomförda):
  - Enkel läkemedelsgenomgång, XV015 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre):
  - Fördjupad läkemedelsgenomgång XV016 (totalt antal genomförda):
  - Fördjupad läkemedelsgenomgång, XV016 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre):

## Bilaga 2. Urval av studier från regionerna

1. Edvardsson E. Läkemedelsgenomgångar av apotekare på ortopedisk slutenvårdsavdelning – Identifierade läkemedelsrelaterade problem, åtgärdsfrekvens samt förekomst av fallriskökande läkemedel. Examensarbete farmaceutprogrammet, 30 hp. Göteborgs Universitet; HT 2015/VT 2016.
2. Andertun M. Läkemedelsgenomgångar på en internmedicinsk slutenvårdsavdelning. Klinisk värdering av läkemedelsrelaterade problem identifierade av apotekare. Examensarbete apotekarprogrammet, 30 hp. Göteborgs Universitet; HT 2016/VT 2017.
3. Ödesjö H, Boman A, Anell A, Fastbom J, Thorn J, Björck S. Pay for performance associated with increased volume of medication reviews but not with less inappropriate use of medications among the elderly – an observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2017.
4. Apotekarstöd vid läkemedelsgenomgångar. Slutrapport från Stockholms läns landsting, 2017. Projektledare Ingrid Otterbom (leg. apotekare), projektägare Magnus Thyberg (enhetschef, Läkemedelsenheten).
5. Schmidt-Mende K, Andersen M, Wettermark B, Hasselström J. Educational intervention on medication reviews aiming to reduce acute healthcare consumption in elderly patients with potentially inappropriate medicines – A pragmatic open-label cluster-randomized controlled trial in primary care. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety* 2017;1–10.
6. Gustafsson M, Sjölander M, Pfister B, Jonsson J, Schneede J, Lövheim H. Drug-related hospital admissions among old people with dementia. *European Journal Of Clinical Pharmacology*. September 2016; 72(9):1143–53.
7. Gustafsson M, Sandman P-O, Karlsson S, Isaksson U, Schneede J, Sjölander M, Lövheim H. Reduction in the use of potentially inappropriate drugs among old people living in geriatric care units between 2007 and 2013. *European Journal of Clinical Pharmacology*. April 2015; 71(4):507–15.
8. Modig S, Holmdahl L, Bondesson Å. Medication reviews in primary care in Sweden: importance of clinical pharmacists' recommendations on drug-related problems. *International Journal of Clinical Pharmacy*. Februari 2016; 38(1):41–5.
9. Hellström L-M, Bondesson A, Höglund P, Midlöv P, Holmdahl L, Rickhag E, Eriksson T. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2011; 741.
10. Kempen TGH, Bertilsson M, Lindner K-J, Sulku J, Nielsen E, Högberg A. m.fl. Medication Reviews Bridging Healthcare

(MedBridge): Study protocol for a pragmatic cluster-randomised crossover trial. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*. 2017-10-02.

11. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H. m.fl. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*. 2009.
12. Gustafsson M, Sjölander M, Pfister B, Jonsson J, Schneede J, Lövheim H. Pharmacist participation in hospital ward teams and hospital readmission rates among people with dementia: a randomized controlled trial. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2017, 7(73):827-835.
13. Reichenpfader U, Wickström A, Nilsen P, Abrandt Dahlgren M, Carljford S. Medi(c)ation work in the emergency department: Making standardized practice work. *Professions & Professionalism*. 2018; (2).
14. Reichenpfader U, Wickström A, Abrandt Dahlgren M, Nilsen P, Carljford S. "Our Surgeons Want This to Be Short and Simple": Practices of In-Hospital Medication Review as Coordinated Sociomaterial Actions. *Studies in Continuing Education*. 2018-01-01.

# Bilaga 3. Intervjuguide

## 1. Introduktion

- A. Kan du berätta lite om dig själv, din bakgrund och ditt arbete?
- B. Genomför du i ditt arbete läkemedelsgenomgångar? I så fall, känner du till föreskrifterna om läkemedelsgenomgångar? Är dessa något du förhåller dig till i ditt arbete?
- C. Finns det förutsättningar för att genomföra läkemedelsgenomgångar i ditt arbete?
  - Finns rutiner framtagna för läkemedelsgenomgångar?
- D. Vad anser du är nyttan med läkemedelsgenomgångar?
- E. Har det blivit någon förändring i hur ni arbetar med läkemedelsgenomgångar sedan föreskrifterna kom, samt under perioden som föreskrifterna funnits?

## 2. Föreskrifternas målgrupp

- A. Föreskrifternas målgrupp är personer som är 75 år eller äldre med fem läkemedel eller fler:
  - Är det rätt ålder eller bör det förändras?
  - Är det rätt antal läkemedel eller hur ser du på detta?
  - Finna det några risker med att eventuellt ta bort ålder och antal läkemedel? I så fall vad/vilka?

## 3. Begrepp och innehåll

- A. I föreskrifterna används enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång. Är detta begrepp ni använder i er region/landsting? Föredrar ni andra begrepp? I så fall, varför?
- B. Finns det några begrepp som är otydliga eller tvetydiga i föreskrifterna? I så fall vilka?
- C. Är kraven på enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång i föreskrifterna realistiska? Bör något förändras här tycker du?
  - Är kraven rimliga/för stora/för små? Utveckla gärna.
  - Ska det finnas möjlighet för vissa undantag? I så fall när/hur?
- D. Är det tydligt i föreskrifterna vad som är skillnaden mellan enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång? Är det tydligt till exempel när en enkel läkemedelsgenomgång övergår till fördjupad läkemedelsgenomgång?

- E. Anser du att det är tydligt vad som innefattas i begreppet läkemedelsrelaterade problem (som omnämns i föreskrifterna)? Eller finns det oklarheter?

#### **4. Ansvar och kompetens**

- A. I föreskrifterna står det att behandlande läkare är ansvarig för att läkemedelsgenomgång genomförs.
- Är skrivningarna kring ansvar tydliga tycker du? Finns det oklarheter/otydigheter här?
- B. Fungerar det även enligt ovanstående i praktiken? Eller kan det eventuellt ske undantag där ansvaret delegeras? Utveckla gärna.
- C. Anser du att det bör vara så (att behandlande läkare alltid bär ansvaret) även fortsättningsvis eller finns det andra professioner som också kan vara ansvariga?
- D. Anser du att det finns rätt/tillräcklig kompetens för att genomföra läkemedelsgenomgångar (enkel och fördjupad) på din vårdcentral/avdelning? Om inte, varför? Vad skulle du/ni behöva?
- E. Arbetar ni i team vid genomförandet av läkemedelsgenomgång? Vilka ingår? Saknar du/ni någon/viss kompetens?
- F. Hur fungerar det att involvera patienten själv i genomförandet av läkemedelsgenomgång? Anhöriga? Möjligheter/hinder?

#### **5. Läkemedelsberättelse**

- A. Läkemedelsberättelse ska enligt föreskrifterna upprättas i patientjournalen vid utskrivning från slutet vården (då läkemedelsgenomgångar genomförts i enlighet med föreskrifterna).
- Anser du att det är tydligt i föreskrifterna vad som gäller kring läkemedelsberättelse?
  - Hur fungerar det i praktiken? Efterföljs detta?
  - Stödjer ert journalsystem detta?
  - Ser du behov av förändring/utveckling av föreskrifterna vad gäller läkemedelsberättelse?

#### **6. Överföring av information vid utskrivning**

- A. Hur fungerar det med överföring av information kring patienters läkemedel mellan olika vårdgivare? Vad är det som fungerar bra/mindre bra? Vad skulle krävas för att underlätta detta?
- Finns gemensamt journalsystem?
  - Och finns i det systemet regionalt sammanhållen journalföring?

## **7. Uppföljning**

- A. Det ska enligt föreskrifterna finnas rutiner som säkerställer att patienten tilldelas läkare med ansvar för uppföljning efter en fördjupad läkemedelsgenomgång.
- Har du några kommentarer eller åsikter kring detta? Fungerar det som det ska? Finns framtagna rutiner på din vårdcentral/mottagning/arbetsplats?
- B. Följer ni upp genomförda läkemedelsgenomgångar (antal/andel/kvalitet)?

## **8. Avslutning**

- A. Är det något annat du vill lyfta? Något av vikt som jag inte frågat om och som har betydelse för utvärderingen?

## Bilaga 4. Registrerade läkemedels- genomgångar inom sluten vård och öppen specialiserad vård per region

### Registrerade läkemedelsgenomgångar (lmg) inom sluten vård och öppen specialiserad vård år 2017, uppdelat på region

Region	Enhet	Enkel lmg	Fördjupad lmg	Totalt
Stockholm	Antal	4 269	999	5 268
	Andel (%)	24,4	5,7	30,1
Uppsala	Antal	80	29	109
	Andel (%)	2,3	0,8	3,1
Sörmland	Antal	135	35	170
	Andel (%)	4,8	1,3	6,1
Östergötland	Antal	2 121	183	2 304
	Andel (%)	48,5	4,2	52,7
Jönköping	Antal	1 007	15	1 022
	Andel (%)	24,0	0,4	24,4
Kronoberg	Antal	44	0	44
	Andel (%)	1,9	0,0	1,9
Kalmar	Antal	1 105	170	1 275
	Andel (%)	41,3	6,4	47,7
Gotland	Antal	231	1	232
	Andel (%)	35,8	0,2	36
Blekinge	Antal	4	1	5
	Andel (%)	0,2	0,1	0,3
Skåne	Antal	257	161	418
	Andel (%)	2,1	1,3	3,4
Halland	Antal	44	3	47
	Andel (%)	1,3	0,1	1,4
Västra Götaland	Antal	1 828	120	1 948
	Andel (%)	12,6	0,8	13,4
Värmland	Antal	55	1	56
	Andel (%)	1,6	0,0	1,6
Örebro	Antal	425	187	612
	Andel (%)	15,5	6,8	22,3
Västmanland	Antal	18	126	144
	Andel (%)	0,6	4,2	4,8
Dalarna	Antal	16	0	16
	Andel (%)	0,5	0,0	0,5
Gävleborg	Antal	907	125	1 032
	Andel (%)	30,4	4,2	34,6
Västernorrland	Antal	8	2	10
	Andel (%)	0,3	0,1	0,4
Jämtland Härjedalen	Antal	1	0	1

Region	Enhet	Enkel lmg	Fördjupad lmg	Totalt
	Andel (%)	0,1	0,0	0,1
Västerbotten	Antal	18	2	20
	Andel (%)	0,6	0,1	0,7
Norrbotten	Antal	3	3	6
	Andel (%)	0,1	0,1	0,2
<b>Totalt antal</b>		<b>12 576</b>	<b>2 163</b>	<b>14 739</b>

Källa: Patientregistret samt Läkemedelsregistret.

# Bilaga 5. Registrerade läkemedels- genomgångar inom sluten vård och öppen specialiserad vård uppdelad på SKL:s kommun- gruppsindelning

## Registrerade läkemedelsgenomgångar (lmg) inom sluten vård och öppen specialiserad vård år 2017, uppdelat på SKL:s kommungrupps- indelning

Kommungrupp	Enhet	Enkel lmg	Fördjupad lmg	Totalt
A1. Storstäder	Antal	2 142	756	2 898
	Andel (%)	16,4	5,8	22,2
A2. Pendlingskommun nära storstad	Antal	2 908	464	3 372
	Andel (%)	19,9	3,2	23,1
B3. Större stad	Antal	2 479	418	2 897
	Andel (%)	11,3	1,9	13,2
B4. Pendlingskommun nära större stad	Antal	473	89	562
	Andel (%)	5,8	1,1	6,9
B5. Lågpendlingskommun nära större stad	Antal	1 021	155	1 176
	Andel (%)	13,3	2,0	15,3
C6. Mindre stad eller tätort	Antal	1 926	143	2 069
	Andel (%)	13,0	1,0	14,0
C7. Pendlingskommun nära mindre stad eller tätort	Antal	1 096	94	1 190
	Andel (%)	15,6	1,3	16,9
C8. Landsbygdskommun	Antal	487	28	515
	Andel (%)	7,4	0,4	7,8
C9. Landsbygdskommun med besöksnäring	Antal	44	16	60
	Andel (%)	2,4	0,9	3,3
<b>Totalt antal</b>		<b>12 576</b>	<b>2 163</b>	<b>14 739</b>

Källa: Patientregistret samt Läkemedelsregistret.

## Bilaga 6. Registrerade läkemedelsgenomgångar inom primärvården per region

### Antal registrerade enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar (lmg) i primärvården år 2017

Region	Enkel lmg XV015 (totalt antal genomförda):	Enkel lmg XV015 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre)	Fördjupad lmg XV016 (totalt antal genomförda)	Fördjupad lmg XV016 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre)	Kommentar
Blekinge	Data saknas	Data saknas	Data saknas	Data saknas	Fördjupad lmg ska dokumenteras under sökord i läkemedelsberättelse. Det går även markera i läkemedelsmodulen. Ingen uppföljning av detta har genomförts och den data som togs fram gick enligt regionen inte att värdera.
Dalarna	9 431 st. på 8 439 patienter	3553 st.	645 st. på 595 patienter	481 st.	Totalt registrerades 10 076 lmg i primärvården under 2017 på 9 034 individer. I Dalarna finns ett system där termsvar kan plockas fram ur journalerna och detta baseras antalet läkemedelsgenomgångar på. Det går även ta ut antalet lmg för varje verksamhet (varje vårdcentral, klinik osv.).
Gotland	-	-	-	-	Inget svar inkommit
Gävleborg	865 st.	282 st.	3 828 st.	3 058 st.	Främst fördjupade lmg som registreras. Därav avsevärt färre registrerade enkla lmg.
Halland	2 425 st.	1 137 st.	1 482 st.	1 029 st.	Registrering av sökord i journalsystemet.
Jämtland Härjedalen	5 180 patienter har fått minst en enkel lmg	1 586 patienter har fått minst en enkel lmg	78 patienter har fått minst en fördjupad lmg	35 patienter har fått minst en fördjupad lmg	Registrering sker på personnivå, dvs antal personer med minst en registrerad lmg.
Jönköping	58 903 st. på 43 831 patienter	32 396 st. på 22 428 patienter	6 495 st. på 5 830 patienter	4 452 st. på 3 902 patienter	Andelen listade patienter 75 år eller äldre med minst 5 läkemedel som haft en lmg i primärvården har sedan 2013 ökat

Region	Enkel lmg XV015 (totalt antal genomförda):	Enkel lmg XV015 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre)	Fördjupad lmg XV016 (totalt antal genomförda)	Fördjupad lmg XV016 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre)	Kommentar
					från ca 20% till ca 80 % 2017. Ökningen kan enligt regionen troligen delvis förklaras av att KVÅ-koden registreras mer frekvent, snarare än att andelen läkemedelsgenomgångar ökat kraftigt. Även om en ökning av genomförda lmg säkerligen också skett. Regionen har inte strukturerat tittat på innehållet (kvaliteten) i lmg men stickprov uppvisar stor variation. Det skiljer sig också mellan olika vårdcentraler.
Kalmar	11 093 st. på 9 857 patienter	4 752 st. på 4 109 patienter	2 840 st. på 2 631 patienter	1 492 st. på 1 360 patienter	Enligt regionen har 15,5 % av alla 75 år eller äldre fått en enkel lmg och 5,2 % har fått en fördjupad lmg under 2017.
Kronoberg	Data saknas	Data saknas	Data saknas	Data saknas	Det finns varierad dokumentation av enkel resp fördjupad lmg som sökord, men ingen data gick att ta fram pga byte av uppföljningssystem.
Norrbottnen	9 931 st. (enkel och fördjupad lmg)	5 055 st. (enkel och fördjupad lmg)	Se enkel lmg	Se enkel lmg	För att registrera lmg används sökord. Detta sökord gör ingen skillnad på om det är en enkel eller en fördjupad lmg.
Skåne	Data saknas	Data saknas	5 907 st.	Data saknas	Enbart fördjupade lmg registreras då ersättning utgår för dessa. I Regionen kallas fördjupade lmg för tvärprofessionella lmg. Enkla lmg kallas basala lmg och omfattar något mer än en enkel lmg.
Stockholm	Data otillförlitlig	Data otillförlitlig	Data otillförlitlig	Ökning från ca 34 000 st. 2015 till 55 000 st. 2017.	Enligt avtal med primärvården ersätts fördjupade lmg till personer 75 år eller äldre upp till ett tak på 80 procent av antalet listade personer som är 75 år eller äldre. Därför följs antal KVÅ-koder XV016 för patienter 75 år eller äldre. För patienter under 75 år sker inte KVÅ-kodning systematiskt. XV015 kods inte heller systematiskt, men kravet finns att en enkel läkemedelsgenomgång ska göras vid varje besök hos en läkare i primärvården. Data skiljer sig åt mellan olika statistiksystem i regionen. De angivna resultaten har levererats från regionens

Region	Enkel lmg XV015 (totalt antal genomförda):	Enkel lmg XV015 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre)	Fördjupad lmg XV016 (totalt antal genomförda)	Fördjupad lmg XV016 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre)	Kommentar
					controllers och ligger till grund för ersättningen till vårdcentralerna.
Sörmland	13 407 st.	5 961 st.	939 st.	727 st.	I Region Sörmland finns ersättningssystem. Ersättning utgår till vårdcentraler där 50 % av alla patienter som är 75 år eller äldre och som haft minst ett läkarbesök under året har fått minst en lmg. Det är i dagsläget endast en vårdcentral som uppnår målet 50 %. Majoriteten ligger mellan 15–20 %. I genomsnitt ligger alla vårdcentraler i Sörmland under 2017 på ca 25 %.
Uppsala	205 st.	Data saknas	889 st.	Data saknas	Data som anges är antalet lmg som genomförts av apotekare inom primärvården. Läkare registrerar också delvis lmg men statistik finns inte tillgänglig för detta.
Värmland	Data saknas	Data saknas	Data saknas	Data saknas	KVÅ-koder användes för registrering när det fanns stimulansmedel. Det är nu några år sedan det upphörde.
Västmanland	Data saknas	Data saknas	3 612 st.	Data saknas	Enbart fördjupad lmg KVÅ-kodas. Enligt regionen avser kodade fördjupade lmg nästintill uteslutande personer 75 år eller äldre. Att enkel lmg inte KVÅ-kodas beror enligt regionen på att detta alltid skall genomföras i mötet med patienten. Antalet KVÅ-kodade fördjupade lmg har tidigare år varit högre då det fanns ekonomiskt incitament. Revisioner av lmg har genomförts inom primärvård. De visade att kvaliteten varierade stort och att det förekom bristande följsamhet till framtagna rutiner.
Västernorrland	7 593 st.	Data saknas	3 061 st.	2 860 st. för personer över 65 år	Andelen patienter 65 år eller äldre som fått en fördjupad lmg i primärvården under 2017 är 4,9 % (av antal listade patienter i genomsnitt rullande tolv månader, 65 år eller äldre). 21 läkemedelsgenomgångar genomfördes 2017 med apotekarstöd. Årligen besöker informationsläkare och informationsapotekare Vård- och Hälsocentraler och informerar om möjlighet till stöd i arbetet från apotekare samt hur de ska

Region	Enkel lmg XV015 (totalt antal genomförda):	Enkel lmg XV015 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre)	Fördjupad lmg XV016 (totalt antal genomförda)	Fördjupad lmg XV016 (antal genomförda för personer 75 år eller äldre)	Kommentar
					registrera de fördjupade läkemedelsgenomgångar som görs i journalsystemet och hur de ska arbeta med lmg.
Västerbotten	553 st. på 549 patienter	218 st. på 215 patienter	2 633 st. på 2 482 patienter	2 038 st. på 1 914 patienter	Regionen ersätter fördjupade lmg. Därav registreras fördjupade lmg i högre utsträckning än enkla. Regionen har gjort stickprov bland fördjupade lmg för att kontrollera att de motsvarade kvalitetskraven. Stickproven visade inte på någon avvikelse.
Västra Götaland	6 238 st. på 5 211 patienter	1 826 st. på 1 566 patienter	14 1576 st. på 10 4696 patienter	105 739 st. på 73 879 patienter	Primärvården kodar främst XV016 då det är reglerat i krav och i kvalitetsboken för primärvården. Till detta är det kopplat en målrelaterad ersättning för primärvården om att minst 40 % av de listade patienterna som är 75 år eller äldre ska ha fått en fördjupad lmg per år.
Örebro	5 410 st. på 5 045 patienter	3 476 st. på 3 173 patienter	2 388 st. på 2 236 patienter	1 954 st. på 1 831 patienter	Antalet lmg har ökat under 2018, antagligen beroende på förenklad rapportering från och med januari 2018.
Östergötland	14 435 st.	5 471 st.	1 896 st.	1 156 st.	Inom primärvården genomförs lmg inkl. dokumentation och KVÅ-kodning främst i samband med årskontroller.

Källa: Läkemedelskommittéerna.