

# Vägen till strukturerade läkemedelsgenomgångar i primärvården

– fem olika arbetssätt med utgångspunkt från  
Hemma-DAKSmodellen

Ingeborg Björkman  
Helén Lieberman-Ram  
Sune Petersson

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

Nestor FoU-center  
Marinens väg 30, 136 40 Handen  
Hemsida: [www.nestor-foucenter.se](http://www.nestor-foucenter.se)  
tel: 070-814 59 31  
e-post: [nestor@haninge.se](mailto:nestor@haninge.se)

Rapporten kan laddas ner på  
[www.nestor-foucenter.se](http://www.nestor-foucenter.se)

Nestor FoU-center 2011

Björkman, Lieberman-Ram, Petersson  
Vägen till strukturerade läkemedelsgenomgångar  
i primärvården – fem olika arbetssätt med utgångspunkt från Hemma-DAKSmodellen

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

## Förord

Problemen kring äldre personers läkemedelsanvändning är kända sedan länge. Trots detta återstår mycket arbete för att kvaliteten i läkemedelsterapin ska bli optimal. Det råder fortfarande svårigheter att få till stånd långsiktiga modeller för att genomföra strukturerade läkemedelsgenomgångar, modeller som kan vävas in inom ramen för ordinarie verksamhet. Detta gäller både för personer inom ordinärt som särskilt boende.

Arbetet med strukturerade läkemedelsgenomgångar måste ges fortsatt hög prioritet och tilldelas tid och resurser. Det måste ges tid att minst en gång om året kunna göra en ordentlig översyn av en persons totala behandling och på ett strukturerat sätt ta reda på hur personen mår och även ta hänsyn till psykosociala aspekter. Med en bra helhetsbild över individens hälsotillstånd inser man att läkemedelsbehandling endast är en del av helheten. Det finns icke-farmakologiska behandlingsalternativ och andra omvårdnadsinsatser som är minst lika betydelsefulla för att uppnå en god livskvalitet för de äldre.

Den här rapporten handlar om vad som hände vid fem vårdcentraler från Nestors ägarkommuner där man valt att arbeta med strukturerade läkemedelsgenomgångar: Carema Lina Hage, Fornhöjdens vårdcentrum, Jordbro vårdcentral, Järna vårdcentral och Salems vårdcentral. Det är en beskrivning av fem olika modeller för genomgångar. Rapporten beskriver hela implementeringsprocessen från hur modellerna togs fram till att de testades, hur arbetet uppfattades av dem som arbetade med genomgångarna samt vad man faktiskt åstadkom när det gäller patienternas läkemedelsbehandling. Förhoppningen är att de som läser rapporten kan inspireras i sitt arbete med strukturerade genomgångar. Här kan också finnas erfarenheter av värde för landstingens beställarorganisationer när kvalitets- och processmått för läkemedelsgenomgångar behöver vidareutvecklas.

Vi vill tacka personalen på de fem vårdcentralerna för ett bra genomfört arbete och gott samarbete. För några av vårdcentralerna fortsätter kontakterna och samverkan med Nestor ytterligare en tid. Nestor kommer framöver att alltmer inrikta sitt arbete mot att stödja verksamheter inom kommun och landsting att långsiktigt införliva genomförda projekt inom ordinarie verksamheter. Arbetet med modeller för strukturerade läkemedelsgenomgångar ligger väl i linje med denna inriktning.

Huvudprojektledare för detta arbete har varit *Helén Lieberman-Ram* och delprojektledare *Ingeborg Björkman* och *Sune Petersson*, Nestor FoU-center. Alla tre har medverkat i att skriva denna rapport.

Haninge juni 2011

Britt Almberg  
FoU-chef  
Nestor FoU-center

# Innehåll

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>FÖRORD</b> .....                                                            | <b>3</b>  |
| <b>INNEHÅLL</b> .....                                                          | <b>4</b>  |
| <b>SAMMANFATTNING</b> .....                                                    | <b>5</b>  |
| <b>BAKGRUND</b> .....                                                          | <b>6</b>  |
| LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR ENLIGT SOCIALSTYRELSEN.....                              | 6         |
| LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR ENLIGT STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING.....                    | 7         |
| NATIONELLA KVALITETSINDIKATORER FÖR ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL.....                   | 7         |
| TVÅ VERKTYG I ARBETET MED STRUKTURERADE LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR.....             | 7         |
| ATT FÖRA IN EN NY METOD I ORDINARIE VERKSAMHET (IMPLEMENTERING).....           | 8         |
| HEMMA-DAKS.....                                                                | 9         |
| FORTSÄTTNING AV HEMMA-DAKS.....                                                | 9         |
| <b>SYFTE OCH MÅL</b> .....                                                     | <b>11</b> |
| <b>METOD FÖR IMPLEMENTERING</b> .....                                          | <b>12</b> |
| DELTAGANDE VÅRDCENTRALER .....                                                 | 12        |
| METOD ATT TA FRAM EN LOKAL MODELL FÖR LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR.....               | 12        |
| STÖD NÄR ARBETET KOMMIT IGÅNG.....                                             | 14        |
| <b>UTVÄRDERING AV ARBETET MED LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR</b> .....                  | <b>16</b> |
| INTERVJUUNDERSÖKNING.....                                                      | 16        |
| ANALYS AV LÄKEMEDELSDATA.....                                                  | 16        |
| <b>RESULTAT</b> .....                                                          | <b>17</b> |
| OM PROCESSARBETET.....                                                         | 17        |
| FEM OLIKA MODELLER.....                                                        | 18        |
| SAMMANFATTNING AV INTERVJUUNDERSÖKNINGEN .....                                 | 21        |
| RESULTAT AV LÄKEMEDELSGENOMGÅNGARNA.....                                       | 26        |
| <b>DISKUSSION</b> .....                                                        | <b>32</b> |
| HUR LYCKADES VÅRDCENTRALERNA MED IMPLEMENTERINGEN?.....                        | 32        |
| VAD BEHÖVS FÖR ATT FÅ TILL ETT BRA FLYT? .....                                 | 33        |
| HUR STÄMMER VÅRA IAKTTAGELSER FRÅN PROJEKTET MED IMPLEMENTERINGSTEORIER? ..... | 34        |
| DISKUSSION KRING LÄKEMEDELRESULTATEN .....                                     | 37        |
| LÄKARENS VIKTIGA ROLL .....                                                    | 38        |
| DISTRIKTSSKÖTERSKAN SOM SPINDELN I NÄTET .....                                 | 39        |
| DET OSYNLIGA PROCESSARBETET.....                                               | 39        |
| EN FRÅGA OM TID .....                                                          | 40        |
| GLÖM INTE PATIENTEN .....                                                      | 40        |
| <b>ERFARENHETER OCH FÖRSLAG FRÅN NESTOR FOU-CENTER:</b> .....                  | <b>42</b> |
| <b>REFERENSER</b> .....                                                        | <b>43</b> |
| <b>BILAGOR</b> .....                                                           | <b>45</b> |

## Sammanfattning

Rapporten beskriver ett projekt vars syfte var att utifrån en tidigare prövad modell (Hemma-DAKS) skapa lokalt hållbara modeller för strukturerade läkemedelsgenomgångar i primärvården, samt att införliva dessa i ordinarie verksamhet.

Myndigheter och beställare inom landstingen uppmanar primärvården att årligen genomföra strukturerade läkemedelsgenomgångar med de äldre som är mest sjuka. Erfarenheter från implementeringsforskning visar dock att det generellt är svårt att införa nya arbetsuppgifter i en ordinarie verksamhet. Det stämmer även när vårdcentraler ska införa strukturerade läkemedelsgenomgångar, det har varit svårt att hitta hållbara rutiner.

Målet för projektet var att vid varje medverkande vårdcentral revidera den tidigare modellen, och utveckla en konkret modellbeskrivning, förankra den bland berörd personal, pröva och vid behov justera modellen, samt genomföra ett bestämt antal läkemedelsgenomgångar. Modellen skulle i första hand riktas mot personer 65 år och äldre, inskrivna i hemsjukvården.

Fem vårdcentraler i Haninge, Salem och Södertäljes kommuner deltog i projektet. Arbetet har utvärderats genom intervjuer med medverkande från vårdcentralerna och genom analys av läkemedelsdata.

Rapporten beskriver processarbetet som genomfördes för att komma fram till de olika modellerna vid respektive vårdcentral. Vår uppfattning är att processarbetet är av avgörande betydelse för framgång, samtidigt som att det tycks vara ett arbete som inte prioriteras ut i verksamheterna.

Vid två av vårdcentralerna kom man långt med implementeringen, rutinerna blev väl integrerade i verksamheten. På båda ställena fanns en liten organisation som skötte genomgångarna och de hade fasta möten varje vecka där läkare och distrikts-, sjuk- och undersköterskor inom hemsjukvården träffades. Andra framgångsfaktorer i arbetet var att det fanns en distriktssköterska (sjuksköterska) som koordinerade och drev på arbetet samt att de använde symtomskattning som visade hur patienten mådde.

Vid den tredje vårdcentralen var de på god väg till integrering av rutinerna, medan den fjärde behöver modifiera sin modell och hitta nya former för att skapa större engagemang bland de medverkande. Faktorer som försvårade implementeringen var att det saknades fast tid för läkemedelsgenomgångar samt otydlighet i ledarskap och ansvarsfördelning. Vid den femte vårdcentralen skapades, på ett framgångsrikt sätt, en tillfällig modell för att kunna komma igång med läkemedelsgenomgångar.

Analysen av läkemedelsdata visade att antal läkemedel per patient minskade med i genomsnitt 0,6 läkemedel och kostnaden för läkemedel minskade med i genomsnitt 609 kr per patient. Kvalitetsförbättringar i förskrivningen kunde ses i samtliga utvalda kvalitetsindikatorer. Det förekom skillnader mellan vårdcentralerna. Vår bedömning är att det finns utrymme för ytterligare kvalitetsförbättringar.

Att införa strukturerade läkemedelsgenomgångar är möjligt, men initialt krävande. Processstöd måste till, antingen internt eller externt, för att hjälpa vårdcentraler att hitta bra arbetsmodeller.

## Bakgrund

Läkemedelsbehandling är den vanligaste behandlingsformen för våra äldre. Läkemedel kan göra nytta genom att lindra eller bota sjukdomar men kan också orsaka biverkningar och läkemedelsrelaterade problem. Läkemedelsbehandling kan liknas vid en vågskål, de positiva effekterna med behandlingen bör överväga de negativa sidoeffekterna. Denna avvägning bör göras i varje enskilt fall inför start av ny behandling eller som avslut av pågående behandling. Detta gäller alla patientgrupper, men är av särskilt stor vikt när det gäller äldre personer. Som underlag och stöd för behandlingen har läkare tillgång till nationella riktlinjer, rekommendationer, lokala vårdprogram, rekommenderade läkemedel och kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi. En individuell bedömning måste dock alltid göras utifrån patientens totala hälsotillstånd där även psykosociala aspekter vävs in.

Läkemedelsanvändningen bland våra äldre är omfattande. Bland personer 75 år och äldre används i genomsnitt 5,4 läkemedel per person (SBU 2009), bland hemsjukvårdspatienter och personer på särskilda boenden är genomsnittet cirka 10 läkemedel per person (Socialstyrelsen 2009a). En växande grupp äldre bor kvar i eget boende trots multisjuklighet. Gruppen multisjuka äldre har ofta fler vårdgivare inblandade, både inom öppen- och slutenvård.

Risken för olika typer av problem med läkemedelsanvändningen ökar med åldern och med antalet använda läkemedel. Det visar undersökningar om akutinläggningar som beror på läkemedelsbehandling, där äldre är överrepresenterade (Sarlöv m fl 2001, Odar-Cederlöf m fl 2008, Paul m fl 2008). Förutsättningar ändras och stigande ålder skapar större känslighet för läkemedel, och nya symtom tillkommer. Allt detta motiverar regelbundna omprövningar av läkemedelsbehandlingen.

### Läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsen

Socialstyrelsen anser att hälso- och sjukvården kan minska riskerna med olämplig läkemedelsbehandling och därmed öka patientsäkerheten och kvaliteten för personer med långvarig läkemedelsbehandling, genom att göra läkemedelsgenomgångar (Socialstyrelsen 2009b). En läkemedelsgenomgång definieras som ”en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbetssätt i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner” (Socialstyrelsen 2009c). Ett teamarbete rekommenderas där olika personer ingår så som patient och närstående samt läkare, sjuksköterska och omvårdnads- eller omsorgspersonal som känner patienten. En apotekare kan också vara av värde vid läkemedelsgenomgången, för att öka den farmakologiska kompetensen i gruppen.

I de nationella kvalitetsindikatorer som gäller för vård och omsorg om äldre personer finns två indikatorer för genomförande av läkemedelsgenomgångar. De gäller för personer 65 år och äldre och som har en hälso- och sjukvårdsinsats i särskilt boende eller ordinärt boende (Socialstyrelsen 2009c). Den första indikatorn anger att det ska finnas riktlinjer och rutiner för hur läkemedelsgenomgångarna ska genomföras, och att dessa ska vara framtagna i samverkan med ansvariga huvudmän. Den andra indikatorn handlar om att mäta hur stor andel av personer 65 år eller äldre, som behandlas med läkemedel, som har fått minst en genomgång av behandlingen under de senaste tolv månaderna.

## **Läkemedelsgenomgångar enligt Stockholms läns landsting**

Enligt Regelboken för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård inom Stockholms läns landsting (SLL) (2011a) gäller att för samtliga patienter som är inskrivna i hemsjukvård ska en årlig läkemedelsgenomgång genomföras. Härutöver skall en årlig läkemedelsgenomgång genomföras för alla patienter som är 65 år och äldre och har sju eller fler läkemedel i stående medicinering. Med läkemedelsgenomgång avses enligt Regelboken en metod för strukturerad analys, omprövning och uppföljning av en individs läkemedelsanvändning.

I SLL:s anvisningar för läkemedelsgenomgångar (Stockholms läns landsting 2011b) framgår att med läkemedelsgenomgångar kan följande uppnås:

- Antalet olämpliga läkemedel/läkemedelskombinationer och läkemedel med tveksam nytta minskas, doser justeras samt läkemedelskostnaden för patienten och landstinget minskas.
- Eventuella läkemedelsbiverkningar eller andra läkemedelsrelaterade problem som orsak till patientens aktuella besvär upptäcks.
- En uppdaterad läkemedelslista skapas, som är värdefull för förståelse av patientens verkliga läkemedelsanvändning.

Samma typ av underlag ska ligga till grund för alla läkemedelsgenomgångar som genomförs vid vårdenheten. Ett formulär för självskattade symtom kan med fördel användas. För patienter, som inte är inskrivna i hemsjukvården, gäller att ansvarig läkare tar initiativ till en årlig läkemedelsgenomgång genom att patienten kallas till ett särskilt besök, då läkemedelslistan granskas och kompletteras. Effekten av läkemedelsgenomgången bör följas upp efter ca en månad. Underlagen för genomgången bör vara patientens samlade, expedierade och använda läkemedel.

## **Nationella kvalitetsindikatorer för äldre och läkemedel**

Socialstyrelsen har utvecklat nationella indikatorer som kan användas för att mäta och följa kvaliteten i läkemedelsanvändningen hos äldre. Indikatorerna delas in i läkemedelsspecifika (val av preparat, behandlingsregim, dosering och läkemedelskombinationer) respektive diagnosspecifika (rationell, irrationell och olämplig läkemedelsbehandling vid ett antal vanliga diagnoser). Den första versionen av kvalitetsindikatorer introducerades år 2004 och en uppdaterad version färdigställdes under år 2010 (Socialstyrelsen 2010). Kvalitetsindikatorerna kan tillämpas på olika sätt. De kan användas vid uppföljning av förskrivningsmönster eller för att följa kvaliteten på lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna kan också ge stöd för att förbättra kvaliteten för enskilda patienter, exempelvis vid läkemedelsgenomgångar och vara ett stöd för förskrivande läkare i valet av lämplig läkemedelsbehandling. Indikatorerna speglar i första hand kvaliteten på populationsnivå. För en enskild patient kan indikatorerna peka på att en viss medicinering sannolikt är olämplig, men kan aldrig ersätta en individuell klinisk bedömning.

## **Två verktyg i arbetet med strukturerade läkemedelsgenomgångar**

### **Symtomskattning – en viktig pusselbit**

Vid sidan av de patientuppgifter som finns dokumenterade i patientjournalen är det av stor vikt att i samband med en läkemedelsgenomgång få en aktuell bild av hur den äldre mår. Ett sätt att fånga denna information är att använda sig av symtomskattningsskalor där ett antal

symtom räknas upp. Syftet med symtomskattningen är att den äldre själv skattar sina symtom och ger sin egen upplevelse av sina besvär. Det handlar inte om att personal ska tolka hur de äldre mår eller uttrycka vad de tror gäller. Personalens roll är att stödja med praktisk hjälp genom att vid behov hjälpa till att läsa eller skriva åt den äldre. När det gäller äldre personer som inte längre kan tala för sig själva måste däremot vård- eller omvårdnadspersonal försöka tolka symtomen tillsammans med den äldre och närstående och hjälpa till med skattningen.

Ett flertal symtomskattningsinstrument med relativt stora likheter används runt om i landet. Under 2009 har en skattningsskala vid namn PHASE 20 innehållande 20 symtom validerats och spridits nationellt (Hedström m fl 2009). Flera av symtomen kan vara läkemedelsrelaterade och därmed blir informationen från symtomskattningen en viktig pusselbit för att kunna relatera upplevda besvär till eventuella läkemedelsproblem såsom biverkningar, interaktionsproblem och underbehandling.

### **Externa utlåtanden**

Att göra en total översyn av behandlingen med läkemedel hos äldre sjuka personer kan vara komplicerat. De har ofta flera sjukdomar och är behandlade med många läkemedel. Ett utlåtande är ett underlag som tas fram av en utomstående expert och som syftar till att underlätta läkemedelsgenomgången. Utlåtandet kallas ibland för farmakologiskt stöd eller expertstöd.

Grundprinciper vid framtagandet är:

- val av läkemedel till den känsliga äldre
- val av doser
- lämpliga kombinationer av läkemedel
- undvikande av samtidig behandling med flera läkemedel från samma farmakologiska grupp

Utlåtandet skall ses som ett underlag för läkaren där viktiga principer när det gäller behandling av äldre är beaktade och där patientens nuvarande hälsotillstånd utgör grunden för rekommendationerna.

### **Att föra in en ny metod i ordinarie verksamhet (implementering)**

Metoden att arbeta med läkemedelsgenomgångar på ett strukturerat sätt i multiprofessionella team började användas i projektform i Sverige 1994 och har rekommenderats av Socialstyrelsen sedan 1996 (Schmidt 1999, Socialstyrelsen 1996). Det är således en metod som funnits i snart 20 år och som Socialstyrelsen sedan länge lyft fram som en bra metod för att förbättra vården av de mest sjuka äldre.

De flesta är överens om att läkemedelsgenomgångar bör följa en speciell struktur och genomföras med en viss regelbundenhet. Många utvecklingsprojekt kring läkemedelsgenomgångar har genomförts i landet och de visar ofta goda resultat så länge de bedrivs i projektform (exempelvis Jirenius G 2008, Salaj m fl 2010, Söderholm m fl 2009). När arbetet därefter ska implementeras i ordinarie verksamhet har det visat sig svårt att finna fungerande hållbara rutiner. Som exempel kan nämnas att länssnittet i Stockholm år 2010 för andelen hemsjukvårdspatienter för vilka läkemedelsgenomgång hade registrerats var 22 procent (Stockholms läns landsting 2011c).

Erfarenheter visar att det inte räcker med att det finns en metod och en rekommendation för att ett nytt arbetssätt ska börja tillämpas. Oftast krävs speciella insatser för att nya rutiner ska skapas och användas. Kring arbetet som handlar om att integrera nya metoder i en ordinarie verksamhet har ett nytt forskningsfält vuxit fram, så kallad implementeringsforskning. Mycket av det som bedrivs inom ramen för implementeringsforskningen handlar om att undersöka och beskriva olika typer av förändringsarbeten och peka på hur man kan göra för att öka chanserna att lyckas. Enligt den här forskningen kan implementeringsprocessen sammanfattas i sex viktiga steg (Olsson och Sundell 2008):

- 1) Undersöka behov av och förutsättningar för förändring*
- 2) Förankra behovet av förändring*
- 3) Välja metod och planera genomförandet*
- 4) Utbilda i den nya metoden*
- 5) Stödja när metoden börjar användas*
- 6) Varaktigt vidmakthållande av den nya metoden*

Faktorer som förknippas med lyckosam utveckling och implementering är långsiktighet, en stödjande miljö (inklusive tydlig ledning), delaktig personal (som involveras på ett tidigt stadium) och struktur (exempelvis för arbetsmöten och för hur man samverkar i team). Andra forskare på området talar mer om ett ”hållbart utvecklingsarbete” än om ett ”implementeringsarbete”. De kompletterar med ytterligare förutsättningar som exempelvis: en tydlig koppling mellan utvecklings- och driftsfrågor, att nödvändiga resurser avsätts för utvecklingsarbetet och att ett lärande byggs in i processen i form av reflektioner som tillåter korrigeringar utifrån gjorda erfarenheter (Svensson m fl 2008).

Här måste påpekas att det vi menar med implementering är, i det här fallet, hela processen från att det finns en idé vid vårdcentralen om att läkemedelsgenomgångar ska genomföras, till att en arbetsgrupp bildas och att den skapar en lokalt anpassad modell, och till att metoden börjar användas i ordinarie verksamhet. Vi tror inte att processen följer ett linjärt skeende där steg 1 går vidare till steg 2 och så vidare, utan ser det som en integrerad process som kan pågå i de olika stegen samtidigt.

## **Hemma-DAKS**

Mellan år 2007 och 2009 drev Nestor FoU-center ett samverkansprojekt tillsammans med ett antal vårdcentraler och hemtjänstdistrikt inom Nestors ägarkommuner, det så kallade Hemma-DAKSprojektet. Syftet med projektet var att pröva en samverkansmodell för läkemedelsgenomgångar för äldre hemmaboende, anslutna till hemsjukvården (Nestor FoU-center 2009). Ett viktigt resultat var att Hemma-DAKSmodellen var en bra och ambitiös modell men för att kunna fungera i en ordinarie verksamhet behövs en förenkling och modifiering utifrån lokala behov och förutsättningar. Kärnan från Hemma-DAKSmodellen kunde fungera som en utgångspunkt för ett mer lokalt anpassat arbete med egna praktiska lösningar.

## **Fortsättning av Hemma-DAKS**

I samband med utvärderingen av Hemma-DAKS år 2009 visade personalen från några av de medverkande vårdcentralerna intresse för fortsatt arbete och vidareutveckling av modellen. De såg fördelar med fortsatt projektstöd av Nestor i sitt arbete att hitta rutiner för ett mer långsiktigt arbete med läkemedelsgenomgångar. I och med att Socialstyrelsen aviserat ny omgång stimulansmedel där läkemedelsgenomgångar var ett av de prioriterade områdena,

och att Nestor kunde tillhandahålla både den läkemedelskompetens och det processtöd som skulle krävas, så fanns goda förutsättningar till en fortsättning.

## Syfte och mål

Syftet med detta projekt var att utifrån en tidigare prövad modell (Hemma-DAKS) skapa lokalt hållbara modeller för strukturerade läkemedelsgenomgångar i primärvården, samt att införliva dessa i ordinarie verksamhet.

Målet för projektet var att vid varje medverkande vårdcentral revidera Hemma-DAKSmodellen och utveckla en konkret modellbeskrivning, förankra den bland berörd personal, pröva och vid behov justera modellen, samt genomföra ett bestämt antal läkemedelsgenomgångar. Modellen skulle i första hand riktas mot personer 65 år och äldre, inskrivna i hemsjukvården. Modellen skulle utvecklas och prövas under tiden våren 2009-december 2010.

## Metod för implementering

### Deltagande vårdcentraler

Alla vårdcentraler som deltog i Hemma-DAKSprojektet tillfrågades om intresse av fortsatt arbete tillsammans med Nestor för att ta fram en lokalt anpassad modell för läkemedelsgenomgångar. Fyra av vårdcentralerna nappade på erbjudandet. Dessutom tillkom en vårdcentral som inte deltog i Hemma-DAKS men som nu ville starta med strukturerade läkemedelsgenomgångar.

Av de deltagande vårdcentralerna var tre i Södertälje kommun, en i Salem och en i Haninge kommun. Flera av vårdcentralerna var placerade i invandrartäta områden.

Antal hemsjukvårdspatienter per vårdcentral varierade och var vid projektstarten mellan cirka 40 och 150 patienter. Av dessa var cirka 30 till 100 patienter i den aktuella åldersgruppen 65 år och äldre.

Vid tre av vårdcentralerna fanns en ansvarig läkare utsedd för hemsjukvårdspatienterna, en av dessa läkare var geriatriker. De övriga två var utsedda främst av organisatoriska skäl och på grund av läkarbrist, så denna lösning skulle ses mer som provisorisk och förhoppningsvis tillfällig. Vid två vårdcentraler var ansvaret för hemsjukvården uppdelat på flera läkare, där varje läkare ansvarade för egna geografiska distrikt.

Vid tre vårdcentraler fanns en grupp distriktssköterskor/sjuksköterskor (kallas i fortsättningen distriktssköterskor), och vid en vårdcentral fanns en ensam distriktssköterska, som alla hade deltagit i arbetet med läkemedelsgenomgångar under Hemma-DAKSprojektet. Vid den femte vårdcentralen (den som nu skulle starta med genomgångarna) fanns en distriktssköterska som var intresserad av att arbeta med läkemedelsgenomgångar.

Alla vårdcentraler utom en fick under tiden som projektet drevs tillgång till journalsystemet Take Care. Det innebar att patienternas läkemedelslista blev gemensam för alla vårdenheter som var anslutna till systemet.

### Metod att ta fram en lokal modell för läkemedelsgenomgångar

Varje vårdcentral utsåg en arbetsgrupp som innehöll 2-6 personer. I samtliga arbetsgrupper deltog en eller flera distriktssköterskor, på fyra vårdcentraler deltog läkare i planeringsarbetet och på tre vårdcentraler medverkade även verksamhetschefen. Två av verksamhetscheferna arbetade även som kliniskt verksamma läkare.

I Nestors uppdrag ingick planering av arbetsmöten, processtöd, dokumentation, framtagande av blanketter, och när läkemedelsgenomgångarna genomfördes ta fram utlåtanden och efter avslutat projekt ta fram lokal återrapportering med statistik. Aktuell vårdcentral åtog sig att avsätta tid för arbetsgruppen att träffas, genomföra minst ett självvalt antal läkemedelsgenomgångar under projekttiden samt delta på möten och intervjuer.

Arbetsmetoden för att ta fram en lokal modell byggde på gemensam fördjupad diskussion kring de olika delar som bör ingå i arbetet med läkemedelsgenomgångar, enligt erfarenheter från Hemma-DAKSprojektet. Stor vikt lades vid att personalen vid vårdcentralen skulle få utrymme att forma sin egen modell. Nestors roll var att stödja detta processarbete.

Respektive arbetsgrupp fick bestämma ett visst antal läkemedelsgenomgångar som skulle genomföras under projektets gång. Antalet skulle vara utmanande men rimligt. Detta mål

användes som ett sätt att driva på arbetet, enligt uppfattningen att mätbara mål kan öka motivationen i förändringsarbetet.

### **Arbetsmöten**

Ersättning för högst tre arbetsmöten á maximal 1,5 timme för medverkande distriktssköterskor och läkare utgick för att möjliggöra ett aktivt deltagande av arbetsgruppen. Om behov och intresse fanns av ytterligare möten och avstämningar med Nestor skedde dessa utan ekonomisk ersättning.

Arbetsmötena följde en viss ordning och struktur. Först identifierades lokala problem och förutsättningar. Sedan beslutades om praktiska lösningar och ambitionsnivå vid respektive vårdcentral. Efter alla arbetsmöten skrev Nestor minnesanteckningar som delgavs alla medverkande i arbetsgruppen.

#### *Innehåll i arbetsmöte 1 - 3*

Syftet med arbetsmöte 1 var att i stort diskutera vilka behov och tankar som fanns vid vårdcentralen och att få en uppfattning om hur de avsåg att arbeta, i vilken fart och i vilken omfattning.

Målsättningen var att efter detta möte kunna fastställa en plan för hur arbetet skulle läggas upp och genomföras och hur arbetssättet för läkemedelsgenomgångar skulle se ut i stora drag. Här följer exempel på frågeställningar som diskuterades i starten av projektet:

- Återkoppling om vårdcentralens insats i det tidigare Hemma-DAKSprojektet.
- Svårigheter/problem innan projektstart.
- Hur såg arbetet med läkemedelsgenomgångar ut innan projektstart?
- Vilka önskemål, behov, tankar och förväntningar fanns?
- Hur såg den lokala organisationen ut? Fanns hemsjukvårdsteam? Fanns en ansvarig hemsjukvårdsläkare eller skulle arbetet fördelas på flera läkare? Hur såg bemanningen ut på vårdcentralen?
- Avstämning av projektets syfte och målsättning.
- Plan inklusive tidsplan för hur en lokalt anpassad modell för läkemedelsgenomgång skulle tas fram.
- Projektets olika steg med arbetsmöten, genomförandeplan, pilottest, utvärdering, fortsatt arbete.

Övriga punkter var ämnen som arbetsgruppen behövde diskutera och fatta beslut om innan det nya arbetssättet kunde provas. Frågorna diskuterades under ett eller flera arbetsmöten.

- Vilka inklusionskriterier skulle gälla i projektarbetet?
- Skulle symtomskattning användas och vem/vilka ansvarade för den?
- Vilka patientuppgifter skulle samlas in?
- Tillgång till aktuella läkemedelsuppgifter som underlag för läkemedelsgenomgångar.
- Skulle blanketter användas och i så fall vilka?
- Fanns behov av checklistor till vissa arbetsmoment, i så fall vilka?
- Skulle IT-stöd användas och i så fall vem på vårdcentralen skulle arbeta med det?
- Skulle farmakologiskt stöd användas och i så fall på vilket sätt (på distans eller på plats, för alla patienter eller för ett urval)? För- och nackdelar?

- Hur skulle dokumentationen ske och vilken omfattning önskades?
- Vilka behov och önskemål om återkoppling av lokal statistik fanns och på vilken nivå?
- När och hur skulle läkemedelsgenomgångar initieras?
- Var skulle läkemedelsgenomgångarna genomföras (hemma hos patienten, eller på vårdcentralen)?
- Vilka skulle medverka vid läkemedelsgenomgångarna?

Arbetsmöte 2 och 3 innehöll mer av detaljplanering och vidare diskussioner om hur en bra läkemedelsgenomgång bör genomföras.

### **Modellbeskrivning**

De lokala arbetsmötena resulterade i revideringar och justeringar av arbetssättet och mynnade slutligen ut i framtagande av en lokal modellbeskrivning. Syftet med modellbeskrivningen var att tydliggöra för samtliga vid vårdcentralen hur arbetet med läkemedelsgenomgångar skulle genomföras och även visa uppskattad tidsåtgång för respektive delmoment. Modellbeskrivningen undertecknades av verksamhetschef, deltagarna i arbetsgruppen och projektledarna från Nestor FoU-center.

### **Stöd när arbetet kommit igång**

#### **Datorstöd vid läkemedelsgenomgångarna**

Det datorstöd som använts i detta projekt var miniQ och Monitor (programvaror för kvalitetsanalys av äldres läkemedelsanvändning och läkemedelsgenomgångar, Quality Pharma AB). Syftet med att använda datorstöd i projektet var att möjliggöra inläsning och inmatning av patientuppgifter vid vårdcentralen, för att i nästa steg överföra data till apotekaren på Nestor. På Nestor använde apotekaren programmet Monitor för att utarbeta utlåtanden. Ytterligare en viktig funktion för datorstödet var att generera rapporter med redovisning av resultaten av arbetet med läkemedelsgenomgångarna. Resultaten från genomgångarna baserades på inmatade läkemedelslistor före och efter genomgången, på dokumenterade läkemedelsrelaterade problem som förorsakat förändrad behandling och på rapporterade resultat av genomförda åtgärder.

#### **Externt utlåtande om läkemedelsbehandlingen**

Inför starten av fortsättningen av Hemma-DAKS tog Nestor fram en ny struktur för utlåtandet för att det skulle bli mer överskådligt och lättläst. De nya utlåtandena avsågs vara uppbyggda på ett mer kliniskt relevant sätt och kommentarerna presenterades med viss prioriteringsordning. Nestor poängterade att utlåtandena skulle ses som ett beslutsunderlag och ett stöd för läkarna, att alla förslag inte behövde genomföras och att det kunde vara bättre att börja i liten skala och göra små förändringar i taget. Utlåtandena förbättrades ytterligare under arbetets gång genom att de diskuterades under de lokala uppföljningsmötena. Nestor uppmanade läkarna att kommentera utlåtandena och komma med förslag om förbättringar och förenklingar.

I utlåtandena presenterades möjliga läkemedelsrelaterade frågeställningar vilka identifierats utifrån diagnoser, läkemedelsbehandling, lab.värden och symtomskattning. Därefter följde ett resonemang om möjliga åtgärder och förslag till förändringar i läkemedelsbehandlingen samt motiv till dessa förslag. Som underlag för de utlåtanden som togs fram av Nestor användes följande källor:

- Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer
- Interaktioner enligt Sfinx
- Biverkningar enligt FASS
- Njurfunktion, eGFR beräknad enligt Cockcroft-Gault med normalvikt som underlag
- Nationella behandlingsrekommendationer
- Kloka listan
- Kliniskt rapporterade erfarenheter av behandling av de mest känsliga äldre

### **Samspel vårdcentral – Nestor FoU-center**

Under projektets gång samverkade Nestor och respektive vårdcentral på flera olika sätt. En stor del av detta processtöd bestod av personliga kontakter och möten, samt telefon- och e-postkontakter. Informationsöverföring ägde dessutom rum mellan Nestor och respektive vårdcentral. Patientuppgifter skickades från datorstödet på vårdcentralen till Nestor, liksom dokumentationen av problem, åtgärder, resultat av genomgångarna och uppdaterade läkemedelslistor. All patientknuten information sändes krypterat via Internet och alla uppgifter var avidentifierade. Vid en vårdcentral användes inte datorstödet och underlagen kopierades istället och skickades per post. Nestor återförde producerade utlåtanden till samtliga vårdcentraler via e-post.

### **Lokal återföring - en morot för vårdcentralen**

Ett syfte med att använda datorstöd är att kunna få en återrapporering över resultaten av arbetet med läkemedelsgenomgångar. Denna lokala statistik kan fungera som ett redskap både för verksamhetschef och personal. I en sådan rapport återfinns data över antal läkemedel före och efter genomgångarna, identifierade läkemedelsrelaterade problem, insatta åtgärder, genomförda läkemedelsförändringar, förändringar i kvaliteten enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer, eventuella kostnadsbesparingar och dosförändringar.

Rapporten kan användas som underlag vid återföring av resultat till beställarorganisationen inför utbetalning av ersättning. Den kan också användas i kvalitetsutvecklande arbete på vårdcentralen exempelvis genom att utifrån resultaten sätta upp nya konkreta kvalitetsmål vad det gäller läkemedelsanvändningen hos äldre eller genom att jämföra lokala förskrivningsmönster med förskrivningsmönster från andra lokala, regionala och nationella enheter.

# Utvärdering av arbetet med läkemedelsgenomgångar

## Intervjuundersökning

För att utvärdera hur arbetet fungerat vid de fem vårdcentralerna genomfördes intervjuer med personer som arbetat med läkemedelsgenomgångar under projekttiden. Syftet med intervjuerna var att ge en samlad bild av hur de medverkande personerna uppfattat arbetet. Minst tre personer (och som mest sex personer) vid varje vårdcentral intervjuades, en läkare, en distriktssköterska samt verksamhetschefen. Intervjuerna ägde rum under perioden november 2010 till januari 2011. Alla verksamhetschefer samt en läkare och en distriktssköterska intervjuades per telefon medan övriga intervjuer gjordes vid personliga besök vid vårdcentralerna. Under intervjun fick den som intervjuades berätta fritt om sina erfarenheter. En intervjuguide användes som stöd. Intervjuerna förväntades täcka följande frågeområden:

- Hur modellen/arbetssättet togs fram
- Stödet från Nestor
- Om man var nöjd med arbetet med läkemedelsgenomgångar
- Vad hade fungerat bra och vad hade fungerat mindre bra
- Vinster med arbetssättet
- Ville man fortsätta med läkemedelsgenomgångar på ett strukturerat sätt
- Önskemål om förändringar i arbetssättet och utvecklingsmöjligheter
- Hur en läkemedelsgenomgång definieras/vad den bör innehålla

Alla intervjuer skrevs ut ordagrant. Textmaterialet bearbetades med hjälp av innehållsanalys (Graneheim och Lundman, 2004). Alla intervjuer från en och samma vårdcentral lästes igenom noggrant och kodades. Därefter grupperades alla påståenden från en vårdcentral under teman som anknöt till de frågeområden som diskuterats och en presentation skapades för varje vårdcentral. Resultatet av denna första analys presenterades vid ett personalmöte på respektive vårdcentral. Det var för att ge personalen och verksamhetschefen en återkoppling av vad som hänt och hur arbetet hade fungerat, enligt dem själva, samt för att stämma av om de kände igen sig i resultatbeskrivningen. Presentationen användes också som ett underlag för diskussioner kring hur man skulle fortsätta arbeta med läkemedelsgenomgångar. Samtidigt presenterade Nestor statistik över arbetet med läkemedelsgenomgångarna.

Analysen fortsatte i ett nästa steg. Då gjordes en kompletterande analys genom att alla intervjuer lästes igen och fokus lades på hur de intervjuade berättade om sina erfarenheter.

## Analys av läkemedelsdata

Aidentifierade data från läkemedelsgenomgångarna analyserades i dataprogrammet Monitor innan sammanställning. Såväl användning som dosering och kostnader för olika läkemedel/läkemedelsgrupper har utgjort underlag för beräkningarna. De förändringar i läkemedelsanvändning som läkemedelsgenomgångarna gav analyserades utifrån flera perspektiv:

- Kvaliteten i läkemedelsbehandlingen utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer
- Stora förändringar av förskrivningen av enskilda ATC-grupper
- Variationer mellan de olika deltagande vårdcentralerna sammanställdes som ett underlag för självreflektion för respektive vårdcentral

## Resultat

Projektet genomfördes under tidsperioden april 2009 – december 2010. Fem vårdcentraler deltog i projektet.

Resultatdelen är indelad i tre delar: 1) processarbetet att ta fram egna modeller för läkemedelsgenomgångar, tillsammans med en översikt av flödet i modellerna, 2) resultaten från den utvärdering som gjorts med hjälp av intervjuer med de medverkande och 3) resultaten från läkemedelsgenomgångarna i form av läkemedelsdata före och efter genomgång.

### Om processarbetet

#### Arbetsmöten och avstämningar

Totalt genomfördes under projekttiden mellan tre och åtta möten på respektive vårdcentral. Två vårdcentraler hade två arbetsmöten innan arbetet startade, och två andra behövde tre möten innan start. På den vårdcentral som tidigare inte arbetat med strukturerade läkemedelsgenomgångar krävdes fem möten innan man kunde starta hela flödet. Efter arbetet hade startat ägde ett antal avstämningsmöten rum. På två vårdcentraler behövdes bara en avstämning, en vårdcentral hade två avstämningsmöten, en annan hade tre och på en vårdcentral genomfördes fyra avstämningsmöten efter det att arbetet påbörjats.

Antalet möten berodde bland annat på hur många i personalen som var inblandade, hur stora revideringar i modellen som skulle göras och annan lokal planering. Arbetet var upplagt så att ett fåtal patienter prövades enligt den framtagna modellen för att sedan kunna utvärderas och vid behov revideras. Angelägna områden togs upp för diskussion och beslut, alla processer gick igenom för att få alla i arbetsgruppen delaktiga och på det klara med vad som skulle göras. Nödvändiga beslut fattades av arbetsgruppen i samråd med verksamhetschefen och Nestor.

#### Tidigare problem och önskemål om förbättring

De problem som tidigare upplevts i arbetet med Hemma-DAKSmodellen handlade om:

- Svårigheter med att ta fram basal information om patienterna från journalen
- Brist på avsatt tid för att göra genomgångar och uppföljningar
- Brist på tid för att mata in uppgifter i datorstödet
- Brist på tydlig lokal ansvarsfördelning

Dessa faktorer var samtliga deltagare intresserade av att förbättra och utveckla. Målsättningen för att delta i projektet uttrycktes på flera sätt. Syftet var att kunna erbjuda en hemsjukvård med hög kvalitet inklusive läkemedelsbehandling och att hitta fungerande rutiner för detta arbete inom ramen för det ordinarie arbetet. Samtliga var även intresserade av återföring av resultat av läkemedelsgenomgångarna och såg det som ett viktigt redskap för att granska sin egen verksamhet och för att sätta upp lokala kvalitetsmål.

#### Olika roller vid arbetsmöten och under genomförandet

Vid tre av vårdcentralerna deltog verksamhetscheferna aktivt i arbetsgrupperna. Två av dessa deltog också aktivt i arbetet med att genomföra läkemedelsgenomgångar och att sätta upp lokala kvalitetsmål. Den tredje chefen genomförde inte genomgångar, men avsatte tid för att kunna delta på alla arbetsmöten och bidrog med aspekter utifrån ett verksamhetsperspektiv såsom krav från beställarna, ekonomi och resursåtgång, men pekade också på att utvecklingsarbete måste få ta tid.

En verksamhetschef lämnade mandat till hemsjukvårdsteamet att själva revidera modellen och organisera arbetet. Här bestod teamet av fem distriktssköterskor och en läkare. Framtagande av rutiner och modellen sköttes helt av distriktssköterskegruppen.

Vid en vårdcentral organiserades arbetet självständigt av distriktssköterskorna i hemsjukvården tillsammans med den geriatriker som hörde till hemsjukvården och verksamhetschefen fick kontinuerligt information om arbetet.

Vid fyra av vårdcentralerna fanns en distriktssköterska med ansvar för att samordna det lokala arbetet. Hennes uppgift var att koordinera och planera arbetet, se till att alla visste vad de skulle göra, driva på arbetet, själv delta samt vara kontaktperson i samarbetet med Nestor. Vid en av vårdcentralerna hade den ansvarige distriktssköterskan endast uppgiften som kontaktperson medan ansvaret för att driva läkemedelsgenomgångarna hade delats upp på alla distriktssköterskor i gruppen. Vid tre vårdcentraler hade den ansvariga distriktssköterskan också ansvaret för all registrering i datorstödet.

### **Förankring till övrig personal inom vårdcentralen**

Beroende på hur stor vårdcentralen var och hur den var organiserad såg förankringsarbetet olika ut. Ingen särskild plan för hur modellen för läkemedelsgenomgångar skulle förankras under projektiden var framtagen. Information till övriga på vårdcentralen skedde löpande vid lämpliga tillfällen. Flera menade att man ville pröva färdigt sin modell och reflektera över resultaten innan man delgav den till övriga på vårdcentralen.

### **Fem olika modeller**

#### **Kriterier för inkludering av patienter till läkemedelsgenomgång**

Vid alla fem vårdcentraler valdes att till en början endast inkludera hemsjukvårdspatienter 65 år och äldre. Vid en vårdcentral vidgades kriterierna och de inkluderade även yngre hemsjukvårdspatienter med hög läkemedelsanvändning, medan de vid två andra vårdcentraler valde att endast inkludera patienter med fem eller fler läkemedel. Alla var överens om att arbetssättet för hemsjukvårdspatienterna i möjligaste mån skulle kunna överföras till andra patientgrupper, främst patienter 65 år och äldre med sju eller fler läkemedel.

Under projektiden var syftet att ett bestämt antal hemsjukvårdspatienter skulle få en läkemedelsgenomgång. Patienter skulle inkluderas i modellen allteftersom de skrevs in i hemsjukvården, därefter årligen.

#### **Symtomskattning**

Vid samtliga vårdcentraler beslutades att inte involvera hemtjänstpersonalen i momenten som rörde symtomskattningen. Under det tidigare Hemma-DAKSprojektet var det en del av modellen, men i det lokala fortsättningsarbetet ansåg man det varken vara organisatoriskt möjligt eller önskvärt. Symtomskattningen diskuterades ofta på arbetsmöten för att tydliggöra dels hur den borde användas och dels vilken roll distriktssköterskorna har i detta sammanhang. Det fördes även diskussion kring hur övriga distriktssköterskor på sikt skulle kunna involveras i arbetet och följa med i "tänket".

#### **Läkemedelsgenomgångens flöde**

De fem vårdcentralerna följde ett grundflöde för de olika momenten vid läkemedelsgenomgångarna, se Bild 1. Grundmodellen modifierades på olika sätt så att det blev fem olika varianter av modellen.

### **Förberedelser – distriktssköterska**

- Ansvarar för symtomskattning vid hembesök och för att uppgifter finns tillgängliga angående aktuella läkemedel, diagnoser, blodtryck, längd och vikt, kreatinin, ortostatism, fall och konfusion (ej äldre än 3 månader). Tar nya prover vid behov. Sammanställer på fastställda blanketter.
- Registrerar läkemedelsgenomgång i kassan (alternativt görs detta när läkemedelsgenomgången är genomförd).
- Matar in uppgifter om patienten i ett datorstöd (om sådant används) och skickar via internet till apotekare på distans (om externt utlåtande ingår i modellen), alternativt sänds per post.
- Bokar tid för läkemedelsgenomgång med läkare.

1-2 veckor

### **Läkemedelsgenomgång – läkare och distriktssköterska**

- Tar emot utlåtande via e-post (läkare eller distriktssköterska).
- Går tillsammans igenom läkemedelsbehandlingen vid särskilt avsatt tid varje vecka. Beslutar om åtgärder och uppföljning samt vem som ansvarar för detta och när detta ska ske.
- Dokumenterar förändringar i journalen (läkare) samt på blankett för läkemedelsrelaterade problem (LRP-blankett) (distriktssköterska). Ny uppdaterad läkemedelslista i journalen (läkare).

### **Uppföljning**

- Följer upp åtgärder och eventuellt nya förändringar och dokumenterar i journalen (läkare) sam på LRP-blankett (distriktssköterska).

### **TILLVAL, STATISTIKRAPPORT**

#### **Sammanställning och återrapportering - distriktssköterska.**

- Matar in uppgifter på LRP-blanketten samt ny läkemedelslista i datorstödet.
- Skickar LRP-blankett samt ny läkemedelslista till apotekare på distans via datorstödet eller post.

#### **Återrapportering från Nestor**

- Resultat av läkemedelsgenomgångar i form av bland annat förändringar i läkemedelskvalitet och läkemedelskostnader.

Bild 1. Flöde över grundmodell för läkemedelsgenomgångar.

### *Med eller utan externt utlåtande*

Vid tre vårdcentraler valdes att erhålla utlåtanden från Nestor för samtliga patienter, medan de däremot vid en vårdcentral helt valde bort utlåtanden från Nestor eftersom de hade en erfaren geriatriker som skötte alla läkemedelsgenomgångar.

### *Läkemedelsgenomgång med två ”ronder”*

Vid en vårdcentral delades arbetet in i rond 1 och rond 2, där rond 1 innebar att läkare och distriktssköterska genomförde en genomgång på vårdcentralen utifrån de insamlade uppgifterna och gjorde en första bedömning utan externt utlåtande. En checklista med lämpliga frågeställningar togs fram till vårdcentralen, att använda vid rond 1. Det bestämdes att fokus vid rond 1 var att varje ordinerat läkemedel skulle ha en aktuell och tydlig indikation/diagnos. Vid rond 1 beslutades om läkaren behövde träffa patienten för att kunna göra en genomgång och om det behövdes ett externt utlåtande. Externt utlåtande beställdes för patienter med särskilt komplicerad läkemedelsbehandling. I dessa fall träffades läkaren och distriktssköterskan en gång till vid en Rond 2.

### *Genomgång tillsammans med patienten*

På en vårdcentral gjordes läkemedelsgenomgångarna i samband med hembesök då både läkare och distriktssköterska deltog, och på en vårdcentral kallades patienten till vårdcentralen när läkemedelsgenomgången skulle genomföras. På ytterligare en vårdcentral hade läkarna olika metoder, vissa gjorde genomgången utan att träffa patienten medan andra gjorde den efter patientmötet eller tillsammans med patienten. Vid de övriga två vårdcentralerna gjordes läkemedelsgenomgångar utan att involvera patienten.

### *En tillfällig modell: en läkare gjorde genomgångar på alla patienter*

Vid den vårdcentral som inte arbetat med läkemedelsgenomgångar tidigare bestämdes att en läkare skulle vara den drivande motorn i arbetet och själv gå igenom alla patienter med en läkemedelsgenomgång. Denna läkare ansvarade för den årliga läkemedelsgenomgången för patienten, men patienten tillhörde fortfarande sin egen patientansvarige läkare. Detta innebar att läkaren behövde stämma av med patientansvarig läkare både före och efter genomgångarna. Eftersom läkaren oftast inte kände patienten sedan tidigare bokades patienten in för ett särskilt läkarbesök då läkemedelsbehandlingen diskuterades.

### **Att använda datorstöd**

Vid fyra vårdcentraler användes datorstödet för inmatning av patientuppgifter för att kunna få återföring av resultaten av läkemedelsgenomgångarna efter avslutat projekt. På tre av vårdcentralerna var en distriktssköterska ansvarig för inmatning av alla patienters uppgifter. Denna distriktssköterska var också den person som hade samordnande uppgifter och var den som drev på arbetet lokalt. På den fjärde vårdcentralen hade vårdgivaren själv införskaffat licenser för datorstödet till varje distriktssköterska i hemsjukvården. Därmed delades ansvaret för genomgångarna upp på varje distriktssköterska som då själv kunde mata in uppgifter för sina egna patienter på sin egen dator och också ha kontroll över var i processen man befann sig. Vid den femte vårdcentralen bedömdes att det på grund av personalbrist varken fanns möjlighet att avsätta resurser för att lära sig ett nytt dataprogram eller avsätta tid för inmatning. De skickade istället in nödvändiga patientuppgifter till Nestor per post och Nestor hjälpte till med inmatningen.

### **Dokumentation utanför patientjournalen**

Under Hemma-DAKS projektet användes blanketter för symtomskattning, patientuppgifter och dokumentation av läkemedelsrelaterade problem (LRP-blanketten), se bilagorna 1-4.

Dessa blanketter användes även under detta projekt men med lokala justeringar utifrån önskemål från respektive arbetsgrupp.

Som symtomskattning användes vid en av vårdcentralerna den validerade PHASE 20-skalan (bilaga 2), som också är den som numera finns i datorstödet. Från denna vårdcentral kom önskemål om att översätta PHASE-20 till andra språk som talades frekvent bland vårdcentralens patienter. Nestor lät i samarbete med Stockholms läns landsting översätta symtomskattningsskalan till arabiska, assyriska och finska. Till skalorna översattes också en praktisk instruktion. Dessa symtomskattningsskalor finns nu för användning och kan erhållas från Stockholms läns landsting (Stockholms läns landsting 2011b).

Enligt önskemål från en vårdcentral togs en särskild blankett fram för att samla uppgifter om patienternas allmäntillstånd och sociala situation (bilaga 5).

### **Tidsaspekter**

Vid de flesta av vårdcentralerna avsattes en fast återkommande tid varje vecka för läkemedelsgenomgångar och en annan tid, gärna i slutet på arbetsdagen, för inmatning i datorstödet. Tiden för själva läkemedelsgenomgången varierade mellan 30 och 60 minuter och mellan 2 till 4 patienter kunde oftast gås igenom under den tiden. Vissa delar i modellen krävde ytterligare tid, och för det avsattes ingen särskild tid. Det handlade om tid för insamling av uppgifter, extra möte med läkare och distriktssköterskor, inmatning i datorstödet och delar av uppföljningen. Uppskattningsvis tog hela flödet cirka 1 timme per patient, inkluderat insamling av patientuppgifter och symtomskattning, genomgång, uppföljning och dokumentation.

Eftersom arbetssättet var helt nytt vid en av vårdcentralerna var tidsåtgången i början mer omfattande, exempelvis tog en del av insamlingen av patientuppgifterna lång tid.

### **Sammanfattning av intervjuundersökningen**

I följande redovisning sammanfattas vad som framkommit från intervjuerna. Oftast presenteras svaren för hela gruppen sammanslagen. Deltagarna berättade hur de hade arbetat för att komma fram till de nya modellerna och hur arbetet med läkemedelsgenomgångar sedan hade fungerat. De var mycket fokuserade på hur de arbetade idag men hade däremot inte så mycket att berätta om hur den nya modellen tagits fram och menade att det var så pass länge sedan så att de inte riktigt kom ihåg hur de hade diskuterat.

### **Stödet från Nestor**

Trots att flera personer hade svårt att komma ihåg så mycket av arbetet att ta fram den nya modellen var samtliga intervjuade mycket nöjda med stödet från Nestor. Flera av dem framhöll att utan Nestor hade de inte klarat av att införa ett strukturerat arbetssätt som detta. De mindes tydligare hur det var när de skulle påbörja arbetet med strukturerade läkemedelsgenomgångar första gången. Då hade stödet från Nestor varit helt nödvändigt. I arbetet att göra en anpassning av modellen till lokala förutsättningar menade de flesta att de varit ganska självständiga. Några sa att de hade tänkt efter vad som inte fungerat bra och gjort nya rutiner som skulle vara enkla och tidseffektiva. De personer som arbetade vid den vårdcentral som inte hade erfarenhet av strukturerade läkemedelsgenomgångar sen tidigare och som nu skulle starta för första gången sa att de inte hade klarat sig utan Nestors stöd.

När det gällde det externa utlåtandet om patienternas läkemedelsbehandling var det mycket uppskattat. Samtliga intervjuade som arbetat med utlåtandena sa att de var bättre utformade

än tidigare och att de var mycket användbara: de gav ny kunskap och de gav stöd till att göra läkemedelsförändringar.

### **Lokala förutsättningar och kommentarer om den nya modellen**

Förutsättningarna vid de fem vårdcentralerna var mycket olika. Några kommentarer per vårdcentral presenteras nedan.

På en vårdcentral modifierades modellen eftersom man hade ny bemanning. Nu fanns två undersköterskor som gjorde hembesök hos patienterna, vilket saknades tidigare. I den nya modellen blev en distriktssköterska med erfarenhet av läkemedelsgenomgångar den som organiserade, skötte administration runt patienterna, matade in i datorstödet och deltog i genomgångarna med läkaren. De nya undersköterskorna gick hem till patienterna och ansvarade för att prover togs och att symtomskattning blev gjord. Samtliga intervjuade var mycket nöjda med den nya modellen. Arbetet hade blivit väl integrerat i de ordinarie arbetsuppgifterna och man sa att det var tack vare den goda organisationen och det goda samarbetet. Det var lätt för undersköterskorna och läkaren att diskutera patienterna. Dels hade de en avsatt tid varje vecka för samtal om hemsjukvårdspatienterna och dels var det enkelt att ställa frågor eller diskutera något som dykt upp när man stötte på varandra på vårdcentralen under arbetsdagen.

Vid en vårdcentral skapades också en modell utifrån den organisation som fanns, en erfaren geriatriker och en liten grupp distriktssköterskor med intresse för läkemedelsgenomgångar. En speciell förutsättning var att geriatrikern gjorde hembesök tillsammans med distriktssköterskorna. Här gjordes en modell med läkemedelsgenomgång i hemmet där patienten deltog och själv fick ha synpunkter på behandlingen. Det externa utlåtandet togs bort från modellen. I och med att en geriatriker skötte patienterna fanns inget behov av externa utlåtanden. Samtliga intervjuade var mycket nöjda med hur arbetet flutit på och hur samarbetet hade fungerat i hemsjukvårdsteamet och menade att arbetet var väl integrerat i det ordinarie arbetet. Varje vecka hade hemsjukvårdsteamet en fast avsatt tid för att diskutera arbetet och patienterna.

Vid den tredje vårdcentralen ansåg man att det var onödigt att skicka efter externt utlåtande för alla patienter och skapade en förenklad modell med två olika "ronder". Vid den här vårdcentralen var många personer inblandade i läkemedelsgenomgångarna, fem-sex läkare och sex distriktssköterskor. I modellen skulle varje distriktssköterska initiera sina egna patienter till en läkemedelsgenomgång. Det här var den enda vårdcentral där man inte var nöjd med sitt arbete. De intervjuade ansåg att modellen fungerade bra när den väl satte igång. Man sa också att läkarna, skötte sin del i modellen men att det hade gått trögt att få patienter initierade och det hade inte blivit så många läkemedelsgenomgångar som planerat.

En vårdcentral hade en väldigt stor hemsjukvård och den växte ytterligare under projekttiden. Samtidigt slutade ett par läkare vid hemsjukvården och endast en läkare blev kvar. Trots detta lyckades de fem distriktssköterskorna och den enda läkaren fortsätta med strukturerade läkemedelsgenomgångar. Gruppen distriktssköterskor tog ett stort ansvar för att driva processen. En nyhet i den nya modellen var att varje distriktssköterska själv skulle sköta administrationen kring patienten, inklusive inmatning av patientuppgifter i datorstödet. I stort sett var samtliga intervjuade nöjda med arbetet. Dock hade man inte hunnit med så många patienter som planerat och flera distriktssköterskor menade att det kunde vara tungt att driva processen. Vid den här vårdcentralen fanns fasta tider för arbetet men den tiden var de ofta tvungna att flytta på eftersom akuta händelser måste tas om hand.

Vid den femte vårdcentralen, som skulle starta för första gången med strukturerade läkemedelsgenomgångar, hade man haft personalbrist under lång tid och hade det fortfarande. Eftersom mycket av arbetet hade skötts av tillfälliga vikarier var kvaliteten i de äldres medicinering eftersatt. Nu fanns en kärna med personer som var intresserade av att komma igång med läkemedelsgenomgångar, ett par läkare, en distriktssköterska och en verksamhetschef. Här skapades en tillfällig modell för att komma igång och i den modellen gjorde en läkare alla genomgångar. Det var framför allt den läkare som gjorde genomgångarna som uttryckte att hon var mycket nöjd, men även övriga deltagare var nöjda med arbetet. Samarbetet mellan de ordinarie läkarna och läkaren som gjorde genomgångarna hade fungerat smidigt.

### **Vinster med arbetssättet**

De intervjuade ombads reflektera över om det fanns några fördelar med att arbeta på det här strukturerade sättet, fördelar för patienten, för personalen och för verksamheten.

#### *Patienten*

Att patienten hade nytta av genomgångarna upplevdes som självklart eftersom det handlade om att ta bort onödiga läkemedel och läkemedel som ger biverkningar och att ifrågasätta användningen av läkemedel som inte bör användas av äldre. Många patienter fick färre läkemedel efter genomgången, vilket sades vara en fördel då man ansåg att äldre personer ofta är övermedicinerade. Förhoppningsvis slapp patienterna onödiga biverkningar vilket borde leda till att de mår bättre. En gemensam uppfattning var att det dock var vanligast att läkemedel togs bort medan patientens tillstånd tycktes vara oförändrat.

Även om utsättning av läkemedel tycks vara den största vinsten för patienterna fanns också fall där nya läkemedel satts in. Några patienter hade blivit piggare och mer aktiva efter att behandling påbörjats med vitamin B12.

Vid två av vårdcentralerna fanns patienter i hemsjukvården som blivit utan ordinarie läkare när deras läkare slutat. Tack vare de strukturerade genomgångarna fångades dessa patienter upp och de fick en ny ansvarig läkare.

#### *Personalen*

De flesta som intervjuades var nöjda med att arbeta med strukturerade läkemedelsgenomgångar. Det kändes roligt och viktigt att arbeta på det här sättet. Att jobba för ökad kvalitet i vården av de äldre kändes tillfredsställande. Flera av läkarna framhöll att det kändes tryggt att göra läkemedelsgenomgångar regelbundet, för då vet man att medicineringen är genomtänkt.

Strukturen gjorde att arbetet flöt på och att alla visste vad som skulle göras. Det täta samarbetet ledde till att läkare och distriktssköterskor och undersköterskor fick samma bild av hur man ska arbeta med patienten, vilket var en stor fördel. Flera av de intervjuade poängterade att det krävs särskilda insatser som denna för att läkemedel ska sättas ut. En läkare nämnde att strukturen gav en tvingande reflektion över behandlingen, något som sades ofta glömdes bort i vardagsarbetet. En annan läkare sa att arbetssättet gav god kontakt med patienterna.

Läkemedelsgenomgångarna ledde till ökad kunskap om läkemedel och äldre. Personalen fick ett ökat intresse för läkemedel och flera av distriktssköterskorna framhöll att de blev mer observanta på de äldres läkemedel ju mer erfarna de blev i arbetet med genomgångarna.

I modellen fanns verktyg som hjälpte personalen att hålla god kvalitet i genomgångarna. Ett verktyg som uppskattades av de flesta var symtomskattningen. Det sades att den gav mer information om patienten än man brukade ha. Några nämnde att arbetet med symtomskattningen bidrog till att man blivit mer observant på hur patienten mår. Symtomskattningen

hade också kommit till användning i arbetet med andra patienter förutom dem som fick en läkemedelsgenomgång.

Utlåtandet om läkemedelsbehandlingen som skrevs av Nestor var mycket uppskattat. Det kändes tryggt att få hjälp att få en total översyn av behandlingen av en expert. Läkaren kunde få insikter om sådant som var nytt eller som helt enkelt inte hade uppmärksammats. Utlåtandet hade hjälpt flera läkare att göra förändringar i patienters behandling, där det tidigare hade upplevts som svårt att göra förändringar. Alla som tagit del av utlåtandena framhöll att deras kunskapsnivå hade höjts när det gällde läkemedel och äldre.

En effekt av arbetet med läkemedelsgenomgångar var att läkemedelslistorna uppdaterades och städades, något som förenklade för personalen i arbetet med patienterna.

### *Verksamheten*

Mycket av det som gynnade personalen gynnade ofta också verksamheten, enligt de intervjuade. Man sade bland annat att tack vare strukturen upplevdes genomgångarna inte ta så mycket tid och den hjälpte till att integrera arbetet i den ordinarie verksamheten. Någon menade att det här arbetet stämde väl överens med vårdens uppgift, som är att göra gott för patienten. Ett par sa att det var bra med en modell för nu blev arbetet utfört med högre kvalitet jämfört med när man bara sätter sig ner och tittar igenom patientens läkemedelslista.

Modellen gav verktyg i form av administrativt stöd som behövdes både för att genomföra genomgångarna och för att dokumentera verksamheten. Att läkemedelslistorna uppdaterades var också till nytta för verksamheten då det ökade säkerheten och effektiviteten i arbetet.

Arbetet med läkemedelsgenomgångar hade vid ett par vårdcentraler, hjälpt till att fånga upp patienter som inte hade någon personlig ansvarig läkare.

Det sades vara svårt att uppskatta om arbetet var kostnadseffektivt. Dock menade några att det fanns vinster att få, så som att spara på besök på vårdcentralen och att spara på läkemedelskostnader eftersom en läkemedelsgenomgång ofta leder till att läkemedel plockas bort. Dessutom framhölls att allteftersom man blev mer van att göra genomgångar och fler patienter fick upprepade genomgångar blev arbetet mer tidseffektivt.

### **Svårigheter**

Det fanns svårigheter som påtalades av många. Ett vanligt problem var att läkemedelslistan sällan var uppdaterad och det tog mycket tid att rensa den och se till att den stämde med dagens behandling. Det arbetet hade man dock nytta av sedan, i och med att arbetet blev lättare, när listan väl var rensad. Ett annat problem som några läkare berättade om handlade om vem som har ansvar för patientens läkemedelsbehandling. Ibland fanns en osäkerhet om man som allmänläkare skulle ta ansvar för och ändra bland läkemedel som ordinerats av en annan läkare. Det kunde också vara frustrerande då patienten varit hos en annan läkare som satt in läkemedel som man tidigare efter noga övervägande satt ut hos en multisjuk patient.

De distriktssköterskor som matade in patientuppgifter i datorstödet hade samtliga stött på tekniska problem och det hade försvårat inmatningen. Att hitta tid för inmatning efter genomgångarna var också något som upplevdes besvärligt av många.

Ett annat problem som återkom i flera intervjuer var hur man skulle arbeta med symtomskattningen. Den uppskattades, men kunde ibland upplevas som osäker eller godtycklig. Speciellt svårt var det att samla in uppgifter från patienter som inte kunde läsa (vilket var relativt vanligt vid flera av vårdcentralerna) och från patienter med demens. På ett ställe hade patienterna först inte velat fylla i symtomskattningen och undersköterskorna fick lägga ner extra

tid på att motivera varför den var viktig. Någon menade att ibland kunde symtomskattningen ge patienterna orimliga förväntningar på att få behandling.

En svårighet som påtalades från två av vårdcentralerna, och som skulle kunna bli ett problem när fler läkare ska involveras i läkemedelsgenomgångarna, var att alla kollegor vid vårdcentralen inte hade samma syn på läkemedelsbehandling, att man bör vara återhållsam med läkemedelsbehandling till känsliga äldre.

Vid de vårdcentraler som arbetat med genomgångar tidigare fanns ambitionen att alla patienter skulle få en ny genomgång efter ett år. Det visade sig att det var svårt att komma ihåg att initiera patienter igen efter ett år och det påtalades från tre av vårdcentralerna. Man sade att ett år går fort och man önskade att journalsystemet skulle signalera när det var dags för en ny genomgång.

Tidsmässigt var arbetet med läkemedelsgenomgångar oftast mer ansträngande för distriktssköterskorna än för läkarna. Medan läkarna fick inbokat i sin tidbok att det var dags för en läkemedelsgenomgång så fick distriktssköterskorna ”fixa och trixa” för att hinna med alla moment som ingår i läkemedelsgenomgångarna utan att det fanns speciell tid avsatt för det. Det var också de som skulle hitta tider för möten med läkaren. På en vårdcentral där distriktssköterskorna tog stort ansvar för att driva processen i en tidspressad verksamhet kunde det ibland kännas svårt att axla den rollen. På en annan vårdcentral hade distriktssköterskorna svårt att initiera patienter i den utsträckning som var planerat. Andra arbetsuppgifter hade prioriterats av distriktssköterskorna. De berättade att de kände sig osäkra på vilka patienter som skulle initieras och de hade känt sig påhoppade på möten där det påtalades att de borde initiera fler patienter.

Vid en vårdcentral hade man inte fått till några möten där läkaren och distriktssköterskor och undersköterskor inom hemsjukvården träffades och dessa distrikts-/undersköterskor hade på det sättet lämnats utanför genomgången. Men det var något som skulle åtgärdas när modellen skulle vidareutvecklas.

Vid två av vårdcentralerna hade modellen satt sig medan den inte hade det vid de tre andra. En av de sistnämnda var den vårdcentral som först nu började med läkemedelsgenomgångar och där förväntades inte att modellen skulle hinna sätta sig. Vid de andra två fanns det erfarna personer, speciellt två distriktssköterskor som hade jobbat länge och var mycket kunniga, men också många distriktssköterskor och läkare som inte hunnit göra så många genomgångar ännu och som sa att modellen inte kändes inarbetad. Distriktssköterskorna var också olika vana att vara aktiva i diskussionen med läkaren under läkemedelsgenomgången.

Några distriktssköterskor påtalade att det var skillnad mellan läkare hur kunniga de var i ämnet äldre och läkemedel och att det medförde att vissa hade svårt att göra förändringar i läkemedelsbehandlingen. En läkare berättade att det kunde vara svårt att tolka symtomskattningen och att förstå hur den skulle kopplas till läkemedelsproblem och vidare till ändringar i läkemedelsbehandlingen.

### **Definition av en läkemedelsgenomgång**

Gemensamma komponenter som nämndes av många av dem som intervjuades var att en läkemedelsgenomgång ska bygga på hur patienten mår, att den ska innefatta patientens hela läkemedelsbehandling, och att den ska utföras av en läkare i samarbete med en distriktssköterska, i alla fall när det gällde hemsjukvårdspatienterna. Några tryckte på det kritiska tänkandet och några reflekterade över att det var en betydande skillnad i kvalitet att göra genomgångar på det här strukturerade sättet jämfört med att, så som man gjort tidigare, bara sätta sig ner och se över läkemedelslistan.

Det fanns även avvikande uppfattningar av vad en läkemedelsgenomgång var. Ett par menade att läkaren gjorde en läkemedelsgenomgång vid varje patientbesök. En annan uppfattning var att förutom bakgrundsinformation och samarbete med distriktssköterskorna bör även patienten vara med vid läkemedelsgenomgången.

Den bakgrundsinformation som sades behövas var symtomskattning och provsvar. Att symtomskattningen helst skulle göras av patienten själv var en insikt som förmedlades av ett par personer. Att få ett externt utlåtande framhölls av några som viktig bakgrundsinformation i arbetet.

## **Resultat av läkemedelsgenomgångarna**

Läkemedelsgenomgångarna omfattade 161 personer över 65 år. Medelåldern var 81 år och 59 procent var kvinnor. Resultaten som redovisas är baserade på de data som respektive vårdcentral registrerat i datorstödet och rapporterat in till Nestor eller skickat in per post. Först presenteras resultatet för hela gruppen äldre och sedan kommer en jämförelse mellan de fem vårdcentralerna.

### **Antal använda läkemedel samt läkemedelskostnader**

Innan genomgångarna använde de äldre i medeltal 10,4 (2-24) preparat per person, varav 1,4 för vid behovsbruk. Läkemedelsanvändningen minskade till 9,8 läkemedel per person vid vårdcentralens uppföljning, d v s motsvarande en minskning med 0,6 läkemedel per person. Minskningen ledde till en kostnadsminskning med i genomsnitt 609 kr per patient och år.

### **De tjugo vanligaste läkemedelsgrupperna**

Tabell 1 visar hur användningen av de 20 vanligaste läkemedelsgrupperna såg ut före och efter läkemedelsgenomgången. I topp ligger läkemedel som används vid behandling av hjärtsjukdom: antikoagulantia (Trombyl®) följt av loop-diuretika (Lasix® och Furix®) och betablockerare (vanligen metoprolol/Seloken Zoc®).

Tabell 1: De 20 vanligaste läkemedelsgrupperna och deras användning, före och efter läkemedelsgenomgången.

| ATC  | Läkemedelsgrupp                             | Förekomst av respektive läkemedelsgrupp<br>Procent % och antal (N) |           |
|------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|
|      |                                             | Före                                                               | Efter     |
| B01A | Antikoagulantia                             | 63,4(102)                                                          | 59,6 (96) |
| C03C | Loop-diuretika                              | 59,0 (95)                                                          | 57,8 (93) |
| C07A | Beta-receptorblockerande medel              | 52,2 (84)                                                          | 49,7 (80) |
| N02B | Övriga analgetika och antipyretika          | 49,1 (79)                                                          | 46,0 (74) |
| A06A | Laxantia                                    | 36,6 (59)                                                          | 37,3 (60) |
| A02B | Medel vid magsår och gastroesofageal reflux | 29,8 (48)                                                          | 28,6 (46) |
| N05C | Sömnmedel och lugnande medel                | 29,8 (48)                                                          | 30,4 (49) |
| N02A | Opioider                                    | 26,1 (42)                                                          | 23,6 (38) |
| C10A | Kolesterol- och triglyceridsänkande medel   | 26,1 (42)                                                          | < 17 %    |
| C01D | Kärlvidgande medel för hjärtsjukdomar       | 26,1 (42)                                                          | 24,2 (39) |
| C09A | ACE-hämmare                                 | 25,5 (41)                                                          | 26,7 (43) |
| A12B | Kalium                                      | 23,0 (37)                                                          | 19,3 (31) |
| B03B | Vitamin B12 och folinsyra                   | 23,0 (37)                                                          | 23,6 (38) |
| A10B | Blodglukossänkande medel exkl insuliner     | 21,7 (35)                                                          | 21,1 (34) |
| A12A | Kalcium                                     | 18,6 (30)                                                          | 20,5 (33) |
| D02A | Hudskyddande och uppmjukande medel          | 18,6 (30)                                                          | 18,6 (30) |
| A10A | Insuliner                                   | 18,6 (30)                                                          | 18,6 (30) |
| B03A | Medel vid järnbristanemier                  | 18,6 (30)                                                          | 18,6 (30) |
| A11E | Vitamin B-komplex inkl kombinationer        | 16,8 (27)                                                          | 17,4 (28) |

### Läkemedelsrelaterade problem, åtgärder och resultat

För att beskriva orsaker till läkemedelsförändringar som genomfördes hos de äldre användes en speciell klassificering för läkemedelsrelaterade problem (LRP), se LRP-blanketten (bilaga 4). Klassificeringen användes som underlag för att dokumentera läkemedelsproblem som ledde till förändringar i läkemedelsbehandlingen.

Nestor utarbetade externa utlåtanden för 106 av patienterna och till dessa gavs i genomsnitt 3,4 förslag per individ på förändringar som skulle kunna öka kvaliteten i deras läkemedelsbehandling. Totalt identifierades 150 LRP vid läkemedelsgenomgångarna på vårdcentralerna (det vill säga läkemedelsproblem som ledde till någon typ av åtgärd) vilket motsvarar i genomsnitt 0,9 LRP per individ. Tabell 2 visar de olika LRP som konstaterades och tabell 3 de åtgärder som vidtogs.

Tabell 2: Läkemedelsrelaterade problem (LRP) som ledde till åtgärd.

| Typ av LRP                                | Antal |
|-------------------------------------------|-------|
| Underbehandling                           | 27    |
| Läkemedlet behövs ej                      | 25    |
| Läkemedlet används ej                     | 19    |
| Aktuell indikation saknas, eller är oklar | 16    |
| Ineffektivt läkemedel                     | 15    |
| För hög dos                               | 9     |
| Inga LRP konstaterade                     | 6     |
| Biverkningar                              | 6     |
| Ej rekommenderat läkemedel                | 6     |
| Riskläkemedel                             | 4     |
| Läkemedelsinteraktion, summaeffekt        | 3     |
| Annat                                     | 20    |

Tabell 3: Vidtagna åtgärder.

| Åtgärd                           | Antal |
|----------------------------------|-------|
| Utsättning av läkemedel          | 86    |
| Insättning av läkemedel          | 23    |
| Dosminskning                     | 13    |
| Dosökning                        | 8     |
| Icke farmakologisk åtgärd        | 6     |
| Byte av läkemedel                | 5     |
| Annat                            | 5     |
| Avvaktar åtgärd                  | 3     |
| Byte till rekommenderat preparat | 1     |

”Underbehandling” rapporterades som den vanligaste läkemedelsrelaterade frågeställningen, följt av ”Läkemedlet behövs ej”, ”Läkemedlet används ej” och ”Indikation saknas”. ”Biverkningar” och ”Riskläkemedel” rapporterades i liten utsträckning. Kategorin ”Inga LRP konstaterade” användes vid en vårdcentral för att beskriva att läkemedelsgenomgången var genomförd utan att något LRP hade identifierats. Den vanligaste orsaken till underbehandling var att osteoporosförebyggande behandling med kalk/D-vitamin saknades. Utsättning av läkemedel var den vanligaste åtgärden.

Uppföljning av hur de äldre mårde efter läkemedelsförändringarna visade att av de 150 LRP som åtgärdades ledde 37% (n=71) inte till någon observerad förändring i den äldres tillstånd, 8% (n=16) medförde en förbättring och 1 % (n=2) till en försämring. För övriga genomförda förändringar, det vill säga för 41% (n=61), fanns inget resultat rapporterat.

### Antalet definierade dygnsdoser (DDD)

Eftersom inte bara ut- och insättningar förekommer utan förändringar av doser är vanligt förekommande redovisas i tabell 4 förändringar i DDD för de vanligaste grupperna. När ett läkemedel sätts in eller ut så påverkas också DDD. Det betyder att en förändring i DDD visar en kombination av direkta dosförändringar och in- respektive utsättningar.

Tabell 4: De 20 vanligaste läkemedelsgrupperna och hur deras användning, uttryckt i totalt antal DDD, förändrats i samband med läkemedelsgenomgången.

| ATC  | Läkemedelsgrupp                             | Procentuell förändring av DDD, % |
|------|---------------------------------------------|----------------------------------|
| A12A | Kalcium                                     | 23,1                             |
| B03B | Vitamin B12 och folinsyra                   | 15,3                             |
| N02A | Opioider                                    | 7,7                              |
| N06A | Antidepressiva medel                        | 5,0                              |
| A10B | Blodglukossänkande medel exkl. insuliner    | 4,4                              |
| A06A | Laxantia                                    | 3,8                              |
| D02A | Hudskyddande och uppmjukande medel          | 0,0                              |
| A10A | Insuliner                                   | 0,0                              |
| B03A | Medel vid järnbristanemier                  | -2,1                             |
| B01A | Antikoagulantia                             | -2,2                             |
| C01D | Kärlvidgande medel för hjärtsjukdomar       | -3,4                             |
| N05C | Sömnmedel och lugnande medel                | -4,2                             |
| C09A | ACE-hämmare                                 | -9,0                             |
| C07A | Beta-receptorblockerande medel              | -10,0                            |
| N02B | Övriga analgetika och antipyretika          | -12,5                            |
| A11E | Vitamin B-komplex inkl kombinationer        | -15,4                            |
| C03C | Loop-diuretika                              | -16,1                            |
| C10A | Kolesterol- och triglyceridsänkande medel   | -25,6                            |
| A02B | Medel vid magsår och gastroesofageal reflux | -32,4                            |

Noterbara förändringar var dosminskning och utsättning av kolesterol- och triglyceridsänkande medel, vanligen simvastatin. Detsamma gäller medel vid magsår där byte från Nexium® till omeprazol och dosminskning vid omeprazolbehandling var vanlig förekommande. Utsättning av Triobe® eller byte från Triobe® till Behepan® (Vitamin B12) liksom minskning av behandling med loop-diuretika var andra stora förändringar.

### Läkemedelsanvändningens kvalitet

Tabell 5 visar hur läkemedelsanvändningens kvalitet, mätt med några av Socialstyrelsens indikatorer, förändrades i samband med läkemedelsgenomgången.

Tabell 5: Läkemedelsanvändningens kvalitet, mätt med några av Socialstyrelsens indikatorer, före och efter läkemedelsgenomgången.

| Indikator                    | Förekomst i procent, % |       |
|------------------------------|------------------------|-------|
|                              | Före                   | Efter |
| Långverkande bensodiazepiner | 5,0                    | 4,3   |
| Antikolinerga medel          | 12,4                   | 9,3   |
| Läkemedelsdubblering         | 16,8                   | 12,4  |
| Tre eller fler psykofarmaka  | 9,3                    | 8,7   |
| C-interaktioner              | 48,4                   | 44,1  |
| D-interaktioner              | 11,2                   | 11,2  |

För i stort sett samtliga indikatorer sågs förändringar i positiv riktning. När det gäller D-interaktioner är det viktigt att notera att klassificeringen som använts är den version som tidigare fanns i FASS. Den klassificering av interaktioner som användes i utlåtandena var dock en annan; den som finns i Sfinxdatabasen. Orsaken till detta är att enighet saknas om vilken databas som skall vara den som rekommenderas idag.

### Jämförelse mellan de olika deltagande vårdcentralerna och hela gruppen med avseende på kvalitet och val av läkemedel

För att fördjupa analysen av läkemedelskvaliteten och lämna möjlighet för respektive vårdcentral att relatera de egna resultaten till övriga vårdcentraler redovisas i tabell 6 kvalitetsindikatorerna för respektive vårdcentral. Exempel på noterbara skillnader i kvalitet mellan vårdcentralerna är långverkande bensodiazepiner 0 - 9,1 %, antikolinerga läkemedel 2,3 - 15 % och D-interaktioner 0 - 19,6 %.

Tabell 6: Läkemedelsanvändningens kvalitet vid de olika vårdcentralerna efter läkemedelsgenomgången, mätt med några av Socialstyrelsens indikatorer.

| Indikator                   | Förekomst i procent (efter genomgång), % |      |      |      |      |      |
|-----------------------------|------------------------------------------|------|------|------|------|------|
|                             | VC 1                                     | VC 2 | VC 3 | VC 4 | VC 5 | Alla |
| Långverkande bensodi-       | 0                                        | 9,1  | 0    | 8,9  | 0    | 4,3  |
| Antikolinerga läkemedel     | 14,3                                     | 4,5  | 2,3  | 12,5 | 15   | 9,3  |
| Läkemedelsdubbling          | 9,5                                      | 22,7 | 2,3  | 14,3 | 20   | 12,4 |
| Tre eller fler psykofarmaka | 9,5                                      | 9,1  | 4,5  | 10,7 | 10   | 8,7  |
| C-interaktioner             | 61,9                                     | 54,5 | 18,2 | 51,8 | 40   | 44,1 |
| D-interaktioner             | 9,5                                      | 18,2 | 0    | 19,6 | 0    | 11,2 |

### Jämförelse med avseende på val av olika läkemedelsgrupper

Val av läkemedel och läkemedelsbehandling till de mest sjuka äldre, exempelvis hemsjukvårdspatienter, är idag ett omdiskuterat område. En jämförelseparameter som kan visa på olikheter i terapitradition är frekvensen av använda läkemedelsgrupper inom en patientgrupp. Tabell 7 nedan visar användningen av några utvalda läkemedelsgrupper bland hemsjukvårdspatienterna vid respektive medverkande vårdcentral, efter genomförda läkemedelsgenomgångar. I flera av grupperna fanns betydande variationer, exempelvis antidepressiva, paracetamol och loop-diuretika. Det är ett litet antal patienter från respektive vårdcentral och skillnaderna kan bero på olika terapitraditioner men lika väl på att patienterna har olika diagnoser och besvär. Jämförelsen finns med som ett underlag för intern diskussion och reflektion över val av behandling.

Tabell 7: Frekvensen av olika läkemedelsgrupper förskrivna till hemsjukvårdspatienter per vårdcentral.

| Läkemedelgrupp | Förekomst i procent (efter genomgång), % |      |      |      |      |      |
|----------------|------------------------------------------|------|------|------|------|------|
|                | VC 1                                     | VC 2 | VC 3 | VC 4 | VC 5 | Alla |
| Betablockare   | 67                                       | 46   | 59   | 39   | 65   | 50   |
| Loop-diuretika | 57                                       | 73   | 48   | 59   | 70   | 58   |
| Antidepressiva | 29                                       | 14   | 36   | 36   | 25   | 31   |
| Paracetamol    | 43                                       | 82   | 21   | 55   | 40   | 45   |

## Diskussion

Sammanfattningsvis kan sägas att bland de fem vårdcentraler som deltog i fortsättningsprojektet av Hemma-DAKS (det tidigare Hemma-DAKSprojektet, se Nestor FoU-center 2009) var det två som lyckades väl med att föra in arbetet med strukturerade läkemedelsgenomgångar i den ordinarie verksamheten, två som lyckades delvis men inte fullt ut, och en som på ett framgångsrikt sätt arbetade med en tillfällig modell, vilken skapades för att komma igång med strukturerade läkemedelsgenomgångar. I den följande diskussionen presenteras vad som hände vid vårdcentralerna och vilka faktorer som uppfattas ha bidragit till en lyckad respektive mindre lyckad implementering av det nya arbetssättet. Dessutom diskuteras läkemedelsgenomgången som sådan, vad den står för, och vilka förutsättningar som behövs för att kunna arbeta med strukturerade läkemedelsgenomgångar samt för att kunna/våga/orka fatta beslut om förändringar i läkemedelsbehandlingen.

### Hur lyckades vårdcentralerna med implementeringen?

Alla vårdcentraler hade olika förutsättningar och följaktligen skapades fem olika modeller för läkemedelsgenomgångar. En förändring var dock gemensam för alla och den kommenteras därför inte närmare i den beskrivning som följer nedan. Ingen valde att fortsätta samarbetet med kommunens hemtjänst, vilket innebar att vårdcentralen tog över ansvaret för symtomskattningen, vilken tidigare hade skötts av hemtjänstpersonalen. Det blev en ny arbetsuppgift som nu kom att skötas av de distriktssköterskor, sjuksköterskor (kallas i fortsättningen distriktssköterskor) och undersköterskor som arbetade i hemsjukvården. Vid en vårdcentral deltog också läkaren i symtomskattningen.

#### Samma struktur och samma organisation – hur gick det?

Vid en vårdcentral var såväl strukturen och organisationen i stort sett oförändrad. Det nya var att det externa utlåtandet valdes helt bort eftersom man inte kände behov av det när man hade en erfaren geriatriker i hemsjukvårdsteamet. Redan under Hemma-DAKSprojektet hade själva läkemedelsgenomgången genomförts av läkaren och en distriktssköterska under ett hembesök hos patienten och det fortsatte man att göra nu också. Här blev patienten en tydlig part i läkemedelsgenomgången. Arbetet med läkemedelsgenomgångar vid den här vårdcentralen fungerade mycket bra och de medverkande ansåg att rutinerna hade blivit väl integrerade med övriga arbetsuppgifter.

#### Samma struktur men ny organisation – och hur gick det?

I två fall ändrades inte strukturen i modellen men däremot organiserades arbetet på nytt sätt. Det innebar att man gjorde samma förberedelsearbete som i Hemma-DAKSmodellen, dokumenterade i datorstödet på samma sätt som tidigare och beställde externa utlåtanden för samtliga patienter. Vid båda dessa vårdcentraler fanns en erfaren distriktssköterska som hade haft en samordnande roll och arbetat aktivt för att få igång strukturerade läkemedelsgenomgångar under Hemma-DAKSprojektet.

Vid en av vårdcentralerna fortsatte den erfarna distriktssköterskan att medverka i samtliga läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkaren, och hon fortsatte även med att organisera och administrera arbetet. Det som var nytt var att två nya undersköterskor introducerades i hur de skulle samla in patientuppgifter hemma hos patienterna inför genomgångarna. Det var en organisationsförändring som hade fungerat bra och enligt dem själva hade de lyckats med sitt implementeringsarbete.

Vid den andra vårdcentralen slutade den erfarna distriktssköterskan att ta huvudansvaret för läkemedelsgenomgångarna. Det ansvaret delades nu upp på samtliga distriktssköterskor som

arbetade med hemsjukvårdspatienter. Förändringen innebar att varje distriktssköterska nu själv skulle driva processen med läkemedelsgenomgångar, inklusive att registrera patientuppgifter i datorstödet. Här gick meningarna isär när det gällde om arbetet integrerats i verksamheten. För den erfarna distriktssköterskan hade det fungerat bra att integrera läkemedelsgenomgångarna med övriga arbetsuppgifter. Hon hade dessutom varit en aktiv part i diskussionerna med läkaren under själva läkemedelsgenomgångarna. De distriktssköterskor som först nu fick eget ansvar att driva processen hann däremot inte få rutin på dessa arbetsmoment under projektiden. De kämpade fortfarande med att få till möten med läkaren och med att känna sig bekväma i sin roll att driva processen och att vara aktiva under själva läkemedelsgenomgången. En försvårande faktor var den ansträngda arbetssituation som rådde vid vårdcentralen. Arbetstempot var högt och man brottades med en stor växande grupp med hemsjukvårdspatienter samtidigt som man hade läkarbrist. Det fanns tider avsatta för läkemedelsgenomgångar men dessa möten fick ofta bokas om för akuta händelser som behövde tas om hand.

### **Ny struktur och ny organisation – hur gick det?**

En ny, och i vårt tycke, tilltalande struktur skapades vid en vårdcentral. Den möjliggjorde att läkemedelsgenomgången genomfördes utan externt utlåtande för vissa patienter medan utlåtande beställdes för patienter med mer komplicerad behandling. En ny organisation skapades också vilket medförde att ansvaret för initieringen av patienter lades ut på de sex distriktssköterskor som hade hemsjukvårdspatienter. Den distriktssköterska som hade haft huvudansvar under förra projektet fortsatte att registrera samtliga patienters uppgifter i datorstödet. Arbetet vid den här vårdcentralen fungerade bra när en patient hade initierats till en genomgång, men själva initieringen var en svag länk i modellen. Flera distriktssköterskor kände sig osäkra på sin roll och hade i praktiken endast delvis tagit till sig det ansvar som modellen lagt på dem. De upplevde sig tidspressade och hade prioriterat andra uppgifter. Rutinerna hade inte satt sig vare sig för dessa distriktssköterskor eller för de läkare som medverkade. En distriktssköterska tyckte att arbetet med läkemedelsgenomgångar hade fungerat bra för hennes egen del, och det var den distriktssköterska som tidigare haft huvudansvaret under Hemma-DAKSpjektet och var mer erfaren.

### **Nystart med tillfällig struktur och organisation – och hur gick det?**

Arbetet vid den femte vårdcentralen där en tillfällig struktur skapats hade fungerat på ett bra sätt. Metoden som sådan var inte implementerad i verksamheten men det fanns heller inga sådana förväntningar eftersom det var en tillfällig modell som skulle utvecklas vidare. De lyckades dock väl med sitt arbete och fick många nyttiga lärdomar. Att starta med en enklare modell kan vara ett bra sätt för att komma igång med sin implementeringsprocess.

### **Vad behövs för att få till ett bra flyt?**

Det gäller att hitta ett arbetssätt där alla moment ingår och som ger flyt i arbetet. När teamen vid vårdcentralerna hade fått igång arbetet och var nöjda med sitt arbetssätt sa de att 'det flyter på'. Och när det flöt på gav det en känsla av att de nya arbetsmomenten var integrerade i det ordinarie arbetet.

Gemensamt vid de två vårdcentraler som hade lyckats bra med sina genomgångar var att de hade små organisationer med få personer inblandade och att det var en distriktssköterska som fortsatte att vara huvudansvarig för att driva processen. Endast ett fåtal nya personer hade introducerades i arbetet under perioden. Samarbetet hade varit mycket gott i gruppen och det framhölls av alla medverkande. Andra gemensamma faktorer var att de endast genomförde små förändringar i modellen och att de hade en fast tid avsatt varje vecka när

läkare och distriktssköterskor/undersköterskor träffades för att diskutera patienter i hem-sjukvården, och den tiden rubbades inte.

### **Steget till att involvera fler personer kan vara svårt**

Något som var gemensamt vid de två vårdcentraler som inte nådde lika långt i sitt implementeringsarbete var att de delade upp ansvaret för att initiera patienter och driva processen. Tidigare hade en distriktssköterska varit ansvarig för det arbetet men nu skulle hela gruppen distriktssköterskor sköta läkemedelsgenomgångarna för sina egna patienter. Vid den ena vårdcentralen hade hela gruppen distriktssköterskor varit med och tagit fram den nya modellen och alla får därför förmodas ha varit positiva till det nya arbetssättet. Här finns troligen goda förutsättningar för en implementering, men förmodligen behöver distriktssköterskorna arbeta längre och hinna få mer erfarenhet för att roller och rutiner ska kännas invanda. För att stödja distriktssköterskorna i sin läroprocess kan arbetsmöten, som de Nestor ordnar, användas till att stanna upp och reflektera över de nya rutinerna och hur de passar in i verksamheten. Vid den andra vårdcentralen var endast en distriktssköterska med i arbetsgruppen som tog fram den nya modellen. De övriga fem distriktssköterskor bjöds in att ha synpunkter men lämnade inga sådana. För att lyckas på den vårdcentralen behövs troligen en omstart där alla distriktssköterskor involveras. De här två exemplen visar att det är en krävande förändring att flytta över ansvaret på flera personer, en förändring som tar både tid och kraft. Vi återkommer längre fram till den roll som distriktssköterskan har i arbetet med läkemedelsgenomgångar, nämligen att vara som spindeln i nätet i organisationen.

### **Hur stämmer våra iakttagelser från projektet med implementeringsteorier?**

Enligt Olsson och Sundell (2008) och deras sammanfattning från implementeringsforskningen, finns olika förutsättningar som bör beaktas för en lyckad implementering av nya metoder. De beskriver förutsättningarna i sex steg. För vår del såg vi inte implementeringen som en linjär process utan något som pågick i de olika stegen eller punkterna parallellt.

#### **1) Undersöka behov av och förutsättningar för förändring**

Den första punkten handlar om att det måste finnas motiv för förändring. Den som tycker att det fungerar bra som det är kommer inte att vilja anstränga sig att arbeta på ett nytt sätt.

Intresse för att utarbeta och implementera en bra modell för strukturerade läkemedelsgenomgångar fanns hos alla verksamhetschefer. Det var frivilligt att delta i projektet och de hade valt att gå med. Att genomföra läkemedelsgenomgångar för hemsjukvårdspatienter är däremot inte frivilligt, det är något som ska göras enligt beställarorganisationen (Stockholms läns landsting 2011a). Det finns emellertid inga krav på hur dessa genomgångar ska genomföras, och det kan sägas vara upp till varje verksamhetschef att bestämma vilken nivå och kvalitet man vill uppnå. Gemensamt för de här verksamhetscheferna var att de ville säkra en god kvalitet i vården och att de ville få hjälp att hitta en fungerande struktur för arbetet.

Redan här kan man reflektera kring om de läkare och distriktssköterskor och undersköterskor som skulle genomföra arbetet var motiverade eller inte. Vi uppfattade det som de flesta av deltagarna var motiverade. I intervjuerna berättade de om kvalitetsvinster för patienten när de arbetade på det här strukturerade sättet. De såg också vinster för egen del och för verksamheten i stort. I vår undersökning framkom dock att det fanns en uppfattning bland några distriktssköterskor att de redan gjorde läkemedelsgenomgångar vid årskontrollen och ytterligare insatser tycktes inte vara nödvändiga. Den här uppfattningen fanns bland distriktssköterskorna på den vårdcentral där initieringen gick trögt, något som kan ha bidragit till att initieringen inte lyckades så bra som man önskat.

## **2) Förankra behovet av förändring**

Punkt två handlar om att idéer måste förankras, vilket lämpligen kan ske via en "ambassadör" med stort intresse för det nya arbetssättet. Under Hemma-DAKSprojektet hade sådana "ambassadörer" utsetts. Det var en distriktssköterska vid varje vårdcentral som hade den rollen. Genom sitt engagemang hade dessa distriktssköterskor blivit mycket rutinerade i arbetet. Det var också de som i fortsättningsprojektet ofta fortsatte att ha en pådrivande och samordnande roll.

Andra viktiga komponenter är, enligt punkt två, en tydlig ledning som är intresserad och visar vad som ska göras samt att personalen måste bli delaktig i förändringsarbetet. Som beskrivits tidigare deltog flera av verksamhetscheferna aktivt under revideringen av modellen eller så var ansvaret delegerat till arbetsgruppen och chefen fick rapporter om hur arbetet fortskred. Det visade sig emellertid att vid en vårdcentral där den nya modellen inte fungerade fullt ut var ledningen otydlig, det saknades någon med ledningsansvar som fastslog att det här arbetet var viktigt och som följde upp vad som gjordes. När det gällde personalen, så gavs de ansvar för revideringen av modellen och lokala behov fick styra utformningen vilket bör ha underlättat implementeringen. Vi kunde se att förankringen hade fungerat bra vid alla vårdcentraler utom en. Där det hade fungerat bra hade i princip samtliga personer som skulle ansvara för genomgångarna också medverkat i arbetsgruppen som reviderade modellen. Där det inte hade fungerat bra hade endast en av sex distriktssköterskor deltagit i revideringen. Här blev det tydligt att revideringen av modellen är en del i hela implementeringsprocessen: de distriktssköterskor som inte deltog i revideringen hamnade utanför, eller ställde sig utanför, och kom sen aldrig riktigt in i arbetet.

Att betona långsiktighet på ett tidigt stadium är en viktig information till organisationer som börjar förändra sitt arbetssätt, enligt punkt två. Det tar tid att hitta nya sätt att samarbeta och att integrera nya förhållningssätt i sitt sätt att tänka och vara. Vi såg att de distriktssköterskor som tidigare haft huvudansvar att driva projektet under Hemma-DAKS och därmed hade längst erfarenhet också var de som blev mest bekväma i det nya arbetssättet under fortsättningsarbetet. Något att tänka på enligt Olsson och Sundell (2008) är också att om det finns fler arbetsplatser där en ny metod kan införas, kan det vara en fördel att starta med arbetsplatser där personalen är förändringsbenägen.

## **3) Välja metod och planera genomförandet**

Den tredje punkten handlar om att välja metod och planera genomförandet. För det ändamålet behövs en organisation som kan stödja personalen i förändringsarbetet. Enligt forskningen kan brist på vägledning hur man ska göra leda till att implementeringen misslyckas. Viktiga faktorer i den här fasen är gott om tid, en stödjande miljö och struktur. En fördel med en tydlig struktur är enligt Olsson och Sundell att energi frigörs när deltagarna kan koncentrera sig på själva uppgiften.

I projektet fanns redan en modell för läkemedelsgenomgångar att utgå ifrån. Erfarenhet visar dock att det kan vara problematiskt att ta färdiga lösningar och implementera i en verksamhet (Svensson m fl 2008) och det var också en slutsats från Hemma-DAKSprojektet, att man önskade lokalt anpassade modeller (Nestor FoU-center 2009). Den modell som fanns skulle först modifieras och sedan omsättas i praktisk verksamhet, det var en del av arbetsmetoden för implementeringen, och för det behövdes planering och vägledning.

Den vägledning Nestor bidrog med i den här fasen var att organisera arbetsmöten och planera en mötesstruktur för att kunna anpassa modellen till lokala förutsättningar. Mötesstrukturen innebar att de lokala arbetsgrupperna, som skapades vid varje vårdcentral, fick ta eget

ansvar och fria händer att skapa sin egen modell. Nestor fanns med under arbetsmötena och ställde viktiga frågor som behövde fattas beslut om för att metoden skulle kunna utformas och göras tydlig.

En intressant iakttagelse från intervjuerna med deltagarna var att bara några få av dem reflekterade kring arbetsmötena och sa att de varit nödvändiga för arbetet. De flesta övriga hade svårt att komma ihåg arbetsmötena och mindes inte direkt att Nestor hade varit en diskussionspartner och haft funktionen att utforma mötesstrukturen. De hade mer en känsla av att de själva hade modifierat modellen utan Nestors deltagande, vilket i och för sig var en del av strategin i Nestors planering: de lokala arbetsgrupperna skulle fatta egna beslut om sin nya modell. Att fundera på är varför det här arbetet (att diskutera och komma fram till en struktur och sedan planera hur den ska införas) inte uppmärksammas och upplevs som något viktigt, det tycks vara själva läkemedelsgenomgångarna som upplevs som det egentliga arbetet. Vår fundering stämmer väl med iakttagelser från utvecklingsforskning som visar att det kan vara svårt att arbeta med utveckling om personalen är starkt driftsfokuserad, vilket den ofta är i en hårt pressad verksamhet (Svensson m fl 2008).

#### **4) Utbilda i den nya metoden**

Punkt fyra handlar om att utbilda i den nya metoden och att hitta kärnkomponenter som är nödvändiga för metoden. Symtomskattningen kan ses som en sådan komponent. Nestor träffade några av arbetsgrupperna, men inte alla, och gick igenom symtomskattningsblanketterna och tryckte på varför och hur de skulle användas. Många delmoment i metoden att göra läkemedelsgenomgångar är annars sådant som redan ingår i de uppgifter läkare och distriktssköterskor och undersköterskor utför. Det handlar mer om att strukturera arbetet på ett nytt sätt och att få in ett nytt "tänk". Det nya "tänket" kommer när man har fått ny kunskap om äldre och läkemedel och har fått erfarenhet av hur man kan koppla de äldres självskattade symtom till vilken läkemedelsbehandling som är lämplig. Det kan man exempelvis få via föreläsningar om äldre och läkemedel, vilket Nestor genomförde hos en av arbetsgrupperna, och genom att arbeta på ett medvetet och reflekterande sätt med genomgångarna. Många av deltagarna berättade också att deras kunskap om äldre och läkemedel höjdes under projektet. Det var framför allt de som beställde externa utlåtanden från Nestor som sa att de lärde sig mycket.

De medverkande hade olika uppfattningar om vad som bör ingå i en läkemedelsgenomgång. Ett annat sätt att uttrycka det på är att de hade olika uppfattning om vilka kärnkomponenter som bör ingå i genomgången. Många menade att det handlade om att se över hela listan av läkemedel som en patient använder och att vara kritisk i sitt tänkande. Några tog upp symtomskattningen som en viktig del. Det fanns också läkare som menade att de gör genomgångar vid varje tillfälle de träffar en patient och ska besluta om en läkemedelsbehandling ska sättas in, fortsätta eller avslutas. Vi vill framhålla att avsikten med en läkemedelsgenomgång, enligt såväl Socialstyrelsen (2009b) som Stockholms läns landsting (2011a), är att den ska vara av mer systematisk karaktär, att den ska ta ett helhetsgrepp om behandlingen och att man vid ett och samma tillfälle ser över patientens alla förskrivna läkemedel. Eftersom otydligheter finns är det här något som Nestor och arbetsgrupperna skulle kunna jobba vidare med för att tydliggöra och skapa en gemensam uppfattning om vilka kärnkomponenter som bör ingå i en strukturerad genomgång.

#### **5) Stödja när metoden börjar användas**

Den femte punkten säger att personalen behöver stöd när metoden börjar användas. Man säger också att det är lätt att personalen i det här skedet fastnar i detaljer och glömmer bort att se de långsiktiga fördelarna. Nestor stödde det fortsatta arbetet genom att organisera upp-

följningsmöten efter att läkemedelsgenomgångarna kommit igång och några patienter testats. Under dessa möten gavs utrymme för att gå igenom och vid behov modifiera modellen samt att diskutera och lösa eventuella problem som tillstött. När projekttiden var till ända organiserades ett nytt uppföljningsmöte. Den här gången sammanfattade Nestor hur arbetet hade gått vid varje vårdcentral genom att presentera statistik över de genomförda genomgångarna samt rapportera vad som kommit fram i intervjuundersökningen.

Att det är lätt att fasta i detaljer kan bekräftas från dessa möten. Det var exempelvis vanligt att diskussionerna på arbetsmötena handlade om hur många patienter, och vilka, som fått sin genomgång, medan Nestor försökte hålla fokus på hur man arbetade med genomgångarna och hur rutinerna fungerade. Något som också diskuterades flitigt var de tekniska problem med datorstödet som i princip alla hade stött på av olika grad. Det är förstås väldigt störande med tekniska problem, och att jämföra sina erfarenheter kan kännas bra. Men tiden är knapp och det är viktigt att någon håller agendan så att andra saker som för arbetet framåt kan diskuteras, och den rollen har Nestor bidragit med.

### **6) Varaktigt vidmakthållande av den nya metoden**

Den sista punkten handlar om hur man får den nya metoden att fortleva i organisationen. Det framhålls att det är viktigt att vara noggrann i de första stegen, att grundarbetet är välgjort, men också att det är viktigt att fortsätta stödja personalen ett tag till efter att modellen känns inarbetad. Bland annat bör undersökas att kärnkomponenterna används så som de är avsedda att användas. Nestor har för avsikt att fortsätta att stötta arbetsgrupperna vid de fem vårdcentralerna om de så önskar och har erbjudit fortsatt stöd under ytterligare ett år. Den här rollen, att finnas med som ett långsiktigt stöd i ett förändringsarbete, är något som Nestor planerar att arbeta mer med i sin framtida verksamhet.

### **Diskussion kring läkemedelsresultaten**

Sammanlagt rapporterades knappt ett läkemedelsrelaterat problem per patient som orsak till förändringar i läkemedelsbehandlingen. Det vanligaste var att patientens tillstånd inte påverkades av förändringen. Under förutsättning att patienternas livskvalitet är oförändrad är resultatet en kvalitetsförbättring av läkemedelsbehandlingen hos den här gruppen med känsliga äldre.

För hela patientgruppen var "underbehandling" den vanligaste läkemedelsrelaterade frågeställningen, något som är intressant att notera. Det är ett ovanligt resultat men inte helt ologiskt eftersom detta är en grupp av patienter med snabbt skiftande problem. Problemen "läkemedlet behövs ej", "läkemedlet används ej" och "indikation saknas" brukar vara de vanligaste vid läkemedelsgenomgångar med liknande patientgrupper.

Det är anmärkningsvärt att "biverkningar" och "riskläkemedel" har rapporterats i så liten utsträckning. Exempelvis redovisade en undersökning av äldre hemmaboende i elva landsting att läkemedelsbiverkningar var den vanligaste läkemedelsrelaterade frågeställningen (Gurner 2011). Det här ger anledning till funderingar om det kan finnas problem med läkemedlen som är kopplade till biverkningar och som inte har åtgärdats. Detta är i så fall en utvecklingspotential i det fortsatta arbetet.

Vid en jämförelse av kvaliteten hos de olika vårdcentralerna sågs betydande skillnader. En av vårdcentralerna dokumenterade låga procenttal för alla redovisade kvalitetsindikatorer. För två av vårdcentralerna sågs högre siffror för indikatorerna och en del arbete återstår när det gäller att förbättra kvaliteten. Dessa två vårdcentraler rapporterade också dubbelt så många läkemedelsrelaterade problem som övriga vårdcentraler, cirka 1,5 per patient, vilket är ana-

logt med kvalitetsresultaten. Noterbart är att den vårdcentral som uppvisade mycket god kvalitet både före och efter genomgångarna, och totalt sett en låg läkemedelsförskrivning, ändå redovisade 0,8 problem per patient. Detta visar att översyn av behandlingen hos denna patientgrupp är ett kontinuerligt behov.

Eftersom det fanns vårdcentraler som hade låg förskrivning av ”riskläkemedel” medan andra hade högre förskrivning, är det sannolikt att det finns utrymme för förbättringar. Detta gäller speciellt för långverkande bensodiazepiner, antikolinerga läkemedel och eventuellt D-interaktioner. En stor omotiverad användning riskerar att negativt påverka livskvaliteten hos dessa känsliga patienter.

Enligt ovanstående resonemang finns det anledning att tro att ytterligare kvalitetsförbättringar i läkemedelsbehandlingen skulle kunna göras för flera av patienterna. Vi kan också konstatera att i de utlåtanden som Nestor lämnade fanns förslag på i medeltal 3,4 åtgärder per patient som skulle kunna öka kvaliteten, medan det i medeltal genomfördes 0,9 förändringar per patient. Alla förslag i utlåtandet förväntas inte leda till förändringar. Läkaren har mer information än vad det externa stödet har om patienten och gör en medicinsk bedömning utifrån patientens totala tillstånd. Vi tror dock att det går att komma längre genom fortsatt systematiskt arbete.

### **Läkarens viktiga roll**

Det är läkaren som har ansvaret för läkemedelsbehandlingen och som till slut avgör om förändringar ska göras eller inte.

Några i projektet berättade att läkare kunde vara olika beredda på att göra förändringar i en patients läkemedelsbehandling och menade att det bland annat skulle kunna bero på olikheter i kunskap om äldre och läkemedel. Det får oss att fundera på vad en läkare behöver för stöd för att kunna göra förändringar. Ibland kunde det externa utlåtandet ge stöd för förändringar. Det framfördes av flera av de intervjuade läkarna. En läkare sa att hon med stöd av utlåtandet hade vågat göra mer förändringar än hon brukade göra. En rapport från Socialstyrelsen som publiceras senare i år bekräftar att läkare vid vårdcentraler har behov av fortbildning om äldre och läkemedel (Läkartidningen 2011a).

Det kan också handa om olika attityd till läkemedelsbehandling. I projektet framfördes tankar om att det finns skillnader mellan läkare. Att vara återhållsam och exempelvis avstå från en aktiv behandling för att patienten är äldre och har många andra läkemedel är en behandlingsstrategi som inte anammats av alla. Än så länge är det främst de redan ”frälsta” som deltar i strukturerade genomgångar och det här kan bli en utmaning i framtiden om fler läkare ska involveras i arbetet med läkemedelsgenomgångar.

Här kommer också frågan om läkarens ansvar in i bilden. Det finns en osäkerhet kring vem som har ansvar för en patients läkemedelsbehandling. Även om Socialstyrelsen (2004) föreskriver att den patientansvarige läkaren inom primärvården har det yttersta ansvaret för all vård och behandling som sker utanför slutenvården är det inte klart för alla berörda vad det betyder i praktiken. Osäkerhet i ansvarsfrågan uttrycktes av flera läkare i det här projektet och några menade att de i första hand tog ansvar för sin egen förskrivning. Studier visar att läkare har olika uppfattning av vem som har ansvaret för läkemedelslistan (Bastholm m fl 2010). Ansvarsfrågan har också diskuterats i en nyligen genomförd workshop med anledning av en studie om de äldres faktiska läkemedelsanvändning (Nestor FoU-center 2011).

Socialstyrelsen håller som bäst på med en revidering av föreskrifterna för läkemedelshantering. Det finns en förväntan att rollen som patientansvarig läkare kommer att göras tydligare i de nya föreskrifterna och att det skulle kunna stärka allmänläkare att våga ändra i medicineringen. Socialstyrelsens generaldirektör menar dock att läkare redan idag har möjligheten att ifrågasätta andra läkares medicinering och ”man kan fråga varför man ofta inte gör det” (Läkartidningen 2011a).

Ett önskemål är en sammanhållen elektronisk journal och det finns förhoppningar att en sådan ska lösa många problem med läkemedelsordinationer. Det kan den göra, visar en studie, exempelvis ökade läsbarheten och följsamheten till rekommenderade behandlingar (Fransson Sellgren och Ringertz 2010). Dock uppstod andra risker. Risken för dubbelmedicinering ökade istället och det framförallt när fler kliniker fick tillgång till samma journal. En avhandling från Uppsala visade att de läkare som fick tillgång till en sammanhållen e-journal visserligen var positiva till det, men att de tyckte att det var svårt att hantera så mycket information. Även här kom ansvarsfrågan upp, allmänläkare menade att det var svårt att ta ansvar eftersom de saknade kompetens för specialistpreparat och sjukhusläkare menade att de saknade överblicken och inte kände patienten (Ljungberg 2010).

### **Distriktssköterskan som spindeln i nätet**

Det är mycket fokus på läkarens roll i läkemedelsgenomgångarna men vi vill också lyfta fram den roll distriktssköterskan har. Det behövs någon som vill och kan ta ansvar för att koordinera och driva processen för att arbetet med läkemedelsgenomgångar ska fungera. Det har blivit mycket tydligt i de projekt med läkemedelsgenomgångar som Nestor genomfört i samarbete med olika vårdcentraler.

Där det fungerade bra i projektet fanns distriktssköterskor som tog ansvar för att initiera genomgångarna, samla in bakgrundsinformation om patienterna, beställa externt utlåtande när sådant användes, boka tid i läkarens tidbok när genomgångarna ska göras och för att följa upp förändringen och dokumentera resultaten. Ofta kunde läkaren komma till mötet på inbokad tid och utan något förberedelsearbete, det hade distriktssköterskan tagit hand om. Ett undantag utgjorde den vårdcentral som hade ett hemsjukvårdsteam med en geriatriker, där vissa moment som initiering och bokning av hembesök hos patienten diskuterades tillsammans med läkaren.

Speciellt vid en vårdcentral där distriktssköterskorna tog stort ansvar var det dessutom de som tog emot det externa utlåtandet och som under läkemedelsgenomgången presenterade för läkaren vilka förslag på läkemedelsförändringar som kommit samt vad som motiverade dessa. Om distriktssköterskan var erfaren kunde hon också komma med egna funderingar och förslag. Det här stödet som distriktssköterskorna gav uppskattades mycket av den läkare som ingick i teamet.

### **Det osynliga processarbetet**

Ett speciellt arbete måste till, det vi kallar processarbetet, som handlar om att diskutera och hitta former för hur man ska genomföra en ny uppgift, i det här fallet läkemedelsgenomgångar. Vi vill lyfta fram att processarbetet lätt glöms bort och vi fick intrycket att det ibland upplevdes som oviktigt.

Processarbetet innebär att formulera *hur* man ska göra, att ta fram rutiner, bestämma vem som gör vad och när och i vilken ordning det ska göras. Det innebär också att berörda parter träffas för att diskutera och reflektera kring hur arbetet går och vad man gör. Det här är ett

arbete som tar tid men som är nödvändigt för att lyckas med strukturerade genomgångar. Det är vår erfarenhet, och det är också precis vad implementeringsforskningen säger (Olsson och Sundell 2008).

Från myndighetshåll och från beställare kommer krav på *vad* som ska göras på ett övergripande plan men sällan *hur* det ska gå till. Ett exempel är att patientens läkemedelslista ska uppdateras och vara aktuell. En kommande rapport från Socialstyrelsen beskriver att allmänläkare säger att de inte vet hur de ska göra detta och att det inte finns rutiner för det (Läkartidningen 2011a). Kanske behöver myndigheter och beställare bli tydligare med hur saker ska göras för att hjälpa verksamheterna att hitta former för de uppgifter de ska utföra. Detta skulle kunna göras med hjälp av processindikatorer som är specifikt designade för uppgiften. Sådana indikatorer skulle också kunna användas för uppföljning av det arbete som sker inom vården.

### En fråga om tid

I projektet framgick att det var enklare att få in de nya arbetsmomenten som läkemedelsgenomgångar innebär om det fanns en fast tid avsatt varje vecka där läkare och distriktssköterskor och undersköterskor kunde diskutera patienter i hemsjukvården. En fördel med strukturen i modellen var att den gjorde det möjligt att få in de nya arbetsmomenten utan att det tog mycket extra tid. Ett exempel är symtomskattningen som gjordes ute hos patienterna, den upplevdes inte speciellt tidskrävande och det var enkelt att lägga till det momentet till de ordinarie arbetsuppgifterna.

Ett exempel där landstinget och kommunen samarbetar genom att schemalägga en tid varje dag (30 minuter) när kommunsköterskorna får kontakta distriktsläkarna kommer från Emmaboda i Kalmar län (Läkartidningen 2011b). Samarbetet förväntas öka stabiliteten och leda till bättre beslut som gynnar de äldre. Chefen för hälsocentralen berättar att landstinget i Kalmar nyligen har ändrat ersättningssystemen för vård, förr gynnades snabba patientbesök. Det nya systemet bygger istället på antalet listade samt på sociala index, vilket innebär att det inte är negativt att ha få patienter om patienterna är svårt sjuka. Det har givit förutsättningar för att kunna ta hand om tunga svårt sjuka patienter, som behöver mer tid, i och med att antal listade patienter per läkare har kunnat minskas.

För att spara tid efterfrågades effektivare dokumentation av läkemedelsgenomgångarna. I projektet användes speciella blanketter för dokumentation av exempelvis patientuppgifter, symtomskattning och läkemedelsrelaterade problem. Eftersom notering i journalen måste göras blir det delvis ett dubbelarbete. Mallar i journalsystemen som stöder arbetet med läkemedelsgenomgångar är ett viktigt önskemål från vårdcentralerna.

### Glöm inte patienten

En viktig fråga att reflektera över är om patienten glöms bort i Hemma-DAKSmodellen. Enligt svensk lag ska vården organiseras så att patienten bjuds in att delta aktivt i sin egen behandling (Sveriges Riksdag 2010), och vikten av att göra patienter delaktiga i sin läkemedelsbehandling har lyfts fram i flera rapporter (SBU 2009, Socialstyrelsen 2009a).

Det fanns läkare i projektet som menade att det finns en risk att beslut tas över huvudet på patienterna om de inte bjuds in att delta vid genomgången. De två läkare som alltid träffade patienterna vid genomgången såg stora fördelar med det. Dels kunde patienten berätta hur han eller hon tog sina läkemedel och lämna synpunkter på behandlingen och dels kunde läkaren stämna av att patienten hade förstått och samtyckt till att ändra på behandlingen.

Några läkare sa att om de inte kände patienten sedan tidigare var det svårt att ändra i förskrivningen. Grundmodellen i Hemma-DAKSprojektet innebär en genomgång utan att patienten medverkar och det finns inga krav från myndighet eller beställare som säger att läkemedelsgenomgångar måste göras tillsammans med patienten. Hur patienten ska kunna göras delaktig är dock något som behöver diskuteras. Kanske bör hembesök av läkare kunna göras oftare i anslutning till läkemedelsgenomgången.

Även om man känner patienten är det viktigt att göra en symtomskattning innan läkemedelsgenomgången för att få en uppfattning om hur patienten mår just nu. Patienten ska i möjligaste mån själv skatta sina symtom eftersom det är individens egen uppfattning som ska fångas. Att utgå från individens egen uppfattning är också ett sätt att göra vården mer patientcentrerad. Det här är nödvändig information för att man ska kunna göra en verklig bedömning och omprövning av en patients läkemedelsbehandling. Om man inte tar reda på hur patienten mår kan man inte ta ställning till vilken behandling som är lämplig.

Något som kan vara ett problem när patienten själv ska skatta sina symtom är när patienten inte förstår svenska. För att hjälpa patienter med andra modersmål gjordes en översättning av symtomskattningen till tre språk (arabiska, syrianska och finska) och de finns nu tillgängliga för användning på Stockholms läns landstings hemsida (Stockholms läns landsting 2011b).

## Erfarenheter och förslag från Nestor FoU-center:

### *Basen för implementering av läkemedelsgenomgångar*

- Processtöd, internt eller externt, en förutsättning för att vårdcentralen ska kunna skapa en fungerande arbetsmodell för strukturerade läkemedelsgenomgångar.
- Tid för processarbete, vilket innebär att de personer som ska genomföra arbetet träffas vid ett antal möten och tillsammans diskuterar igenom alla ingående moment och detaljer. Gruppen ska definiera *vad* som ska göras och *hur, när* det ska göras, i vilken ordning och av *vem*.

### *Framgångsfaktorer*

- Teamarbete där varje profession, främst läkare och distrikts-/sjuk-/undersköterskor, bidrar med sin specifika kompetens. Extern expertkompetens inom området äldre och läkemedel vid behov, exempelvis en apotekare.
- Symtomskattning som underlag för hur patienten mår, helst ifylld av patienten själv.
- En fast tid varje vecka när läkare och distrikts-/sjuk-/undersköterskor träffas och diskuterar patienter som ska få eller har fått en läkemedelsgenomgång.
- Distriktssköterskor som koordinerar och driver processen framåt.
- En liten organisation som sköter arbetet, åtminstone vid starten, för att man ska komma igång med genomgångarna. Ytterligare personer bör involveras och introduceras successivt.
- Stöd för att kunna sätta ut läkemedel, kanske i form av externa utlåtanden, kanske i form av fortutbildning i området läkemedel och äldre.

### *Utvecklingsmöjligheter*

- Modeller som gör patienten delaktig i läkemedelsgenomgången.
- Journalsystem som signalerar när det är dags för den årliga genomgången och som har mallar för dokumentation av läkemedelsgenomgångarna.
- Processindikatorer som vägleder i arbetet att hitta former för strukturerade läkemedelsgenomgångar.

### *Vad uppnås med strukturerade läkemedelsgenomgångar?*

- Detta projekt visar att när en vårdcentral börjar arbeta på ett medvetet sätt med strukturerade läkemedelsgenomgångar ger det ökad kvalitet i läkemedelsanvändningen hos patienterna och minskade kostnader för läkemedel. Strukturen ger personalen stöd att införliva nya rutiner, de känner ökad tillfredsställelse i arbetet och kunskapen om äldre och läkemedel ökar.

## Referenser

- Bastholm Rahmner P, Gustafsson LL, Holmström I, Rosenqvist U & Tomson G (2010). Whose job is it anyway? Swedish general practitioners' perception of their responsibility for the patient's drug list. *Ann Fam Med* 8:40-6
- Fransson Sellgren S & Ringertz B (2010). Datoriserad läkemedelsjournal ger säkrare ordinationer. *Läkartidningen* 44(107):2723-5
- Graneheim UH & Lundman B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 24:105-12
- Gurner U (2011). *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre*. Presentationsmaterial finns tillgängligt på SKL:s hemsida: [http://www.skl.se/press/nyheter\\_2/mest-sjuka-aldre-kartlagda](http://www.skl.se/press/nyheter_2/mest-sjuka-aldre-kartlagda)
- Hedström M, Lidström B, & Hultér Åsberg K (2009). PHASE-20: ett nytt instrument för skattning av möjliga läkemedelsrelaterade symtom hos äldre personer i äldreboende. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies (Vård i Norden)* 4:9-14
- Jirenius G (2008). *Rapport med utvärderingsresultat för projekt metodutvärdering av läkemedelsgenomgångar*. Primärvården, Läkemedelskommittén, Landstinget Väster-norrland
- Ljungberg C (2010). *Prerequisites and responsibility for appropriate prescribing – the prescribers' view* (Avhandling). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis
- Läkartidningen (2011a). Socialstyrelsen efterlyser läkemedelsansvarig; Årligt läkarbesök för avstämning. *Läkartidningen* 6(108):258-261
- Läkartidningen (2011b). Det får ta tid hos doktor Eriksson i Emmaboda; Chefen vill att läkarna tar emot färre patienter. *Läkartidningen* 8(108):378-81
- Nestor FoU-center (2009). *Hemma-DAKS, Läkemedelsgenomgångar i samverkan för äldre personer i ordinärt boende, anslutna till hemsjukvården*. Haninge: Nestor FoU-center.
- Nestor FoU-center (2011). *Läkemedel i hemmet – en undersökning av den faktiska läkemedelsanvändningen*. Haninge: Nestor FoU-center
- Odar-Cederlöf I, Oskarsson P, Öhlén G, Tesfa Y, Bergendal A, Helldén A & Bergman U (2008). Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. Vanliga medel står för merparten, visar tvärsnittsstudie. *Läkartidningen* 12:890-3
- Olsson T & Sundell K (2008). Kapitel 2: Implementering steg för steg – vad säger forskningen, i boken *Att förändra socialt arbete*. Red. Roselius och Sundell. Stockholm: Gothia förlag
- Paul E, End-Rodrigues T, Thylén P & Bergman U (2008). Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. En klinisk retrospektiv studie. *Läkartidningen* 35:2338-42
- Salaj D, Karlsson A & Thorslund U (2010). *Läkemedelsgenomgångar inom Sundbybergs stads äldreboenden 2009-2010*. Sundbybergs stad
- Sarlöv C, Andersén-Karlsson E & von Bahr C (2001). Läkemedelsbiverkningar leder till sjukhusvård för hjärtpatienter. *Läkartidningen* 47:5349-53
- Schmidt I (1999). *Communication and teamwork : studies of the impact on quality of drug use in Swedish nursing homes*. (Avhandling). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis
- Socialstyrelsen (1996). *Läkemedel på sjukhem*. Stockholm: Socialstyrelsen, Apoteksbolaget
- Socialstyrelsen (2004). *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2009a). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2009b). *Verktyg för säker läkemedelsanvändning*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2009c). *Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer*. Stockholm: Socialstyrelsen

- Socialstyrelsen (2010). *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2009). *Äldres läkemedelsanvändning - Hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU
- Stockholms läns landsting (2011a). *Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2011, Kapitel 4*. Stockholm: Stockholms läns landsting
- Stockholms läns landsting (2011b). *Uppdragsguiden – blanketter och mallar*. Tillgänglig på: <http://www.uppdragsguiden.sll.se/Hantera-avtal/Auktorisering--Vardval-Stockholm/Blanketter-faktablad--mallar/Huslakare/>
- Stockholms läns landsting (2011c). *LUD Leverantörsuppföljningsdatabasen*. SLLs webbplats för uppföljning och analys
- Svensson L, Aronsson G, Randle H & Eklund J (2008). *Hållbart arbetsliv. Projekt som gästspel eller strategi i hållbar utveckling*. Malmö: Glerups Utbildning AB
- Sveriges Riksdags (2010). *Patientsäkerhetslag SFS 2010:659* Finns tillgänglig på Sveriges Riksdags hemsida <http://62.95.69.3/SFSdoc/10/100659.PDF>
- Söderholm M & Engström MA (2009). *Läkemedelsgenomgångar i särskilda boenden för äldre i Täby – ”processtänk”, teamarbete och systematisk uppföljning 2007-2009*. Täby kommun

## Bilagor

1. Symptomskattningslista för läkemedelsgenomgång
2. PHASE-20 – Instruktion till dig som ska använda PHASE-20; Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom
3. Patientuppgifter för läkemedelsgenomgång
4. Lista med läkemedelsrelaterade problem – LRP
5. Övriga frågor till patient inför läkemedelsgenomgång

## Bilaga 1

### Symptomskattningslista för läkemedelsgenomgång

Gå igenom varje symptom och kryssa i den ruta som bäst överensstämmer med dina upplevelser av det specifika symptomet.

|    | Symptom på                   | Inga | Ganska lite | Måttliga | Stora | Kommentar |
|----|------------------------------|------|-------------|----------|-------|-----------|
| 1  | Yrsel                        |      |             |          |       |           |
| 2  | Huvudvärk                    |      |             |          |       |           |
| 3  | Sömnbesvär                   |      |             |          |       |           |
| 4  | Andfåddhet                   |      |             |          |       |           |
| 5  | Hosta                        |      |             |          |       |           |
| 6  | Själslig oro                 |      |             |          |       |           |
| 7  | Kroppslig oro                |      |             |          |       |           |
| 8  | Är ofta ledsen               |      |             |          |       |           |
| 9  | Ont i magen                  |      |             |          |       |           |
| 10 | Illamående                   |      |             |          |       |           |
| 11 | Diarré                       |      |             |          |       |           |
| 12 | Förstopning                  |      |             |          |       |           |
| 13 | Dålig aptit                  |      |             |          |       |           |
| 14 | Besvär att kasta vatten      |      |             |          |       |           |
| 15 | Muntorrhet                   |      |             |          |       |           |
| 16 | Smärta*                      |      |             |          |       |           |
| 17 | Svullna underben/fötter      |      |             |          |       |           |
| 18 | Trötthet*                    |      |             |          |       |           |
| 19 | Klåda                        |      |             |          |       |           |
| 20 | Mardrömmar                   |      |             |          |       |           |
| 21 | Muskelsvaghet/<br>muskelvärk |      |             |          |       |           |
| 22 | Sväljningssvårigheter        |      |             |          |       |           |

\* För smärta och trötthet, ange i kommentarfältet *var* och *när*

**Observera att den äldre själv ska göra skattningen av sina symptom!**

Din uppgift är (om den äldre själv inte kan fylla i formuläret) att fråga den äldre om vart och ett av symptomen och sedan skriva in i denna lista hur starka den äldre tycker att symptomen är.

## Bilaga 2

# Instruktion till dig som ska använda PHASE-20 – skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

### Allmänt

Denna symtomskattning är till för att fånga hur du upplever vissa symtom eller besvär som möjligtvis kan bero på din läkemedelsbehandling. Dina svar kan vara av stort värde för att din läkare ska få en så bra helhetsbild som möjligt när han eller hon ska följa upp din läkemedelsbehandling. Målet med att regelbundet följa upp läkemedelsbehandlingen är att du ska få de läkemedel som passar dig allra bäst. Den här symtomskattningen kan användas varje gång som en läkare och distriktssköterska tillsammans med dig gör en s k läkemedelsgenomgång.

### Till den äldre:

- Läs ett symtom i taget och kryssa i den ruta som bäst överensstämmer med hur du upplever eventuella besvär. Fundera på hur du har känt dig under den senaste tvåveckors-perioden.
- Stryk under de symtom som stämmer bäst och ~~stryk över~~ de symtom som inte stämmer.
- Skriv gärna till något i rutan för kommentarer om du vill berätta något särskilt kring ett visst symtom.
- För symtomet trötthet och ont och värk (symtom 2, 4 och 5 i skalan) skriv gärna till när du har dessa besvär, t ex på morgonen, när du ätit eller när du reser dig upp.

### Till personal eller anhöriga som kan behöva hjälpa till:

- Observera att den äldre i största möjligaste mån själv ska göra skattningen av sina symtom.
- Din uppgift är i första hand att hjälpa till att läsa eller direkt fråga den äldre om vart och ett av symtomen och sedan föra in på blanketten hur starka besvär den äldre upplever sig ha av varje symtom.
- Be den äldre att fundera på hur han eller hon har känt sig under den senaste tvåveckors-perioden.
- Om skattningen till största del är gjord av dig och inte av den äldre själv, bör detta noteras på blanketten. Det kan vara viktigt för den äldres läkare att veta vem det är som gjort symtomskattningen.

## PHASE-20 – Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

|    | Symptom                           | Inga besvär | Små besvär | Måttliga besvär | Stora besvär | Kommentar |
|----|-----------------------------------|-------------|------------|-----------------|--------------|-----------|
| 1  | Yr/ ostadig/faller lätt           |             |            |                 |              |           |
| 2  | Trött/dåsig/orkeslös              |             |            |                 |              |           |
| 3  | Sover dåligt/<br>mardrömmar       |             |            |                 |              |           |
| 4  | Ont i magen<br>/ont i bröstet     |             |            |                 |              |           |
| 5  | Huvudvärk                         |             |            |                 |              |           |
| 6  | Nedstämd                          |             |            |                 |              |           |
| 7  | Orolig/ängestfylld                |             |            |                 |              |           |
| 8  | Lättirriterad                     |             |            |                 |              |           |
| 9  | Glömsk                            |             |            |                 |              |           |
| 10 | Dålig aptit                       |             |            |                 |              |           |
| 11 | Muntorr                           |             |            |                 |              |           |
| 12 | Illamående/kräks                  |             |            |                 |              |           |
| 13 | Diarré                            |             |            |                 |              |           |
| 14 | Förstopning                       |             |            |                 |              |           |
| 15 | Hjärtklappning                    |             |            |                 |              |           |
| 16 | Svullna ben                       |             |            |                 |              |           |
| 17 | Andfådd                           |             |            |                 |              |           |
| 18 | Täta trängningar /<br>urinläckage |             |            |                 |              |           |
| 19 | Klåda / utslag                    |             |            |                 |              |           |
| 20 | Annat:<br><hr/>                   |             |            |                 |              |           |

### Referens

Hedström M, Lidström B, Hulter Åsberg K. PHASE-20: ett nytt instrument för skattning av möjliga läkemedelsrelaterade symtom hos äldre personer i äldreboende. Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies (Vård i Norden); 4:9-14.

**Bilaga 3****Patientuppgifter för läkemedelsgenomgång****Patientuppgifter**

|             |      |
|-------------|------|
| Inrättning: |      |
| Datum:      |      |
| Id-kod:     |      |
| Född år:    | Kön: |

**Diagnoser**

| Diagnos | ICD-Kod |
|---------|---------|
|         |         |
|         |         |
|         |         |
|         |         |
|         |         |
|         |         |
|         |         |
|         |         |
|         |         |
|         |         |

**Kem/fys parametrar**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Blodtryck liggande (inom 3 mån)       |  |
| Blodtryck stående (inom 3 mån)        |  |
| Kroppsvikt (inom 3 mån)               |  |
| S-kreatinin (helst ej äldre än 3 mån) |  |
| Uppskattad längd                      |  |
|                                       |  |

**Andra uppgifter**

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| Konfusionsepisod senaste 3 mån (Ja/Nej) |  |
| Misstanke om ortostatism (Ja/Nej)       |  |
| Fall senaste 3 mån (Ja/Nej)             |  |
| Beteendesymtom (ange nedan vilka)       |  |
|                                         |  |
|                                         |  |

Patientkod:

**Lista med läkemedelsrelaterade problem - LRP**

| Uppgifts<br>datum | Problem |           |      | Dat<br>um | Åtgärd |      | Datum | Resultat |      |
|-------------------|---------|-----------|------|-----------|--------|------|-------|----------|------|
|                   | Kod     | Läkemedel | Text |           | Kod    | Text |       | Kod      | Text |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |
|                   |         |           |      |           |        |      |       |          |      |

1. Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig
2. Läkemedlet används ej
3. Läkemedlet används ej enligt ordination
4. Underbehandling
5. Ineffektivt läkemedel
6. Läkemedlet behövs ej
7. Biverkningar
8. Riskläkemedel
9. Kontraindikation
10. Ej rekommenderat läkemedel
11. Läkemedelsinteraktion, summaeffekt
12. Olämplig beredningsform eller regim
13. För låg dos
14. För hög dos
15. Annat

1. Utsättning av läkemedel
2. Insättning av läkemedel
3. Byte av läkemedel
4. Dosökning
5. Dosminskning
6. Byte av läkemedelform
7. Ändrat doseringsintervall
8. Byte till rekommenderat preparat
9. Annat

1. Bättre
2. Sämre
3. Oförändrat

**Bilaga 5**

- Hur ofta har patienten fallit under senaste året?

☐ ofta      ☐ ibland      ☐ enstaka tillfällen      ☐ aldrig

Kommentarer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Har patienten enligt din bedömning nedsatt kognitiv förmåga/minnessvårigheter?

☐ JA      ☐ NEJ

Kommentarer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Har patienten:

☐ Dosett      ☐ ApoDos      ☐ Inget

- Låter patienten enligt din bedömning medvetet bli att ta sina läkemedel eller tar annan dos än den ordinerade utan att rådgöra med förskrivaren?

☐ JA      ☐ NEJ      Om ja, varför?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Tar patienten några andra receptbelagda läkemedel utskrivna hos annan vårdgivare?

☐ JA      ☐ NEJ      Om ja, anteckna vilka samt styrka och dosering:

| <b>Läkemedelsnamn</b> | <b>Styrka</b> | <b>Dosering</b> |
|-----------------------|---------------|-----------------|
| _____                 | _____         | _____           |
| _____                 | _____         | _____           |
| _____                 | _____         | _____           |

- Tar patienten några receptfria läkemedel?

☐ JA      ☐ NEJ      Om ja, anteckna vilka samt styrka och dosering:

| <b>Läkemedelsnamn</b> | <b>Styrka</b> | <b>Dosering</b> |
|-----------------------|---------------|-----------------|
| _____                 | _____         | _____           |
| _____                 | _____         | _____           |
| _____                 | _____         | _____           |

- Tar patienten några naturläkemedel/kosttillskott eller liknande?

☐ JA      ☐ NEJ      Om ja, anteckna vilka:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Får patienten hjälp att ta sina läkemedel ur burk, Dosett, Apodospåsar etc?

☐ JA      ☐ NEJ      Om ja, ange av vem: \_\_\_\_\_

Kommentarer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Vet patienten varför, hur och vid vilken tid medicinerna ska tas?

☐ JA ☐ NEJ

Kommentarer : \_\_\_\_\_

#### Övrig information

- Bor patienten ensam?

☐ JA ☐ NEJ

Om nej, vem bor patienten tillsammans med? \_\_\_\_\_

- Har patienten kontakt med annan anhörig? Vem? \_\_\_\_\_

- Har patienten svårigheter att förstå svenska?

☐ JA ☐ NEJ

- Har patienten behov av tolk?

☐ JA ☐ NEJ

Kommentarer: \_\_\_\_\_

Om ja, på vilket språk? \_\_\_\_\_

- Har patienten hemtjänst?

☐ JA ☐ NEJ

Om ja, hur ofta? \_\_\_\_\_

- Vilken hemsjukvårdsinsats har patienten?

☐ Enbart tillsyn ☐ Såromläggning ☐ Övriga insatser, nämligen: \_\_\_\_\_

- Är patienten helt sängliggande? ☐ JA ☐ NEJ

- Sitter patienten uppe? ☐ JA ☐ NEJ

- Går patienten själv inomhus? ☐ JA ☐ NEJ

- Går patienten själv även utomhus? ☐ JA ☐ NEJ

- Har patienten problem med inkontinens? ☐ JA ☐ NEJ

Kommentarer och ev. hjälpmedel: \_\_\_\_\_

- Har patienten problem med synen? ☐ JA ☐ NEJ

Kommentarer och ev hjälpmedel: \_\_\_\_\_

- Har patienten problem med hörseln? ☐ JA ☐ NEJ

Kommentarer och ev hjälpmedel: \_\_\_\_\_

Björkman, Lieberman-Ram, Petersson (2011): *Vägen till strukturerade läkemedelsgenomgångar i primärvården - fem olika arbetssätt med utgångspunkt från Hemma-DAKSmodellen*. Haninge: Nestor FoU-center

**Vägen till strukturerade läkemedelsgenomgångar i primärvården – fem olika arbetssätt med utgångspunkt från Hemma-DAKSmodellen** behandlar ett implementeringsprojekt med syftet att stötta vårdpersonalen i sitt arbete att ta fram en modell för strukturerade läkemedelsgenomgångar för äldre personer i hemsjukvården och därefter integrera de nya arbetsuppgifterna i den ordinarie verksamheten. Projektet startade våren 2009 och avslutades i december 2010. Det är en fortsättning av Hemma-DAKSprojektet som genomfördes under åren 2007-09. Fem vårdcentraler från Haninge, Södertälje och Salems kommuner medverkade, fyra av dem deltog även i Hemma-DAKSprojektet medan en påbörjade nu sitt arbete.

Denna rapport redovisar hur arbetet med implementering organiserades, hur arbetet fungerade enligt personalen samt vilka läkemedelsförändringar som genomfördes vid de fem vårdcentralerna. Utvärderingens fokus är beskrivningen av processarbetet och hur väl integreringen av arbetet lyckades.



Nestor FoU-center  
Marinens väg 30, 136 40 Handen  
hemsida: [www.nestor-foucenter.se](http://www.nestor-foucenter.se)  
tel: 070-814 59 31  
e-post: [nestor@haninge.se](mailto:nestor@haninge.se)