

Läkemedelsgenomgångar & läkemedelsberättelse i primärvården

Ett kvalitetsprojekt vid Nynäshamns vårdcentral

Ingeborg Björkman

april 2012

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

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
Hemsida: www.nestor-foucenter.se
tel: 08-777 99 16
e-post: nestor@haninge.se

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

Nestor FoU-center 2012

Ingeborg Björkman
Läkemedelsgenomgångar &
läkemedelsberättelse i
primärvården - Ett kvalitetsprojekt vid Nynäshamns vårdcentral
© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Att det behövs en förändring i vårdens sätt att arbeta med äldre och deras läkemedel är något som har fått allt större uppmärksamhet de senaste åren. Vi vet nu att läkemedelsbiverkningar är en vanlig orsak till att äldre personer söker akutvård. Vi vet också att läkemedelsanvändningen har ökat kraftigt. I yngre åldrar kan det vara fördelaktigt att lägga till nya läkemedelsbehandlingar allteftersom nya besvär uppkommer. Men vid någon tidpunkt, olika för olika personer, krävs ett nytt tankesätt. Den äldres kropp och sinne tycks inte må bra av för många läkemedel. Då kan inte varje åkomma behandlas separat längre, en helhetssyn i värderingen av patientens behandling är nödvändig. Därför behövs nya grepp inom vården för att säkerställa att de äldres medicinering är ändamålsenlig och säker.

Det här projektet kom till för att en verksamhetschef vid Nynäshamns vårdcentral ville hitta metoder för att förbättra uppföljningen av äldres medicinering.

Projektet visar att det är möjligt att förbättra läkemedelsbehandlingen genom ett strukturerat arbetssätt där olika professioner samarbetar i ett team. Resultatet visar på förbättrad kvalitet i läkemedelsbehandlingen samtidigt som patienterna var mycket nöjda med den vård de fått inom projektet. Vår förhoppning är att erfarenheter från projektet kan leva vidare och bidra till utvecklandet av metoder för förbättrad uppföljning av äldres medicinering.

Vi vill tacka arbetsgruppen vid Nynäshamns vårdcentral för mycket gott samarbetet och stort engagemang!

Huvudprojektledare har varit *Ingeborg Björkman*, Nestor FoU-center, som också författat denna rapport. Som delprojektledare medverkade *Laila Straubergs* och *Helén Lieberman-Ram*. Som läkemedelsspecialist medverkade *Laila Straubergs* och *Sune Petersson*.

Haninge april 2012

Britt Almberg
FoU-chef
Nestor FoU-center

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
BAKGRUND.....	7
SYFTE	9
PROJEKTMÅL.....	9
EFFEKTMAÅL	9
METOD	10
MODELL FÖR LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR.....	10
UTVÄRDERING AV PROJEKTET.....	13
RESULTAT.....	15
DELTAGANDE PATIENTER	15
PATIENTFLÖDET	16
PATIENTERNAS UPPLEVELSER AV LÄKEMEDELSGENOMGÅNGEN	17
ANALYS AV LÄKEMEDELSEBEHANDLINGEN	20
INTERVJUER MED PERSONAL VID NYNÄSHAMNS VÅRDCENTRAL	25
LÄKEMEDELSEBERÄTTELSEN	28
TIDSÅTGÅNG.....	29
AVSLUTNING OCH DISKUSSION	31
UPPFYLLEDES PROJEKTETS EFFEKTMAÅL OCH PROJEKTMÅL?	31
KVALITETSFÖRBÄTTRINGAR	32
TRYGGARE OCH NÖJDARE PATIENTER	32
LÄKEMEDELSEBERÄTTELSE.....	32
AVSTÄMNING.....	33
ATT GÖRA ÄNDRINGAR I PATIENTERS LÄKEMEDELSEBEHANDLING	33
SYMOMSKATTNING.....	34
VAD SKULLE KUNNA LEVA KVAR VID NYNÄSHAMNS VÅRDCENTRAL?	34
REFERENSER.....	35
BILAGOR.....	37

Sammanfattning

Det här projektet försöker förbättra uppföljningen av läkemedelsbehandlingen hos äldre hemmaboende personer, med syftet att ge en säkrare behandling och tryggare patienter. Arbetet har genomförts vid Nynäshamns vårdcentral. Med utgångspunkt från en tidigare modell skapades en struktur för läkemedelsgenomgångar och testades på drygt 100 patienter.

Patienter som var minst 65 år och som använde 7 eller fler receptförskrivna läkemedel erbjöds att delta i projektet. I modellen arbetade ett team bestående av sköterskor (undersköterska/ sjuksköterska/distriktssköterska), läkare och apotekare. Sköterskorna skötte kontakten med patienterna, gav dem information, organiserade arbetet på vårdcentralen och tog lab-prover. Apotekaren träffade patienterna på vårdcentralen, samlade in uppgifter om aktuell läkemedelsanvändning (så kallad läkemedelsavstämning) och tog reda på hur patienterna upplevde sin hälsa, samt utvärderade läkemedelsbehandlingen utifrån insamlade data, vilket även inkluderade aktuell njurstatus. Eventuella problem, samt förslag på hur de kunde åtgärdas, sammanfattades i ett utlåtande som lades in i patientens journal. Läkaren gjorde därefter en utvärdering av läkemedelsbehandlingen baserat på apotekarens utlåtande och noggrann journalgranskning, och tog fram ett förslag på lämplig aktuell läkemedelsbehandling. Därefter träffades patienten och läkaren och de fastställde behandlingen tillsammans. Resultatet av genomgången beskrevs i en läkemedelsberättelse som undertecknades av läkaren och lämnades till patienten.

En mycket viktig del i modellen var att patienten bjöds in att till vara delaktig i sin behandling. Tanken var att genomgången skulle bygga på de faktiska förhållanden som rådde, det vill säga vilka läkemedel som faktiskt användes och hur patienten mådde. Därför var det nödvändigt att läkemedelsgenomgången startade med ett samtal där patienten själv fick komma till tals. Andra delar i modellen som betonar patientens delaktighet är att behandlingen fastställdes i det avslutande samtalet mellan patient och läkare, och att patienten fick en läkemedelsberättelse som sammanfattade vad de kommit överens om. Läkemedelsberättelse används sedan tidigare vid utskrivning från slutenvården men har, vad vi känner till, inte prövats tidigare inom primärvården.

Under 2011 rekryterades 102 patienter som samtliga fick en läkemedelsgenomgång enligt ovanstående modell. Efter genomförd läkemedelsgenomgång besvarade patienterna en enkät. Här framkom att de delar i modellen som handlade om att göra patienten delaktig hade varit uppskattade. Det var många personer som framhöll just det att de hade blivit lyssnade på, respekterade och blivit bemötta med intresse och engagemang. Över nittio procent var positiva eller mycket positiva till genomgången som helhet och ungefär lika stor andel hade blivit tryggare med sin läkemedelsbehandling. Läkemedelsberättelsen uppskattades, liksom att få en aktuell läkemedelslista. Några kommenterade att de redan hade god kontroll på sina läkemedel men att det ändå var bra att få en genomgång. Negativa kommentarer var mycket ovanligt.

Genomgången resulterade i en minskning av antal läkemedel. Före genomgången använde patienterna i genomsnitt 11,5 läkemedel per person enligt journalanteckningarna, 10,4 enligt deras egna uppgifter. Efter genomgången använde de i genomsnitt 9,5 läkemedel per person. Apotekaren identifierade i genomsnitt 2,7 läkemedelsrelaterade problem per person och 60 procent av dessa ledde till någon åtgärd. Den vanligaste åtgärden var utsättning av läkemedel följt av dosminskning. Vi fann att de patienter som var åttio år eller äldre använde något färre läkemedel per person jämfört med patienter som var under 80 år, men att fler läkemedelsre-

laterade problem ändå identifierades i den äldre åldersgruppen och att de fick fler problem åtgärdade.

För att mäta kvaliteten i läkemedelsbehandlingen analyserades förekomst av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldre före och efter genomgången. Kvalitetsförbättringar sågs i samtliga analyserade indikatorer, exempelvis minskade antalet D-interaktioner med 45 procent och antalet läkemedel med antikolinerg effekt med 33 procent. Detta mycket goda resultat är en kombination av att läkemedelslistan uppdaterades och att behandlingen förändrades som en följd av läkemedelsgenomgången.

Samtliga som arbetade med projektet var mycket nöjda med arbetssättet, de ansåg det viktigt och att modellen fungerade bra. Läkaren berättade att han använde läkemedelsberättelsen även till patienter som inte ingick i projektet. Det var delvis svårt för sköterskorna att hitta tid för projektarbetet samtidigt som de skulle sköta ordinarie löpande uppgifter. Deras arbete var också svårt att schemalägga. Totalt använde sköterskorna uppskattningsvis 1 timme per patienter för projektarbetet. Läkarens arbete skrevs in i schemat, det tog i genomsnitt 60-75 minuter per patient för utvärdering och patientmöte, den längre tiden gällde när det var patienter som läkaren inte kände tidigare som skulle få en genomgång. Apotekaren använde under första delen av projektet uppskattningsvis 80 minuter för patientbesök och utvärdering, och den tiden ökade till 3 timmar per patient under senare delen av projektet när två apotekare delade på uppgiften.

Sammanfattningsvis kan sägas att denna modell för strukturerade läkemedelsgenomgångar gav nöjda patienter och ökad kvalitet i läkemedelsbehandlingen men till ett pris som är högre än vad som är möjligt inom nuvarande ersättningssystem. Modellen kommer inte att införas som helhet men delar av den kommer att vara användbara. De erfarenheter, som gjorts av arbetsgruppen, kan komma vårdcentralen till godo i det fortsatta arbetet med att skapa rutiner för uppföljning av äldres läkemedelsbehandling. Läkemedelsberättelsen kan användas av fler läkare vid vårdcentralen och även spridas till andra vårdenheter i primärvården.

Bakgrund

Att använda läkemedel är idag den klart vanligaste medicinska behandlingsformen. Med ökad användning av läkemedel ökar också risken för problem som orsakas av läkemedel, problem som i sin tur kan leda till såväl obehag för patienten som höga kostnader för samhället (Mjörndal m fl 2002, Pirmohamed m fl 2004, Odar-Cedellöf m fl 2008, Wester m fl 2008). Det finns studier som pekar på att många problem skulle kunna förebyggas genom insatser som ökar kvaliteten i förskrivningen och i uppföljningen av behandlingen (Gurwitz m fl 2003, Thomsen m fl 2007).

Det är ofta äldre personer som råkar ut för läkemedelsbiverkningar. En förklaring är att de använder många läkemedel (SBU 2009, Socialstyrelsen 2010-a). Att använda många läkemedel är en av de faktorer som är förknippade med ökad risk för biverkningar (Field 2004, Chrischilles 2007). En annan faktor som ökar risken för läkemedelsbiverkningar är nedsatt njurfunktion, vilket är vanligt hos äldre (Fastbom 2006). Hos så många som en tredjedel av de patienter som lades in för sjukhusvård på grund av läkemedelsbiverkan kunde biverkan relateras till nedsatt njurfunktion (Helldén m fl 2009).

Äldre som bor i särskilt boende eller är inskrivna i hemsjukvården är de största användarna av läkemedel (Socialstyrelsen 2009-a). Det uppges att personer inom särskilt boende använder i genomsnitt 6,3 (65-79 år) respektive 7,2 läkemedel per person (80 år och äldre) och personer inskrivna i hemsjukvård använder nästan lika mycket läkemedel, 6,1 (65-79 år) respektive 6,8 (80 år och äldre). Det finns också andra studier som visar på något högre siffror – 8 läkemedel i genomsnitt för personer anslutna till hemsjukvården (Socialstyrelsen 2009-b).

Tittar man på äldre personer som bor i ordinärt boende utan kontakt med hemsjukvården är användningen lägre. Samma rapport från Socialstyrelsen som nämns ovan visar att dessa personer använder i genomsnitt knappt 3 (65-79 år) respektive 4,7 läkemedel per person (80 år och äldre). Det finns dock äldre utan kontakt med hemsjukvård som använder många läkemedel. I Stockholm läns landsting uppskattar man att ca 80 000 hemmaboende äldre använder 7 eller fler läkemedel (muntlig kommunikation). Sju eller fler läkemedel är den gräns som satts i Regelbok för husläkarverksamhet 2010 för vilka hemmaboende äldre utan hemsjukvård som ska erbjudas en läkemedelsgenomgång (Regelbok 2010).

Det behövs någon som kan ta ett övergripande ansvar för äldres läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen anser att det är patientansvarig läkare (PAL) vid vårdcentralen som bör ta detta ansvar (Socialstyrelsen 2004). Det är dock ingen lätt uppgift att ta. En undersökning utförd av Socialstyrelsen visar att det saknas rutiner och stöd för bland annat dokumentation av förskrivningsorsak och för uppföljning av läkemedelsordinationer i journalerna (Socialstyrelsen 2011). Samma rapport slår fast att varje äldre patient bör få möjlighet att stämma av sina läkemedelsordinationer med ansvarig läkare och även få en aktuell läkemedelslista och att det bör ske regelbundet.

Under 2012 planerar Socialstyrelsen att presentera nya föreskrifter som ska tydliggöra läkar-
nas ansvar och även öka kraven på läkemedelsgenomgångar och läkemedelsavstämningar. Att göra en läkemedelsavstämning innebär att skapa en aktuell lista över en patients läkemedelsbehandling och dokumentera den i patientens journal. I det förslag som föreligger kommer de ökade kraven på läkemedelsgenomgångar att riktas mot alla som är 75 år eller äldre och har fem eller fler läkemedel ”när de för första gången får hemsjukvård, flyttar in i ett sär-

skilt boende, besöker läkare i den öppna vården eller läggs in på sjukhus” och dessutom mot andra patienter om det finns misstanke om att de har problem som orsakats av läkemedel.

Studier visar att de uppgifter läkare har om patienters läkemedelsbehandling stämmer dåligt med verkligheten. En studie bland 75-åringar i Danmark visade att patientansvarig läkare vid vårdcentralen var ovetande om 25% av alla förskrivna läkemedel som de äldre använde (Barat et al 2000). I en undersökning som Nestor genomförde våren 2009 som inkluderade 100 slumpvis utvalda personer över 75 år var det endast 20% av patienterna som hade en läkemedelslista som stämde med vårdcentralens uppgifter (Nestor FoU-center 2011-b). Undersökningen visade också att nästan 60 procent av de äldre använde läkemedel som inte fanns på läkemedelslistan och en femtedel av dessa läkemedel uppskattades utgöra en klar säkerhetsrisk.

Det här projektet handlar om att göra systematiska läkemedelsgenomgångar med syftet att öka kvaliteten i läkemedelsbehandlingen och i uppföljningen av denna. Det handlar dessutom om att på ett aktivt sätt involvera patienten i sin behandling. Det görs genom att patienten först träffar apotekaren och får berätta hur han eller hon mår samt ge synpunkter på läkemedelsbehandlingen. Det görs också genom att läkaren träffar patienten i en avslutande diskussion om behandlingen. Att träffa patienten på det sättet stämmer väl med de krav som finns på hälso- och sjukvårdspersonal att involvera patienten för att stärka patientsäkerheten (Sveriges Riksdag 2010). Att det är en fördel att göra patienter delaktiga i sin läkemedelsbehandling har lyfts fram i flera rapporter tidigare (SBU 2009, Socialstyrelsen 2010-a).

Projektet handlar även om att använda läkemedelsberättelse i primärvården. Läkemedelsberättelse har länge använts inom slutenvården. Där skrivs en läkemedelsberättelse när en patient lämnar sjukhuset och den sammanfattar patientens behandling under vårdtiden och vilka förändringar som gjorts i patientens läkemedelsbehandling (Socialstyrelsen 2009-c). I det här projektet får patienten en läkemedelsberättelse för att på det sättet ytterligare öka patientens delaktighet genom tydlig information om sin läkemedelsbehandling.

Redan hösten 2009 startade vid Nynäshamns vårdcentral ett projekt med syfte att testa systematiska läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse i primärvården. Många nyttiga erfarenheter gjordes, men då arbetet avvek från projektplanen avbröts projektet i april 2010. Detta projekt är en omstart av det tidigare projektet.

Syfte

Att pröva om ett strukturerat arbetssätt med läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse kan ge äldre personer som söker vård vid Nynäshamns vårdcentral ökad kvalitet och trygghet i sin läkemedelsbehandling.

Projektmål

Projektmålen beskriver några viktiga moment som projektet förväntades utföra:

- Att skapa en anpassning för läkemedelsberättelser i primärvården
- Att göra en mall för läkemedelsberättelser i primärvården
- Att pröva hur läkemedelsberättelser kan användas i primärvården
- Att rekrytera 100 personer till projektet och genomföra läkemedelsgenomgångar
- Att utifrån erfarenheter från ett tidigare projekt med liknande upplägg hitta enklare tidseffektiva metoder för dokumentation i journalsystemet

Effektmål

Effektmålen beskriver mer långsiktiga mål som projektet förväntas leda till men som kanske inte går att mäta under projekttiden. De innefattade:

- Säkrare och tryggare patienter och anhöriga när det gäller läkemedelsbehandling
- Bättre rutiner för vårdcentralen när det gäller uppföljning av läkemedelsbehandling

Metod

Projektet startade i slutet av september 2010, då en arbetsgrupp bildades med deltagare från Nynäshamns vårdcentral (Legevisitten AB) och från Nestor, se bilaga 1. Arbetsgruppens uppgift var att planera hur projektet skulle genomföras i detalj. Som utgångspunkt användes den modell för läkemedelsgenomgångar med läkemedelsberättelse som använts i ett tidigare projekt vid vårdcentralen. Nu reviderades modellen med målet att hitta effektivare processer. Bland annat reviderades en tidigare patientbroschyr, en mall skapades för läkemedelsberättelse i primärvården, nya rutiner utarbetades för rekrytering av patienter liksom för dokumentation i journalsystemet och för informationsöverföring mellan de medverkande i projektet.

Arbetsgruppen träffades 5 gånger innan genomförandefasen startade i februari 2011. Planen stämdes fortlöpande av med styrgruppen, som under förberedelsefasen träffades tre gånger. I styrgruppen fanns representanter för Legevisitten, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholm och Nestor, se bilaga 1.

Rekryteringen av patienter startade i mitten av december 2010 och pågick fortlöpande under projekttiden med uppehåll för sommaren. Patientbesöken hos apotekare och läkare startade första veckan i februari och pågick till i mitten av maj (enstaka patienter träffade läkaren i maj-juni-juli). En ny omgång med patientbesök startade i slutet av augusti och pågick till i mitten av december.

Modell för läkemedelsgenomgångar

Den modell som användes vid läkemedelsgenomgångarna innehöll flera olika steg. En undersköterska, en sjuksköterska och en distriktssköterska organiserade modellen. Modellen illustreras i figur 1 på nästa sida.

Rekrytering av patienter och organisering av patientflödet

Patienter, 65 år eller äldre, boende i eget (ordinärt) boende och med minst sju receptförskrivna läkemedel och som besökte vårdcentralen erbjöds en läkemedelsgenomgång. Under den första delen av projektet (våren 2011) skedde rekryteringen genom att de två läkare som medverkade i projektet tillfrågade sina patienter, som tillhörde målgruppen, om de ville delta i projektet och få en läkemedelsgenomgång. Patienten fick en informationsbroschyr om projektet och de som var intresserade skrevs upp på en väntelista i en särskild modul i Take Care (journalsystemet).

Patienten kontaktades per telefon av undersköterskan, sjuksköterskan eller distriktssköterskan (kallas i fortsättningen sköterskan för enkelhetens skull). Sköterskan gav ytterligare information om projektet och inhämtade muntligt samtycke från patienten, vilket noterades i journalen. Sköterskan bokade därefter in tider för patientens träff med apotekare och för läkarbesöket samt en separat tid för läkarens bedömning av läkemedelsbehandlingen.

Sköterskan kontrollerade om patienten tagit lab-prover nyligen (max 3 månader gamla) och om det inte fanns uppmanades patienten att komma till vårdcentralen för att ta nya. För prover som enligt överenskommelse betraktades som standardprover behövdes ingen remiss från läkaren. Läkaren kunde vid behov komplettera med ytterligare prover.



Figur 1: Modell för läkemedelsgenomgång inom detta projekt. Efter patientens besök hos apotekaren gör apotekaren en utvärdering av behandlingen och skriver ett utlåtande med förslag på förändringar i behandlingen. Läkaren gör sedan en medicinsk bedömning med utgångspunkt från utlåtandet. Slutligen kommer patienten till läkaren och de diskuterar igenom läkemedelsbehandlingen och eventuella förslag på förändringar. Bilden är en del av en poster som presenterades på Läkaresällskapets riksstämma november 2011, hela postern ses i bilaga 7. (Fotograf: Gösta Rising)

Patientens besök på vårdcentralen

Patienten kom till vårdcentralen vid två tillfällen. Första träffen var med apotekaren och till det mötet uppmanades patienten att ta med alla sina läkemedel som användes för tillfället. Under mötet berättade patienten vilka läkemedel som användes och hur, samt hur behandlingen upplevdes. Apotekaren ställde frågor om patientens symtom och dokumenterade även om patienten hade några hälsorelaterade synpunkter och funderingar som skulle framföras till läkaren. Under projekttiden gjordes vissa förändringar i apotekarens arbetssätt, bland annat infördes en standardiserad skattningsskala för eventuella upplevda besvär, PHASE-20 (Hedström m.fl. 2009), se bilaga 2. Dessa förändringar gjordes på grund av ändrade förutsättningar för projektarbetet, se sidan 13.

Om patienten skulle ta nya prover gjordes det oftast i anslutning till besöket hos apotekaren. Proverna togs av undersköterskan.

Några veckor efter besöket hos apotekaren kom patienten åter till vårdcentralen, nu för att träffa läkaren. Läkaren hade innan dess utarbetat en preliminär plan för den fortsatta behandlingen, mer om detta nedan. Under mötet diskuterade patienten och läkaren läkemedelsbehandlingen och kom överens om hur den skulle se ut. Läkaren gjorde eventuella korri-

geringar i läkemedelslistan och i läkemedelsberättelsen. Om ändringarna inte var alltför omfattande gjordes korrigeringar omgående och patienten fick med sig en uppdaterad läkemedelslista samt en läkemedelsberättelse, annars skickades dessa hem senare per post. Bilagorna 4 och 5 visar exempel på hur en läkemedelsberättelse kunde se ut, den första när inga förändringar gjorts i patientens läkemedelsbehandling, och den andra när förändringar är gjorda.

Apotekarens och läkarens utvärderingar av läkemedelsbehandlingen

Läkemedelsgenomgången i denna modell består förutom av patientbesöken av en utvärdering av läkemedelsbehandlingen, vilket görs i två steg, först av apotekaren och sedan av läkaren.

Apotekarens utvärdering innebar en noggrann granskning av behandlingen baserat på kunskap om 'äldre och läkemedel' tillsammans med de uppgifter patienten lämnat (aktuell läkemedelsbehandling, symtom, synpunkter och funderingar) samt information i patientjournalen. Något som alltid kontrollerades var patientens njurstatus.

Granskningen utmynnade i en lista med specifika frågeställningar om läkemedelsbehandlingen samt förslag på åtgärder. Dessa sammanfattades i ett utlåtande som dessutom innehöll en aktuell läkemedelslista inklusive receptfria läkemedel och naturläkemedel som patienten använde, uppgifter om eventuella diagnoser som inte fanns dokumenterade i journalen och en utskrift på kvalitetsindikatorer enligt Socialstyrelsen, vilka var aktuella att ta ställning till. Utlåtandet lades in i patientens journal och detta kunde apotekaren göra via en extern uppkoppling till vårdcentralens journalsystem. Ett exempel på ett utlåtande visas i bilaga 3.

Läkarens utvärdering innebar i sin tur en medicinsk värdering av patientens läkemedelsbehandling. Läkaren tog ställning till patientens läkemedelsbehandling genom att granska apotekarens förslag och övrig information som framkom i utlåtandet. Beslut om åtgärder baserades på noggrann journalgranskning, något som ibland kunde bli mycket tidskrävande.

Läkaren utarbetade ett förslag på ny läkemedelslista och en läkemedelsberättelse, dessa låg sedan till grund för diskussionen med patienten om läkemedelsbehandlingen.

Genomlysning av alla processer i modellen våren 2011

När tio patienter hade gått igenom hela modellen och fått en läkemedelsgenomgång träffades arbetsgruppen för en genomlysning av alla processer och diskussion om eventuella förändringar som behövde göras för att förbättra arbetet. En viktig förändring som gjordes handlade om när läkarens separata tid för utvärdering av behandlingen skulle planeras in.

I ursprungsmodellen beslutades att läkaren skulle ha sin utvärdering inbokad en vecka före patient-läkarmötet. Det var för att läkaren då skulle kunna hinna beställa extra prover eller hinna ta kontakt med andra läkare om det behövdes. Den modellen krävde dock att tre olika tider skulle bokas in för varje patient; en för patient-apotekarmötet, en för läkarens egen utvärdering och en för patient-läkarmötet. Att boka så många tider blev mycket krångligt för sköterskorna. Vid genomlysningen ändrades detta så att tiden för läkarens utvärdering bokades samma dag i direkt anslutning till patient-läkarmötet. Detta underlättade såväl bokningen som arbetet för läkarna som därmed inte behövde förbereda sig två gånger för samma patient.

En annan sak som uppmärksammades var att sköterskorna hade svårt att hitta tid för att rekrytera patienter och organisera arbetet. Detta föreslogs åtgärdas genom att enhetschefen skulle lägga in tid i tidboken för sköterskornas projektarbete. Någon sådan tid infördes dock aldrig trots att det var en återkommande punkt vid arbetsgruppens möten.

Förändringar i modellen inför hösten 2011

Efter vårens arbete lämnade två för projektet viktiga personer sina tjänster; apotekaren och en av läkarna. Detta föranledde flera förändringar i modellen för att projektet skulle kunna fortsätta på ett smidigt sätt. Följande förändringar genomfördes:

- Under hösten var endast en läkare kvar i projektet och därför rekryterades patienterna nu från hela vårdcentralen och det var sköterskorna som skötte rekryteringen. Framför allt rekryterades många patienter som kom till vårdcentralen för att ta waran-prover. Under första halvan av projektet hade de två läkarna rekryterat patienter bland "sina egna" patienter.
- Eftersom de flesta patienterna nu var okända för läkaren behövdes under hösten mer tid såväl för läkarens utvärdering som för patientmötet. Tiden utökades från en sammanlagd tid på cirka 1 timme till ibland närmare 1,5 timme.
- Under våren deltog en apotekare som både träffade patienterna och gjorde granskningen av läkemedelsbehandlingen. När den apotekaren slutade sin tjänst delades detta arbete upp, av praktiska skäl, så att en apotekare träffade patienten och en annan gjorde granskningen och skrev utlåtandet.
- Patientens symtom fångades under våren in genom att apotekaren ställde specifika frågor om problem som brukar kunna höra ihop med patientens läkemedelsbehandling. Under hösten gjordes detta istället genom att patienten fick ta ställning till ett 20-tal symtom enligt en symtomskattningsskala, PHASE-20 (bilaga 2).

Utvärdering av projektet

Projektet följdes upp dels genom patientenkäter för att samla in patienternas synpunkter på läkemedelsgenomgången, dels genom analys av hur läkemedelsbehandlingen hade påverkats och dels genom intervjuer med läkare och sköterskor vid vårdcentralen.

Patientenkäter

Vid läkarbesöket fick patienten en enkät med frågor om läkemedelsgenomgången (bilaga 6). Enkäten besvarade patienten hemma och skickade sedan in den till Nestor i ett förfrankerat och adresserat kuvert.

Uppföljning av förändringar i läkemedelsbehandlingen

För att undersöka förändringar i patienternas läkemedelsbehandling samlades kopior in av patienternas läkemedelslistor före och efter genomgången, samt läkemedelsberättelsen och journalanteckningar från patient-läkarmötet. Läkemedelslistorna matades in i datorstödet Monitor, som användes för att generera rapporter över eventuella förändringar i läkemedelslistan och förändringar i Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldre (Socialstyrelsen 2010-b).

En uppföljning gjordes också angående hur många läkemedelsrelaterade problem (LRP) som påtalades av apotekaren och hur stor andel av dessa som ledde till åtgärd. I många fall påpekade apotekaren dessutom olika hälsorelaterade problem som inte handlade om läkemedel,

dessas har inte dokumenterats i denna uppföljning. Läkarna gjorde även ändringar i läkemedelsbehandlingen utifrån apotekarens dokumentation men som inte hade tagits upp av apotekaren som ett LRP. Dessa har inte heller dokumenterats i uppföljningen.

Förutom de två läkemedelslistorna som togs ur patientjournalen skapades en läkemedelslista som baserades på patientens egna uppgifter om behandlingen. Denna lista använde apotekaren vid sin utvärdering och läkaren använde den för avstämning och uppdatering av läkemedelslistan i journalen.

Intervjuer med personal

När de sista patienterna träffat läkaren och genomförandefasen var slut intervjuades de personer som medverkat aktivt i projektet, det vill säga de tre sköterskorna (USK/SSK/DSK) och läkaren vid vårdcentralen. Dessutom intervjuades enhetschefen som var den som hade skött den övergripande tidsplaneringen vid vårdcentralen samt två läkare som inte direkt varit involverade men som hade patienter som deltagit i projektet. Alla dessa intervjuer gjordes av en projektledare från Nestor som annars inte arbetade inom projektet.

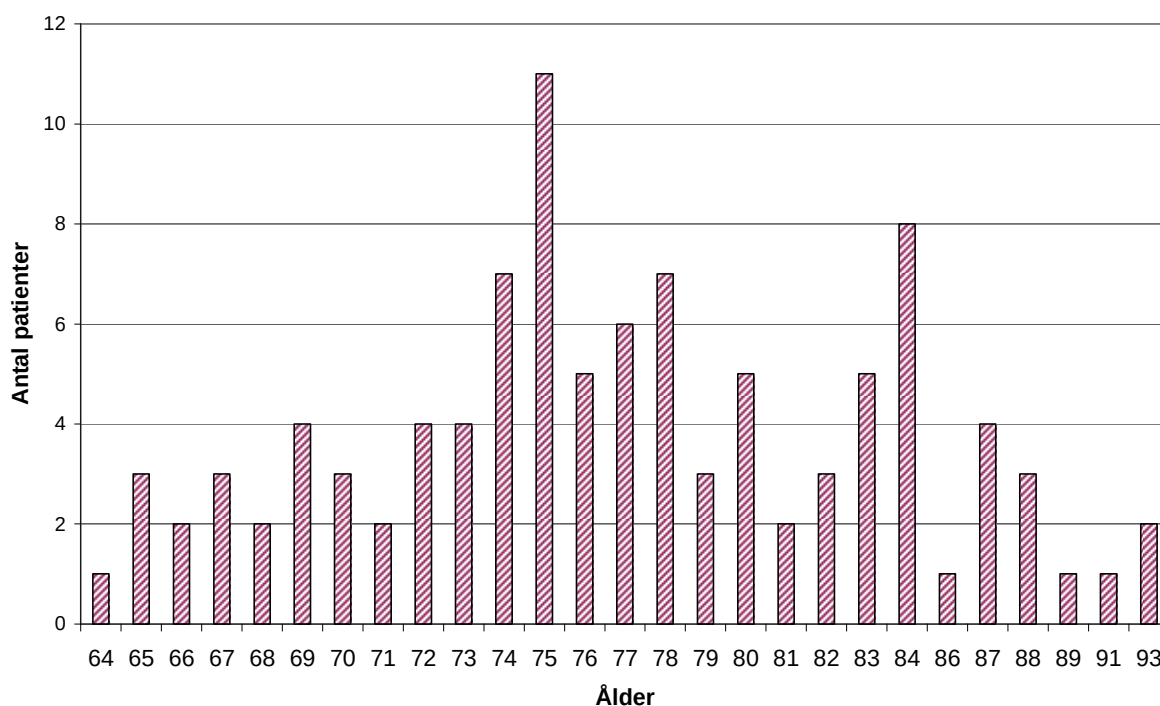
Två intervjuer gjordes i maj respektive juni för att fånga in erfarenheter från de två personer som då lämnade projektet, läkaren från vårdcentralen och apotekaren från Nestor.

Resultat

Deltagande patienter

Det var totalt 102 personer som deltog i projektet och fick en läkemedelsgenomgång gjord och som ingår i analysen, 46 på våren och 56 på hösten. Ytterligare två personer rekryterades och träffade apotekaren, en på våren och en på hösten, men avled innan läkarbesöket. Eftersom nya rutiner för rekrytering av patienter infördes efter halva projektiden, vilket hade betydelse för arbetet, presenteras resultatet dels för hela gruppen och dels för vårens och höstens patienter separat.

Bland de 102 personerna var 54 kvinnor och 48 män. Medelåldern för hela gruppen var 77,1 år och skillnaden mellan kvinnor och män var liten (kvinnor 77,3 år, män 76,9 år). Åldersfördelningen för hela gruppen visas i figur 2. Medelåldern skilde sig inte åt när det gäller vårens respektive höstens patienter, däremot var det en något högre andel kvinnor under hösten (52% vår och 57% höst).

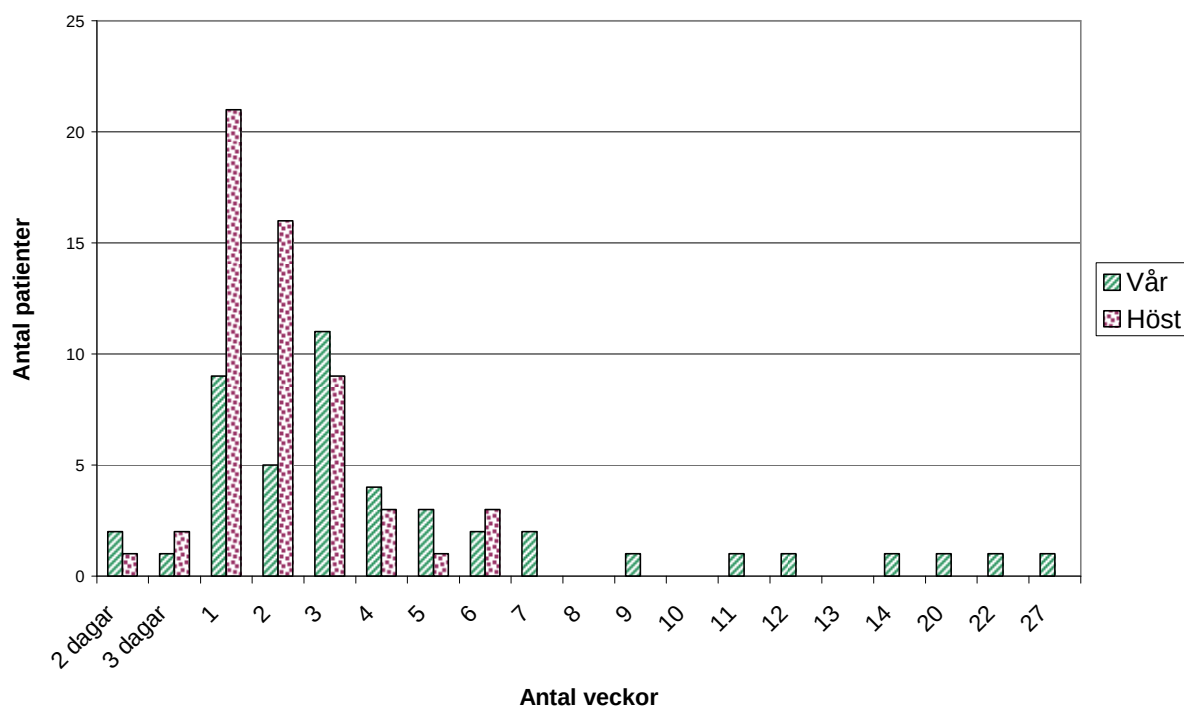


Figur 2: Åldersfördelning bland de 102 patienter som deltog och fick en läkemedelsgenomgång, den yngsta var 64 år och den äldsta var 93 år.

Patientflödet

Patienterna började rekryteras till projektet från mitten av december 2010 och skrevs då upp på en väntelista. Sköterskorna kontaktade därefter patienterna, gav mer information om projektet och organiserade arbetet på vårdcentralen genom att boka in tider i apotekarens och läkarens schema i journalsystemet. De första patienterna träffade apotekaren första veckan i februari (vecka 5) och nya patienter rekryterades löpande. Patient-apotekarmöten pågick fram till i mitten av maj (vecka 20), det vill säga under totalt 16 veckor. Höstens arbete inledades under vecka 34 då rekryteringen startade. De första av höstens patienter träffade apotekaren under vecka 35 och patient-apotekarmöten pågick sedan fram till vecka 49, det vill säga under 15 veckor.

Enligt projektmodellen skulle patienten träffa läkaren inom 2-4 veckor efter besöket hos apotekaren. Figur 3 visar hur lång tid som passerade mellan de två mötena, uppdelat på det arbete som gjordes under våren respektive under hösten. Figuren visar att arbetet flöt på bättre under hösten jämfört med våren. Under hösten hade samtliga patienter träffat läkaren inom sex veckor och det stora flertalet (88%) hade gjort det inom tre veckor. Under våren var modellen svårare att genomföra rent planeringsmässigt och dessutom påverkades arbetet av att en av läkarna blev sjuk under två perioder. En förenkling i modellen hade visserligen gjorts efter att 10 patienter fått sina läkemedelsgenomgångar, men vid den tidpunkten hade redan 23 patienter träffat apotekaren och ett stort antal var redan inbokade för besök hos läkare. Ändringen kom därför inte att genomföras fullt ut förrän under senare delen av våren. Några av vårens patienter hade mycket lång tid mellan besöken hos apotekaren och läkaren. För en patient var det planerat enligt patientens egna önskemål men några av patienterna hade "glömts bort" och fick kontaktas under sommaren och hösten för att de skulle få slutföra läkemedelsgenomgången hos läkaren.



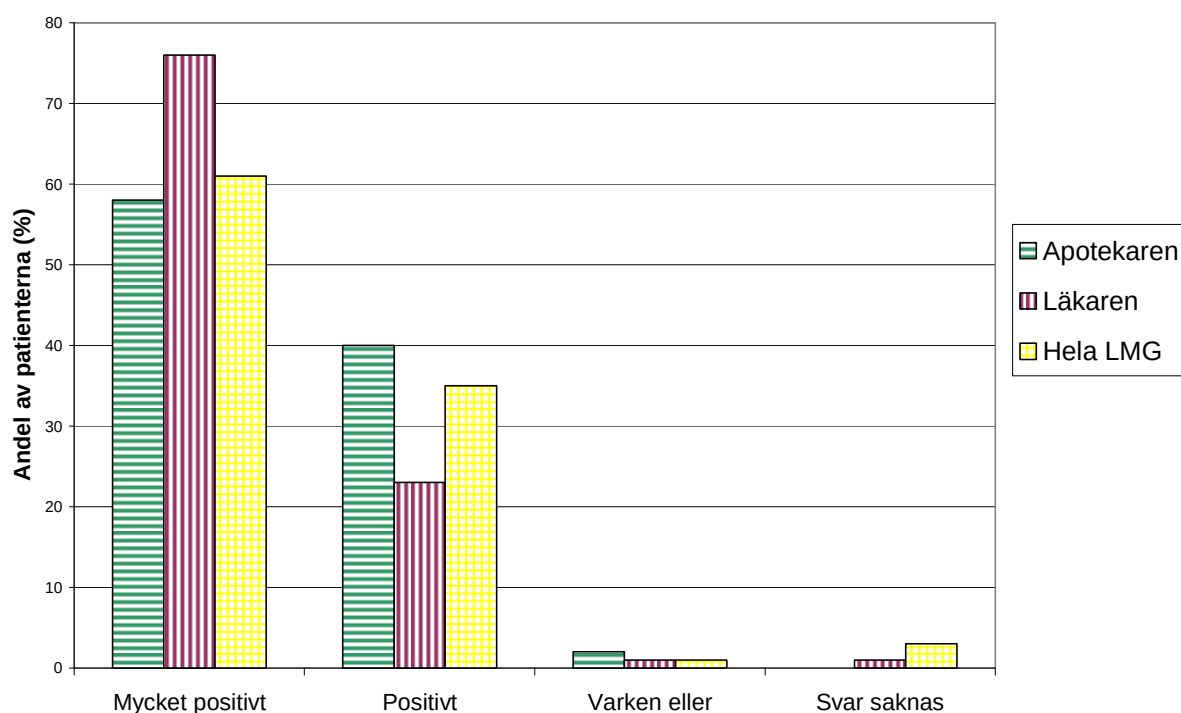
Figur 3: Visar hur lång tid som förflöt mellan patientens besök hos apotekaren och hos läkare under våren respektive hösten 2011. Observera att tidslinjen är bruten efter 14 veckor och gör ett hopp till 20, 22 respektive 27 veckor.

Patienternas upplevelser av läkemedelsgenomgången

Alla patienter lämnade in patientenkäten, under våren utan påminnelse och under hösten efter att sju patienter fått en påminnelse.

Patienterna tillfrågades om hur de upplevde läkemedelsgenomgången som helhet och hur de upplevde besöket hos läkaren respektive apotekaren. Det var mycket få som inte var nöjda. När det gällde läkemedelsgenomgången som helhet uppgav 96% av patienterna att de var positiva eller mycket positiva. Motsvarande siffror för besöket hos läkaren var 99% och för besöket hos apotekaren 98%. Figur 4 visar att det framför allt var besöket hos läkaren som man var mycket positiv till.

Många patienter lämnade kommentarer till frågorna i enkäten. Det var 89 kommentarer om läkemedelsgenomgången som helhet, 61 om besöket hos läkaren, 59 om besöket hos apotekaren, 30 om fråga 5 där patienten skulle ta ställning till olika påståenden (se nedan tabell 1) och 25 om läkemedelsberättelsen.



Figur 4: Visar patienternas svar angående deras uppfattning om besöket hos apotekaren, besöket hos läkaren respektive läkemedelsgenomgången som helhet. Staplarna visar andel patienter i procent som uppgav de olika svarsalternativen.

Om läkemedelsberättelsen

Det var 49% av patienterna som ansåg att det var mycket lätt att förstå läkemedelsberättelsen, 45% skrev att det var lätt och 2% att det var svårt. Svar saknades från 4% av patienterna.

Totalt fanns 25 kommentarer till frågan om läkemedelsberättelsen. Många av dem handlade dock inte om läkemedelsberättelsen utan om läkemedelsgenomgången som sådan och på vilket sätt personen i fråga uppskattade den. Elva skrev att de inte saknade någon information när det gällde läkemedlen och att berättelsen var lätt att förstå. En person skrev att den var

bra för att komma ihåg. Det var två som skrev att de saknade något, den ena ville att det skulle stå vad läkemedlen användes till och den andra ville ha mer information om hälsokostpreparat. En person skrev att han eller hon inte förstod vad siffrorna betydde men det tycks som att det var provsvar som avsågs. Någon skrev att läkemedelsberättelsen var färdigskriven vid mötet. Två patienter kommenterade att de inte hade fått någon läkemedelsberättelse.

Uppfattningar om aspekter av läkemedelsgenomgången och effekter av den

Patienterna fick också ta ställning till en rad påståenden och ange om de tyckte att de stämde precis, ganska bra, inte särskilt bra eller inte alls med deras uppfattning. Resultatet presenteras i tabell 1. Överlag var patienterna positivt eller mycket positivt inställda till olika delar av läkemedelsgenomgången. När det gällde frågor där de skulle jämföra nuvarande uppfattning med hur det hade varit tidigare var det en större andel av patienterna som uppgav att det inte stämde eller att det endast stämde ganska bra (främst frågorna nummer 3, 7, 8 och 9, men även fråga 4). Flera kommenterade exempelvis, angående sina svar, att de hade känt sig trygga tidigare också eller att de alltid brukade följa läkarens ordination.

Tabell 1: Patienternas svar på olika påståenden om läkemedelsgenomgången.

Frågans fokus	Stämmer precis eller stämmer ganska bra, % (enbart "ganska bra", %)	Stämmer inte alls eller inte särskilt bra, %	Svar saknas, %
1. Blev väl mottagen på vårdcentralen	97 (9)	-	3
2. Kändes bra prata med apotekaren före läkarbesöket	98 (20)	-	3
3. Samtalet med apotekaren gjorde det lättare att diskutera med läkaren	91 (37)	5	4
4. Kände sig mer delaktig i samtalet med läkaren än vid tidigare besök	88 (22)	7	6
5. Värdefullt att få en Läkemedelsberättelse	93 (17)	1	7
6. Värdefullt att få en Läkemedelslista	95 (15)	1	4
7. Vet nu mer om sin läkemedelsbehandling än tidigare	86 (35)	9	5
8. Känner sig nu tryggare med sin läkemedelsbehandling än tidigare	83 (31)	12	5
9. Följer nu läkarens ordination i större utsträckning än tidigare	67 (28)	20	14
10. Anser att alla äldre med många läkemedel bör få göra en LMG	96 (11)	-	4

Patienternas egna ord om läkemedelsgenomgången

Kritiska eller neutrala kommentarer

Det var två mer eller mindre kritiska kommentarer. En patient tyckte inte att han eller hon blivit tillfrågad hur han/hon mårde och hade dessutom saknat en diskussion angående om olika symtom var åldersrelaterade eller berodde på livsstil. En annan person skrev att det var svårt med läkemedelsgenomgången som helhet.

Några personer kommenterade att visst hade det varit bra med den här genomgången men de hade alltid känt sig delaktiga, eller de hade alltid känt sig trygga med sin läkemedelsbehandling, eller de hade redan bra koll på sina läkemedel.

Positiva kommentarer

Den absoluta majoriteten av kommentarerna var positiva. Nedan beskrivs de områden patienterna berörde i sina kommentarer och några exempel på vad patienterna hade upplevt.

- Att få samtala om läkemedelsbehandlingen och om sina besvär
Här handlade det exempelvis om att man uppskattade att få ventilera problem, att få ställa frågor och att få berätta hur man mårde av sina läkemedel.
- Att få veta mer om sina läkemedel
Deltagarna uppgav att hade fått ny kunskap och att de fått tydlig information.
- Att få göra en kontroll av läkemedelsbehandlingen
Det var många som uppskattade att deras behandling kontrollerades och de uttryckte bland annat att det kunde avslöja felaktigheter, att de ville kontrollera att de inte hade onödigt medicin eller få reda på om några mediciner inte passade ihop.
- Att få göra ändringar i läkemedelsbehandlingen
Många patienter nämnde att de uppskattade att de hade fått minska antalet läkemedel eller att de hade fått ta bort läkemedel som gav mer skada än nytta, andra hade fått sänka läkemedelsdoser medan åter andra hade fått nya läkemedel.
- Att det fanns tid
Patienterna framhöll som viktigt att de i lugn och ro hade kunnat ställa frågor och att det inte var någon stress i mötet med apotekaren och läkaren, något som de inte verkade vara vana med.
- Att känna sig omhändertagen och respekterad
Att de hade blivit mötta med respekt och tagna på allvar beskrevs som mycket positivt. Andra skrev att de hade fått känna sig viktiga, att de inte behövt känna sig som ett nummer, att de hade fått prata om olika besvär utan att det kändes som gnäll, att de inte hade känt sig som en belastning och någon skrev att det brukade gå att prata med läkaren men att det här var lättare.
- Läkarens bemötande
Läkarnas bemötande och egenskaper lovordades av många. De beskrev att läkaren var engagerad, väl förberedd, förstående, brydde sig, var kunnig och gav trygghet.
- Apotekarens bemötande
Även apotekarnas bemötande uppskattades och patienterna skrev att apotekaren var engagerad och kunnig, att hon lyssnade och förstod.
- Fokus på läkemedelsgenomgången som helhet
Några skrev inget specifikt om genomgången utan uppgav att de uppskattade helheten och att det var väl genomtänkt. Några nämnde också att samarbetet mellan apotekare och läkare som särskilt positivt eller som någon skrev, att det var tryggt med en genomgång med två kunniga parter.

Analys av läkemedelsbehandlingen

Antal läkemedel per person, antal problem och antal åtgärder

Antal läkemedel per person enligt journalen var i genomsnitt 11,5 och enligt patienten 10,4, se tabell 2. Som nämnts tidigare presenteras ibland data både för hela gruppen och för vårens och höstens patienter var för sig, eftersom projektet omorganiserades efter vårens arbete på ett sätt som påverkade arbetet. Efter läkemedelsgenomgången hade patienterna i genomsnitt 9,5 läkemedel per person, det vill säga en minskning med 2 läkemedel per person om man utgår från journaluppgifterna och med 0,9 om man utgår från patientens egna uppgifter. Det var framför allt stor skillnad mellan journalens och patientens uppgifter när det gällde vårens patienter. Samtliga uppgifter inkluderar läkemedel som ordinerats att tas vid behov.

Tabell 2: Antal läkemedel, antal identifierade läkemedelsrelaterade problem (LRP) och antal åtgärdade problem för hela patientgruppen respektive för vårens och höstens patienter var för sig.

Variabel	Alla	Vår	Höst
Antal patienter	102	46	56
Antal läkemedel före enligt journalen (medelvärde)	11,5	12,3	10,8
Antal läkemedel före enligt patienten (medelvärde)	10,4	10,1	10,6
Antal läkemedel efter enligt journalen (medelvärde)	9,5	9,2	9,7
Antal LRP	274 2,7/person	129 2,8/person	145 2,6/person
Antal åtgärder	166 1,6/person	85 1,8/person	81 1,4/person
Andel LRP som åtgärdades	60,1%	65,9%	55,9%

Totalt identifierade apotekaren 2,7 läkemedelsrelaterade problem (LRP) per person, något högre under våren jämfört med hösten, se tabell 2 ovan. Det var 4 patienter som enligt utvärderingen inte hade några problem med läkemedelsbehandlingen. I tabell 3 visas vilka olika typer av LRP som konstaterades.

Totalt åtgärdades 1,6 LRP per person, det vill säga i genomsnitt 60% av identifierade LRP. Vilka typer av åtgärder som vidtogs visas i tabell 4. Exempel på åtgärder som klassats som "Annat" är: 1) behovet att byta tidpunkt för intag av ett läkemedel försvann eftersom två andra läkemedel sattes ut, 2) en rekommendation om byte av ett läkemedel ledde till att läkaren ordinerade nya lab-prover och bokade återbesök för bedömning om byte var möjligt, och 3) en rekommendation om byte av ett ögonläkemedel ska diskuteras vid nästkommande besök.

Det fanns en uppfattning i arbetsgruppen att det var vanligare att de äldre patienterna i projektet upplevde symtom som skulle kunna vara en biverkan, jämfört med de yngre patienterna i projektet. En jämförelse gjordes därför mellan gruppen 80+ och de som var under 80 år med avseende på antal identifierade LRP och hur många åtgärder som genomfördes. Det visade sig att bland patienterna i projektet hade personer under 80 år i genomsnitt fler läke-

medel än de som var 80 eller äldre. Däremot identifierades fler problem och fler åtgärder genomfördes i den äldre åldersgruppen, se tabell 5.

Tabell 3: Läkemedelsrelaterade problem (LRP) som identifierades av apotekaren

Typ av LRP	Antal LRP & antal personer (n)
Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig	74 (53)
Biverkningar	61 (47)
Underbehandling	54 (46)
För hög dos	22 (19)
Riskläkemedel	20 (18)
Ej rekommenderat läkemedel	11 (10)
Läkemedlet används ej	7 (6)
Ineffektivt läkemedel	6 (6)
Annat	5 (5)
Läkemedlet behövs ej	4 (3)
Olämplig beredningsform eller regimen	4 (4)
INGA LRP KONSTATERADE	4 (4)
Läkemedelsinteraktion, summaeffekt	4 (4)
Läkemedlet används ej enligt ordination	2 (2)

Tabell 4: Åtgärder föranledda av de läkemedelsrelaterade problem (LRP) som identifierats

Åtgärd	Antal
Utsättning av läkemedel	80
Dosminskning	28
Byte av läkemedel	18
Insättning av läkemedel	17
Annat	13
Dosökning	7
Ändrat doseringsintervall	3

Tabell 5: Antal identifierade problem och åtgärder hos patienter yngre än 80 år respektive 80 år eller äldre

Parameter	<80 år	≥80 år
Antal personer	69	33
Antal läkemedel/person	11,6	11,2
Antal LRP/person	2,5	2,8
Antal åtgärder/person	1,6	1,8

Patienternas användning av läkemedel inom olika läkemedelsgrupper

Nedan i tabell 6 rapporteras förändringar i patienternas läkemedelsanvändning avseende de vanligast använda läkemedelsgrupperna. Tabellen visar exempelvis att det var tre patienter färre som använde en antikoagulantia, åtta färre som använde ett betareceptorblockerande medel och 21 färre som använde ett medel som påverkade serumlipidnivåerna.

Tabell 6: De 20 vanligaste läkemedelsgrupperna och deras användning, före och efter läkemedelsgenomgången.

ATC	Läkemedelsgrupp	Användning, % (n)		Antal patienter, minskning eller ökning
		Före	Efter	
B01A	Antikoagulantia	83,3 (85)	80,4 (82)	-3
C07A	Beta-receptorblockerande medel	67,6 (69)	59,8 (61)	-8
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	55,9 (57)	35,3 (36)	-21
C08C	Kalciumantagonister övervägande kärlselektiv	39,2 (40)	36,3 (37)	-3
A02B	Medel vid magsår&gastroesofageal reflux-sjd	38,2 (39)	30,4 (31)	-8
N02B	Lätta analgetika och antipyretika	35,3 (36)	33,3 (34)	-2
C03C	Loop-diuretika	34,3 (35)	27,5 (28)	-7
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	34,3 (35)	32,4 (33)	-2
C09A	ACE-hämmare	34,3 (35)	34,3 (35)	0
A10B	Blodglukossänkande medel, exkl insuliner	26,5 (27)	22,5 (23)	-4
A06A	Laxantia	24,5 (25)	20,6 (21)	-4
A10A	Insuliner och analoger	23,5 (24)	22,5 (23)	-1
M01A	Icke-steroida antiinflammatoriska och antireumatiska medel, NSAID	23,5 (24)	16,7 (17)	-7
R05C	Expektorantia, exkl komb med hostdämp.medel	22,5 (23)	18,6 (19)	-4
R03A	Adrenergika, inhalationer	22,5 (23)	21,6 (22)	-1
C01D	Kärlvidgande medel vid hjärtsjukdomar	22,5 (23)	19,6 (20)	-3
H03A	Tyreoideahormoner	21,6 (22)	21,6 (22)	0
C09C	Angiotensin II-antagonister	19,6 (20)	19,6 (20)	0
A12A	Kalcium	19,6 (20)	19,6 (20)	0
B03B	Medel vid megaloblastanemier	19,6 (20)	12,7 (13)	-7

En förändring i läkemedelsbehandlingen kan också göras genom dosjustering. Nästa tabell, tabell 7, visar förändringen i DDD (definierad dygnsdos). En förändring i DDD innefattar såväl ut- och insättningar som doshöjningar och -sänkningar. De största förändringarna baserat på DDD sågs i användningen av lätta analgetika, av NSAID samt av medel mot megaloblastanemier, det vill säga vitamin B12 och folsyra (främst Triobe[®]).

Tabell 7: De 20 vanligaste läkemedelsgrupperna och hur deras användning, uttryckt i totalt antal DDD, förändrats i samband med läkemedelsgenomgången. Förändring i DDD innefattar både in- och utsättning av läkemedel och dosjusteringar.

ATC	Läkemedelsgrupp	Förändring i DDD, %
N02B	Lätta analgetika och antipyretika	-79,5
M01A	Icke-steroida antiinflammatoriska och antireumatiska medel, NSAID	-74,7
B03B	Medel vid megaloblastanemier	-53,0
R05C	Expektorantia, exkl kombinationer med hostdämpande medel	-50,0
A06A	Laxantia	-34,1
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	-34,0
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	-32,1
A10B	Blodglukossänkande medel, exkl insuliner	-30,8
C03C	Loop-diuretika	-28,5
C01D	Kärlvidgande medel vid hjärtsjukdomar	-22,6
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom	-19,9
R03A	Adrenergika, inhalationer	-19,5
C07A	Beta-receptorblockerande medel	-15,6
B01A	Antikoagulantia	-14,2
H03A	Tyreoideahormoner	-13,1
C08C	Kalciumantagonister med övervägande kärlsektiv effekt	-10,0
C09C	Angiotensin II-antagonister	-6,9
A10A	Insuliner och analoger	0,0
C09A	ACE-hämmare	0,4
A12A	Kalcium	8,3

Kvaliteten i läkemedelsanvändningen enligt kvalitetsindikatorer

De kvalitetsförbättringar som uppnåddes i denna studie kan jämföras med de mål Sveriges regering satt upp för sin satsning på vård av de mest sjuka äldre under 2011-14. När det gäller läkemedel finns tre indikatorer uppsatta; två för allmänheten som är 65 år och äldre och en för boende inom särskilt boende. De två indikatorerna för allmänheten är "olämpliga läkemedel" och "D-interaktioner", vilka ska minska med 10 procent under 2012 enligt regeringens mål, den tredje indikatorn som ska mätas är andel personer, inom särskilt boende, som får psykosmedel.

Bland patienterna i denna studie sågs stora kvalitetsförbättringar, mätt med några av Socialstyrelsens indikatorer för äldres läkemedelsbehandling, se tabell 8. De av indikatorerna som främst liknar regeringens indikatorer är den genomsnittliga användningen av D-interaktioner (minskning med 45 procent), användning av långverkande bensodiazepiner, (minskning med 25 procent), och användning av antikolinerga läkemedel (minskning med 33 procent). De indikatorer som redovisas i vår studie är inte, förutom D-interaktionerna, exakt de som regeringen använder. De "olämpliga läkemedel" som regeringen kommer att mäta är en sammanslagning av långverkande bensodiazepiner, antikolinerga läkemedel samt smärtstillaren tramadol och sömnmedlet Propavan[®].

Tabell 8: Läkemedelsanvändningens kvalitet enligt läkemedelslistan i journalen, mätt med några av Socialstyrelsens indikatorer, före och efter läkemedelgenomgången.

Indikator	Förekomst, %		Förändring
	Före	Efter	
Långverkande bensodiazepiner	3,9	2,9	- 25 %
Antikolinerga medel	14,7	9,8	- 33 %
Läkemedelsdubblering	18,6	9,8	- 47 %
Tre eller fler psykofarmaka	8,8	4,9	- 44 %
C-interaktioner enl Folke II	64,7	59,8	- 7,6 %
D-interaktioner enl Folke II	25,5	15,7	- 38 %
D-interaktioner enl Sfinx	10,7	5,9	- 45 %

Intervjuer med personal vid Nynäshamns vårdcentral

Intervjuer utfördes med de personer som arbetat aktivt i projektet vid vårdcentralen, det vill säga läkaren och de tre sköterskorna (en undersköterska, en sjuksköterska och en distriktsköterska) samt enhetschefen. Dessutom intervjuades två läkare som inte varit involverade men som hade patienter som deltagit i projektet.

Läkaren

Läkaren ansåg att den modell för läkemedelsgenomgångar som hade använts var mycket bra. Han hade dock känt sig mer delaktig i projektet under våren när han själv också rekryterade patienter till projektet.

Han uppskattade att en apotekare hade medverkat, och sa att apotekarens utlåtanden kunde vara ytterst värdefulla och vägledande. Apotekaren hade en annan kompetens som på det här sättet kom läkaren till godo. Utlåtandena var lätta att följa och läkaren kände sig trygg med dem. Utformningen av utlåtandena hade anpassats efter läkarens önskemål vilket var bra.

Läkaren berättade att det nästan alltid blev förändringar i patienternas läkemedelslistor som en följd av genomgången. Det handlade både om in- och utsättningar av läkemedel. Ibland kunde det vara läkemedel som patienten använde men som inte fanns dokumenterade i journalen. Om en patient gick regelbundet till en annan läkare gjordes inga förändringar i behandlingen. Hade något som uppenbart inte fungerat bra identifierats skulle läkaren kunnat ta kontakt och rådgöra med den andra läkaren, men det hade aldrig varit aktuellt. Patienterna kunde däremot ibland uppmanas att diskutera en fråga med den andra läkaren och då skrev läkaren in det i läkemedelsberättelsen.

Läkaren menade att han brukade gå igenom medicineringen med sina patienter annars också, men då tog han några läkemedel åt gången.

Läkaren uppskattade läkemedelsberättelsen och använde den även till patienter som inte ingick i projektet. Berättelsen visar på ett tydligt sätt hur patienten ska göra med sina läkemedel. Enligt läkaren gav läkemedelsberättelsen en trygghet för många patienter.

Under våren hade läkaren rekryterat "sina egna" patienter till projektet. Då hade den avsatta tiden på en timme varit tillräcklig för att göra utvärderingen av läkemedelsbehandlingen och att träffa patienten. Under hösten när patienterna oftast hade varit andra läkares patienter tog arbetet längre tid, i genomsnitt 75 minuter. Den förberedande tiden hade förlängts något men framför allt hade tiden för patientbesöket blivit mycket längre. Det hade blivit mycket stressigt i början av hösten, men sedan hade mer tid avsatts i tidboken.

Läkaren var tveksam till att det skulle gå att införa modellen i ordinarie verksamhet. Det handlar om ekonomi konstaterade han. Att arbeta så här tar längre tid per patient än ett ordinarie besök. Det skulle kunna fungera om det var läkarens "egna" patienter som läkemedelsgenomgången skulle göras med, menade läkaren, för den tid han i så fall skulle lägga ner på läkemedelsgenomgången skulle han få igen i långa loppet. Dessutom trodde läkaren att modellen kanske inte passar alla läkare, för honom själv passar den bra eftersom han tycker om struktur i arbetet.

Att i ordinarie verksamhet ha en apotekare i teamet, som de haft i projektmodellen, trodde inte heller läkaren skulle vara ekonomiskt möjligt. Det vore dock mycket bra med en apote-

kare som resurs åt läkarna på vårdcentralen. Samhällsekonomiskt skulle det vara en vinst, men det är inte ekonomiskt hållbart för den enskilda vårdcentralen, menade läkaren.

Enligt läkaren hade patienterna uppskattat att få så mycket tid med läkaren för samtal, men även att ha fått göra en genomgång av läkemedlen. Om de blivit tryggare, vilket var ett av målen, ansåg läkaren vara svårt att avgöra.

En effekt av projektet för läkarens del var att han hade blivit mer benägen att tala om läkemedel och att han var mer uppmärksam. Han hade också fått ny kunskap förmedlad av apotekaren, exempelvis att vissa läkemedel ska trappas ut när en behandling ska avslutas. En fördel med genomgången var också att läkemedelslistan i journalen blivit uppdaterad.

Intervju med den läkare som slutade efter våren visade också på stor uppskattning av arbets sättet och liknande kommentarer som ovanstående gavs.

Undersköterskan, sjuksköterskan och distriktssköterskan

Sköterskorna (undersköterska, sjuksköterska och distriktssköterska) ansåg att projektet var viktigt, verklighetsförankrat och att det fyllde ett behov. Sköterskorna berättar att de har rekryterat patienter, informerat, tagit prover och organiserat det praktiska arbetet inom projektet på vårdcentralen. Dessutom hade de haft kontakter med apotekaren.

Det som hade varit svårt för sköterskornas del var att hitta tid för projektarbetet, det var svårt schemalägga arbetet. Samtidigt som de känt stöd från ledningens sida att projektet fick ta den tid det behövde hade det varit svårt att gå ifrån det ordinarie arbetet för att arbeta med projektet. Apotekaren skickade mail ibland och bad om att få uppgifter utförda och det hade inneburit ytterligare uppgifter som skulle "klämmas in". Sköterskorna uttryckte att de saknade en struktur och en tydlig gräns mellan ordinarie arbete och projektarbete. Något som ytterligare ökade deras arbetsbelastning var att det ibland varit tekniska problem, exempelvis att apotekarens uppkoppling till datasystemet inte fungerat, och vid dessa tillfällen hade arbetet tagit längre tid än planerat.

Att rekrytera patienter hade varit lätt, patienterna hade varit positiva. En del patienter hade själva hört av sig om att få göra en genomgång efter att ha hört om projektet av någon bekant.

Sköterskorna hade känt sig delaktiga i projektet genom de möten arbetsgruppen hade haft och genom mail som projektledaren skickat. Det var en styrka att vara tre personer som delade på projektarbetet eftersom de hade kunnat hjälpa varandra. Samtidigt menade sköterskorna att detta kanske bidrog till svårigheten med att organisera arbetet. Stödet från Nestor hade också varit en styrka i projektet, liksom att läkaren hade haft öronmärkt tid för projektarbetet, vilket ombesörjdes av enhetschefen. Att läkaren varit så engagerad hade också bidragit till att projektarbetet fungerat så bra och sköterskorna trodde att det kanske inte skulle fungera lika bra med andra läkare.

Sköterskorna skulle gärna fortsätta arbeta på något liknande sätt med läkemedelsgenomgångar och menade att det absolut finns ett behov av det. Det skulle dock kräva att alla läkare på vårdcentralen var involverade vilket var svårt med den höga omsättning som för tillfället rådde inom läkargruppen. Arbetet måste också schemaläggas för att skapa utrymme för sköterskornas uppgifter.

Patienterna uppskattade projektet enligt sköterskorna. Det var smidigt för patienterna, sköterskorna ordnade alla tider, och de fick ta prover och träffa apotekaren och läkaren. Sköterskorna tror att det viktigaste för patienterna var att någon lyssnade på dem och att de fick förståelse för varför de använde en viss medicin. Några patienter berättade för sköterskorna att vissa specialistläkare de brukade gå till bara skrev ut läkemedel utan att ha en helhetssyn.

Arbetet på vårdcentralen hade enligt sköterskorna inte förändrats som en följd av projektarbetet, förutom att alla patienter som deltagit i projektet numera hade fått läkemedelslistor som var uppdaterade och tydliga vilket ansågs vara en fördel.

Enhetschefen

Enhetschefen berättade att hon hade ansvarat för att planera läkartiderna och se till att det funnits tid för projektarbetet. Hon hade också haft en dialog med de tre sköterskorna om deras tider. Sköterskorna hade planerat och skött sitt arbete självständigt. Enhetschefen hade känt sig delaktig i projektet genom att hon hade deltagit på arbetsgruppsmöten och hade kunnat hålla sig informerad om projektet.

Enhetschefen menade att ett arbetssätt liknande detta bör införas i primärvården. Det är ett sätt att arbeta med kvalitet och säkerhet och det skulle underlätta arbetet för läkarna i längden. Att införa modellen i sin helhet skulle däremot vara svårt. Arbetet på vårdcentralen styrs av politiska beslut, en förändring i ersättningssystemet behövdes för att det ska vara möjligt att använda så mycket tid som krävs för en genomgång. På vårdcentralen pratar personalen ofta om att de bör se över läkemedelslistorna.

De medarbetare som arbetat i projektet har, enligt vad enhetschefen uppfattat, uppskattat arbetet. Det har väckt tankar och funderingar kring hur det här arbetssättet skulle kunna överföras till ordinarie verksamhet.

För patienterna tror enhetschefen att projektet har inneburit att de känt sig sedda som en hel människa (holistisk syn) och att de blivit trygga med sina mediciner. Andra patienter som hört talas om projektet har hört av sig till vårdcentralen och bitt om att få göra en läkemedelsgenomgång. Vårdcentralen vet inte hur de ska göra med dem, men det visar att det finns ett behov.

Projektet har lyckats få igång ett bra flöde för arbetet med patienter som ofta återkommer och som har mycket läkemedel, tycker enhetschefen. Om modellen eller en liknande modell skulle införas i större skala inom vårdcentralen behövs förmodligen en eller två stabila läkare som har uppdraget eftersom det för närvarande är hög omsättning av läkare. Om det är primärvårdsläkaren eller specialistläkarna som ska ta ansvar för medicineringen kan variera, men någon bör ha en helhetssyn.

Två läkare som haft patienter som deltagit i projektet

Läkarna som inte själva varit involverade kände till projektet i stora drag och tyckte att det i princip var en god idé. Samtidigt var de förvånade över att det tydligen inte är självklart att som läkare gå igenom patientens mediciner vid varje besök.

De menade att det borde vara varje läkares ansvar att sköta om de läkemedel de ordinerat. Så ser dock inte systemet ut och det är det som är problemet. Läkemedelsgenomgångar blir då ett sätt att hantera en situation som skapats av systemet. Det här uppdraget har lagts på pri-

märvårdsläkaren, något som inte uppskattades. Om någon skulle göra läkemedelsgenomgångar ansåg läkarna att det borde utföras inom slutenvården.

Att det var ett team som arbetade med läkemedelsgenomgångar hade läkarna ingen förståelse för och undrade vad apotekaren egentligen hade med saken att göra.

Läkarna hade inte märkt några effekter av läkemedelsgenomgångarna förutom att det stod noterat i journalen att patienten var med i projektet.

Läkemedelsberättelsen

En viktig del av projektet var att patienten skulle få en läkemedelsberättelse efter genomgången. Det som skulle utföras inom projektet var att 1) skapa en anpassning för läkemedelsberättelser i primärvården, 2) göra en mall för läkemedelsberättelser i primärvården och 3) pröva hur läkemedelsberättelse kan användas i primärvården.

Anpassning

Genom diskussioner i styrgruppen formulerades en definition av en läkemedelsberättelse i primärvården. Som utgångspunkt användes Socialstyrelsens definition av läkemedelsberättelse i slutenvården (Socialstyrelsen 2009-c). Vår formulering av läkemedelsberättelse i primärvården ses i ruta 1 nedan.

Ruta 1

Läkemedelsberättelse i primärvården

Läkemedelsberättelse ska upprättas i samband med genomgång av en patients läkemedelsbehandling i primärvården, för att förbättra kommunikationen mellan primärvården och patienten, och tydliggöra hur patienten ska använda sina läkemedel. Av läkemedelsberättelsen ska framgå vilka förändringar som har gjorts i patientens läkemedelsbehandling i samband med läkemedelsgenomgången, och orsaken till ändringarna. Läkemedelsberättelsen bör diskuteras med patienten i samband med ett läkarbesök innan den ges till patienten.

En läkemedelsberättelse ska innehålla:

- En kort beskrivning av vad läkemedelsgenomgången baseras på
- Vilka läkemedelsförändringar som gjorts och varför, alternativt att inga läkemedelsförändringar har gjorts, samt eventuella observandum för patienten och planerade uppföljningar
- En läkemedelslista med information om preparat, dosering, verkan och speciella anmärkningar

Mall

En mall för läkemedelsberättelsen togs fram i arbetsgruppen. Som utgångspunkt användes bland annat definitionen som vi skapat och hur läkemedelsberättelser i slutenvården utformas enligt lundamodellen (Eriksson 2009). Hur mallen skulle se ut togs upp vid flera ar-

betsmöten och olika varianter diskuterades. Även styrgruppen involverades och kom med synpunkter.

Ett antal förslag togs fram och skickades till Nestors Seniorråd som ombads ge sina synpunkter på utformning och formulering. Fyra personer kom in med förslag på justeringar som ledde till ändringar.

När mallen var klar fördes den över till en så kallad brevmall i journalsystemet Take Care. Det var en tillfällig lösning inom projektet vilket gav möjlighet för läkaren att skriva in berättelsen i journalen, vilket var en fördel. En nackdel var den begränsning i design som brevmallen innebar. Formuleringen av texten kunde överföras men inte designen. Bilagorna 4 och 5 visar exempel på en berättelse där ingen förändring gjorts i läkemedelsbehandlingen respektive där förändringar är gjorda.

Pröva berättelsen

Patienterna fick en läkemedelsberättelse i samband med läkarbesöket, eller, vilket var ovanligt, så fick de den hemskickad. Två patienter uppgav att de inte fått någon berättelse, åtminstone inte vid den tidpunkt när de besvarade patientenkäten. Som rapporterats tidigare (sid 17) tyckte 94% av patienterna att det var lätt eller mycket lätt att förstå innehållet i läkemedelsberättelsen och 2% tyckte det var svårt. Det var endast två personer som uppgav att de saknade något i berättelsen. Totalt 93% ansåg att det var värdefullt att få en läkemedelsberättelse och endast 1% tyckte inte att det var värdefullt.

Den läkare som deltagit i hela projektet berättade att han uppskattade läkemedelsberättelsen och att han använde den även till patienter som inte ingick i projektet. Han menade att läkemedelsberättelsen är bra för att den tydligt visar för patienten hur han eller hon ska använda sina läkemedel och därmed ger en trygghet för många patienter.

Tidsåtgång

Tidsåtgången varierade mellan vårens och höstens arbete eftersom modellen ändrades när förutsättningarna för genomförandet ändrades. Under våren deltog två läkare och de rekryterade "sina egna" patienter när de kom för ett läkarbesök. Intresserade patienter skrevs då upp på en väntelista. Sköterskorna tog sedan kontakt med patienter som fanns på väntelistan. Under hösten deltog endast en läkare vilket medförde att han inte kunde rekrytera bland sina patienter i någon större utsträckning. Istället tog sköterskorna i princip hela ansvaret för rekryteringen vilket dels innebar att mer arbete lades på sköterskorna och dels att läkaren behövde mer tid både för utvärderingen av behandlingen och för mötet med patienterna.

Läkare

För den läkare som deltog i hela projektet fanns exakt tidsåtgång för arbetet dokumenterad. Totaltiden var i genomsnitt 59 minuter per patient under den första delen av projektet, 24 minuter för utvärderingen av behandlingen och 35 minuter för patientmötet. Det stämde väl överens med den planerade tidsåtgången för projektarbetet, det vill säga totalt 60 minuter (30 minuter för utvärderingen och 30 minuter för mötet med patienten).

Under andra delen av projektet (hösten) var många av patienterna okända för läkaren. Då behövdes längre tid för projektarbetet, i genomsnitt totalt 75 minuter per patient; 27 minuter för utvärderingen och 48 minuter för patientmötet. Den avsatta tiden i schemat justerades därför under hösten för att täcka denna längre tidsåtgång.

Undersköterska/sjuksköterska/distriktssköterska

Sköterskorna hade avsatt en timme per patient för projektarbete. De var tre sköterskor som delade på arbetet vilket innebar i genomsnitt en timme var per vecka under totalt 32 veckor.

Sköterskornas arbete var ostrukturerat och ”klämdes in” då och då när övriga arbetsuppgifter tillät. Därför var det svårt att mäta den exakta tidsåtgången för deras arbete. Sköterskorna önskade en struktur men hade svårt att hitta den och de kände sig ofta pressade av olika arbetsuppgifter. En lösning på problemet som skulle testas var att schemalägga en timme per sköterska varje vecka, något som dock inte var användbart. Många av sköterskornas uppgifter inom projektet är svåra att schemalägga. Eftersom mycket av deras roll handlar om att sköta kontakten med patienter kan det inte göras under en viss timme under veckan.

I en tidigare modell för strukturerade läkemedelsgenomgångar som provades hösten 2009 och våren 2010 hade sköterskorna fungerat som en länk mellan vårdcentralen och apotekaren. I nuvarande modell ordnade vårdcentralen så att apotekaren fick tillgång till en extern uppkoppling till SLL och själv kunde hämta och lägga in uppgifter i journalsystemet. Därmed slapp sköterskorna förmedla resultat av lab-prover till apotekaren och utlåtande till läkaren. Sköterskorna uppskattade att de sparade in cirka tio minuter per patient genom denna förenkling.

Den sparade tiden uppfattas dock ha ”ätits upp” av andra uppgifter inom projektet. Under våren gick mycket tid åt till att boka in och bevaka tre olika tider för varje patient (patient-apotekarbesöket, läkarens utvärdering och patient-läkarbesöket). Denna modell användes fram till i slutet av våren då modellen förenklades. När projektet startade igen i början av hösten fick sköterskorna nya arbetsuppgifter i och med att de då skötte all rekrytering av patienter till projektet, vilket förstärkte deras arbete inom projektet. Under hösten fick dessutom sköterskorna rycka in vid några tillfällen när tekniska problem gjorde att apotekaren inte kunde få kontakt med vårdcentralens journalsystem.

Apotekare

Även apotekarens arbete organiserades olika under våren och under hösten. Under våren var det samma apotekare som träffade patienten och som gjorde utlåtandet. Tiden för patientmötet uppskattades till i genomsnitt ca 20 minuter (variation mellan 10 och 50 minuter) och för utlåtandet ca 60 minuter (45 minuter till att utvärdera och skriva utlåtandet och 15 minuter till att föra över utlåtandet till journalsystemet).

Under hösten var två nya apotekare inblandade, en som träffade patienterna och en som gjorde utlåtandet. Patientmötet utökades till mellan 45 och 60 minuter, vanligen det senare. En orsak till den ökade tidsåtgången var att patientens symtom inhämtades i en strukturerad symtomskattningsskala, PHASE-20. Att göra utvärderingen, skriva utlåtandet och föra över det till journalsystemet beräknades ta i genomsnitt 2 timmar per patient. Delvis berodde den ökade tidsåtgången på att det var två olika personer som delade på uppgifterna.

Avslutning och diskussion

Projektet vid Nynäshamns vårdcentral startade för att ledningen vid vårdcentralen ville hitta former för att förbättra uppföljningen av de äldres läkemedelsbehandling och därmed höja kvaliteten i den samma. Huvudsyftet var att pröva ett strukturerat arbetssätt och se om det kunde ge de äldre ökad kvalitet och trygghet i läkemedelsbehandlingen.

Undersökningen visar att det går att förändra patienters läkemedelsbehandling och göra en individuell anpassning genom ett strukturerat arbetssätt. Den modell som användes för den strukturerade läkemedelsgenomgången kan därför sägas vara användbar och skulle, med rätt förutsättningar, kunna införas inom ramen för ordinarie verksamhet. Arbetssättet uppskattades av de medverkande i projektteamet och patienterna som deltog var positiva eller mycket positiva till den vård de hade fått. Modellen kom dock att mer eller mindre leva sitt eget liv och den blev inte känd utanför arbetsgruppen. Så kan det ofta vara i projektarbete, att det finns en grupp eldsjälar som arbetar intensivt, och om en metod ska införas i större skala krävs speciella insatser. I projektet sattes extra resurser in som bekostade det extra arbete som behövdes inom modellen såväl för sköterskor och läkare som för den externa kompetens som apotekaren bidrog med. Kvaliteten i läkemedelsbehandlingen ökade men till ett pris som är högre än vad som är möjligt inom nuvarande ersättningssystem inom hälso- och sjukvårdsorganisationen i Stockholms län.

Uppfylldes projektets effektmål och projektmål?

Olika delar av effekt- och projektmålen kommer att diskuteras under andra rubriker nedan. Här följer endast en kort kommenterad genomgång av de olika målen.

De effektmål som sattes upp för projektet handlade dels om att läkemedelsbehandlingen skulle bli säkrare och tryggare för patienterna och dels om att vårdcentralen skulle få bättre rutiner när det gällde uppföljning av äldre patienter. Utifrån patienternas svar i enkäterna kan vi säga att det första målet uppfylldes. Det andra målet uppfylldes också inom projektet, det skapades en bra rutin för uppföljning. Däremot har projektet inte påverkat rutinerna inom vårdcentralen i stort. Förhoppningen är att erfarenheter från projektet kan tas tillvara och användas för att utveckla uppföljningsrutinerna för hela vårdcentralen.

Flera av projektmålen handlade om läkemedelsberättelsen; att skapa en anpassning till primärvården, göra en mall och pröva hur berättelsen kunde användas i patientarbetet. Allt detta har genomförts. Ett mål var också att 100 patienter skulle rekryteras och få en läkemedelsgenomgång, vilket också har uppfyllts.

Det sista projektmålet var att skapa tidseffektiva metoder för dokumentation i journalsystemet. Detta mål handlade om att snabba upp dokumentationen kring patienten genom att utnyttja journalsystemet Take Care mer effektivt. I en tidigare test av en liknande modell hade sköterskorna agerat mellanhand och förmedlat information till apotekaren om patienten och även tagit emot apotekarens utlåtande och lämnat till läkaren. Detta sköttes nu istället av apotekaren själv som inom projektet fick tillgång till en extern uppkoppling till journalsystemet. På det här sättet uppskattade sköterskorna att de sparade cirka 10 minuter per patient. Läkemedelsberättelsen lades in i journalsystemet som en brevmall, vilket gjorde den lättillgänglig för läkarna.

Kvalitetsförbättringar

Kvaliteten i patienternas läkemedelsbehandling förbättrades efter genomgångarna enligt mätningar gjorda med Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldre (Socialstyrelsen 2010-b). Bland deltagarna i projektet minskade exempelvis antalet D-interaktioner med 45 procent, långverkande bensodiazepiner med 25 procent och antikolinerga läkemedel med 33 procent. Dessa mycket höga siffror är ett resultat av avstämningen av läkemedelslistan i kombination med utvärderingen av läkemedelsbehandlingen.

Ovanstående indikatorer är intressanta att lyfta fram eftersom de är desamma eller liknande som de indikatorer som regeringen har angivit som mått på den stora äldresatsning för bättre vård av de mest sjuka äldre som pågår under åren 2011-14. Regeringens mål på länsnivå för 2012 är att en minskning ska ske av valda indikatorer med 10 procent. I jämförelse med detta mål har projektet vid Nynäshamns vårdcentral lyckats mycket bra.

Polyfarmaci med tio eller fler läkemedel anses också vara en riskfaktor för äldre personer. Att minska antalet läkemedel kan därför vara ett mål i sig. I projektet minskade antal läkemedel till i genomsnitt 9,5 läkemedel per patient, vilket måste ses som en framgång. Innan genomgången använde patienterna enligt dokumentationen i journalerna i genomsnitt 11,5 läkemedel per person. Något att notera är att patienter som var 80 år och äldre använde något färre läkemedel i genomsnitt än de som var under 80 år. Trots det identifierades fler läkemedelsrelaterade problem i den äldre åldersgruppen och fler åtgärder vidtogs.

Tryggare och nöjdare patienter

Ett mål med projektet var att de äldre skulle känna sig tryggare med sin läkemedelsbehandling. Precis som att de flesta patienter uppgav att de uppskattade läkemedelsgenomgången som helhet så rapporterade de flesta också att de kände sig tryggare. Några skrev att de hade känt sig trygga förut också men cirka hälften av patienterna menade att det stämde precis att de kände sig tryggare och en tredjedel menade att det stämde ganska bra. På liknande sätt uppgav många patienter att de lärt sig mer om sin behandling och i princip alla ansåg att alla äldre patienter med många läkemedel borde få göra läkemedelsgenomgångar.

Ett syfte med modellen var att bjuda in patienten till samtal och därmed hämta information om hur patienten såg på sin hälsa och behandling, det vill säga att arbeta på ett patientcentrerat sätt. Patienternas fria kommentarer i enkätsvaren tyder på att modellen har lyckats i det avseendet. Många patienter lyfte fram att det som var positivt med läkemedelsgenomgången var att de hade känt sig sedda och respekterade. Andra talade om det goda bemötande som läkare och apotekare visat. Annat som värderades som viktigt var just att de hade fått göra en kontroll av sin läkemedelsbehandling liksom att det hade funnits tid för att ställa frågor om behandlingen och att de hade fått svar.

Läkemedelsberättelse

I projektet ingick också att utarbeta hur en läkemedelsberättelse skulle kunna se ut samt att prova den i praktiken. Tanken med läkemedelsberättelse i primärvården är att förbättra informationen till patienten och därmed öka patientens möjlighet att förstå sin läkemedelsbehandling och kunna vara delaktig.

Många patienter uttryckte att de uppskattade att få en läkemedelsberättelse och en uppdaterad läkemedelslista. Dock var det svårt att i projektet få fram vad just läkemedelsberättelsen

gav för mervärde för patienten. För patienten har berättelsen varit en del i helheten som läkemedelsgenomgången innebar. I det sammanhanget har andra delar av modellen setts som viktigare, som exempelvis mötet med läkaren och att det fanns tid för diskussioner.

Läkaren framhöll dock att läkemedelsberättelsen var mycket användbar i patientarbetet generellt. Han brukade lämna ut en läkemedelsberättelse även till patienter som inte ingick i projektet och menade att det ökar säkerheten när patienten får med sig en beskrivning på hur behandlingen ska skötas.

Avstämning

I det förslag om nya föreskrifter från Socialstyrelsen som planeras komma under 2012 anges olika typer av läkemedelsgenomgångar som metoder för att förbättra kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling. Här skriver man bland annat att en enkel läkemedelsgenomgång ska inledas med en kartläggning av aktuell medicinering, det som tidigare kallades att göra en läkemedelsavstämning. En avstämning är naturligtvis viktig för att ha aktuella uppgifter om läkemedelsbehandlingen i patientens journal och den är nödvändig när läkemedelsbehandlingen ska utvärderas.

Liksom tidigare projekt har visat, bland annat från Nestor (Nestor FoU-center 2011-b), visade projektet på stora skillnader mellan de uppgifter om använda läkemedel som fanns i journalen och vad patienterna själva uppgav att de använde. Den modell som provades i det här projektet innehöll såväl en avstämning, som en fördjupad läkemedelsgenomgång med anpassning till patientens nuvarande situation, och en läkemedelsberättelse.

Att göra ändringar i patienters läkemedelsbehandling

Det var en stor andel av de problem som apotekaren identifierade som ledde till åtgärd efter att läkaren hade gjort sin bedömning. I medeltal identifierades 2,7 läkemedelsrelaterade problem per patient och i genomsnitt åtgärdades 60 procent av dessa problem. I läkemedelsgenomgångar inom hemsjukvården, där Nestor bistått med farmakologiskt stöd på distans och där bakgrundsdata samlats in av sjuksköterskor och undersköterskor från vårdcentralerna, åtgärdades i genomsnitt 27 procent av rekommendationerna (Nestor FoU-center 2011-a). I en nyligen publicerad avhandling från Örebro testades en form av läkemedelsgenomgång på 99 hemmaboende patienter. Först gjordes en avstämning av läkemedelsbehandlingen av en sjuksköterska. Därefter utvärderade en läkare behandlingen och skrev ett brev till patientens primärvårdsläkare där brister i kvaliteten presenterades i form av indikatorer för riskläkemedel och förekomst av interaktioner. Dessa 99 brev till primärvårdsläkarna ledde endast till åtta förändringar i patienternas läkemedelsbehandling (Nordin Olsson 2011). En mycket högre andel åtgärdade problem rapporteras i en studie från Akademiska sjukhuset i Uppsala. Här identifierade de kliniska apotekarna som arbetade på en sjukhusavdelning 3,4 läkemedelsrelaterade problem per inlagd patient. Hela 75 procent av rekommenderade åtgärder fullföljdes, de flesta av behandlande läkare på sjukhuset och en mindre andel av primärvårdsläkaren som tog vid efter patienternas utskrivning (Gillespie m fl 2009).

Något vi på Nestor ofta funderar på är vad som behövs för att skapa läkemedelsgenomgångar som verkligen leder till förändringar och kvalitetsförbättringar. Utifrån de erfarenheter vi har tror vi att ett utlåtande blir bättre ju mer information apotekaren, eller den som ansvarar för utlåtandet, har om patienten. Det blir då mer relevanta förslag på förändringar som läggs in i utlåtandet. En annan viktig faktor är förmodligen hur läkaren och den person som gör utlåtandet jobbar tillsammans, om de känner att de arbetar i ett team.

Läkaren vid Nynäshamns vårdcentral tillfrågades hur det kom sig att han gjorde så många förändringar. Svaret blev att han letade i journalerna och hittade uppgifter som gjorde att han med säkerhet kunde fatta beslut angående de rekommendationer som apotekaren la fram. En tidsödande uppgift som läkaren tog sig tid att göra. En annan viktig del som läkaren framhöll angående de patienter som tidigare var okända för honom var vikten av att apotekaren hade ett samtal med patienten där patienten fick komma till tals och att det samtalet låg till grund för de förslag som sedan presenterades i apotekarens utlåtande. Läkaren påpekade att utlåtandena som han fick gav den information han behövde för att snabbt kunna ringa in vad som var ett problem för just den här patienten.

Symtomskattning

En förutsättning för att göra en bra läkemedelsgenomgång är att information om patientens eventuella besvär inhämtas och att rekommendationerna baseras på denna information.

I det här projektets senare del (under hösten) användes en standardiserad blankett för att inhämta patientens aktuella symtom och synpunkter på dessa (PHASE-20, bilaga 2). Samma symtomskattning har används inom andra projekt där Nestor varit involverat. Skattningsskalan uppskattas ofta av vårdpersonalen som anser att de får mer information om patienten genom att använda den i mötet med patienten (Nestor FoU-center 2011-a).

Vad skulle kunna leva kvar vid Nynäshamns vårdcentral?

Den här undersökningen visar att det går att följa upp, anpassa och kvalitetshöja äldres läkemedelsbehandling. I den modell som användes i projektet behövs dock resurser som inte finns att tillgå idag. Men även om inte modellen går att användas som helhet bör de erfarenheter som arbetsgruppen vid Nynäshamns vårdcentral gjort kunna tas tillvara.

De nya föreskrifter som Socialstyrelsen kommer med under 2012 ställer ökade krav på läkemedelsgenomgångar. För att kunna uppfylla dessa nya krav behöver vårdcentralen skapa rutiner för hur det ska genomföras. Här är det en fördel att ha personer inom vårdcentralen som redan har arbetat med strukturerade läkemedelsgenomgångar och deras erfarenheter bör kunna utnyttjas. Kanske kan de prova en liknande modell utan apotekare, där sköterskorna (USK eller DSK eller SSK) har ett inledande samtal med patienterna, gör avstämningen och samlar information om patienternas aktuella besvär. Ett sätt att komma igång skulle då kunna vara att börja med att kalla lämpliga patienter bland dem som ingick i det här projektet, eftersom de förmodligen är lättare att starta med.

Det finns också några verktyg inom projektet som kan vara användbara. Det är läkemedelsberättelsen och det är symtomskattningen. Läkemedelsberättelsen finns i vårdcentralens journalsystem som en brevmall tillgänglig för alla läkare. Den läkare som deltagit i projektet använder den redan i arbetet med patienter som inte varit med i projektet och tycker den fungerar mycket bra. Att läkemedelsberättelsen finns och hur den används kan spridas till övriga läkare inom vårdcentralen. Den skulle dessutom kunna göras tillgänglig via Take Care centralt för användning inom länet. Symtomskattningen har inte vårdcentralens sköterskor använt i det här projektet men den skulle kunna bli ett verktyg om information om patienters aktuella besvär ska samlas in. Symtomskattningsskalan finns tillgänglig på Stockholms läns landstings uppdragsguide, för den som vill använda den.

Referenser

- Barat I, Andreasen F & Damsgaard EM (2000). *The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes*. Eur J Clin Pharmacol. 56(6-7):501-9
- Chrischilles E, Rubenstein L, Van Gilder R, Voelker M, Wright K & Wallace R (2007). *Risk factors for adverse drug events in older adults with mobility limitations in the community setting*. J Am Geriatr Soc. 55(1):29-34
- Eriksson T (2009). Läkemedel i världens övergångar, appendix sid 122-3. I *Läkemedelsanvändning & patientnytta*. Melander A och Nilsson JLG (redaktörer). Lund: Studentlitteratur AB
- Fastbom J (2006). *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber AB
- Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al (2004). *Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting*. J Am Geriatr Soc. 52(8):1349-54
- Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, et al (2009). *A Comprehensive Pharmacist Intervention to Reduce Morbidity in Patients 80 Years or Older - A Randomized Controlled Trial*. Intern Med 169(9):894-900
- Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al (2003). *Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting*. JAMA. 289(9):1107-16
- Hedström M, Lidström B & Hulter 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) 29(4):9-14.
- Helldén A, Bergman U, von Euler M, Hentschke M, Odal-Cederlöf I & Ohlén G (2009). *Adverse drug reactions and impaired renal function in elderly patients admitted to the emergency department: a retrospective study*. Drugs Aging 26(7):595-606
- Mjörndal T, Boman MD, Hägg S, Bäckström M, Wiholm BE, Wahlin A, et al (2002). *Adverse drug reaction as a cause for admissions to a department of internal medicine*. Pharmacoe-pidemol Drug Safe 11:65-72.
- Nestor FoU-center (2011-a). *Vägen till strukturerade läkemedelsgenomgångar i primärvården – fem olika arbetssätt med utgångspunkt från Hemma-DAKSmodellen*. Haninge: Nestor FoU-center
- Nestor FoU-center (2011-b). *Läkemedel i hemmet – en undersökning av den verkliga läkemedelsanvändningen*. Haninge: Nestor FoU-center
- Nordin Olsson, I (2012). *Rational drug treatment in the elderly "To treat or not to treat"*. Avhandling. Örebro University.

Odor-Cederlöf I, Oskarsson P, Öhlén G, Tesfa Y, Bergendal A, Helldén A & Bergman U (2008). *Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus*. Läkartidningen 105(12-13):890-3

Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al (2004). *Adverse drug reaction as cause of admission to hospital: Prospective analysis of 18 820 patients*. BMJ 329:15-19

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2009). *Äldres läkemedelsanvändning - Hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU

Socialstyrelsen (2004). *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2009-a). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2009-b). *Läkemedelsbehandling till äldre i hemsjukvården. Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn vid 29 vårdcentraler i sydöstra sjukvårdsregionen 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2009-c). *Verktyg för säker läkemedelsanvändning*. Stockholm: Socialstyrelsen (<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/hanteralakemedel>)

Socialstyrelsen (2010-a). *Läkemedel – statistik för 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2010-b). *Indikatorer för god läkemedelsterapi för äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen

Stockholms läns landsting (2010). *Regelbok för husläkarverksamhet 2010*.

Socialstyrelsen (2011). *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – Läkarens roll*. Stockholm: Socialstyrelsen

Sveriges Riksdags (2010). Patientsäkerhetslag SFS 2010:659 Finns tillgänglig på Sveriges Riksdags hemsida <http://62.95.69.3/SFSdoc/10/100659.PDF>

Thomsen LA, Winterstein AG, Søndergaard B, Haugbølle LS & Melander A (2007). *Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care*. Ann Pharmacother. 41(9):1411-26.

Wester K, Jönsson AK, Spigset O, Druid H & Hägg S (2008). *Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study*. Br J Clin Pharmacol 65(4):573-9

Bilagor

1. Projektorganisation
2. Symtomskattningslista för läkemedelsgenomgång, PHASE-20
3. Exempel på utlåtande till läkare (2 sidor)
4. Exempel på läkemedelsberättelse, inga förändringar i behandlingen
5. Exempel på läkemedelsberättelse, med förändringar
6. Patientenkät (4 sidor)
7. Poster, presenterad vid Läkaresällskapets Riksstämma november 2011

Projektorganisation

Arbetsgrupp våren 2011

Medverkande från Legevisitten

Magnus Vikström, distriktsläkare

Galina Skagerberg, distriktsläkare

Liza Karlsson-Byström, sjuksköterska

Pernilla Åman, undersköterska

Sofia Carlström, distriktssköterska

Elenor Hällegård, enhetschef, ansvarig för samordning och uppföljning inom vårdcentralen, ersattes under våren av Rebecca Eneroth

Medverkande från Nestor

Ingeborg Björkman, huvudprojektledare

Laila Straubergs, projektledare och läkemedelsspecialist under genomförandet

Britt Almberg, FoU-chef

Arbetsgrupp hösten 2011

Medverkande från Legevisitten

Magnus Vikström, distriktsläkare

Liza Karlsson-Byström, sjuksköterska

Pernilla Åman, undersköterska

Sofia Carlström, distriktssköterska

Rebecca Eneroth, enhetschef, ansvarig för samordning och uppföljning inom vårdcentralen

Medverkande från Nestor

Ingeborg Björkman, huvudprojektledare, genomförde patientintervjuer på vårdcentralen

Helén Lieberman-Ram, projektledare, ersättare för patientintervjuer på vårdcentralen

Sune Petersson, läkemedelsspecialist och ansvarig för utlåtande till läkare

Styrgrupp

Åke Pehrsson, SLL HS-f

Ulla-Britt Thorslund, SLL HS-f

Yvonne Emlén, Legevisitten

Susanne Strömsén, verksamhetschef, Legevisitten

Britt Almberg, Nestor

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/ mardrömmar					
4	Ont i magen /ont i bröstet					
5	Huvudvärk					
6	Nedstämd					
7	Orolig/ångestfylld					
8	Lättirriterad					
9	Glömsk					
10	Dålig aptit					
11	Muntorr					
12	Illamående/kräks					
13	Diarré					
14	Förstoppning					
15	Hjärtklappning					
16	Svullna ben					
17	Andfådd					
18	Täta trängningar / urinläckage					
19	Klåda / utslag					
20	Annat: 					

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.



Utlåtande till läkare

Namn: Tilda Torstensson

Kod: 15

Personnummer: 111111-1111

Datum för träff med apotekare (Ingeborg) 1 nov

Diagnoser och bakgrundsinformation

Inga nya diagnoser

För övriga diagnoser se diagnoslistan i Take Care

Aktuell läkemedelslista enligt patienten

Läkemedel som specifikt kommenterats i listan nedan överstämmer med aktuell ordination i TakeCare (TC)

Seloken Zoc ta 200mg

Trombyl 75mg 1x1

Levaxin 75mikrogr 1x1

Metformin 500mg 2+1+1

Furix ta 40mg 1x1

Enalapril 10mg 1x1

Simvastatin 10mg 1x1

Diklofenak ta 50mg vb (värk i höften, tar vb ca 1-2g/v)

Vi-Siblin 1 dos/dag + 1 extra ibland (kan enl TC ta max 3/d)

Zopiclon 7,5mg 1x1 (tar ca varannan natt)

Sobril 10mg vb (tar max 1 ta/dag inte varje dag)

Receptfria läkemedel och hälsokost:

Alvedon ta 500 mg, 2 tabl vid värk, tar någon gång i veckan

Övrig information

Av de läkemedel som finns angivna i läkemedelslistan i TC använder patienten inte följande:

Artrox, Propavan, Laktulos

Blodtryck : 155/80 (1 nov -11)

Puls: 63 (1 nov -11)

Njurfunktion

Realvikt: 89 kg

Beräknad idealvikt: 58 kg

Uppskattad njurfunktion realvikt: 69 ml/min Milt nedsatt njurfunktion

Uppskattad njurfunktion idealvikt: 45 ml/min Måttligt nedsatt njurfunktion

Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre

1. Läkemedelsspecifika indikatorer

1.2 Preparat för vilka korrekt och aktuell indikation är av särskilt stor betydelse

1.2.1 Cox-hämmare

Diklofenak mylan

1.2.7 Loopdiuretika

Furix

1.3 Olämplig regim

1.3.1 Sömnmedel regelbundet, varje kväll under mer än en månad utan omprövning

Zopiclon

1.3.2 Cox-hämmare i en regelbunden dosering dagligen under mer än två veckor utan omprövning?

Diclofenac bmm pharma?

1.6 Läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner av klinisk betydelse

C- och D-interaktioner

Trombyl Diklofenak mylan [D2] *1)

Diklofenak mylan Enalapril actavis [C2] *2)

* 1) De flesta tillverkare avråder från kombinationen NSAID-preparat och acetylsalicylsyra p.g.a. ökad blödningsrisk. Celecoxib, parecoxib och etoricoxib har dock godkänts att användas tillsammans med lågdos acetylsalicylsyra för kardiiovaskulär profylax.

* 2) Risken för försämrad njurfunktion och eventuellt njurinsufficiens kan vara ökad vid samtidig behandling av patienter med nedsatt njurfunktion med ACE-hämmare och NSAID. Dessutom kan den antihypertensiva effekten av ACE-hämmare minskas av NSAID. Detta gäller även COX-2-hämmare.

Apotekarens specifika kommentarer

Patienten känner sig yr när hon reser sig upp och även när hon är ute och går, använder stavar när hon är ute. Tycker om att promenera och försöker ta en tur varje dag på minst en timme. Har värk i höger höft men det var värre förut, klarar sig nu ofta med någon enstaka diklofenak per vecka och lägger till alvedon när det känns riktigt besvärligt. Artrox användes tidigare men inte längre. Ett annat problem som stör vardagen och promenaderna är att hon måste gå väldigt ofta på toaletten, en effekt av Furix.

Tycker det fungerar bra att somna med hjälp av sömntabletten, försöker inte ta varje dag, försöker hålla sig till max 3-4 kvällar per vecka.

Hade tidigare besvär med gikt och behandlade med Allopurinol, slutade själv för ca 2 år sen och det har gått bra hitintills.

1. Läkemedelsrelaterad fundering

Metformin - Risken för laktatacidos ökar vid sjunkande njurfunktion, ett 50-tal dödsfall där metformin är inblandat finns rapporterade till Läkemedelsverket. Vid en njurfunktion på 45 ml/min bör övergång till annan behandling övervägas. Se även FASS som anger att metformin bör undvikas redan vid njursvikt eller renal dysfunktion (<60 ml/min).

Diskussion runt förändringar

Överväga byte till behandling med insulin?

2. Läkemedelsrelaterad fundering

SelokenZoc 200 mg – Äldre har ofta svårt att tolerera maxdoser av betablockare (en del biverkningar som kan vara kopplade till SelokenZoc). Problem med hjärklappning i vila trots behandlingen med SelokenZoc? Behov av att överväga förändrad behandling?

Diskussion runt förändringar

Aktuellt att prova dosminskning av SelokenZoc till 100 mg för att förbättra livskvaliteten, och om behov av frekvensreglering/pulssänkning uppstår överväg insättning av Digoxin som kompletterade frekvensreglerande medel?

3. Läkemedelsrelaterad fundering

Simvastatin 10 mg – det finns ingen effekt visad med den låga dosen. Hur var värdena vid insättning? Kvarstår behovet av behandlingen?

Diskussion runt förändringar

Aktuellt att värdera om behov av behandlingen finns – utsättning eller dosökning för effekt?

4. Läkemedelsrelaterad fundering

Följande läkemedel finns på listan men används inte längre och patienten säger sig inte ha behov av dem: Artrox, Propavan och Laktulos.

Diskussion runt förändringar

Sätta ut från listan?



Läkemedelsberättelse

Namn: Ulla Karlsson Personnummer: 111111-1111 Datum: 111130

Jag har gått igenom din läkemedelsbehandling och resultatet presenteras nedan.
Läkemedelsgenomgången grundar sig på följande:

- vad du själv berättat om de läkemedel du använder för tillfället
- vad du själv berättat om eventuella besvär
- aktuella provsvar i samband med läkemedelsgenomgången
- vad som står i din journal
- apotekares utvärdering av behandlingen

Din läkemedelsbehandling bedöms idag vara bra och du ska fortsätta med din behandling som tidigare.

En aktuell läkemedelslista bifogas.

Med vänliga hälsningar

Dr Wikström
Nynäshamns vårdcentral



Läkemedelsberättelse

Namn: **Sven Niklasson** Personnummer: **111111-1111** Datum: **111130**

Jag har gått igenom din läkemedelsbehandling och resultatet presenteras nedan.
Läkemedelsgenomgången grundar sig på följande:

- vad du själv berättat om de läkemedel du använder för tillfället
- vad du själv berättat om eventuella besvär
- aktuella provsvar i samband med läkemedelsgenomgången
- vad som står i din journal
- apotekares utvärdering av behandlingen

Nya läkemedel:

Lasix Retard 60 mg. Ta den istället för Furix för att se om den har lika bra effekt som Furix utan att du behöver gå på toaletten så ofta.

Ändrad dosering:

Metoprolol, minska dosen till 100 mg för att se om episoderna med låg puls minskar. Kontrollera först blodtrycket morgon och eftermiddag under tre dagar innan dosminskningen. Kontrollera blodtrycket igen på samma sätt efter 2 veckor. Om blodtrycket är över 160/90 i genomsnitt, så föreslår jag att du ökar dosen tillbaka till 200 mg.

Läkemedel som inte ska användas längre:

Furix, ersätts med Lasix Retard.

Ibuprofen, eftersom den kan vara orsak till din försämrade njurfunktion.

Planerad uppföljning & övriga upplysningar:

Du kommer kallas till våren för uppföljning av blodtrycket.

En aktuell läkemedelslista bifogas.

Med vänliga hälsningar

Dr Magnus Wikström
Nynäshamn vårdcentral



Kodnr:

Patientenkät om läkemedelsgenomgång

Du har deltagit i en undersökning och fått göra en så kallad läkemedelsgenomgång vid Nynäshamns vårdcentral.

Läkemedelsgenomgången vid Nynäshamns vårdcentral skedde i flera steg. Först träffade du en apotekare på vårdcentralen och berättade om vilka läkemedel du använder och om du har några besvär/symtom. Du lämnade också nya prover, om du inte nyligen lämnat sådana. Därefter gjorde först apotekaren och sedan läkaren en bedömning av din läkemedelsbehandling. Till sist träffade du läkaren och tillsammans diskuterade ni igenom din läkemedelsbehandling. I samband med läkarbesöket fick du med dig hem en Läkemedelsberättelse och en Läkemedelslista.

Nedan följer några frågor som handlar om vad du tyckte om att få göra en läkemedelsgenomgång på det här sättet. Vänligen, fyll i det svarsalternativ som passar bäst för dig och kommentera gärna.

Datum:

1. Hur upplevde du besöket hos apotekaren?

Mycket positivt	Positivt	Negativt	Mycket negativt	Varken eller
☐	☐	☐	☐	☐

Vad var positivt eller negativt med besöket hos apotekaren:.....

.....

.....

.....

2. Apotekarens uppgift var främst att samla in uppgifter om dina läkemedel och om eventuella besvär, men det fanns också utrymme för att ställa frågor om läkemedel. Ställde du några frågor under samtalet med apotekaren?

Ja	Nej
☐	☐

Adress: Marinens väg 30 136 40 Handen	Telefon: 076-115 3906	E-post: nestor@haninge.se	Hemsida: www.nestor-foucenter.se
---	--------------------------	------------------------------	-------------------------------------

Om ja, fick du svar på din fråga/dina frågor?

Ja

☐

Nej

☐

Kommentar:

.....

.....

3. Hur upplevde du besöket hos läkaren?

**Mycket
positivt**

☐

Positivt

☐

Negativt

☐

**Mycket
negativt**

☐

Varken eller

☐

Vad var positivt eller negativt med besöket hos läkaren:.....

.....

.....

4. Din läkare gav dig en blankett med rubriken "Läkemedelsberättelse" med information om eventuella förändringar i din läkemedelsbehandling. Antingen fick du den direkt vid läkarbesöket eller så skickades den hem per post.

Hur lätt eller svårt var det att förstå informationen i Läkemedelsberättelsen?

Mycket lätt

☐

Lätt

☐

Svårt

☐

Mycket svårt

☐

Varken eller

☐

Kommentera vad som eventuellt var svårt eller om du saknade någon information:

.....

.....

.....

.....

5. Här följer några påståenden om läkemedelsgenomgången som vi ber dig ta ställning till.

För varje påstående, sätt ett kryss i den ruta som bäst stämmer med din uppfattning.

	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
Jag blev väl mottagen på vårdcentralen i samband med läkemedelsgenomgången.	☐	☐	☐	☐
Det kändes bra att få prata med apotekaren före mötet med läkaren.	☐	☐	☐	☐
Tack vare mötet med apotekaren var det lättare att diskutera med läkaren om mina läkemedel.	☐	☐	☐	☐
Jag kände mig mer delaktig i samtalet med läkaren än vid tidigare läkarbesök.	☐	☐	☐	☐
Det är värdefullt för mig att få en <i>Läkemedelsberättelse</i> som berättar om eventuell ändring i min medicinering.	☐	☐	☐	☐
Det är värdefullt för mig att få en aktuell <i>Läkemedelslista</i> över alla läkemedel jag ska använda.	☐	☐	☐	☐
Efter läkemedelsgenomgången vet jag mer om min läkemedelsbehandling än jag gjorde tidigare.	☐	☐	☐	☐
Efter läkemedelsgenomgången känner jag mig tryggare när det gäller min läkemedelsbehandling än jag gjorde tidigare.	☐	☐	☐	☐
Efter läkemedelsgenomgången följer jag läkarens ordination i större utsträckning än tidigare.	☐	☐	☐	☐
Jag tycker att alla äldre personer, som liksom jag använder många läkemedel, bör få göra en läkemedelsgenomgång.	☐	☐	☐	☐

Kommentar:.....

6. Om du tänker på läkemedelsgenomgången som helhet, i alla sina delar, vad är din uppfattning om den gjorda läkemedelsgenomgången?

Mycket positiv	Positiv	Negativ	Mycket negativ	Varken eller
☐	☐	☐	☐	☐

Om du är positiv, vad var det som var bra?.....

.....

.....

Om du inte är positiv, vad saknade du, eller vad var inte bra?.....

.....

.....

7. Vi på Nestor planerar att intervjua några personer om hur det var att få göra en läkemedelsgenomgång, för att på det sättet få ytterligare kunskap.

Intervjun tar 20-30 minuter. Vi kontaktar dig och bestämmer en tid som passar och var vi kan ses, exempelvis i ditt hem eller på vårdcentralen. Alternativt kan intervjun göras per telefon.

Skulle du kunna tänka dig att ställa upp på en sådan intervju?

Ja	Nej
☐	☐

Om ja, ange telefonnummer där vi kan nå dig:.....

Vilken tid är det lättast att nå dig?.....

Tack för din medverkan!

Skicka in enkäten till:

Ingeborg Björkman, Nestor FoU-center, Marinens väg 30, 136 40 Handen

Använd svarskuvertet som följde med enkäten.



Resultatet av projektet "Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse i primärvården" har lett till färre läkemedel per patient, en uppdaterad läkemedelslista samt förbättringar i samtliga av Socialstyrelsens kvalitetskriterier. Alla medverkande har uppskattat arbetssättet och arbetet har blivit säkrare och enklare, nu går det att lita på läkemedelslistan. Patienterna är nöjda och känner sig tryggare med sin läkemedelsbehandling. Projektet är finansierat av Stockholms läns landsting.



Ökad patientdelaktighet i en ny primärvårdsmodell för läkemedelsgenomgångar

Att pröva en strukturerad arbetsmodell med läkemedelsgenomgång och läkemedelsborttals i syfte att ge äldre personer ökad kvalitet och trygghet i sin läkemedelsbehandling.

Enligt Regelboken för hushållsarverksamhet i Stockholms läns landsting ska hemmapatienter äldre personer (65+) med många läkemedel (7+) årligen erbjudas en läkemedelsgenomgång. När patienten är delaktigt i beslut om den egna vården ökar möjligheten till god behandling och säkrare vård – patientmedverkan bör vara en självklar del i en modell för läkemedelsgenomgång i primärvården.

- 46 patienter i åldrar 65-93 deltog.
- Antal läkemedel/person före läkemedels-generingen var 12,4 och efter 9,2, figur 1.
- Förbättring skedde i samtliga Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer, figur 2.
- 96% av patienterna var mycket positiva eller positiva till läkemedelsreningen och lika många ansåg att läkemedelsborttagelsen var värdefull.
- 70% kände sig tryggare med sin läkemedels-behandling.

Heltis har totalt 92 patienter rekryterats till projektet.

- Läkare – förberedelse tid 30-45 min, patienttid 30-45 min.
- Undersköterska/sjuksköterska/distrikts-sköterska – knappt en timme.
- Apotekare – patientmöte 30-60 min, utfåtande 1-2 timmar.

- Mottagningskriterierna samordnande och informerande roll är nödvändig för att bra patientfölo.
- Läkarna lyfter fram att utlåtandet är mycket användbart, det går stöd i arbetet. Specialt värdefullt är att få en aktuell läskamradslista, bi påmind om interaktioner och biverkningar och få råd om hur läskamradsbehandlingen kan justeras.

[illegible]

Vi konstaterar att alla parter är nöjda men att modellen tar extra resurser. Troligtvis sparar man in de satsade resurserna vid framtida patientbesök i form av kortare tid för läkemedelsdiskussioner. Andra sannolika vinster är bättre patientcompliance, mindre risk för faldsättning och minskat intag av "onödig" medicinering.

Kvalitetsförbättringarna förväntas öka patientens välbefinnande och förhoppningsvis minska behovet av vård, något som bör undersökas i framtida studier.

Primärvårdsmodell för läkemedelsgenomgång

Beskriv för patienten:

- Att en läkemedelsgenomgång är gjord.
- Vid denna läkemedelsgenomgång baseras på.
- Om behandlingen ska fortsätta som tidigare eller om förändringar är gjorda, beskriver eventuella förändringar och orsaker till dem.
- Om eventuell planerad uppföljning.

AktuallitahamodelfürdieBiologen.



TEAMETS UPPGIFTER MELLAN PATIENTMÖTENÄ

Läkaren: Läsar inför patientmötet utlåtandet och utvärderar behandlingen, gör preliminära justeringar

Det behövs bättre uppföljning av äldre patienters medicinering. Det här projektet beskriver en strukturerad modell för läkemedelsgenomgångar, där äldre personer på ett aktivt sätt involveras. I modellen ingår att den äldre efter genomgången får en läkemedelsberättelse vilken beskriver eventuella förändringar i läkemedelsbehandlingen.

I modellen samarbetade ett team bestående av sköterskor (undersköterska, sjuksköterska och distriktssköterska), läkare och apotekare. Projektet visar på nöjda patienter och ökad kvalitet i läkemedelsbehandlingen.



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
hemsida: www.nestor-foucenter.se
tel: 070-814 59 31
e-post: nestor@haninge.se