

# Projekt Säker Läkemedelsanvändning i Primärvård

---

– ett nationellt tvärprofessionellt samarbete för att minska läkemedelsrelaterade problem för patienten

## Slutrapport från pilotomgång 2

2017-05-04

SFAM



SGF

Svensk förening för  
klinisk farmakologi

A Apotekarsocieteten



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Innehåll

Varför en andra pilotomgång? .....	2
Om projektet .....	2
Sammanfattning av erfarenheter och resultat från pilotomgång 2.....	3
Medverkande .....	4
Kort om modellen.....	5
Projektorganisation .....	6
Genomförande .....	7
Utvärderingsrapport pilotomgång 2 .....	9
Sammanfattning av övergripande förbättringsmöjligheter på regional och nationell nivå. ....	15
Fortsatt utveckling.....	16

Föreliggande slutrapport avser projektets pilotomgång 2, som startade på vårdcentralerna i januari 2016 och slutfördes i december samma år.

Rapporten innehåller även en sammanställning av övergripande förbättringsmöjligheter på regional eller nationell nivå som noterats under projektiden

Slutrapporten för pilotomgång 1 finns att tillgå på <http://lof.se/wp-content/uploads/Slutrapport-Säker-Läkemedelsanvändning-pilotomgång1.pdf> )

## Varför en andra pilotomgång?

En erfarenhet i pilotomgång 1 var att de deltagande vårdcentralerna skulle behövt mer stöd för att få med sig sina samarbetspartners i självvärderingen, och för att genomföra förbättringar som helt eller delvis ligger utanför den egna verksamheten. En annan var att medverkande vårdcentraler behöver vara rimligt stabila och i god kondition för att kunna genomföra modellen och dra nytta av den fullt ut.

Av detta drog styrgruppen slutsatsen att ytterligare en pilotomgång behövdes för att säkrare kunna bedöma modellens värde och genomförbarhet. Vidare att detta förutsatte samarbete med några landsting/regioner som kunde svara för rekrytering och urval av lämpliga vårdcentraler och som kunde ge dessa erforderligt stöd under genomförandet.

## Om projektet

Felaktig läkemedelsanvändning är en av de vanligaste orsakerna till att patienter skadas i vården. Förutom det mänskliga lidandet leder felaktig läkemedelsanvändning till betydande samhällskostnader.

Målet med projektet är att minska läkemedelsrelaterade problem för patienten.

Modellen som testats och utvecklats är självvärdering, extern tvärprofessionell granskning/peer review, samt genomförande och uppföljning av åtgärder.

Modellen riktar sig till vårdcentralens verksamhetsledning och involverar de egna medarbetarna och vårdcentralens samarbetspartners såsom kommunal hälso- och sjukvård, sjukhus och apotek. Anslaget är tvärprofessionellt och organisationsöverskridande.

Fokus ligger på patientens *användning* av läkemedel, där rätt förskrivning relativt patientens samlade sjukdomsbild och patientens förutsättningar att följa förskrivningen är grunden. En

korrekt läkemedelsanvändning förutsätter att patienten är väl införstådd med syftet med behandlingen och tar sina läkemedel enligt ordination.

Projektet inleddes år 2013 med en pilotstudie på fem vårdcentraler och med fem vårdcentraler i en kontrollgrupp. En andra pilotomgång startade 2015 med tillvaratagande av gjorda erfarenheter och resultat i ett delvis ändrat upplägg och innehåll. I denna medverkade 14 vårdcentraler, varav tio fullföljde samtliga moment, och tre landsting/regioner.

Projektet bedrevs i samarbete mellan yrkesorganisationerna Svensk Förening för Allmänmedicin, Distriktsköterskeföreningen i Sverige, Svensk Geriatrisk Förening, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Svensk Förening för Klinisk Farmakologi, samt Apotekarsocieteten.

SKL, och under pilotomgång 1 även Löf, har bistått projektet administrativt och ekonomiskt. I pilotomgång 2 har samarbetet utvidgats med Landstinget i Sörmland, Region Skåne och Stockholms Läns Landsting.

Pilotomgång 2 har utvärderats av en forskargrupp sammansatt av forskare vid Lunds universitet/avd för allmänmedicin och vid Karolinska Institutet.

## Sammanfattning av erfarenheter och resultat från pilotomgång 2

De viktigaste erfarenheterna och resultaten kan sammanfattas så här:

Avståndet mellan aktuellt tillstånd vad avser säker läkemedelsanvändning i primärvård och det som självvärderingsinstrumentet implicerar är avsevärt. Lakttagelserna från omgång ett står sig även med verksamheter som valts utifrån att vara stabila och i god kondition.

Med få undantag saknas basala **gemensamma** rutiner och arbetssätt t. ex för att ta reda på vilka läkemedel inklusive receptfria och naturläkemedel patienten faktiskt använder, sätta behandlingsmål och följa upp dem, och säkerställa att ordinationen kan följas av patienten.

Vårdcentralernas samarbete med sjukhus och apotek för att uppnå säker läkemedelsanvändning för patienten är fragmentarisk eller saknas och det kan avsevärt stärkas även vad avser den kommunala hälso- och sjukvården.

Modellen självvärdering/tvärprofessionell peer review identifierar och konkretiserar ett stort antal förbättringsmöjligheter, både internt på vårdcentraler och i deras samarbete med apotek, kommunal hälso- och sjukvård, sjukhusvård samt även på regional och nationell nivå.

Överenskomna förbättringsåtgärder genomförs i stor utsträckning.

Uppföljning och mätning av medarbetares följsamhet till verksamhetens gemensamma arbetsätt och rutiner förekommer i mycket liten omfattning. Av det ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som huvudmännen ska ha enligt Socialstyrelsen föreskrift SOFS 2011:9 syns föga spår.

Modellen uppskattas, med enstaka undantag, av såväl verksamhetsledningar som granskare.

Trots att de fjorton vårdcentralerna rekryterades utifrån att ha goda förutsättningar misslyckades fyra med att fullfölja samtliga moment. Av de som fullföljde var graden av följsamhet till modellen och given instruktion starkt varierande t ex. vad avser att engagera medarbetarna tvärprofessionellt och att ta sig an varje frågeområde med samma kraft. Mer och till modellen anpassat eller integrerat genomförandestöd kan vara en väg för att minska känsligheten för driftstörningar och öka genomförbarheten. Och att enbart ta sig an några av självvärderingsinstrumentets frågeområden åt gången.

Modellen kommer efter slutjustering att erbjudas landets vårdcentraler, landsting och regioner i form av en modellbeskrivning/skriftlig handledning med tillhörande självvärderingsinstrument. Materialet kommer att lanseras på den nationella primärvårdskonferensen i Stockholm i september 2017. Det kommer därefter att finnas för nedladdning på SKL.

## Medverkande

Deltagande organisationer: Svensk Förening för Allmänmedicin, Distriktssköterskeföreningen i Sverige, Svensk Geriatrisk Förening, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Svensk Förening för Klinisk Farmakologi, Apotekarsocieteten, Landstinget i Sörmland, Region Skåne, Stockholms Läns Landsting, Sveriges Kommuner och Landsting

Styrgrupp: Sara Modig, Annika Vall, Nina Rolf, Lydia Holmdahl, Ulla Olsson, Carl-Olav Stiller, Birgitta Karpesjö, Ulla Mitt-Holm, Mats Henningsson, Marie Schill, Stefan Kallström Jansson, Eva Estling.

Granskare: Ann-Louise Eugenius, Cajsa Åkerholm, Carin Svensson, Charlotte Ivarsson, Christine Fransson, Emma Brogård, Emma Lundgren, Eva Lindevall, Gerd Silk, Jessica Berg Skoog, Karolina Lundbäck, Kristina Fritjofson, Kristina Persson, Leif Stavåker, Lena Wilander Hamnert, Ove Dehlin, Ruth Lööf, Sten Forsberg, Sylvia Wide, Åke Rundgren.

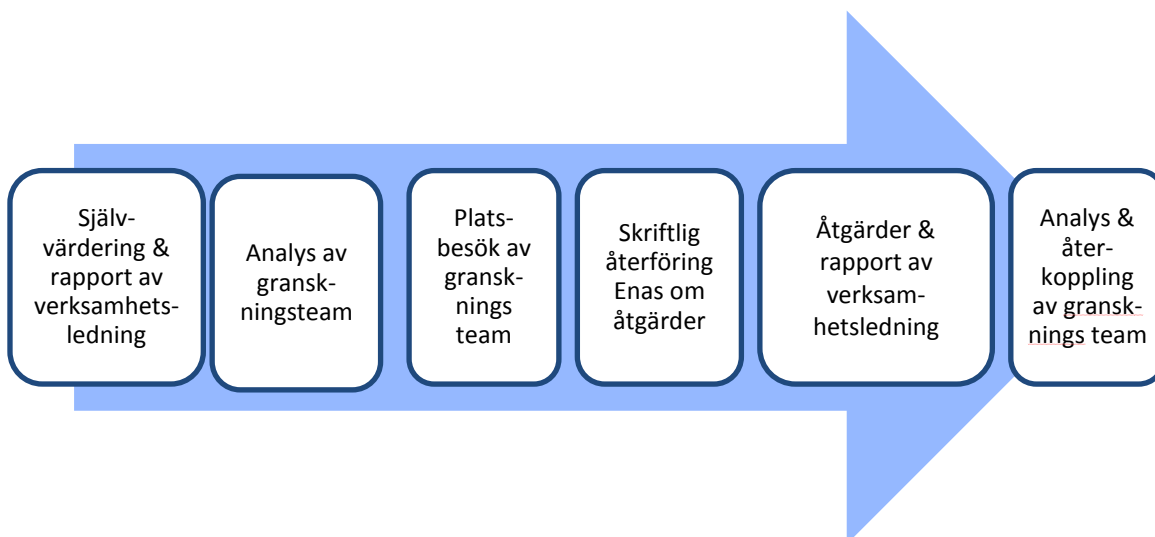
Forskargrupp: Jessica Berg Skoog och Sara Modig (svarat för enkäter, analys av åtgärdsöverenskommelser och utvärderingsrapport). I uppföljningen av läkemedelsförskrivningen har även Björn Wettermark och Katharina Schmidt-Mende medverkat.

Projektledare: Agneta Andersson och Torbjörn Schultz

Verksamheter: 14 vårdcentraler med lokala samarbetspartners.

## Kort om modellen

Stegen i modellen är självvärdering, extern granskning/peer review samt genomförande och uppföljning av åtgärder och kan schematiskt beskrivas så här:



I *självvärderingen* beskrivs hur verksamheten säkerställer en säker läkemedelsanvändning utifrån ett självvärderingsinstrument. Arbetet med självvärderingen hålls samman och leds av verksamhetsledningen. Självvärdering genomförs med stöd av verksamhetsledningen av medarbetare från olika professioner samt med relevanta samarbetspartners. Med samarbetspartner avses hemsjukvård/hemtjänst, sjukhus och annan specialistvård samt apotek.

Självvärderingsinstrumentet har ursprungligen tagits fram av en expertgrupp utsedd av yrkesorganisationerna och har därefter förtydligats och förenklats utifrån de synpunkter som framkom i pilotomgång 1. Instrumentet för pilotomgång 2 bestod av tretton huvudfrågor med en till fem underfrågor. Verksamhetsledningen instruerades att i samarbete med sina medarbetare och relevanta samarbetspartners beskriva vilka *gemensamma* arbetssätt och rutiner man har för att säkerställa att

- Information om patientens läkemedelsanvändning är fullständig och korrekt
- Patientens läkemedelsanvändning är välmotiverad mot bakgrund av patientens sjukdomsbild och särskilda förutsättningar.
- Skadliga interaktioner motverkas
- Patientens läkemedelsbehandling kan skötas

- Patientens läkemedelsbehandling följs upp och utvärderas
- Samarbetet med hemsjukvård/hemtjänst fungerar
- Samarbetet med slutenvård och annan specialistvård fungerar
- Samarbetet med apotek fungerar

Vidare efterfrågas hur man säkerställer

- lärandet av negativa händelser och tillbud
- att fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförs utifrån patientens behov
- att den äldre multisjuka patientens läkemedelsanvändning prioriteras avseende tid och kompetens

Huruvida man har några övriga arbetssätt och rutiner som bidrar till en säker läkemedelsanvändning för patienten efterfrågas också.

En avslutande fråga ställs om verksamhetsledningens strukturerade och systematiska arbetssätt för att utveckla, leda och styra verksamheten mot god och säker läkemedelsanvändning utifrån patientens behov.

## Projektorganisation

Styrgruppen har under pilotomgången bestått av en representant för respektive organisation, oftast ordföranden eller styrelseledamot, tjänstepersonrepresentanter för medverkande landsting/region samt ansvarig tjänsteperson för SKL:s patientsäkerhetsstrategi.

Yrkesorganisationerna har svarat för medicinskt innehåll, rekryterat och utsett granskare, samt främjat projektet via sina organisationer.

Ett inledande styrgruppsmöte hölls i september 2015 varefter sammanlagt fyra styrgruppsmöten har hållits. Vid dessa möten har beslut fattats om projektform, självvärderingsinstrument, uppföljning och vid behov modifiering av process, samt uppföljning av vetenskaplig utvärdering. Mellan mötena har styrgruppens ledamöter medverkat med synpunkter och ställningstaganden till förslag till paketering av modellen och förslag till reviderat självvärderingsinstrument inför kommande lansering. Pilotprojektet slutfördes på vårdcentralerna i december 2016 och den vetenskapliga utvärderingen genomfördes våren 2017 med undantag för en studie baserad på information i läkemedelsregistret, vilken kommer att redovisas separat när eventuella förändrade förskrivningsmönster hunnit slå igenom.

Projektledningen har skötts av två handläggare på SKL.

## Genomförande

Rekrytering av vårdcentraler till pilotomgång 2 ombesörjdes av respektive landsting/region. Baserat på erfarenheterna från pilotomgång 1 eftersträvades att rekrytera vårdcentraler med stabil verksamhet och i tillräckligt god kondition för att kunna genomföra och dra full nytta av modellen. Några mer precisa kvalificeringskrav än så formulerades inte. Bedömningen av vårdcentralernas förmåga att tillämpa modellen gjordes av respektive landsting/region. De ekonomiska incitamenten för att medverka varierade. I Stockholm garanterades de vårdcentraler som fullföljde samtliga moment den kvalitetsbonus som där ingår i ersättningsmodellen. I Sörmland utlovades ett engångsbelopp. I Skåne gavs inga ekonomiska incitament.

Genomförandestödet till vårdcentralerna varierade.

I Landstinget Sörmland har vårdcentralerna haft stöd i frågor från Mats Henningson Hälsovalsstaben och Ulla Mitt-Holm, verksamhetschef VC Skiftinge och tidigare deltagare i pilotomgång 1. Båda har deltagit vid möten under projektets gång och funnits att tillgå vid eventuella frågor. Det har kommit frågor från deltagarna under mötestillfällena men inte utanför dessa. Regional utvecklingsenhet eller likande har inte deltagit eller anlåtats. Stöd från Läkemedelskommittén har getts till tidigare deltagare i projektet i form av apotekare på plats på vårdcentralen en dag i veckan.

I Region Skåne har enheten för strategisk kvalitetsutveckling återkommande erbjudit stöd (chefsstöd, analyshjälp, titta på flöden etc.) Stödet har inte efterfrågats förutom att en vårdcentral har fått hjälp med att ta fram statistiksiffror. Sara Modig (styrgruppsmedlem och kontaktperson i Skåne) har medverkat vid samtliga introduktionsmöten på vårdcentralerna och har sedan kontaktats utöver mötestillfällena av ett par deltagare angående enstaka frågor. Stöd från kliniska apotekare finns i Skåne att tillgå (mot avgift) för offentliga vårdcentraler för att genomföra tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar. De privata vårdcentralerna får själva anställa sådan apotekarhjälp.

Stockholms läns landsting har erbjudit extra farmaceutstöd utöver informationsapotekarfunktionen – vid behov, men de deltagande enheterna har inte efterfrågat detta.

Något stöd till vårdcentralerna från den centrala projektledningen har inte erbjudits, utöver medverkan på upptaksmötet med verksamhetsledningarna, startmötena på vårdcentralerna och telefonkontakt med verksamhetscheferna för att följa upp tidplanen för självvärderingsrapport och åtgärdsredovisning.

Omgången kunde till stor del genomföras i överensstämmelse med fastlagd aktivitets- och tidsplan.

- December 2015. Verksamhetsledningarna på rekryterade vårdcentraler inbjöds till ett upptaktsmöte i respektive landsting/region med projektledningen i samarbete med representanter för landstinget/regionen. Några för sent rekryterade introducerades separat av projektledningen.
- Januari 2016. Introduktionsmöte på medverkande vårdcentraler genomfördes av projektledningen i samarbete med representanter för landstinget/regionen. Verksamhetsledningarna instruerades att kalla medarbetarna tvärprofessionellt och bjuda in representanter för vårdcentralens samarbetspartners. Deltagandet varierade mellan vårdcentralerna i synnerhet avseende samarbetspartners. Slutenvården var inte representerad.
- Mars 2016. Verksamhetsledningarna avlämnade med något undantag självvärderingsrapport på överenskommet datum.
- Mars 2016. Halvdagsseminariet för teamledare genomfördes av projektledningen. Samtliga teamledare deltog.
- April 2016. Granskningsseminarium för teamen, en heldag i varje landsting/region, genomfördes som planerat början på april. Projektledningen, representanter för respektive landsting och region samt yrkesorganisationens representanter i styrgruppen medverkade. De senare med fördelning två i varje.
- April – maj 2016. Granskningsteamerna genomförde sina platsbesök som planerat.
- Maj – juni 2016. Teamerna avlämnade skriftlig återföringsrapport och ingick åtgärdsöverenskommelser med verksamhetsledningen. Med några undantag visade sig tidplanen för överenskommelsen om åtgärder vara för snäv. Alla överenskommelser utom två blev dock klara före semestrarna. De två som fördröjdes berodde på skifte av teamledare i ett av granskningsteamerna.
- December 2016. Verksamhetsledningen redovisade genomförda åtgärder och teamledaren gav återföring på dessa.

Av fjorton rekryterade vårdcentraler fullföljde tio samtliga moment. Två vårdcentraler, varav en i Stockholm och en i Sörmland avbröt i mars och avlämnade ingen självvärderingsrapport. Två hälsocentraler i Skåne avbröt i september, den ena efter det att åtgärdsöverenskommelse ingåtts, den andra innan den ingåtts. I två fall har uppgivna skäl varit att verksamhetschefen slutat, i ett bemanningsproblem på läkarsidan och i ett att man ”efter övervägande och diskussioner valt andra sätt att arbeta med kvalitetssäkring”.

#### Lärdomar av genomförandet

- Många vårdcentraler hade svårt att få med sig sina samarbetspartners. De befintliga samarbetsrelationerna till apotek och framför allt slutenvården visade sig generellt sett vara svaga. Vårdcentralerna kan behöva hjälp av landstinget/regionen för att



motivera de samarbetspartners vars medverkan modellen förutsätter. Eventuellt behövs också hjälp med att organisera eller initiera samarbetet i synnerhet med sjukhusvården.

- Tidplanen behöver förlängas några veckor mellan teamets platsbesök, återföringsrapporten och överenskommelsen om åtgärder.

## Utvärderingsrapport pilotomgång 2

### Målsättning

Syftet med den vetenskapliga utvärderingen av pilotomgång 2 har varit att undersöka om metoden med självvärdering och efterföljande extern revision är tillräckligt effektiv för att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre patienter, samt att utvärdera om det är genomförbart att införa metoden på bred front.

### Översikt - utvärderingsdelar

Sammanfattningsvis har den vetenskapliga utvärderingen skett med både kvalitativa och kvantitativa metoder.

- Deskriptiv del: Innehållet i åtgärdsöverenskommelserna har studerats och genomförandet av åtgärderna följts upp.
- Kvalitativ del: Webbaserad enkät har skickats till verksamhetsledningarna på deltagande vårdcentraler samt till medverkande granskare. Genomförbarheten av metoden har undersökts genom att mäta upplevelsen och värdera modellen.
- Kvantitativ del: Statistisk analys av påverkan på förskrivningsmönster, i form av förändring av antalet olämpliga läkemedel till äldre och förändring av antalet interaktioner. Detta mäts som en del i att undersöka metodens effektivitet och sker genom uttag av data från Socialstyrelsens läkemedelsregister respektive landstingens egna uppföljningar på enhetsnivå. Förskrivningsdata är inte tillförlitlig förrän ett år förflutit efter avslutat projekt, pga. eftersläpning av förändring genom att recept kan skrivas med flera uttag.  
I den kvantitativa delen följs också antalet genomförda läkemedelsgenomgångar. Även dessa data är tillförlitliga först i ett något senare skede. I aktuell rapport presenteras därför bara trender.

## Resultat

### Åtgärdsöverenskommelser

Ur återföringsrapporterna togs vissa av förbättringsmöjligheterna tillvara i de åtgärdsöverenskommelser som ingicks mellan respektive verksamhetschef och teamledare. Ett urvalskriterium var att åtgärderna inte skulle vara mer omfattande eller fler än att de skulle vara fullt möjliga att genomföra och redovisa inom ett halvår. Elva vårdcentraler nådde fram till en åtgärdsöverenskommelse. Antalet överenskomna åtgärder uppgår till sammanlagt till 70, två till tio per vårdcentral. Enheterna kunde/kan framöver naturligtvis även parallellt arbeta vidare med övriga identifierade förbättringsområden.

Den vetenskapliga metoden för att följa upp vad projektet konkret har lett till på deltagande enheter, har varit analys av åtgärdsöverenskommelser genom summativ innehållsanalys samt kvantitativ uppföljning av genomförda åtgärder.

### Typ av åtgärder

- Liksom i pilotomgång 1 var ett uppenbart förbättringsområde är att få bättre grepp om patienternas faktiska läkemedelsanvändning. Åtgärderna (13/70) handlade framför allt om att ständigt hålla patientens läkemedelslista i journalen aktuell samt att genomföra läkemedelsavstämning. I denna pilotomgång belystes dock inte vikten av informationsutbyte med sjukhusklinikerna i form av läkemedelsberättelser på samma sätt som i pilotomgång 1.
- Bland åtgärderna som syftade till att öka säkerheten i förskrivarens val av läkemedelsbehandling till patienten, fanns många åtgärder som belyste vikten av utbildning och diskussion samt samarbete mellan kollegor (8/70). Ökad omfattning av och kvalitet i läkemedelsgenomgångar poängterades i några åtgärder och vikten av uppföljning av behandling belystes.
- Precis som i pilotomgång 1 var ett annat förbättringsområde att ”ge varje patient en fair chans att kunna sköta sin läkemedelsbehandling”. Åtgärderna (12/70) handlar om att införa rutiner att indikation, och max dos för vidbehovsläkemedel, anges på varje recept - att varje patient får information där det för varje läkemedel framgår hur och varför man ska ta det.
- Vikten av att följa upp misstag/avvikelser rörande läkemedelsanvändning samt att följa upp resultat (t ex förskrivningsdata) betonades i ett flertal åtgärder.

- Ett framträdande förbättringsområde (som även belystes i enkäterna) var samarbete med hemsjukvården och med apotek respektive klinikapotekare och många åtgärder handlade om detta och speglar på så vis också projektets tvärprofessionella karaktär.

### Genomförda åtgärder

Redovisning av genomförda åtgärder har erhållits från tio av elva vårdcentraler. Åtgärderna är kategoriserade som antingen genomförda, påbörjade eller ej genomförda. Således är kategorin 'påbörjad' tillagd sedan pilotomgång 1, detta pga. att en del åtgärder tar längre tid än sex månader att genomföra. Sammantaget bedömdes 30 av de överenskomna åtgärderna som genomförda, 22 som påbörjade och sju som ej genomförda inom den överenskomna tiden, dock i varierande grad mellan de olika vårdcentralerna. En vårdcentral har avslutat sin medverkan i projektet under tiden för genomförandet av åtgärder, men uppger att åtgärderna kommer att läggas åter på agendan i senare skede. Om de elva överenskomna åtgärderna från denna enhet exkluderas, noteras att **52 av 59 överenskomna åtgärder är antingen genomförda eller påbörjade (88 %)**. De åtgärdsöverenskommelser som är påbörjade har en tendens att vara av samarbetskaraktär, antingen inom vårdcentralen eller mellan vårdcentralen och samarbetspartners. Något samband mellan de åtgärder som inte genomfördes alls inom uppföljningstiden ses inte.

### Åtgärder som kräver förändring på ett övergripande plan

Inga åtgärdsöverenskommelser omfattande förändringar på ett övergripande plan skrevs. Detta kan delvis förklaras av att instruktionen från projektledningen var att främst satsa på att skriva åtgärdsöverenskommelser som skulle kunna genomföras på de deltagande enheterna. Vid genomgång av **återföringsrapporterna** framkom dock flera förbättringsförslag som kräver **regional samordning** som införande av gemensam läkemedelslista, möjlighet att makulera recept direkt via journalsystemet, samt möjlighet att i journalsystemet markera att en patient har dosdispenserade läkemedel. Det är vidare värt att notera att trots att få åtgärdsöverenskommelser formulerades avseende förbättrat samarbete med slutenvården, uttrycktes det vid flera enheter önskemål om bättre informationsöverföring mellan slutenvård och primärvård avseende patienternas läkemedelsanvändning när patienter skrivs ut från sjukhusvård. Exempel på detta var en önskan om ökad information om läkemedelsrelaterade inläggningar samt en ökad användning av läkemedelsberättelser.

### Enkäter

Enkäter skickades till alla 19 granskare (varav fem teamledare), med 100% svarsfrekvens, samt till tolv verksamhetsledningarna varav nio svarade. Verksamhetsledningarna instruerades om att verksamhetschefen skulle svara tillsammans med medicinsk rådgivare (i de fall det fanns).

### *Verksamhetsledningarnas synpunkter*

I självvärderingen deltog överallt specialist i allmänmedicin och sjuksköterska på vårdcentral samt i nästan alla fall sjuksköterska i hemsjukvården och apotekare. Ytterligare personalkategorier deltog på vissa enheter.

**Självvärderingsinstrumentet** uppfattades innehålla relevanta frågor med bra struktur. Samtidigt var det många frågor och tidskrävande. Själva **självvärderingen** upplevdes som en viktig process som ledde till ifrågasättande av egna arbetssätt och till en bra dialog internt och med samarbetspartners, men tidskrävande.

Verksamhetsledningarna uppfattade vid **platsbesöket** att granskarna hade god kompetens, var väl förberedda och hade en trevlig ton. Någon enhet menade att given feedback var alltför detaljerad.

Samtliga verksamhetsledningar menade att **åtgärdsöverenskommelserna** var relevanta för att påverka säkerheten i äldres läkemedelsanvändning.

Sammantaget uppfattade verksamhetsledningarna den multiprofessionella granskningen, tiden för strukturerad genomlysning samt fokus på samverkan som positiva delar i projektet. Att metoden är tidskrävande framhölls samtidigt. Dock trodde flertalet deltagare att modellen skulle fungera även på bredare front, inte minst om man fick hjälp att prioritera det som var viktigast att förändra.

### *Granskarnas synpunkter*

Granskarna upplevde att **självvärderingsinstrumentet** fungerade väl för att identifiera såväl styrkor som förbättringsbehov hos deltagande enheter. Instrumentet gav därmed en god grundinformation, men det var platsbesöket som gav bäst information. Kvaliteten och omfattningen på självvärderingsrapporten och arbetsinsatsen varierade tydligt mellan vårdcentraler. En stor majoritet av granskarna uppfattade att **platsbesöket** gav ny kunskap utöver det som identifierats via självvärderingsinstrumentet. Det krävde dock god förberedelse. I medeltal behövdes för en teamledare 4,1 **arbetsdagar per granskad enhet** och för övriga granskare 3,0 arbetsdagar.

Enligt granskarna varierade medvetenheten bland verksamhetscheferna avseende de brister som förelåg.

Ibland kunde frågorna i självvärderingsinstrumentet missförstås. Flera frågor har också liknande frågeställningar där resultatet på frågorna ofta blir likvärdiga svar. Ofta har enheterna haft svårt att beskriva rutiner, ansvarsfördelning och uppföljning. Förslag framkom att om formuläret förenklades till förmån för dessa frågor skulle förbättringar förmodligen vara lättare att implementera.

**Teamsammansättningen** med apotekare, primärvårdsläkare och sjuksköterska uppfattades vara bra – teamet var lagom stort och hade rätt kompetens. Det poängterades att de som granskar själva behöver ha erfarenhet av kliniskt arbete med patienter.

Det framhölls att det tog lång tid för utifrån kommande granskare att sätta sig in i ett främmande system och vari svårigheterna fanns i ett annat landsting.

När det gäller huruvida modellen är lämplig att **implementera i större skala**, gick åsikterna bland granskarna isär. Generellt uppfattades modellen positiv, men flera granskare ansåg att begränsningar fanns eller att förenklingar behöver ske. Att modellen lyfter fram samverkan ansågs viktigt. Vidare uppfattade granskarna att granskning gjord av "jämlingar" uppskattades.

### Kvantitativ data

Som beskrivet i inledningen kan i detta skede endast trender beskrivas, vilket främst beror på att recept kan vara förskrivna med flera itereringar och det därmed tar tolv månader efter påbörjat projekt innan ett förändrat förskrivningsmönster får genomslag i statistiken. Tillgänglig data kommer från landstingens/regionens egen statistik och i denna finns information om uthämtade läkemedel samt registrerade fördjupade läkemedelsgenomgångar från år 2015 och 2016.

### Förskrivningsdata

Socialstyrelsens definition av olämpliga läkemedel till äldre användes och dessa utgörs av: läkemedel med betydande antikolinerg effekt, långtidsverkande bensodiazepiner, tramadol samt propiomazin. I alla tre deltagande landsting/regioner skedde en regional minskning av förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre från år 2015 till 2016.

I Stockholm sågs för alla preparat utom tramadol en tendens till större minskning av förskrivningen under 2016 jämfört med 2015 på deltagande enheter jämfört med resten av landstinget. För tramadol var det ingen skillnad i förskrivning jämfört med resten av landstinget.

I Sörmland sågs för alla preparat utom tramadol en tendens till minskning i förskrivningen 2016 jämfört med 2015 på samtliga deltagande enheter. Trenden var att förskrivningen var lägre för de deltagande enheterna jämfört med resten av landstinget.

I Skåne sågs likaså en större minskning i förskrivningen på tre av fyra deltagande enheter under 2016 jämfört med 2015. På en av de deltagande enheterna hade förskrivningen av propiomazin ökat med 100 %. Om denna kraftigt avvikande post togs bort så hade även den fjärde enheten i Skåne en tendens till större minskning i förskrivningen jämfört med resten av regionen.

Förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre har således minskat 2016 jämfört med 2015 för i princip samtliga deltagande enheter. Trenden är att minskningen är större för deltagande enheter jämfört med resterande enheter i respektive landsting/region, men detta kan ännu inte underbyggas statistiskt.

## Läkemedelsgenomgångar

I Stockholm är trenden att fler fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförts på deltagande enheter jämfört med resten av landstinget under 2016.

I Sörmland har totalt sett färre antal fördjupade läkemedelsgenomgångar registrerats 2016 jämfört med 2015. Trenden är dock att deltagande enheter har genomfört fler fördjupade läkemedelsgenomgångar än resten av landstinget.

Även i Skåne har färre antal fördjupade läkemedelsgenomgångar registrerats 2016 jämfört med 2015, och trenden är att detta även gäller för de deltagande enheterna.

## Diskussion/konklusion

Det samlade intrycket är att modellen varit uppskattad, om än tidskrävande, och att den genererat en mängd åtgärder som uppfattas relevanta för att påverka läkemedelssäkerheten i primärvården.

Vissa områden inom läkemedelssäkerhetsområdet har genererat många åtgärdsöverenskommelser, medan andra områden (även avspeglade i vissa frågor i självvärderingsinstrumentet) har gett upphov till få åtgärder eller inga alls. Vidare ses att bättre uppdatering av läkemedelslistorna fortfarande är ett viktigt förbättringsområde att fokusera på, likaså farmakogeriatrik utbildning. Genom enkäterna till medverkande framgår en önskan om en något mindre omfattande modell – färre självvärderingsfrågor och mindre tidskrävande – vilket är i linje med tanken att effektivisera metoden och fokusera på de områden som fått störst genomslag i åtgärderna. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om vilka aspekter av läkemedelssäkerhet som då inte beaktas. Metoden bedöms vara genomförbar på bredare front efter att viss justering görs.

Spridningen mellan deltagande vårdcentraler avseende hur omfattande självvärderingen har gjorts kvarstår till stor del från pilotomgång 1. I diskussionen kring framtida modell för fortsatt läkemedelssäkerhetsarbete bör man ta hänsyn till detta och anpassa modellen till att kunna påverka läkemedelssäkerheten vid olika typer av enheter. Att ett antal enheter av olika skäl avbrutit sin medverkan i projektet medan det pågått, måste också beaktas.

Vikten av samarbete med apotek poängterades i enkätkommentarerna. Där finns stor förbättringspotential. En framtida modell behöver således fånga upp detta behov och underlätta för förbättring. Över huvud taget betonades vikten av samarbete – även med hemsjukvården – och flera åtgärder handlade om detta, vilket är glädjande med tanke på projektets tvärprofessionella karaktär. För en kontinuerlig förbättring inom läkemedelssäkerhetsområdet får den tvärprofessionella aspekten inte glömmas bort. Relevansen i åtgärdsöverenskommelserna skattades högt av deltagande verksamhetsledningar. Modellen torde därför leda till förändringar med stor betydelse för läkemedelssäkerheten i den kliniska verkligheten. Det gäller om åtgärderna blir genomförda och också inkorporeras i dagliga rutiner, så att det inte bara handlar om engångsaktioner.

När det gäller utfall av projektet i form av kvantitativ data, kan än så länge endast trender studeras och det är i nuläget svårt att uttala sig statistiskt säkert om huruvida projektet haft någon påverkan på exempelvis förskrivning av potentiellt olämpliga läkemedel. Däremot är trenden att det skett en större minskning av förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre hos merparten av de deltagande enheterna jämfört med övriga enheter för respektive landsting/region. Det har emellertid tillkommit nya data från pilotomgång 1 – vilka måste tolkas med vetskapen om att modellen reviderats sedan dess. Genom uppgifter från Nationella förskrivningsregistret studerades förskrivningen av potentiellt olämpliga läkemedel till äldre (långverkande bensodiazepiner, antikolinergika, tramadol, neuroleptika och NSAID) till personer >65 år, före och efter intervention. En minskning av dessa läkemedelsgrupper sågs i både kontroll- och interventionsgrupp (liksom i Sverige i stort under dessa år), men medan de i kontrollgruppen minskade med 8,8%, så minskade de i interventionsgruppen med 22,2%.

Slutligen bör poängteras, att metoden är utvärderad i befintlig modell och utfallet är därmed endast är belagt för denna modell. Detta bör beaktas vid diskussion kring eventuell revidering eller möjlig regional anpassning av modellen.

### **Sammanfattning av övergripande förbättringsmöjligheter på regional och nationell nivå som noterats under projektiden.**

- Samlad åtgärdsinriktad översyn behövs av de olika huvudmännens styrning (uppdrag, ersättningar/incitament och uppföljning) av nyckelaktörerna vårdcentraler, sjukhus och övrig specialistsjukvård, kommunal hälso- och sjukvård och apotek för att tillse att aktörerna var och en och i samarbete bidrar till säker läkemedelsanvändning för patienten. Att säkerställa samverkande förutsättningar.
- Se till att de ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som huvudmännen ska ha enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 kommer till uttryck i ledningen av vårdcentralernas verksamhet.
- IT och behörigheter som stödjer att all relevant information om ordinationer och uthämtade läkemedel finns att tillgå där och när den behövs och enkelt kan uppdateras. (Patientjournaler, läkemedelslista, läkemedelsberättelse mm.) Och att denna görs tillgänglig oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi.
- Möjlighet att makulera recept direkt via journalsystemet, samt möjlighet att i journalsystemet markera att en patient har dosdispenserade läkemedel.

- Förbättrad Informationsöverföring mellan slutenvård och primärvård och kommunal hälso- och sjukvård avseende patienternas läkemedelsanvändning när patienter skrivs ut från sjukhusvård.
- Systematisk återrapportering till berörda vårdcentraler av läkemedelsrelaterade inläggningar och orsaker till dessa i lärande syfte.
- Nationella/regionala rekommendationer om arbetssätt och rutiner för de viktigaste processerna samt metoder och verktyg för att mäta följsamheten till dessa.
- Vidareutbildning, t ex i geriatrik/geriatrisk farmakoterapi, och metoder för kunskapskontroll.

## **Fortsatt utveckling**

Styrgruppen beslutade att med tillvaratagande av utvärderingsresultat och vunna erfarenheter i övrigt ta fram en modellbeskrivning/handledning med tillhörande självvärderingsinstrument. Materialet lanseras på den nationella primärvårdskonferensen i Stockholm i september 2017 och kommer därefter att finnas tillgängligt på SKL för nedladdning.