

# RECEPTBEDÖMNINGSTEAM

En rapport om arbetssättet med receptbedömningsteam för att hantera inkomna receptförfrågningar på Vårdcentralen Eda, som en del i projekt Hållbar vårdcentral.

Jeanette Wern  
Apotekare  
Farmacitjänstenheten  
Region Värmland  
2022-01-26



# INNEHÅLL

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUKTION.....</b>	<b>4</b>
<b>MÅL .....</b>	<b>5</b>
<b>METOD.....</b>	<b>5</b>
Förarbete .....	5
Arbetsgång för teamrond - sammanfattat .....	6
Farmaceutens roll .....	6
Sjuksköterskans roll .....	7
Läkarens roll .....	8
Sammanställning av ekonomiska data och förskrivningsdata .....	8
Summering och utvärdering av data från rond samt samarbete med farmaceut på vårdcentral .	8
<b>BEGRÄNSNINGAR.....</b>	<b>8</b>
<b>RESULTAT.....</b>	<b>9</b>
Förskrivningsmönster .....	9
Arbetsmiljö.....	9
Ekonomi .....	10
Utfall från ronderna – fokusläkemedel .....	11
Utfall från ronderna – läkemedelslistor .....	13
Utfall från ronderna – läkemedelsrelaterade problem .....	13
Resultat av enkäten .....	14
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>14</b>
Ekonomi och förskrivning.....	14
Arbetsmiljö och teamarbete .....	15
Framtida arbete.....	16
<b>SLUTSATS .....</b>	<b>16</b>
<b>BILAGOR .....</b>	<b>17</b>
Bilaga 1: Fördelning av åtgärder i andel (%) för respektive fokusläkemedel .....	17
Bilaga 2: Fördelning av fokusläkemedel i andel (%) inom varje åtgärd .....	19
Bilaga 3: Översikt av antal och andel bedömda fokusläkemedel samt fördelningen av åtgärder för dessa.....	21
Bilaga 4: Resultat av enkäten .....	22

## SAMMANFATTNING

Ett receptbedömningsteam bestående av läkare och sjuksköterska från Vårdcentralen Eda samt farmaceut från farmacitjänstenheten startades upp under projekt Hållbar vårdcentral. Receptbedömningsteamet har genomfört veckovisa, digitala ronder tillsammans för att bedöma inkomna förfrågningar om receptförnyelser från patienter. Fokus i teamet har legat på läkemedel med överförskrivning där man ser att patienter ofta får kvarstå på behandling trots avsaknad av indikation. Man har inte bara beslutat om recept kan förnyas eller inte, utan även gjort bedömningen samt val av åtgärd med hjälp av journalgranskning och läkemedelsgenomgångar.

Arbetsättet utvärderades genom att sammanställa ekonomisk påverkan på läkemedelsbudgeten vid Vårdcentralen Eda, se över förändringar i läkemedelsförskrivningen, sammanställa avkodade data från ronder med farmaceutdeltagande samt att genomföra en enkät bland medarbetarna på Vårdcentralen Eda för att utvärdera arbetet tillsammans med farmaceut. Resultatet har varit mycket positivt. Stor påverkan ses på ekonomin, förskrivningsmönstret, kvaliteten i läkemedelsfrågor och upplevd arbetsmiljö hos personalen på vårdcentralen. Samarbetet med farmaceut har varit lyckat och är något personalen önskar få fortsätta med, både vad gäller receptbedömningar och även i andra läkemedelsfrågor.

Receptbedömningsteamet visar på att man med relativt små insatser kan göra stor skillnad på flera områden. Det har inte bara varit positivt för Vårdcentralen Eda och personalen, utan främst för patienterna och därmed Region Värmland. Att implementera liknande arbetsätt på vårdcentraler runt om i Värmland, där samarbete kunde ske mellan vårdpersonal på plats och farmaceut på farmacitjänstenheten, ses som ett möjligt bidrag till en mer hållbar strategi i läkemedelsfrågor och kunde vara ett gott bidrag till omställningen mot Nära Vård i Värmland.

## INTRODUKTION

I dagens samhälle ses att kunskap om hälsa och sjukdom ökar parallellt med ett allt större utbud och tillgänglighet till behandlingar. Detta ökar efterfrågan på vård och skapar förväntningar i samhället på att snabbt få en korrekt och effektiv läkemedelsbehandling. Läkemedel spelar en viktig roll för vår hälsa genom att kunna lindra och bota sjukdomar, men att ge rätt vård till en patient är inte alltid att förskriva läkemedel. Rådgivning, icke-farmakologisk behandling och receptfria läkemedel är vid flertalet upplevda besvär ett självklart första och viktigt steg. Genom att rikta fokus mot prevention och livsstilsförändringar kan patienten stärkas i sin egenmakt att påverka sin egen hälsa. Det kan förhoppningsvis häva besvären i ett lindrigt stadiet eller till och med hindra uppkomsten av dem. I de fall egenvård inte är lämpligt eller tillräckligt, bör rätt läkemedel ordineras i rätt dos till rätt patient. En läkemedelsbehandling kombineras lämpligen med de icke-farmakologiska åtgärder som patienten kan ha nytta av i sitt befintliga tillstånd.

**Inför år 2022 beslutade Region Värmland tillsammans med länets kommuner att börja ställa om arbetssättet inom hälso- och sjukvården till Nära vård.** Det innebär en mer personcentrerad vård där fokus riktas mot vad som är viktigt för patienten, än vilka besvär som identifieras. På Region Värmlands webbplats [Vårdgivarwebben](#) kan läsas:

”Du som individ ska veta vad du kan göra för att leva hälsosamt och hindra ohälsa och du ska känna till vart du kan vända dig om du behöver råd eller stöd och vilka verktyg som finns att använda. Vi som vårdgivare ska stötta dig och erbjuda den vård du behöver, när du behöver den och på det sätt som du behöver.”

Anledningen till att denna omställning anses nödvändig är för att möta utmaningen med en växande befolkning och förändrad ålderssammansättning. Framsteg inom vården gör att vår befolkning lever allt längre. Region Värmland presenterar på Vårdgivarwebben att man från år 2020 till 2030 väntar en total ökning av befolkningen med 4,6 procent. Tittar man närmare ses en ökning med 3,9 procent i befolkningsgruppen i arbetsför ålder (20-66 år), medan de äldre (80+ år) väntas öka med 49 procent. Denna förändring för med sig att man behöver arbeta på ett mer resurseffektivt sätt, både vad gäller personal och ekonomi, för att de medel som finns ska räcka till. Ett sätt att arbeta mer resurseffektivt är att arbeta mer aktivt med prevention och utvärderingar i vården av patienter, för att förhoppningsvis få en mer välmående och friskare befolkning i alla åldrar.

**Att kontinuerligt se över och utvärdera patientens behov av läkemedelsbehandling är både ett sätt att minska överförskrivning och även att öka kvaliteten av vården som erbjuds.** Det är viktigt att se till att patienten inte saknar någon behandling eller tar sina läkemedel på ett felaktigt sätt, då det kan orsaka sämre hälsa hos patienten. Det kan i sin tur leda till onödig belastning av vården i form av återbesök, akutbesök samt provtagningar och telefonsamtal som kunnat undvikas. Dessa extra åtgärder innebär oftast miljöbelastande transporter, materialförbrukning och kostnader för läkemedel och behandlingsåtgärder som påverkar både individen och samhället i stort. Det blir således inte ett hållbart sätt att ta (eller tvingas ta) genvägar vad gäller vård.

**Ett vanligt upplägg på vårdcentraler är att läkare och patient muntligen stäms av kring pågående behandlingar årligen eller oftare vid behov.** Men i flera fall uteblir en del av de årliga vårdbesöken för flera patientgrupper och därmed ofta kommunikationen mellan läkare och patient. Det kan bero på att patienten inte har tagit sitt ansvar att boka in ett besök som uppmanat eller att man glesat ut kontrollerna av patienten till följd av ett stadigt läge av hälsotillståndet. I vissa fall påverkas besökstiderna därtill negativt av begränsade personalresurser på berörd vårdcentral. Särskilt prövande har rådande pandemi varit vad gäller att upprätthålla kontakten mellan läkare och patient. Läkemedelsgenomgångarna får därför i en del fall göras på egen hand av läkare vid de tillfällen de ska förnya recept.

**Läkare har som regel en mycket begränsad tid inplanerad för att hantera receptförfrågningar.** Vanligtvis har läkare fem minuter per patient där de förväntas läsa in sig på patientens

journalhistorik, se över läkemedelslistan, kontrollera eventuella interaktioner och andra hinder för läkemedelsbehandlingen, se över om det faktiskt behövs ett nytt recept och slutligen ta ställning till om de kan ta ansvar för att patienten får lov att fortsätta med läkemedelsbehandlingen eller inte. I många fall handlägger läkare receptförfrågningar från patienter som inte är kända sen tidigare. Utfallet i detta pressade arbetssätt blir därmed att läkare ofta förnyar recept, så länge inget allvarligt verkar råda som hindrar fortsatt läkemedelsbehandling. Ett sätt att öka kunskapen och kvaliteten vad gäller läkemedelsbehandlingar är att genomföra receptbedömningar i team, där forum skapas för diskussion och tid ges för administrativa åtgärder i anslutning till rondan.

### **Vårdcentralen Eda var en av två utvalda vårdcentraler att få delta i projekt Hållbar vårdcentral. I**

detta projekt ville man se över flera områden där man kunde arbeta på ett mer miljövänligt och hållbart sätt på vårdcentraler. Ett av de större områdena att se över var läkemedel. På Vårdcentralen Eda är cirka 7 900 patienter listade. Bemanning varierar något över tid på grund av ST-placeringar och deltidsarbete. I skrivande stund består personalen av tre undersköterskor, sex sjuksköterskor, en AT-läkare, två distriktsläkare och fem ST-läkare. På initiativ av enhetschefen och i samarbete med farmaceuttjänsten kunde man genom projekt Hållbar vårdcentral se över och testa ett nytt arbetssätt inom området läkemedel på vårdcentralen.

## **MÅL**

Receptbedömningsteamet (benämns framöver som *teamet*) har haft flera delmål. I huvudsak att förbättra förskrivningsmönstret på vårdcentralen och arbetsmiljön för personalen. Detta tänkte man skulle leda till en mer adekvat vård till patienterna, fler korrekta läkemedelslistor samt påverka vårdcentralens ekonomiska resultat.

Det har även varit av intresse att utvärdera farmaceutens roll i teamet samt att se hur samarbete med farmaceut påverkar och upplevs bland vårdpersonalen. Yrkeskategori farmaceut har tidigare inte utfört arbete på vårdcentralen.

## **METOD**

### **Förarbete**

Läkemedelsförskrivningen för Vårdcentralen Eda sågs över både mot ekonomisk budget och rekommenderade läkemedel per terapiområde. Genom uppstart av teamet ville man se om ett systematiskt och fokuserat arbetssätt i grupp gav ett bättre förskrivningsmönster än de vanliga bedömningarna av receptförnyelser som görs av enskilda läkare. Teamet bestod i början av en läkare och en sjuksköterska på vårdcentralen, som började ronda tillsammans i oktober 2020. I februari 2021 inkluderades även en klinisk farmaceut från farmaceuttjänsten i teamet. Som regel har teamet rondat tillsammans varje vecka, med planerat uppehåll för sommarsemester. En kombination av rådande pandemi och geografiskt avstånd har gjort att ronderna uteslutande planerades som digitala videomöten, med vårdpersonalen på plats i Eda och farmaceuten i Karlstad.

Utifrån vårdcentralens förskrivningsstatistik identifierades läkemedel/läkemedelsgrupper som avvek från önskad/förväntad förskrivning. Av dessa valdes nio olika läkemedel/läkemedelsgrupper ut som man ville se över förskrivningen kring. Tidigt under arbetet tillkom två ytterligare läkemedel (Paraflex och Atarax) som inkluderades i statistiken då man ville se extra på dessa. De totalt elva utvalda läkemedlen/läkemedelsgrupperna kallades fokusläkemedel (se tabell 1). Dessa fokusläkemedel fördelades ut på veckoronderna med ett rullande schema. Ronderna pågick i max en timma. Patienturvalet skedde genom att se över inkomna förfrågningar om receptförnyelser via *Mina vårdkontakter* på 1177.se, telefonrådgivning, fråga i receptionen, brev eller inlämnad lapp på vårdcentralen. Samtliga förfrågningar under innevarande veckoperiod som matchade veckans fokusläkemedel bokades upp till teamronden. Totalt bokades tio patienter upp per rond. Teamet

gjorde en mer djupgående bedömning av fokusläkemedlet, men bedömde även de eventuellt ytterligare receptförfrågningar som inkommit från de tio patienterna. I mån av plats fyllde man på med patienter som uppfyllde kriteriet för förnyelse av annat fokusläkemedel och/eller hade en lång eller komplicerad läkemedelslista. Detta för att nyttja det tillfälle som ändå givits och maximera nyttan för vårdpersonalen och patienterna.

FOKUSLÄKEMEDEL	
Antidepressiva	Paracetamol
Atarax*	Paraflex*
Bensodiazepiner	PPI
Gabapentin	Pregabalin
NSAID	Triptaner
Opiater	

**Tabell 1. Lista över fokusläkemedel.** Dessa läkemedel/läkemedelsgrupper valdes ut utifrån vårdcentralens förskrivningsmönster och planerades in på rullande schema, för receptbedömningsteamet att fokusera på under de veckoliga ronderna. \*Paraflex och Atarax ville man också se lite extra på och de inkluderades därför i statistiken.

### Arbetsgång för teamrond - sammanfattat

När rondens startade gick man igenom patient för patient, utifrån urvalet genom inkomna receptförfrågningar. Läkaren och sjuksköterskan fick delge om patienten var känd för dem eller inte. Farmaceuten presenterade därefter så mycket av anamnesen som behövdes för aktuell patient. Därefter presenterade farmaceuten fynd från journalen och tog upp det som kunde vara av betydelse för läkarens bedömning kring receptförnyelse av fokusläkemedlet. Till sist diskuteras övriga ordinationer om behov fanns för det. Åtgärd och lämpligt kommunikationssätt med patienten diskuterades fram i teamet. Under rondens förnyades de recept som behövdes och inaktuella ordinationer sattes ut.

### Farmaceutens roll

Några timmar före planerad rond kontaktade farmaceuten vårdcentralens enhetschef för att inhämta uppgifter kring patienter uppsatta på stundande rond. Därefter gjordes ett förberedande arbete. I huvudsak granskades ordinationen av fokusläkemedlet, likt en koncentrerad fördjupad läkemedelsgenomgång utifrån följande frågeställningar:

- Finns indikation för ordinationen? Om ja, vilken?
- Hur länge har patienten haft ordinationen? Har dosering sett lika ut över tid eller inte? Varför?
- Bör behandlingen dosjusteras på grund av effekt, njurfunktion, biverkningsrisk, lämplighet eller interaktion?
- Bör behandlingen utvärderas genom nedtrappning/utsättning, dosökning eller byte av preparat?
- Ifall patienten enligt aktuell dosering redan borde behövt nytt recept, är då förfrågan om nytt recept sent inkommen på grund av minskat dosbehov eller föreligger bristande följsamhet till behandlingen?
- Om indikation finns och dosen är ok, är det rimligt i tiden att förnya receptet?

Utefter frågeställningarna ovan bedömdes lämplig åtgärd:

- Vid troligt minskat behov, överväg utsättning och/eller hänvisning till egenvårdsbehandling (icke-farmakologisk och/eller receptfria läkemedel).
- Vid troligt bristande följsamhet, kontakta patienten på lämpligt vis (brev, telefon, boka besök) för att diskutera behandlingen före vidare lämplig åtgärd vidtas.
- Se över om aktuell indikation för fokusläkemedlet kan kompletteras med annan ordination, provtagning, behandling eller undersökning. Remittera vid behov till lämplig yrkeskategori.

- Se över om andra insatser i form av hjälpmedel kan vara aktuella för patienten, exempelvis ortopediska inlägg eller stolsförhöjning. Remittera vid behov till lämplig yrkeskategori.
- Vid oklarheter, kontakta patienten via telefon eller boka in ett besök för vidare utredning.

Utöver fokusläkemedlet gjorde farmaceuten även en översyn av hela läkemedelslistan, likt en enkel läkemedelsgenomgång. I första hand översyn av allvarigare läkemedelsrelaterade problem (LRP, se tabell 2). Vid behov tog farmaceuten fram åtgärdsförslag för dessa. Därtill granskades historik för receptförskrivningen av samtliga läkemedel. Detta för att fånga upp vilka ordinationer som var inaktuella och direkt kunde sättas ut samt vilka ordinationer det fanns oklarheter kring och borde diskuteras med patienten per telefon eller bokad besök.

Läkemedelsrelaterade problem (LRP)	
Oklar indikation	Hög dos
Obehandlad/underbehandlad indikation	Interaktion (C- och D)
Bristande följsamhet	Olämpligt läkemedel
Låg dos	Ingen/dålig effekt av läkemedlet
Biverkning/risk för biverkning	

**Tabell 2. Lista över läkemedelsrelaterade problem (LRP).** En kategorisering över de problemställningar som kan uppstå vid utredning av en patients läkemedelsbehandling.

Efter avslutad teamrond statistikförde farmaceuten i Excel vilka fokusläkemedel man hade bedömt, om recept förnyades eller inte, val av åtgärd (se tabell 3), antal LRP som identifierats samt antal inaktuella ordinationer som sattes ut. Om indikation fanns för fokusläkemedlet och tidsintervallet var rimligt sen föregående receptförskrivning kunde recept förnyas utan någon åtgärd. För dessa fall valdes åtgärdskod noll (ingen åtgärd). I de fall patienter med fokusläkemedel även önskat förnyelser av andra läkemedel gjordes även en bedömning av dessa, men utan att föra någon statistik.

Kod	Åtgärd
0	ingen åtgärd (indikation ok, receptförskrivningsintervall rimligt)
1	hänvisad till egenvård
2	brev/telefonsamtal
3	liten förpackning / villkorad fortsatt förskrivning (exempelvis nytt besök krävs)
4	liten förpackning / litet recept (fortsatt behandling eller på prov) med uppföljning
5	(liten förpackning med) uppmaning till nedtrappning/uttrappning
6	byte av läkemedel på grund av miljö
7	byte av läkemedel på grund av interaktion
8	byte av läkemedel på grund av olämpligt (exempelvis hög ålder, nedsatt njurfunktion, hälsohistorik)
9	hänvisad till annan vårdkontakt (exempelvis fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, sjuksköterska)
10	hänvisad till annan läkare inom specialistvården

**Tabell 3. Lista över åtgärder.** Dessa kodades med en siffra mellan 0-10. Farmaceuten valde en av dessa som huvudsaklig åtgärd till statistiken över bedömningar av fokusläkemedel under ronderna.

### Sjuksköterskans roll

En av de huvudsakliga uppdragen i teamet för sjuksköterskan var att bidra med patientkännedom. Det var till hjälp för att bland annat besluta lämpligt kommunikationssätt med patienten (brev, telefon, bokad besök). Sjuksköterskan kunde även boka in patienten hos exempelvis astma/KOL-sjuksköterska för uppföljning där. Att inkludera sjuksköterska i teamronderna hade därtill önskan om att ge ett tillfälle för fortbildning i yrkesgruppen i ökad läkemedelskunskap. Tanken var att sjuksköterskans nya kunskaper via teamet kunde ge ringar på vattnet i sjuksköterskans roll och arbete på vårdcentralen även utanför teamet – inte minst vid besvarande av patientsamtal i rådgivningstelefonen.

### Läkarens roll

Efter att sjuksköterskan och farmaceuten inledningsvis på rondens delgivit relevant information om berörd patient, var läkarens uppgift att leda diskussionen och ta beslut kring receptförnyelse och andra åtgärder kopplade till fokusläkemedlet. Därtill ta ställning till övriga LRP och möjliga inaktuella ordinationer som farmaceuten identifierat. Beslut om lämpligt kommunikationssätt togs av läkaren, vid behov i samråd med teamet. Efter rondens hade läkaren en timma för administration. Det innefattade att journalföra besluten som togs, med notering i anteckningen att man genomfört en rond i receptbedömningsteam. Läkaren hade därtill tid för att kontakta patienten via telefon, skriva brev eller se till att patienten kallades in till vårdcentralen för besök. Eventuella remisser och beställning av prover gjordes också under den administrativa timman.

### Sammanställning av ekonomiska data och förskrivningsdata

För att utvärdera arbetet med ronder i receptbedömningsteam har man följt upp ekonomisk budget samt följt och jämfört förskrivningsstatistik. Dessa siffror har tagits ut för det första året med team (oktober 2020 till oktober/november 2021) och har jämförts med motsvarande siffror och period under föregående år utan team.

För att beräkna måluppfyllelse av förskrivning enligt rekommenderat, jämförs aktuell andel av förskrivningar där man valt rekommenderat läkemedel mot den andel man satt som mål. Detta betyder att om vårdcentralens mål är att förskriva (minst) 75 procent av sina recept enligt rekommenderat, men bara gjort så för 36 procent av sina förskrivningar, uppnår vårdcentralen 48 procent av sitt mål. (I detta exempel:  $36\% / 75\% = 48\%$ .) Om målet uppfylls eller överskrids, blir resultatet i bägge fall 100 procent i måluppfyllelse.

Statistik för ekonomi och förskrivning har tagits fram och behandlats av Hampus Robertsson, verksamhetsutvecklare och Lars Matthiessen, distriktsläkare. Björn Alexandersson, enhetschef på Vårdcentralen Eda, utförde jämförelserna. Data är hämtad från bland annat Cambio Cosmic, Socialstyrelsen och centrala filer över förskrivna och uthämtade läkemedel.

### Summering och utvärdering av data från rond samt samarbete med farmaceut på vårdcentral

Den avkodade data som statistikförts av farmaceut från teamronderna summerades och behandlades under slutet av år 2021 och inkluderade februari till oktober 2021. En enkät genomfördes också under november 2021 där vårdpersonal på Vårdcentralen Eda, som deltagit på receptbedömningsronderna, fick svara på hur det varit att arbeta med farmaceut och hur man sett på farmaceut som en resurs i arbetet med att bedöma receptförnyelser.

Utformning av enkäten samt summering av enkätsvar och data från teamronderna har genomförts av farmaceut Anna Olsson Rundh som del av ett projektarbete i Magisterprogram i klinisk farmaci, Uppsala universitet.

## BEGRÄNSNINGAR

Under de första månaderna i arbete, oktober 2020 till och med januari 2021, fanns farmaceut inte med i teamet. Ett fåtal ronder har också fått ställas in på grund av frånvaro av en eller fler i teamet där man inte kunnat ersätta med annan personal. Detta gör att data som statistikförts av farmaceut från teamrond saknas från vissa veckor av projektet.

Initialt bokades ibland färre än tio patienter per rond in då man under några veckor i starten dels strikt följde planeringen för valt fokusläkemedel för innevarande vecka, dels inte hade inkluderat inkomna förfrågningar via Mina vårdkontakter på 1177.se.

Ekonomi är beräknad på hela perioden som teamarbete varit verksamt, oavsett om rond genomförts eller inte samt oavsett farmaceutnärvaro eller inte. Parallellt med receptbedömningsronderna genomfördes ett ST-projekt<sup>1</sup> på vårdcentralen av Lina Holmblad, ST-läkare. Utefter den framtagna förskrivningsstatistiken för fokusläkemedlen önskade man titta



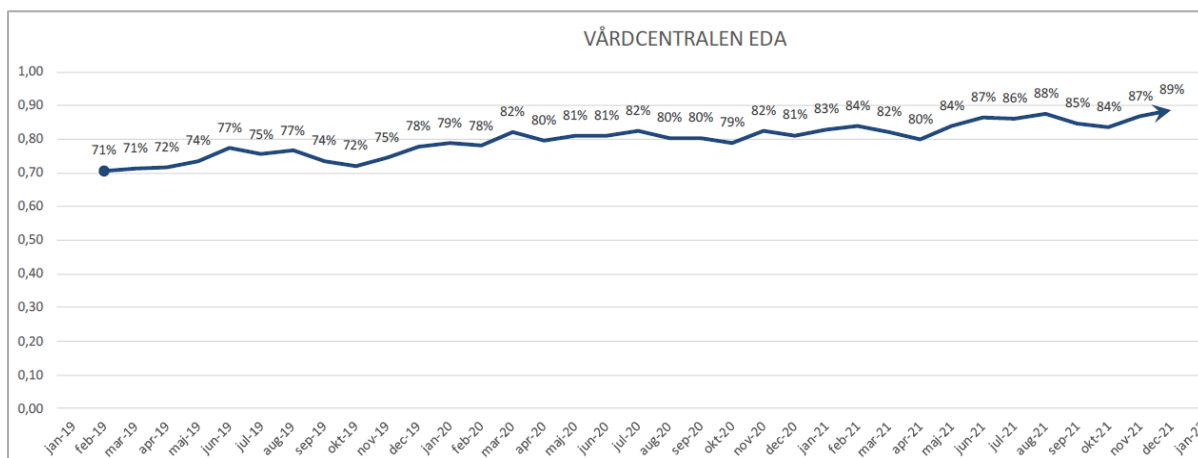
närmare på protonpumpshämmare. Totalt identifierades 121 patienter som stod på behandling med esomeprazol, som inte är rekommenderat förstahandsval bland protonpumpshämmarna i Region Värmland. Dessa ordinationer granskades närmare för att utvärdera om man kunde sätta ut, byta ut till förstahandsvalet omeprazol eller behålla behandlingen. Till hjälp utformades tre olika standardiserade brev till patienten. Resultatet blev att 34 procent (41 patienter) kunde trappa ut behandlingen helt, 36 procent (44 patienter) övergick till behandling med omeprazol och 30 procent (36 patienter) fick behålla sin behandling med esomeprazol i samma eller minskad dos. Detta resultat är inte skilt från resultatet av teamet, vad gäller påverkan på vårdcentralens läkemedelsbudget samt förskrivningsmönstret som förändrats. Detta rör dock bara en kategori fokusläkemedel, där antal patienter samt utfallet är känt. Man får därmed ha detta i åtanke när man tar del av resultaten. Ingen justering görs.

<sup>1</sup>Utifrån ST-projektet ovan utformades ett dokument för medskick till patienter i hand eller brevlades, med råd kring nedtrappning och avslutning av behandling när det är aktuellt. Se [Avsluta behandling med omeprazol eller andra protonpumpshämmare](#) i VIDA.

## RESULTAT

### Förskrivningsmönster

I en översikt ses att förskrivningsmönstret förändrats under 2021 vad gäller målpuppfyllelse av följsamheten till rekommenderade läkemedel (se figur 1). Under hela 2020 låg det på cirka 80 procent (78-82 procent). Efter uppstarten av teamet kan man ana ett skifte i början av 2021, för att under det senare halvåret av 2021 kunna notera att man uppnått i snitt 87 procent (84-89 procent) av målet.



**Figur 1. Följsamhet till rekommenderade läkemedel vid receptförskrivning.** Målpuppfyllelse mätt per månad och angiven i procent av uppnått mål.

Något som inte kan visas i siffror är skillnaden i hur många patienter man hänvisat till egenvårdsbehandling, med icke-farmakologisk och/eller farmakologisk behandling. Enligt enhetschefen på Vårdcentralen Eda är upplevelsen den att detta alternativ till receptförnyelse inte är något som läkarna i stor utsträckning har tagit ställning till när de bedömt receptförfrågningar. Därmed kan det antas att synsättet på hänvisning till egenvård har förändrats och inneburit att ett betydande antal färre recept förskrivits, framförallt vad gäller paracetamol men även protonpumpshämmare och NSAID.

### Arbetsmiljö

Samtliga läkare tyckte att farmaceutens förberedande arbete var tidsbesparande, vilket kan antas ha förbättrat arbetsmiljön för läkarna (se avsnitt *Resultat av enkäten* nedan). Att därtill som läkare få en timma extra administration i direkt anslutning till rond antas vidare ha minskat stressen att utföra

dessa uppgifter och ge tillfälle att hinna med till exempel telefonsamtal, som kanske annars hade uteblivit.

Teamronden har förlagts på eftermiddagen klockan 14 till 15. Denna tid upplevs fördelaktig, i jämförelse med att bedöma receptförfrågningar i slutet av arbetsdagen. Då kan tiden vara knapp och uppgifterna som önskas utföras hinns kanske inte med före arbetsdagen är slut. Att ha ett samlat antal receptförnyelser att bedöma i stället för att försöka hinna med dem utspritt över en dag eller vecka, kan också ge ett bättre fokus.

## Ekonomi

Läkemedelsförskrivningen under perioden oktober 2020 till oktober 2021 visar att totalt 58 518 färre dygnsdoser skrivits ut jämfört med oktober 2019 till oktober 2020. Störst skillnad ses för fokusläkemedlen paracetamol, protonpumpshämmare och NSAID. Paracetamol, som vanligen intas i dos 3-4 gram per dygn, har minskat med 13,6 kg receptförskrivet. För protonpumpshämmare, som vanligen intas i dos 20-40 mg per dygn, minskades receptförskrivningen med nästan 0,5 kg.

En minskning med cirka 456 000 kronor sågs i den totala läkemedelskostnaden vid jämförelse av överkostnad<sup>2</sup> för läkemedel mätt i oktober 2020 jämfört med oktober 2021. Jämförs oktober 2020 med november 2021 ses en minskning av överkostnaden med 494 175 kronor (se tabell 4).

Den totala läkemedelsbudgeten för Vårdcentralen Eda är cirka nio miljoner kronor.

ATC-kod	Överkostnad oktober 2020	Överkostnad november 2021	Skillnad i överkostnad oktober 2020 och november 2021
A02 – Medel vid syrelaterade symtom	-43 566	-13 138	-30 428
A06 – Medel mot förstoppning	-15 303	-4 857	-10 446
A11 – Vitaminer (vitamin D)	-8 679	-12 996	+4 317
B03 – Medel vid anemier	-15 545	-19 925	+4 380
D05 – Medel vid psoriasis	-17 820	0	-17 820
G03 – Könshormoner	-34 555	-37 356	+2 801
G04 – Urologiska medel	-55 833	-12 517	-43 316
H05 – Medel som reglerar kalciumomsättningen	-29 248	+4 407	-33 655
J01 – Antibakteriella medel för systemiskt bruk	-1 329	0	-1 329
L01-04 – Tumörer och rubbningar i immunsystemet	-25 328	+4 674	-30 002
M01 – Antiinflammatoriska och antireumatiska medel	-18 312	-10 298	-8 014
M03 – Muskelavslappande medel	-6 031	-6 364	+333
M05 – Medel för behandling av skelettsjukdomar	+489	+5 200	-4 712
N01 – Anestetika	-5 996	-7 551	+1 555
N02 – Analgetika	-154 306	-40 879	-113 427
N03 – Antiepileptika	-53 720	-38 733	-14 987
N05 – Neuroleptika, lugnande medel, sömnmedel	-72 117	+6 822	-78 939
N06 –Psykoanaleptika	-105 422	-20 402	-85 020
R03 – Medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar	0	0	0
R05 – Medel mot hosta och förkylning	-33 762	-27 901	-5 861
S01 – Medel vid ögonsjukdomar	-28 196	+1 410	-29 606
<b>Summering (antal kronor)</b>	<b>- 724 579</b>	<b>- 230 404</b>	<b>- 494 175</b>

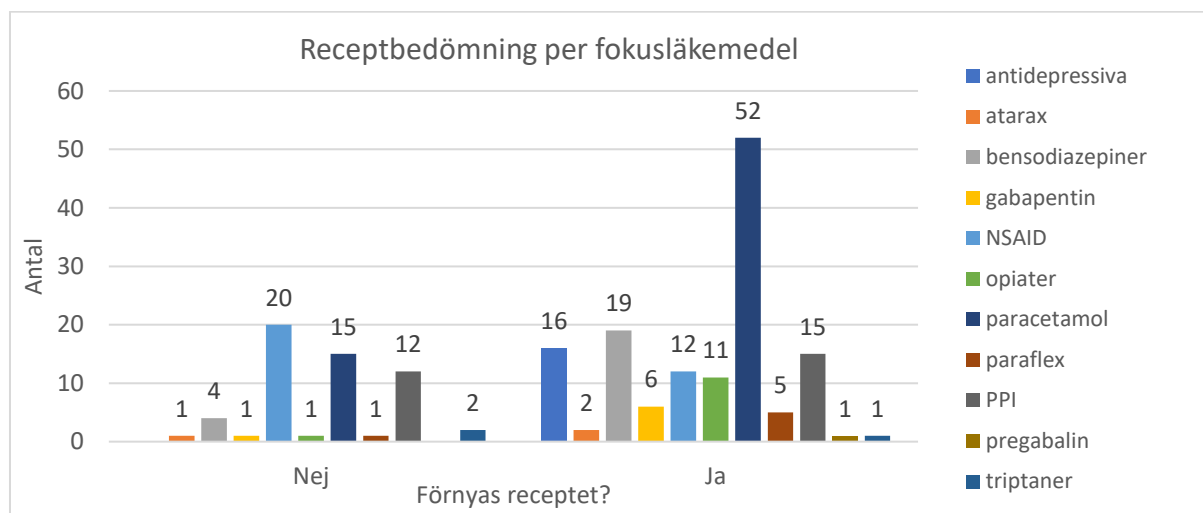
**Tabell 4. Överkostnad i läkemedelsbudget för förskrivna läkemedel, presenterat per ATC-kod och summerat.** Uppmätt i oktober 2020 och november 2021. En jämförelse mellan de två uppmätta perioderna visar på en minskning av 494 175 kronor vad gäller överkostnad av läkemedel för Vårdcentralen Eda.

<sup>2</sup>I läkemedelsbudgeten har en så kallad "normkostnad" skapats för varje treställig ATC-kod per vårdcentral. Denna norm bygger på en genomsnittskostnad justerad för vårdcentralens vårdtyngd. Den ska räcka till att behandla vårdcentralens förväntade antal patienter med rekommenderade läkemedel i normaldos. Överkostnad kan uppstå då behandling ges till fler patienter eller i högre doser än förväntat samt om behandling sker med mer kostsamma läkemedel (som inte är rekommenderade).

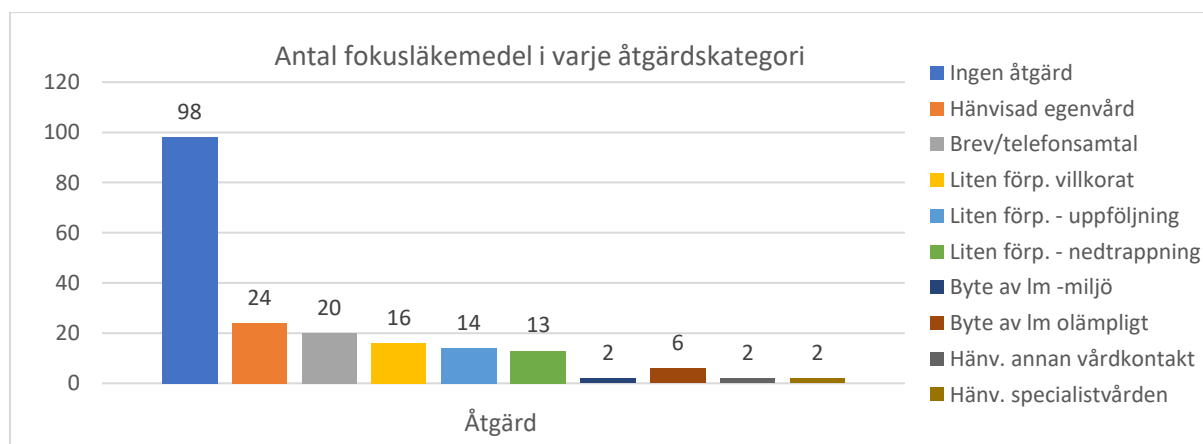
### Utfall från ronderna – fokusläkemedel

Resultatet som redovisas nedan bygger på det antal patienter där farmaceut deltagit på rond och innefattar perioden februari till och med oktober 2021, med planerat uppehåll för sommarsemester. Totalt statistikfördes 20 teamrond med 153 patienter där 142 av dem hade fokusläkemedel. Resterande elva patienter inkluderades till följd av en lång läkemedelslista eller där man såg behov för diskussion i team. Därför är även dessa inkluderade i redovisningen. Antal fokusläkemedel som bedömdes var totalt 197. Patienterna hade en medelålder av 64 år och könsindelning 61 procent kvinnor och 39 procent män. Alla patienter bodde i egen bostad och ingen hade hjälpinsatser.

I figur 2 nedan ses fördelningen av bedömning kring receptförfrågningarna som diskuterades i teamet. Det är en schematisk bild som ger en hänvisning till utfallet av bedömningarna. Man kan här utläsa att preparat såsom bensodiazepiner, opiater och antidepressiva läkemedel till stor andel förnyas. Om man tittar vidare på redovisade åtgärder per fokusläkemedel (se bilaga 1) och även totalt för receptförnyade fokusläkemedel (se figur 4) ses att för cirka 30 procent av de fokusläkemedel man skrev recept på, gjordes en ytterligare åtgärd för att kvalitetssäkra behandlingen. Det kan vara att en liten förpackning skrivs med villkor att patienten behöver komma på ett läkarbesök, att man uppmanat till försök med nedtrappning av dos med hjälp av den utskrivna mängden eller att man vill diskutera behandlingen med patienten då man är osäker över behandlingseffekten.

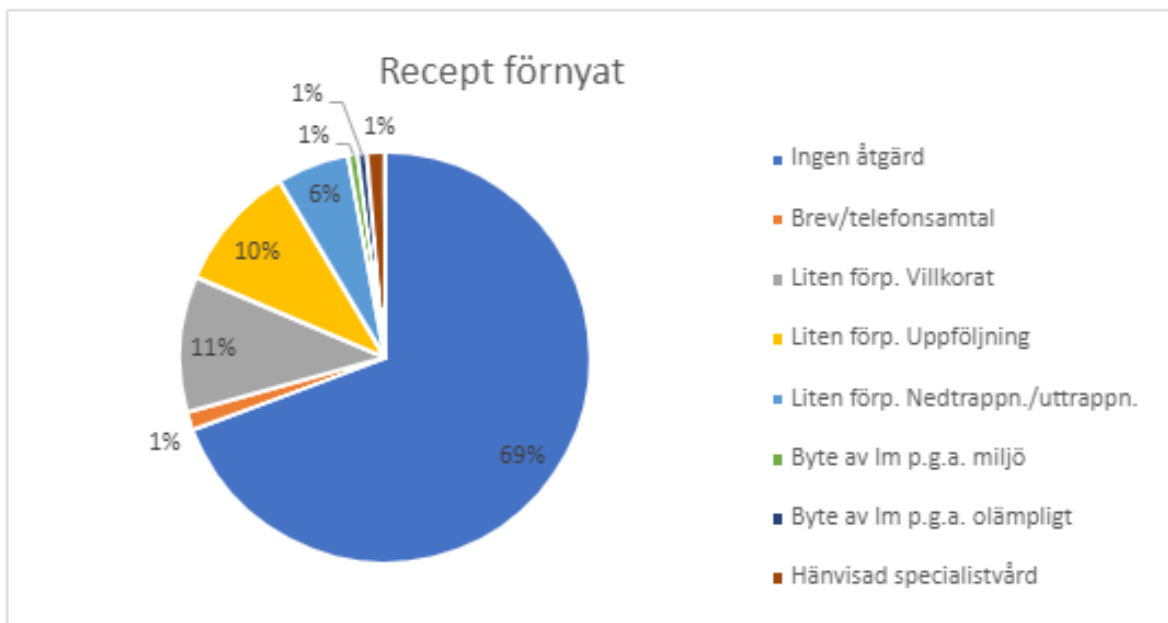


**Figur 2. Receptbedömning per fokusläkemedel.** En översikt av receptförnyelser per fokusläkemedel, hur många som beviljades respektive nekades förnyat recept.

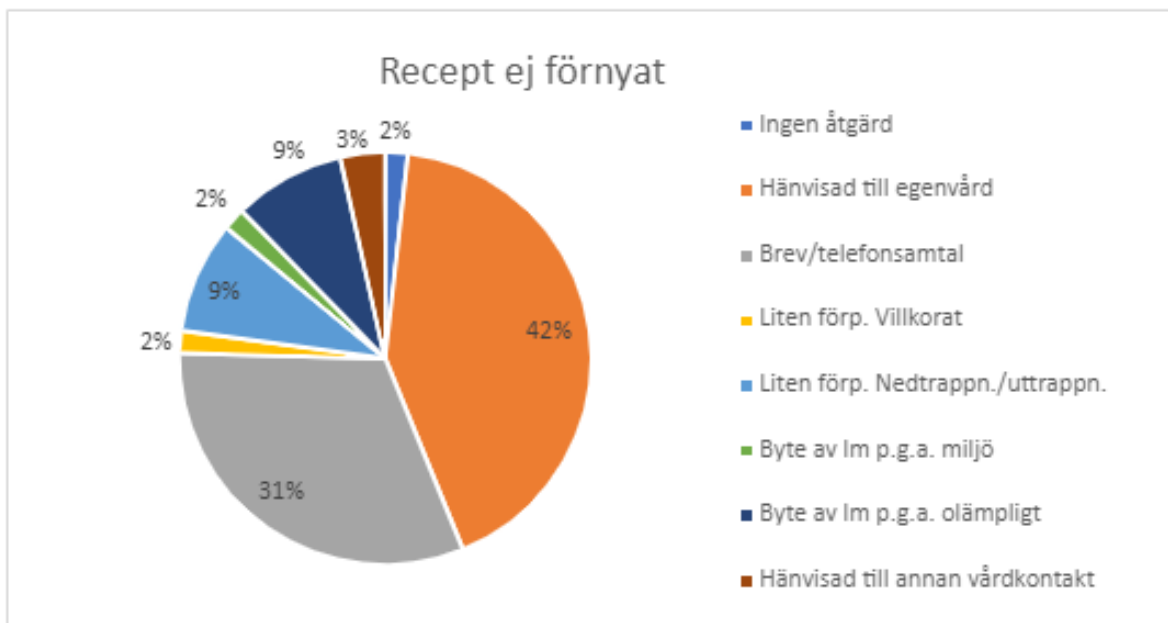


**Figur 3. Antal fokusläkemedel i varje åtgärdskategori.** Ungefär hälften av recepten kunde förnyas utan vidare åtgärd.

I de fall recept inte förnyades gjordes ytterligare åtgärder i samtliga fall. Redovisat finner man dock att ingen åtgärd gjordes för ett fall (2 procent) av icke förnyade recept. Det enskilda fokusläkemedlet var ett sömnläkemedel. Man avvaktade val av åtgärd för detta då patienten fick en justerad behandling av ett annat sömnläkemedel som första steg. Det blev inte känt för farmaceuten vilken åtgärd man beslutade sig för senare, varför valet av koden *ingen åtgärd* fick kvarstå i statistiken.



**Figur 4. Åtgärdsfördelning efter receptbedömning där receptet förnyas.** 69 procent av de receptförnyelserna gjordes utan vidare åtgärd, medan man för majoriteten av de kvarvarande recepten genomförde någon slags utvärderande åtgärd.



**Figur 5. Åtgärdsfördelning efter receptbedömning där receptet inte förnyas.** För 42 procent av dessa fall hänvisade man till egenvård och för 31 procent ville man göra någon avstämning eller utvärdering av behandlingen via brev eller telefon, innan man tog ställning till om recept kunde förnyas och/eller om ytterligare åtgärder behövde vidtas. Det enskilda fokusläkemedel man inte förnyade recept på och där ingen åtgärd utfördes, var ett sömnläkemedel. Man avvaktade val av åtgärd för detta då patienten fick en justerad behandling av ett annat sömnläkemedel som första steg. Det blev inte känt för farmaceuten vilken åtgärd man beslutade sig för senare, varför valet av koden *ingen åtgärd* fick kvarstå.

För de 197 bedömda fokusläkemedlen fann man att:

- 50 procent (98) kunde förnyas utan åtgärd (se figur 3).
- 24 procent (47) kallades till läkarbesök för att bedömas adekvat. Dessa patienter fick oftast ett recept med läkemedel som skulle räcka tills förväntat besök ägde rum.  
En del av dessa patienter hade kommande årsbesök i närtid, där man såg till att ta upp diskussionen kring läkemedlet. En del av dem blev kallade till vårdbesök per brev och en del uppmanades per brev att själva, efter eventuella prover, boka en läkartid på vårdcentralen. Bedömningen av lämpligt kommunikationssätt med patienten berodde både på allvarhetsgraden av det man fann samt hur man upplevde att det bäst skulle passa berörd patient att bli kontaktad.
- 12 procent (24) nekades recept och hänvisades till receptfria alternativ vid behov (se figur 3).

För mer detaljer och översikt kring valda åtgärder för respektive fokusläkemedel, se bilaga 1, 2 och 3.

### Utfall från ronderna – läkemedelslistor

För 32 procent av patienterna fann man att en eller flera inaktuella ordinationer felaktigt stod kvar på läkemedelslistan. Dessa kunde man sätta ut direkt på rondan (se tabell 5). De få antal det inte gjordes för var som regel specialistpreparat som man bedömde fick skötas av berörd klinik. Ingen data finns över inaktuella ordinationer som läkarna satt ut när de bedömt receptförfrågningar före teamets uppstart. Man upplever dock att det inte är något man haft för vana att se över, annat än när patienten kommer in på besök. Enhetschef Björn Alexandersson delger att man under det senare halvåret av 2021 mottagit flera positiva kommentarer från det geografiskt närmst belägna sjukhuset. Vårdpersonalen på Sjukhuset Arvika upplever en större andel korrekta läkemedelslistor hos de patienter som är listade på Vårdcentralen Eda jämfört med tidigare.

Antal utsatta ordinationer per patient	Antal patienter	Andel patienter
0	104	67,97 %
1	29	18,95 %
2	5	3,27 %
3	10	6,54 %
4	3	1,96 %
5	0	0,00 %
6	0	0,00 %
7	2	1,31 %
<b>Totalt 1 eller fler</b>	<b>49</b>	<b>32,03 %</b>

**Tabell 5. Översikt av antal och andel utsatta ordinationer.** För 32 procent av patienterna fanns en eller fler inaktuella ordinationer i läkemedelslistan, som kunde sättas ut direkt på rondan.

### Utfall från ronderna – läkemedelsrelaterade problem

Vid översyn av patientens övriga läkemedel på läkemedelslistan fann man att en betydande andel av patienterna hade ett eller flera LRP (se tabell 6). En del av dessa löste man direkt på rondan, till exempel kunde det vara en dosminskning till följd av hög ålder eller nedsatt njurfunktion, där nytt recept skrevs och patienten meddelades per brev eller telefon om ändringen. Majoriteten av de LRP som identifierades kunde man inte lösa på rondan utan krävde ett bättre underlag för adekvat bedömning. Oftast bokades en telefontid med patienten, eller så ordnade man med en kallelse till besök eller skickade brev med uppmaning att patienten skulle boka en tid (efter eventuella prover).

Antal LRP identifierade per patient	Antal patienter	Andel patienter
0	100	65,36 %
1	35	22,88 %
2	14	9,15 %
3	1	0,65 %
4	2	1,31 %
5	0	0,00 %
6	0	0,00 %
7	1	0,65 %
<b>Totalt 1 eller fler</b>	<b>53</b>	<b>34,64 %</b>

**Tabell 6. Översikt av antal och andel identifierade läkemedelsrelaterade problem (LRP).** För nästan 35 procent av patienterna identifierades ett eller fler LRP vid översyn av de ordinationer patienten hade utöver för fokusläkemedlet.

### Resultat av enkäten

Enkäten gick ut till samtliga bland personalen på Vårdcentralen Eda som hade deltagit på rond. Totalt svarade 16 av 22 tillfrågade. Bland de svarande fanns tio läkare (tio tillfrågades), fyra sjuksköterskor (sju tillfrågades) och två övrig personal (fem tillfrågades). Resultatet visade att:

- 87,5 procent av personalen har den allmänna uppfattningen om att samarbetet med farmaceuter är mycket positivt/positivt, resterande 12,5 procent (två svaranden) har inte tagit ställning i frågan.
- 62,5 procent anger att man i stor/ganska stor utsträckning upplever att farmaceuten gett nya kunskaper som man kan använda i sitt arbete. 100 procent av läkarna upplever att farmaceutens förberedelse inför teamronden har varit tidsbesparande för dem.

Personalen önskar fortsatt att arbeta med farmaceut i receptbedömningsteam. Andra önskemål som framkom är följande:

- "Gå igenom läkemedelslistor hos de med uttalad polyfarmaci."
- "Gemensamma läkemedelsronder, stödfunktion i läkemedelsförskrivning."
- "Vi arbetar redan regelbundet med farmaceuter i s.k. "receptbedömningsteam" vilket avser läkemedelsgenomgångar på de mest vanligt förskrivna läkemedlen. Jag skulle ibland önska att få hjälp av en klinisk farmaceut hos patienter med multifarmaci, när man har mycket omfattande läkemedelslistor och det förekommer interaktioner mm."
- "Genomgång av läkemedelslistor inför läkarbesök. Biverkningsprofiler."
- "Många patienter som har en lång läkemedelslista, där kan farmaceut vara ett stöd vid läkemedelsgenomgångar."

Sammanfattningsvis har samarbetet med farmaceut varit lyckat och uppskattat hos vårdpersonalen. För fullständigt resultat av enkäten, se bilaga 4.

## DISKUSSION

### Ekonomi och förskrivning

Resultatet av receptbedömningsteamets arbete visar en stor påverkan på läkemedelsförskrivningen och läkemedelsbudgeten för vårdcentralen. Byte till rekommenderade läkemedel och färre skrivna recept är det som i huvudsak har bidragit till resultaten. Den insats som krävts för att ordna bemanningen av receptbedömningsronderna anser man har lönat sig när utfallet blivit så pass positivt.

Följsamheten och måluppfyllelsen till förskrivning av rekommenderade läkemedel har ökat markant. Ju närmare man är att nå målet, desto svårare kan det tänkas bli att öka varje ytterligare procentenhet. Viljan och öppenheten hos personalen att ta emot förslag från farmaceuten och gå vidare i utredningar av behandlingar är en stor framgångsfaktor i detta arbete.

En förändring i arbetssätt som noterats är att man vid bedömning av receptförnyelser i team arbetar på ett mer utvärderande sätt än före teamets uppstart. Utöver ställningstagande till om recept kan förskrivas eller inte ställer man sig frågan om behandlingen är adekvat och utvärderad samt ser över vad som mer kan göras för patienten. I flera fall bokas telefonsamtal eller besök in, vilket man inte tidigare gjort i denna utsträckning. Här har den schemalagda administrationen i anslutning till rond spelat en stor roll. Det är viktigt att man som vårdpersonal hinner kontakta patienter i de fall det bedöms behövas för att stämma av en läkemedelsbehandling och kvalitetssäkra val av beslut i fortsatt vård. Att ett telefonsamtal hinner göras, prover bokas och tid för reflektion och fundering hinns med lär leda till att fler åtgärder blir gjorda totalt sett och att patienten får en bättre vård.

En annan förändring i arbetssättet jämfört mot tidigare är att man tänker mer aktivt på om patientens behov uppfyller kriterierna för en receptförnyelse eller om patienten bör nyttja sin egenmakt och behandla sig själv med receptfria läkemedel och/eller med icke-farmakologisk behandling (exempelvis fysioterapi). Av resultaten ses att en betydande andel av inkomna receptförfrågningar på paracetamol, omeprazol och NSAID inte har uppfyllt kriterier för receptförskrivning och har kunnat hänvisas till receptfritt sortiment. Besvär som föranleder behov av behandling med någon av dessa läkemedelsgrupper är i många fall inte statiska eller kroniska, utan kan gå att förbättra eller bota. Att sätta ut dessa ordinationer och hänvisa till egenvård handlar inte om att förringa de besvär som varit, utan att utvärdera om de behöver ses över av vårdpersonal fortsatt eller inte. Blir besvären illa igen är det viktigt att patienten känner sig välkommen och uppmanad till att ta kontakt med vårdcentralen igen. Patienten bör känna sig omhändertagen i beslut kring behandlingar oavsett om det är beslut kring insättning, dosjustering eller utsättning av behandling. Så länge patienten vet när det är dags att söka vård (igen) för sina besvär och vilken grad av besvären som går bra att behandla själv, kan man förhoppningsvis nå en god relation mellan vårdgivaren och patienten, där patienten inte känner sig utelämnad bara för att ett läkemedel inte förskrivas. Det är viktigt att välja ut det kommunikationssätt som man tror bäst passar patienten. Förslag på förändringar av läkemedelsbehandlingar bör framföras på ett sådant sätt att omsorg och vårdkvalitet är framträdande, med bevarat förtroende mellan parterna.

### **Arbetsmiljö och teamarbete**

Att arbeta i team genererar diskussionspartners och idéutbyten. Som negativ aspekt kan tänkas att man som läkare kan känna att man har "ögonen på sig" under rondens då man har sista ordet i bedömningen och generellt väntas ta beslut under rond. Det är viktigt att klimatet är öppet och att läkaren ges tid under och efter rond till mer komplicerade bedömningar, om något behöver utredas mer djupgående. Den positiva aspekten med att ha "ögonen på sig" kan vara att beslut och åtgärder som känns något tungrodda är svårare att blunda för och därmed blir av.

Tidigare har inte sjuksköterska inkluderats i receptbedömningar på vårdcentralen. Att ta del av varandras kompetens och arbeta tillsammans främjar arbetsmiljön i stort bland personalen. Då sjuksköterskorna har mycket patientkontakt har det varit värdefullt vid en omställning i arbetet kring recept att flera i personalen känner till arbetssättet. Det förenklar vidare kontakt med patienterna och hantering av läkemedelsfrågor.

Om samarbete inte tidigare ägt rum med farmaceut är det viktigt att öppenhet råder från alla ingående parter. Förslag bör framföras på ett sakligt sätt och inte tas emot som något dömande. Alla parter i teamet ska verka för patientens bästa. Personalen på Vårdcentralen Eda har varit mycket öppna och positiva till samarbete med farmaceut. Det har inverkat positivt på farmaceutens arbetsmiljö och ses som en av hörnstenarna till att samarbetet fungerat så pass väl, trots att all kontakt skett digitalt.

När man väger samman all data, svaren i enkäten och det upplevda resultatet av teamarbetet, kan det konstateras att arbetsmiljön förbättrats totalt sett. Att arbeta i team mot ett gemensamt mål ger också en känsla av samhörighet mellan all inblandad personal och enhetschef.

### **Fortsatt arbete**

I framtiden ses möjlighet att utveckla teamarbetet genom att farmaceuten kan utbilda inom de terapiområden eller läkemedelsgrupper som personalen finner ett behov av utökad kunskap för. Farmaceuten kan också utföra en fördjupad läkemedelsgenomgång med patientsamtal i de fall man under teamronden identifierat att behov finns för ett uppföljande läkarbesök. Om situationen tillåter vore det önskvärt att farmaceuten kan vara på plats på vårdcentralen en dag i veckan, för att finnas tillgänglig för läkemedelsfrågor hos personalen.

Vad gäller att implementera detta arbetssätt på andra vårdcentraler, ses detta som fullt möjligt. Önskvärt vore att förlägga ronderna så som man gjort på Vårdcentralen Eda och se till att läkaren får tillräckligt med administrativ tid i anslutning till ronderna. Det som kan anpassas är hur urvalet av patienter och receptförnyelser kan göras. Då paracetamol, protonpumpshämmare och NSAID står för en stor andel av den totala receptförskrivningen på vårdcentraler samt finns receptfritt är de lämpliga att börja med. Indikationen och historiken för dessa tre fokusläkemedel är relativt enkla att utreda och det finns också goda möjligheter att kombinera med egenvårdsåtgärder (exempelvis motion och kosthållning). För andra läkemedelsgrupper så som antidepressiva, bensodiazepiner och opiater ses att mycket kan finnas att göra för patienterna i fråga, men det kräver generellt en mer utredande insats än de tre nyss nämnda läkemedelsgrupperna. Förslagsvis kan man i stället för ett tiotal olika fokusläkemedel starta arbetssättet med att fokusera på några få och byta ut dessa efter ett kvartal eller halvår av fokuserat teamarbete.

## **SLUTSATS**

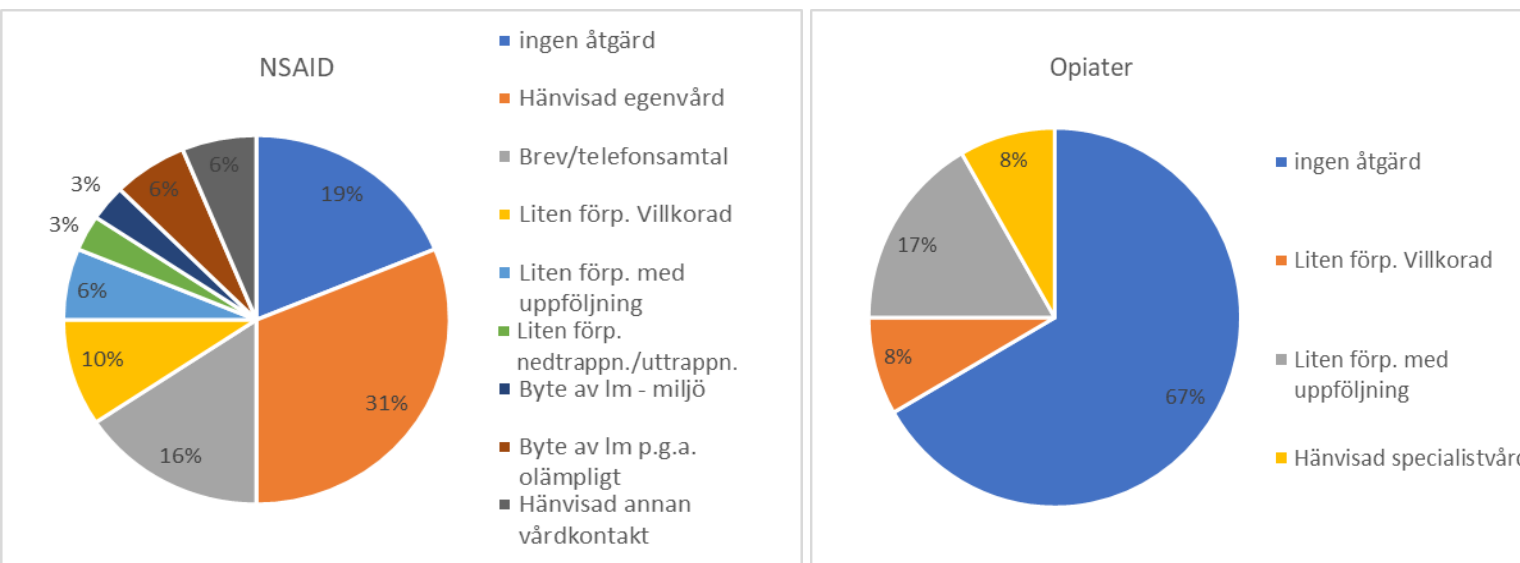
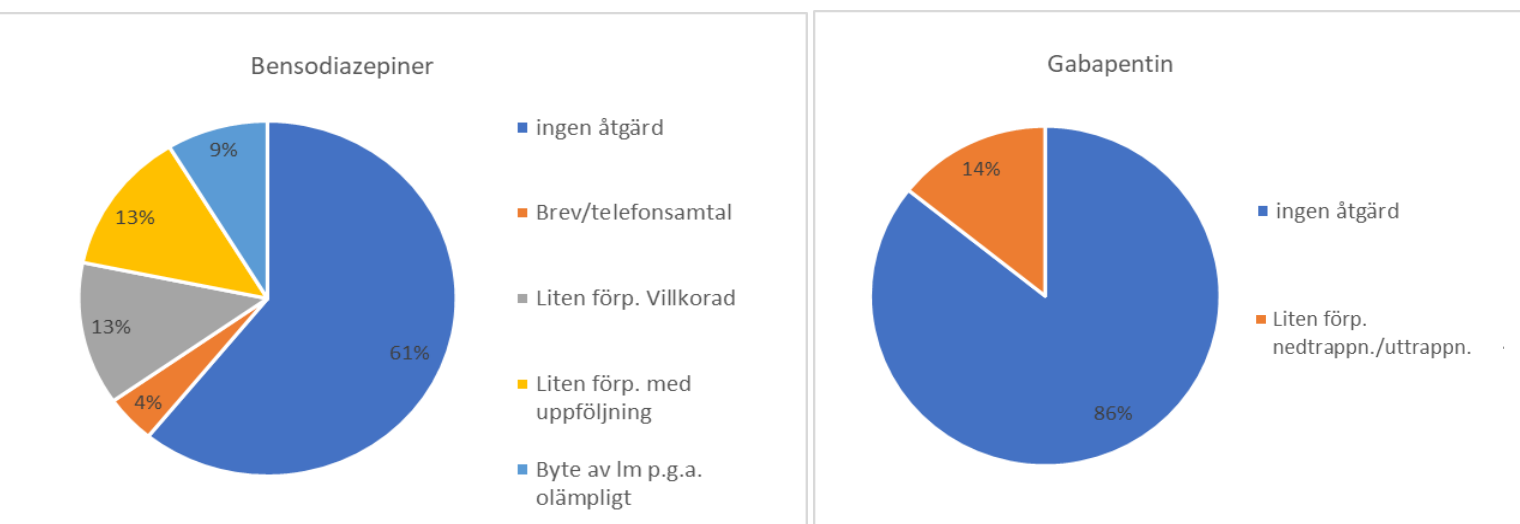
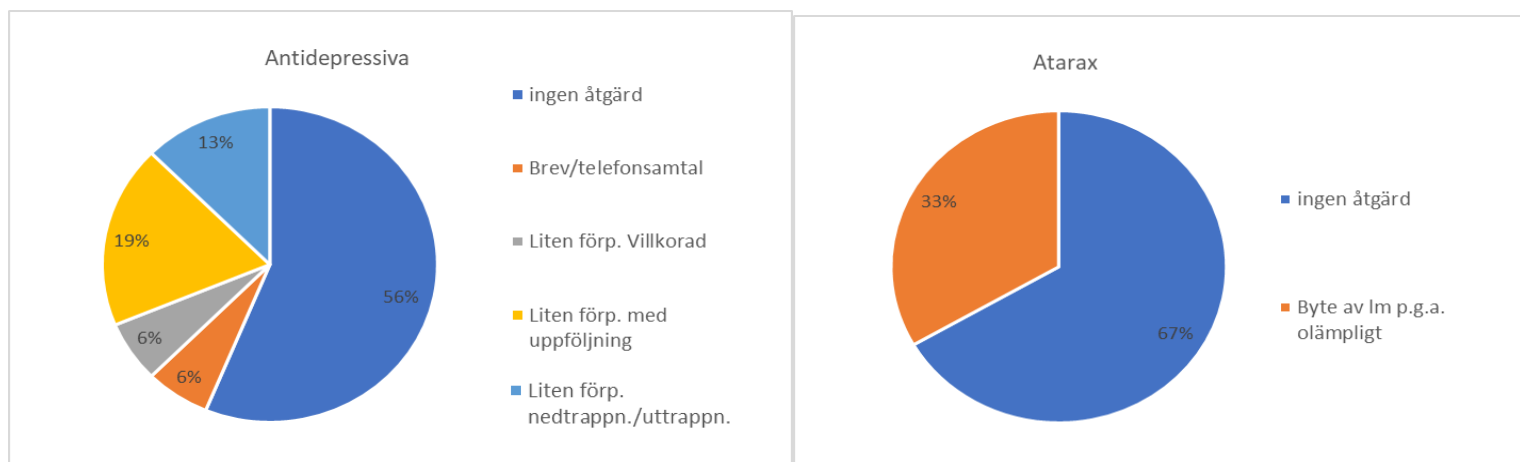
**Patienten bör styrkas i sin egenmakt att kunna påverka sin hälsa genom val som inte innebär läkemedel i första hand.** Detta kan inkludera rörelse, kost, fysioterapi och hjälpmedel. I andra hand är egenvård att förespråka, där man med kortare receptfria läkemedelsbehandlingar tillsammans med andra åtgärder försöker lindra och bota besvär innan de blir vårdkrävande. I de fall patienten fått receptbelagd behandling bör den utvärderas löpande. Patientens behov av läkemedel kan komma att bli kontinuerligt, men det kan i många fall också minska eller helt utebli efter en tid. Här gäller det att även se till icke-farmakologiska alternativ samt möjligheterna till receptfria behandlingar.

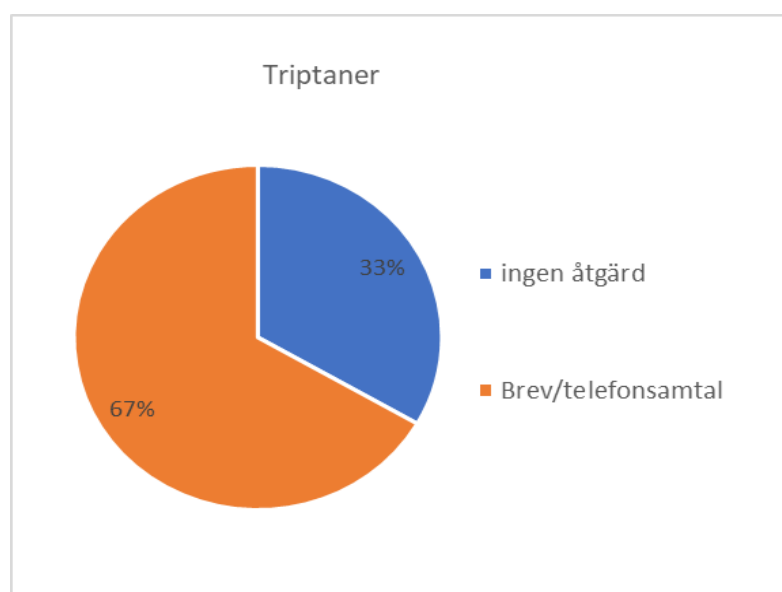
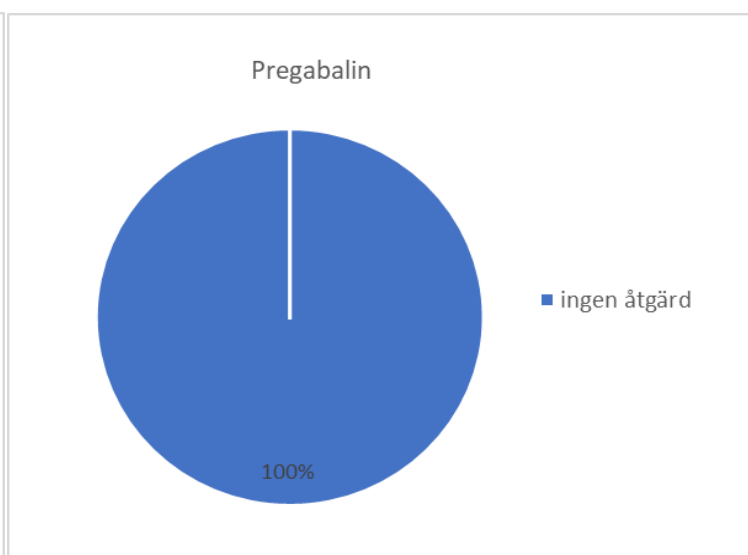
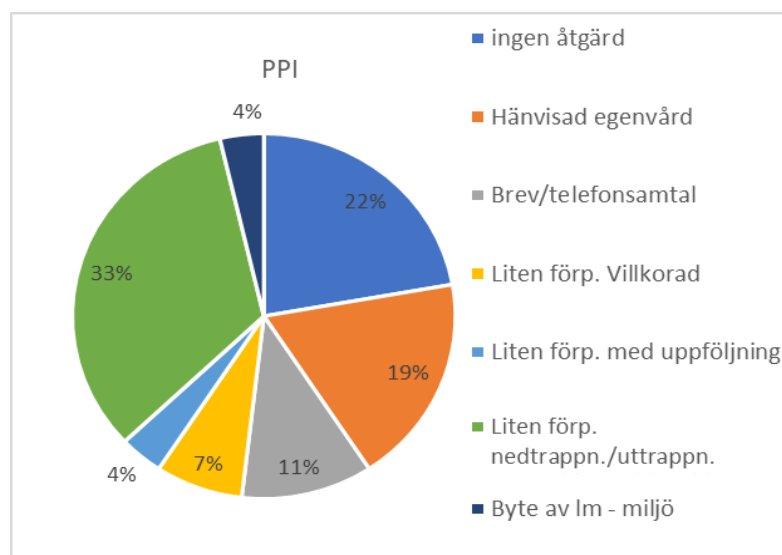
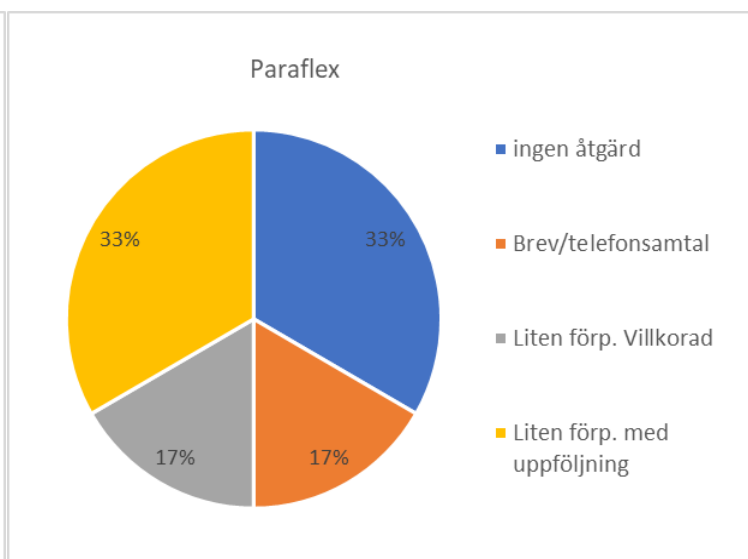
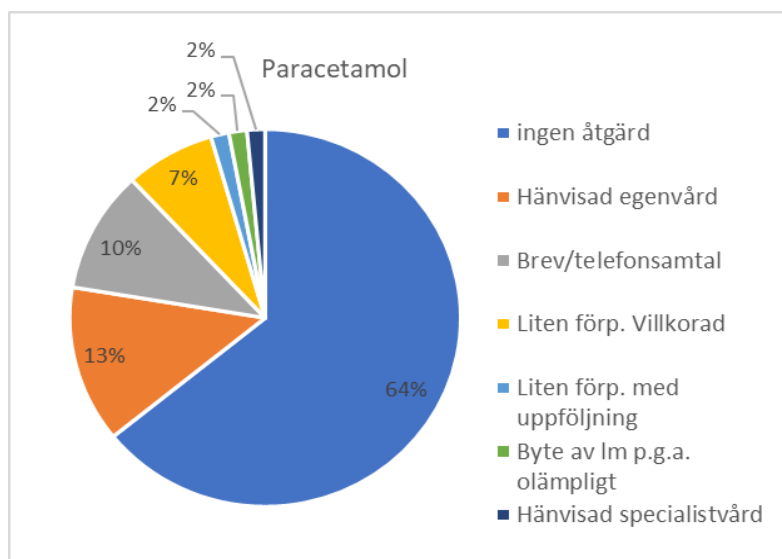
**Att avsätta en mindre tid för diskussion, utvärdering och bedömning i team av receptförfrågningar kan göra stor skillnad på flera plan.** Först och främst erbjuds patienterna bättre vårdkvalitet där man tar ansvar för läkemedelsbehandlingen, följer upp och utvärderar löpande hur det fungerar för varje enskild patient. En enkel översyn av patientens samtliga ordinationer genererar mer korrekta läkemedelslistor, då uppenbart inaktuella ordinationer identifieras och sätts ut. Tydligare behandlingsplaner och journalförda utvärderingar gör i sin tur att mindre tid krävs vid bedömning för samma patients läkemedel framöver. Sammantaget frigörs mer tid på sikt, vilket ger en bättre och mindre pressad arbetssituation. Att implementera samma tänk kring bedömning av receptförnyelser och läkemedel i vårdpersonalens övriga arbetssituationer tror man kommer skapa mer utrymme för patientkontakt och fortbildning.

**Slutligen kan det konstateras att konceptet med receptbedömningsteam varit lyckat för patienterna såväl som för vårdpersonalen och Vårdcentralen Eda.** Därmed har det även varit lyckat för Region Värmland. Om fler kliniska farmaceuter finns tillgängliga i Region Värmland kan (varianter av) detta arbetssätt erbjudas och implementeras på fler vårdcentraler. Det skulle vara ett resurseffektivt och hållbart arbetssätt som kunde generera en mer jämlik, kvalitetssäkrad och nära vård.

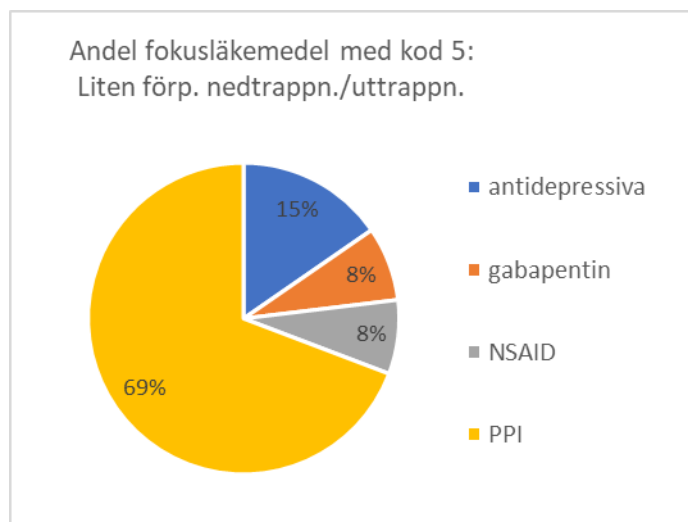
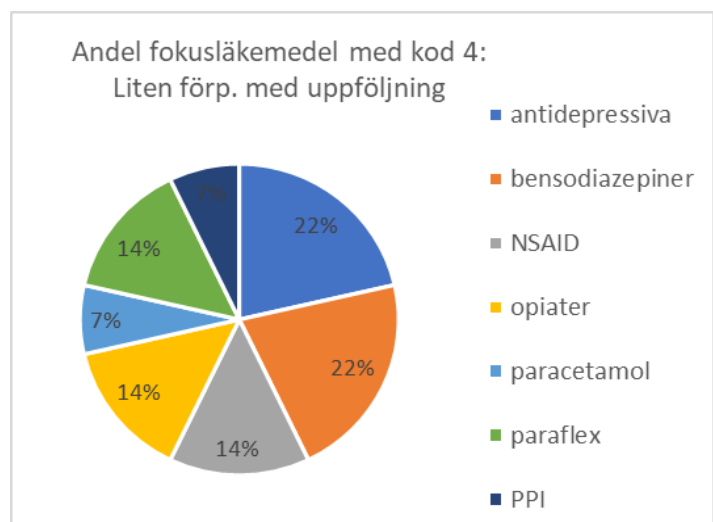
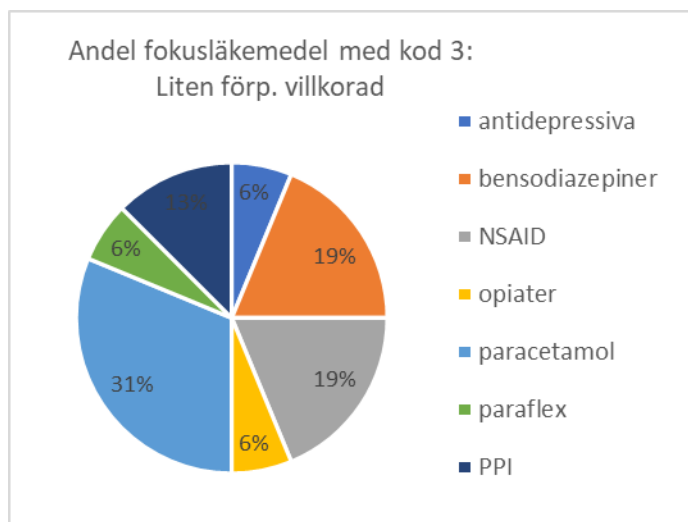
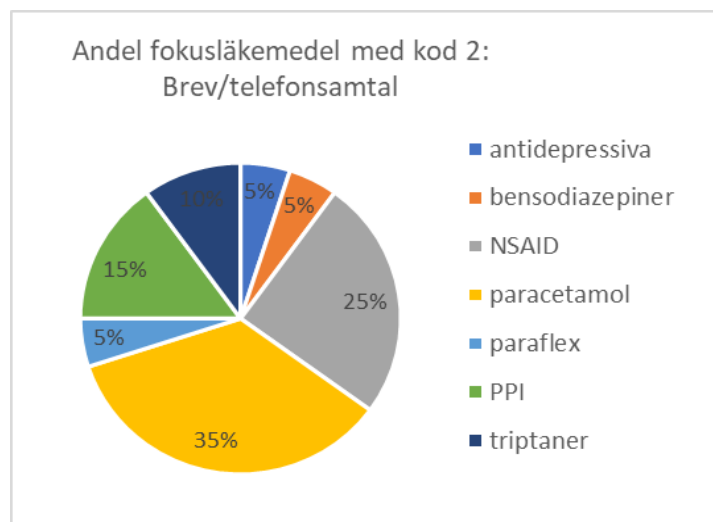
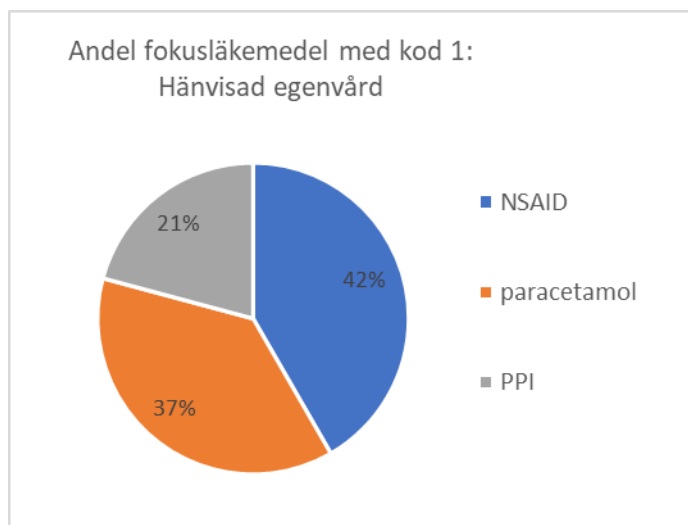
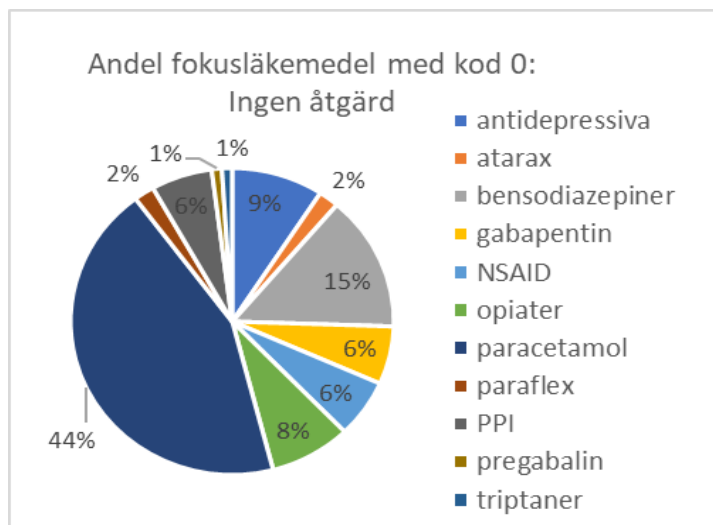


### Bilaga 1. Fördelning av åtgärder i andel (%) för respektive fokusläkemedel.

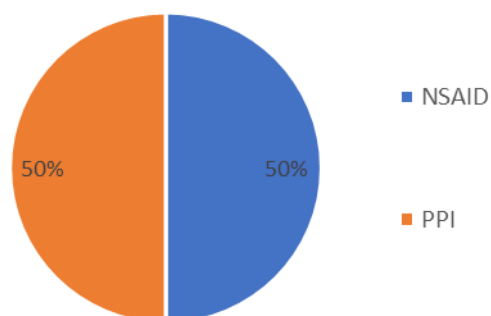




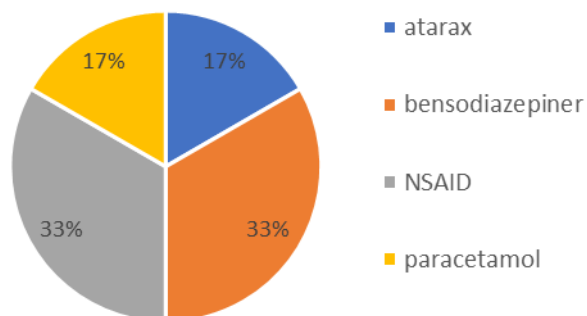
## Bilaga 2. Fördelning av fokusläkemedel i andel (%) inom varje åtgärd.



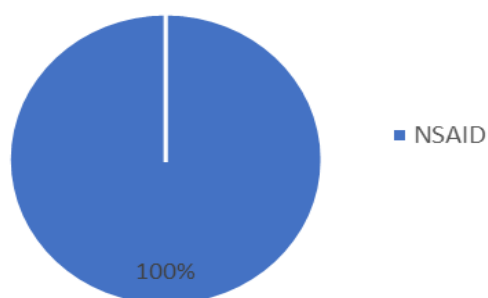
Andel fokusläkemedel med kod 6:  
Byte av lm p.g.a. miljö



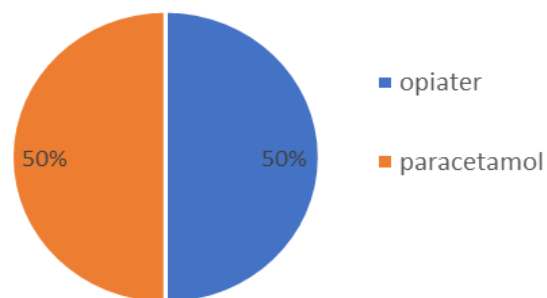
Andel fokusläkemedel med kod 8:  
Byte av lm p.g.a. olämpligt



Andel fokusläkemedel med kod 9:  
Hänvisad annan vårdkontakt



Andel fokusläkemedel med kod 10:  
Hänvisad specialistvård



Åtgärdskod 7: *Byte av läkemedel på grund av interaktion* angavs aldrig som åtgärd och genererade därför inget diagram.

**Bilaga 3. Översikt av antal och andel bedömda fokusläkemedel samt fördelningen av åtgärder för dessa.**

	Antidepressiva	Atarax	Bensodiazepiner	Gabapentin	NSAID	Opiater	Paracetamol	Paraflex	PPI	Pregabalin	Triptaner
<b>Antal bedömningar (andel i %)</b>	16 (8,1%)	3 (1,5%)	23 (11,7%)	7 (3,6%)	32 (16,2%)	12 (6,1%)	67 (34,0%)	6 (3,0%)	27 (13,7%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)
<b>Ingen åtgärd</b>	9	2	14	6	6	8	43	2	6	1	1
<b>Hänvisad till egenvård</b>					10		9		5		
<b>Brev/telesamtal</b>	1		1		5		7	1	3		2
<b>Liten förpackning men villkorad förskrivning</b>	1		3		3	1	5	1	2		
<b>Liten förpackning med uppföljning</b>	3		3		2	2	1	2	1		
<b>Liten förpackning med uppmaning om nedtrappning</b>	2			1	1				9		
<b>Byte av lm på grund av miljö</b>					1				1		
<b>Byte av lm på grund av interaktion</b>											
<b>Byte av lm på grund av olämpligt</b>		1	2		2		1				
<b>Hänvisad till annan vårdkontakt</b>					2						
<b>Hänvisad till specialistvård</b>						1	1				

## Bilaga 4: Resultat av enkäten

Tabell 3. Antal svarande	
n=22 → 16 svarande	
Enkätfrågor	Antal svarande per yrkesgrupp
1. Ange din yrkestitel:	<b>Läkare:</b> 10 (10 tillfrågades)  <b>Sjuksköterska:</b> 4 (7 tillfrågades)
2. Vänligen ange yrkestitel för "annat"	<b>Annat:</b> 2 (5 tillfrågades)

Tabell 4. Resultat enkätfrågor med 5-gradig svarsskala				
På grund av liten studiepopulation slogs medelvärde ± standardavvikelse och median ihop för alla yrkesgrupper, dock anges läkarnas svar även separat då bortfallet var 0 i den yrkesgruppen.				
Enkätfrågor	Svarande yrkesgrupper Antal, (% av totalt antal svarande)	Median (min;max)	Medelvärde ± Sd	Kan inte ta ställning (% av totalt antal svarande)
3. Vilken är din allmänna uppfattning om samarbetet med kliniska farmaceuter på receptbedömningsronderna? <i>1. Mycket negativ- 5. Mycket positiv</i>	<b>Läkare:</b> 10 st (63%) <b>Sjuksköterska:</b> 4 st (25%) <b>Annat:</b> 2 st (12,5%)	Läkare: 5 (4;5)  Alla: 5 (4;5)	Läkare: 4,6 ± 0,49  Alla: 4,38 ± 0,48	- 2 st (12,5%) -
4. I vilken utsträckning upplever du att kliniska farmaceuter gett dig nya kunskaper som du kan använda i ditt arbete? <i>1. I liten utsträckning- 5. I stor utsträckning</i>	<b>Läkare:</b> 10 st (63 %) <b>Sjuksköterska:</b> 4 st (25 %) <b>Annat:</b> 2 st (12,5 %)	Läkare: 4 (3;5)  Alla: 4 (3;5)	Läkare: 4,1 ± 0,54  Alla: 4 ± 0,58	- 2 st (12,5%) 2 st (12,5%)
5. Om du anser dig ha fått nya kunskaper, vänligen ge exempel: <sup>a</sup>	<b>Läkare:</b> 4 st (25%) <b>Sjuksköterska:</b> 1 st (6,3%) <b>Annat:</b> 0 st			
6. Upplever du att den förberedelse som kliniska farmaceuter utför innan receptbedömningsrond är tidsbesparande? <i>1. Nej, inte alls- 5. Ja, mycket</i>	<b>Läkare:</b> 10 st (63 %) <b>Sjuksköterska:</b> 4 st (25 %) <b>Annat:</b> 2 st (12,5%)	Läkare: 5 (4;5)  Alla: 5 (4;5)	Läkare: 4,6 ± 0,49  Alla: 4,58 ± 0,49	- 2 st (12,5%) 2 st (12,5%)

**Forts. Tabell 4. Resultat enkätfrågor med 5-gradig svarsskala**

På grund av liten studiepopulation slogs medelvärde  $\pm$  standardavvikelse och median ihop för alla yrkesgrupper, dock anges läkarnas svar även separat då bortfallet var 0 i den yrkesgruppen.

Enkätfrågor	Svarande yrkesgrupper Antal (% av svarande)	Median (min;max)	Medelvärde $\pm$ Sd	Kan inte ta ställning (%)
7. I vilken utsträckning anser du att kliniska farmaceuter ger relevanta förslag på åtgärder? <i>1. I liten utsträckning- 5. I stor utsträckning</i>	Läkare: 10 st (63%) Sjuksköterska: 4 st (25%) Annan: 2 st (12,5%)	Läkare: 4 (3;5)  Alla: 4 (3;5)	Läkare: 4,30 $\pm$ 0,64  Alla: 4,31 $\pm$ 0,61	- 2 st (12,5%) 1 st (6,3%)
8. I vilken utsträckning anser du att kliniska farmaceuter är ett värdefullt stöd i din förskrivning av läkemedel? <i>1. I liten utsträckning- 5. I stor utsträckning</i>	Läkare: 10 st (63 %) Sjuksköterska: 4 st (25%) Annan: 2 st (12,5%)	Läkare: 4 (4;5)  Alla: 4 (3;5)	Läkare: 4,40 $\pm$ 0,49  Alla: 4,27 $\pm$ 0,62	- 2 st (12,5%) 2 st (12,5%)
9. Om du anser det värdefullt, vänligen ange vad som har varit/är värdefullt? <sup>a</sup>	Läkare: 3 st (18,8%) Sjuksköterska: 1 st (6,3%) Annan: 1 st (6,3%)			
10. Vilken inställning har du till fortsatt samarbete med kliniska farmaceuter? <i>1. Mycket negativ- 5. Mycket positiv</i>	Läkare: 10 st (63 %) Sjuksköterska: 4 st (25%) Annan: 2 st (12,5%)	Läkare: 5 (4;5)  Alla: 5 (3;5)	Läkare: 4,60 $\pm$ 0,49  Alla: 4,56 $\pm$ 0,61	- - -
11. Om det finns någon arbetsuppgift som du skulle vilja att en klinisk farmaceut utför på din vårdcentral i framtiden, vänligen ange vilken/vilka: <sup>a</sup>	Läkare: 4 st (25 %) Sjuksköterska: 1 st (6,3%) Annan: 1 st (6,3%)			
12. Övriga kommentarer <sup>a</sup>	Läkare: 0 Sjuksköterska: 0 Annan: 1 (6,3%)			

<sup>a</sup>= Kommentarer finns i tabell 5.

**Tabell 5. Resultat av enkätfrågor med fritextsvar**

Enkätfrågor med svar i fritext	Svarande yrkesgrupper, antal, (%)	Kommentarer
5. Om du anser dig ha fått nya kunskaper, vänligen ge exempel:	Läkare: 4 st (25%)  Sjuksköterska: 1 st (6,3%)  Annan: 0 st	"Specifika biverkningar eller reaktioner av vissa läkemedel i speciella patientkategorier, såsom äldre."  "Uppmärksammat interaktioner, halveringstider i relation till utsättningssymtom."  "Interaktioner, biverkningar, serumkoncentration."  "Man får med ett nytt perspektiv vid läkemedelsgenomgångarna."  "Bra att bli påmind om hur läkemedel kan påverka varandra. Lära sig om läkemedel som man kanske tror inte har så stor inverkan kan vara dåliga alternativ för äldre."

Forts. Tabell 5. Resultat av enkätfrågor med fritextsvar		
Enkätfrågor med svar i fritext	Svarande yrkesgrupper, antal, (%)	Kommentarer
9. Om du anser det värdefullt, vänligen ange vad som har varit/är värdefullt?	Läkare: 3 st (18,8%)  Sjuksköterska: 1 st (6,3%)  Annan: 1 st (6,3%)	"Ytterligare en kompetens med fördjupad kunskap i farmakologi man kan samråda med."  "Deras noggranna förberedelse och journalgenomgång för att ta upp relevanta uppgifter är mycket tidsbesparande som läkare. Man kan då snabbare ta ställning och värdera om det finns anledning att tro att ett läkemedel behöver omvärderas."  "Konkreta tips, granskning vad som kan bedömas inaktivt/aktivt, tips runt vitaminer med mera"  "För läkaren är det ett bra stöd."  "Journalgranskningen och att gå till botten med indikationer för valda läkemedel, kontraindikationer. Väldigt bra."
11. Om det finns någon arbetsuppgift som du skulle vilja att en klinisk farmaceut utför på din vårdcentral i framtiden, vänligen ange vilken/vilka:	Läkare: 4 st (25 %)  Sjuksköterska: 1 st (6,3%)  Annan: 1 st (6,3%)	"Gå igenom läkemedelslistor hos de med uttalad polyfarmaci."  "Gemensamma läkemedelsronder, stödfunktion i läkemedelsförskrivning."  "Vi arbetar redan regelbundet med farmaceuter i s.k. "receptbedömningsteam" vilket avser läkemedelsgenomgångar på de mest vanligt förskrivna läkemedlen. Jag skulle ibland önska att få hjälp av en klinisk farmaceut hos patienter med multifarmaci, när man har mycket omfattande läkemedelslistor och det förekommer interaktioner mm."  "Genomgång av läkemedelslistor inför läkarbesök. Biverkningsprofiler."  "Många patienter som har en lång läkemedelslista, där kan farmaceut vara ett stöd vid läkemedelsgenomgångar."  "Just den förberedelse som genom Receptbedömningsteamet blivit så otroligt lyckad."
12. Övriga kommentarer	Läkare: 0 Sjuksköterska: 0 Annan: 1 (6,3%)	"Jag kan inte annat än att säga att detta varit en total succé, både när det gäller vår läkemedelsförskrivning, kunskapsmässigt utbyte, ekonomisk och framtida arbetsmiljö."