

# **Apotekare på husläkarmottagning**

## **Läkemedelsgenomgångar**

### **Läkemedelsrådgivning - ”Ta med påsen och kom”**



FoU-rapport 5/2005

Författare:

Agneta Eklund, Landstingets läkemedelskommitté  
Ulrika Gillespie, Apoteket AB  
Christine Solberger, Apoteket AB  
Marianne Winqvist, FoU äldre

## FÖRORD

FoU äldre träffar regelbundet en samrådsgrupp med pensionärer kring temat Äldre och läkemedel. I denna samrådsgrupp väcktes idén till projektet Apotekare på husläkarmottagning. Vid flera tillfällen talades om idén till ett projekt med arbetsnamnet ”Ta med påsen och kom”. Syftet var att äldre hemmaboende skulle få möjlighet att diskutera kring sina läkemedel med en apotekare, som skulle finnas tillgänglig på vårdcentralen en dag per vecka. Besöket skulle ske utan tidsbokning och på den äldres initiativ.

FoU äldre presenterade projektidén för Läke-medelskommittén, som tillsammans med Apoteket AB och Primärvården genomförde projektet. Projektet utvidgades och kom även att omfatta läkemedelsgenomgångar där husläkarna tagit initiativet till genomgångarna.

FoU-rapporten består av tre delar där respektive författare ansvarar för sin del. Den första delen beskriver projektets bakgrund och genomförande och den andra delen resultatet av läkemedelsrådgivningen/läkemedelsgenomgångarna. I den tredje och sista delen redovisas en utvärdering av apotekarens verksamhet där FoU äldre har studerat projektets betydelse för de äldre och för husläkarna.

Rapporten inleds med en längre sammanfattning som ger en överskådlig bild av projektet och utvärderingen. För ytterligare fördjupning hänvisas till de tre delarna i rapporten.

Uppsala i augusti 2005

FoU äldre  
Regionförbundet Uppsala län

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1 Projektbeskrivning</b> .....	<b>19</b>
<b>1.2 Frågeställningar</b> .....	<b>20</b>
<b>1.3 Förarbete innan projektet inleddes</b> .....	<b>20</b>
<b>1.4 Utvärdering av verksamheten</b> .....	<b>21</b>
<b>1.5 Uppläggnig av apotekarens arbete</b> .....	<b>21</b>
<b>1.6 Marknadsföring av projektet</b> .....	<b>21</b>
<b>2. Resultat</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 Resultat läkemedelsgenomgångar</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 Resultat öppen rådgivning</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3 Diskussion</b> .....	<b>26</b>
<b>3. Utvärdering av läkemedelsgenomgångar och rådgivningar</b> .....	<b>29</b>
<b>3.1 Läkemedelsgenomgång på husläkarmottagning</b> .....	<b>29</b>
3.1.1 Patienternas synpunkter på läkemedelsgenomgångarna .....	30
3.1.2 Läkarnas synpunkter på läkemedelsgenomgångarna.....	31
3.1.3 Apotekarens synpunkter på läkemedelsgenomgångarna .....	39
3.1.4 Sammanfattande kommentar .....	44
<b>3.2 ”Tag med påsen och kom” - synpunkter på en öppen läkemedelsrådgivning</b> .....	<b>47</b>
3.2.1 Resultat av enkätstudien .....	48
3.2.2 Resultat av intervjustudien .....	49
3.2.3 Apotekarens erfarenheter av den öppna läkemedelsrådgivningen.....	58
3.2.4 Sammanfattande kommentar .....	63
<b>4. Avslutande reflektioner</b> .....	<b>65</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>67</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>68</b>
<b>Bilaga 3</b> .....	<b>71</b>

# Sammanfattning

## Bakgrund och genomförande

Författare: Agneta Eklund och Christine Solberger

Gruppen äldre (över 65 år) kommer att öka kraftigt enligt befolkningsprognosen. Åldrandet medför en ökad sjuklighet och ökad läkemedelsanvändning. Med ökat antal läkemedel per patient ökar också risken för att fler människor får olika typer av läkemedelsrelaterade problem. Dålig följsamhet till ordinerad läkemedelsbehandling samt osäkerhet och okunskap i samband med läkemedelsanvändning är problem som förekommer. Det finns behov hos äldre av stöd i medicineringen och studier har visat att många sjukhusinläggningar orsakas av brister i läkemedelsanvändningen.

Läkemedelskommittén tog i samverkan med FoU-centrum äldre i Uppsala län initiativ till ett projekt, som genomfördes under år 2004. Projektet skedde i samarbete med Apoteket AB. Farmaceutisk kompetens skulle finnas på två husläkarmottagningar som service och stöd till läkare och allmänhet 65 år och äldre.

Syften med projektet ”Apotekare på husläkarmottagning” var att:

1. Undersöka vad det betyder för de äldre att det finns apotekare på husläkarmottagning som kan genomföra läkemedelsgenomgång innan läkarbesök samt erbjuda öppen läkemedelsrådgivning utan tidsbeställning.

2. Undersöka vad det betyder för de läkare som arbetar på mottagningen att apotekare genomför läkemedelsgenomgång på särskilt utvalda patienter.

De frågeställningar som har besvarats är:

Syfte 1:

- Vilka patienter söker sig till den öppna läkemedelsrådgivningen?
- Varför söker sig patienter till den öppna läkemedelsrådgivningen?
- Hur fick patienten kännedom om den öppna läkemedelsrådgivningen?
- Medför den öppna läkemedelsrådgivningen en ökad kunskap för pensionärerna när det gäller den egna läkemedelsbehandlingen? Hur ser i så fall denna kunskap ut?
- Medför den öppna läkemedelsrådgivningen en ökad trygghet för pensionärerna när det gäller den egna läkemedelsbehandlingen? Vad innebär i så fall denna trygghet?
- Hur uppfattade patienten besöket på den öppna läkemedelsrådgivningen?
- Hur uppfattade patienterna läkemedelsgenomgången?

Syfte 2:

- Vilka patienter kallas av läkaren till en läkemedelsgenomgång?
- I hur stor utsträckning uppger läkaren att man följer apotekarens rekommendation? Vilka är skälen i de fall man inte följer apotekarens rekommendationer?
- Hur har läkemedelsordinationen förändrats för de patienter som får läkemedelsgenomgång?
- Förekommer läkemedelsrelaterade problem och hur ser i så fall dessa ut?
- Hur har vidtagna åtgärder bedömts förhindra ytterligare vårdbesök?
- Vilka för- och nackdelar bedömer läkarna att projektet inneburit för deras arbete

När det gäller utvärderingen av verksamheten tog FoU äldre på sig att besvara samtliga frågeställningar under syfte 1 och flertalet frågeställningar under syfte 2. Apoteket AB åtog sig att besvara resterande frågeställningar.

Knivsta och Svartbäckens husläkarmottagningar valdes (efter intresseanmälan) ut att delta i projektet. En planeringsgrupp bestående av representanter från Landstingets läkemedelsenhet, FoU äldre, Apoteket AB, chefsläkare för Primärvård och verksamhetschefer vid de berörda husläkarmottagningarna betonade att apotekaren skulle arbeta på läkarens uppdrag och att läkarens uppgift var att utse personer aktuella för läkemedelsgenomgång. Det bestämdes också att apotekaren skulle använda meddelanderutan i Primärvårdens journalsystem (Profdoc) för återkoppling till läkarna efter läkemedelsgenomgångarna. Apotekaren skulle dessutom föra sin egen statistik över vidtagna åtgärder. På grund av oro för allt för stor tillströmning av besökare beslutades att inledningsvis marknadsföra den öppna rådgivningen i liten skala.

Apotekaren fanns från och med september 2004 till och med januari 2005 tillgänglig på Knivsta och Svartbäckens husläkarmottagningar en dag per vecka och mottagning.

Patienterna erbjöds möjlighet att före läkarbesök få träffa apotekaren för genomgång av sina läkemedel. Utgångspunkten för urval var, ålder minst 65 år, användande av minst 5 läkemedel eller misstanke om läkemedelsrelaterade problem. Samtalet med apotekaren beräknades ta cirka 30 minuter och skulle vara kostnadsfritt för patienten. Apotekaren skulle kommunicera resultatet av läkemedelsgenomgången med den ”remitterande” läkaren. Apotekaren skulle också för övrigt kunna bistå personal på husläkarmottagningen med farmaceutisk kompetens.

Tillfälle skulle också ges för personer som var 65 år och äldre att vid vissa angivna tidpunkter boka tid för att komma till husläkarmottagningen med sina läkemedel och få svar på frågor om läkemedel från apotekaren, ”Ta med dig påsen och kom”.

Innan projektet inleddes träffade apotekaren samtliga läkare vid de berörda husläkarmottagningarna för att informera om verksamheten och diskutera hur man närmare skulle lägga upp arbetet.

Marknadsföring av den öppna läkemedelsrådgivningen skulle ske genom att affischer sattes upp på de berörda husläkarmottagningarna, närliggande boendenheter och apotek. Det beslutades också att en videofilm skulle spelas in för att visas för besökare på Knivsta husläkarmottagning. Möjligheter för personer att komma till öppen rådgivning av apotekare startade i oktober. Det visade sig att endast ett fåtal personer kom till den öppna läkemedelsrådgivningen. Det beslutades då i den arbetsgrupp som ansvarat för planeringen att utöka annonseringen.

## **Resultat**

Författare: Ulrika Gillespie

### **Läkemedelsgenomgångar**

Totalt genomförde apotekaren läkemedelsgenomgång på 47 kallade patienter vid Knivsta och Svartbäckens husläkarmottagning. Patienterna hade en medelålder på 81 år, 67% var kvinnor och 10 patienter hade ApoDos. Som mest hade en person 19 läkemedel (regelbundet samt vid behov). Genomsnittet var 10,14 (4-19) läkemedel per person.

De vanligaste diagnoserna var hypertoni, diabetes, hjärtsvikt, förmaksflimmer och angina pectoris. Acetylsalicylsyra, paracetamol och furosemid var de vanligaste läkemedlen.

Totalt för de 47 patienterna identifierades 132 läkemedelsrelaterade problem (LRP). I snitt blev det 2,75 LRP per patient. Tre patienter bedömdes inte ha några problem alls.

De vanligaste problemen, 15 stycken vardera, var ”avvikande dosering” och ”effekt utebliven/för dålig”. I det första fallet kunde det t ex vara att dosen ej var anpassad till patientens ålder eller njurfunktion och i det andra fallet att patienten var förskrivna analgetika, men som ej tyckte att medicineringen gav tillräcklig smärtlindring.

Därefter kom ”biverkan”, 14 stycken. Där var patientens uppfattning avgörande men även att tidsaspekten stämde (t ex att ett nyligen upptäckt symptom observeras direkt efter insättning av ett nytt läkemedel) och att biverkningen fanns rapporterad i FASS. Det handlade i allmänhet om biverkningar som patienten upplevde som besvärande eller mycket besvärande.

Tolv av problemen var att patienten, medvetet eller omedvetet, inte doserade enligt ordination. Då det gällde missförstånd från patientens sida kunde detta åtgärdas direkt.

”Ej rekommenderat läkemedel”, 12 stycken, var i första hand läkemedel som var betydligt dyrare än de som Läkemedelskommittén rekommenderat och som inte bedömdes ha något mervärde för patienten.

”Indikation saknas/oklar”, 11 stycken, var oftast sådana att indikation hade funnits men upphört och att läkemedelsbehandlingen kvarstod. Ibland gick det inte att hitta någon orsak till att läkemedlet satts in och apotekaren bedömde att behandlingen ej längre var nödvändig.

11 stycken LRP var av kategorierna okunskap och tveksamhet/rädsla. Att patienterna inte hade tillräckliga kunskaper eller kände sig otrygga med sin behandling ledde i många fall till felaktig läkemedelsanvändning och onödig oro.

Nio stycken nya/obehandlade indikationer identifierades. Avsaknad av trombosprofylax för högriskpatienter var den vanligaste.

Problemområdet ”Varning/försiktighet”, 9 stycken, var i de flesta fall riskabel läkemedelsbehandling vid nedsatt njurfunktion.

I de fall då patienten medvetet lät bli att ta läkemedlet – sju stycken – var åtgärden att försöka motivera patienten till följsamhet till ordinationen. Det som förekom oftast var att patienten inte tog sina vattendrivande tabletter, då man tyckte att det var besvärligt med täta toalettbesök.

”Dubbel förskrivning”, 6 stycken, var antingen att patienten intog originalpreparat plus generika av misstag eller att läkare förskrivit två eller flera preparat med liknande effekt (t ex Ranitidin + Lanzo). Termen dubbel förskrivning används dock inte då kombination av flera läkemedel är vanligt och till och med nödvändigt, t ex vid blodtrycksbehandling, utan endast då det framstår som ologiskt med mer än ett preparat.

Fler än 80 potentiella interaktioner identifierades men endast 3 bedömdes ha klinisk relevans. Resten sågs som mindre betydelsefulla och i vissa fall hade doserna justerats eller separerats för att lösa problemet.

Det vanligaste förslaget som apotekaren lämnade till läkaren var ”utsättning av läkemedel”, 36 stycken. Därefter följde ”byte av läkemedel”, 21 stycken, och ”insättning av läkemedel” 17 stycken.

25 problem bedömdes vara av den art att de kunde lösas utan läkarkontakt. Resten, 107 stycken, krävde att läkaren vidtog någon åtgärd. Dock hade alla 44 patienter, som bedömdes ha LRP, minst ett problem som krävde läkarkontakt. Av de 107 föreslagna åtgärderna följdes 39 av läkarna. Resterande 68 förslag hade inte genomförts under projekttiden (plus två månaders uppföljningstid). I många fall fanns ingen kommentar från läkaren som visade att problemet beaktats.

### **Signifikansbedömning – oberoende granskning**

Signifikans av identifierade problem och åtgärdsförslag, hos 20 slumpvis utvalda patienter av 47, bedömdes av en erfaren primärvårdsläkare och en erfaren slutenvårdsläkare (akut medicin) efter skalan:

- 1. Felaktig** – intervention som skulle, om den följs, kunna leda till en negativ effekt.
- 2. Ej signifikant** – rekommendationen är av informativ karaktär, men ej särskilt relevant för patienten i fråga.
- 3. Något signifikant** – flera likvärdiga alternativ finns för rekommenderad intervention.  
Denna ranking skiljer sig från ”signifikant” där terapirekommendationer ligger till grund för förslag.
- 4. Signifikant** – interventionen leder till en mer accepterad och adekvat terapi enligt gängse praxis.
- 5. Mycket signifikant** – interventionen kan förhindra en potentiell eller existerande organ dysfunktion. Interventionen tar hänsyn till objektiva data som visar på dysfunktion i ett eller flera av patientens organ.
- 6. Synnerligen signifikant** – intervention kan vara livsavgörande.

De 20 patienterna hade totalt 56 identifierade LRP. Av dessa bedömdes 1 vara felaktig, 4 ej signifikanta, 6 något signifikanta, 31 signifikanta, 11 mycket signifikanta och 3 stycken synnerligen signifikanta.

Exempel på mycket signifikanta problem (grad 5): En patient med hjärtsvikt och lågt blodtryck behandlades samtidigt med en läkemedelskombination som förvärrar hjärtsvikten.

Exempel på synnerligen signifikant problem (grad 6): En fallbenägen, äldre patient behandlas med två blodförtunnande läkemedel, vilket ökar risken för blödning vid exempelvis fall.

Åtgärdsförslagen till de problem där signifikansen bedömdes som 3, 4, 5 eller 6 = 91% av identifierade LRP ansågs alla vara adekvata. Om förslagen följdes ansågs minst 14 sjukhusinläggningar kunna förhindras. Dessa 14 patienter hade alla problem som bedömdes som mycket eller synnerligen signifikant (grad 5 eller 6). En genomsnittlig, akut inläggning på medicinkliniken beräknas kosta ca 30 000 SEK (baserat på 6 dagar à 5000 SEK). Den uppskattade kostnaden för sjukhusinläggningar, som skulle kunna undvikas hos de 20 granskade patienterna, uppgick därmed till 420 000 kronor.

## Öppen rådgivning

Till den öppna mottagningen vid Knivsta och Svartbäckens husläkarmottagning kom 11 personer med sina läkemedel. Med ytterligare 3 personer fördes diskussioner om läkemedel, men ingår ej i denna analys. Personerna som kom till husläkarmottagningen var i genomsnitt 78 år, 55% kvinnor med 8,2 läkemedel i genomsnitt (3-20). De vanligaste diagnoserna var desamma som för läkemedelsgenomgångspatienterna. Vanligaste läkemedelssubstanserna för den här gruppen var simvastatin (55%), acetylsalisylsyra (36%), glycerylnitrat (36%), furosemid (27%) och paracetamol (27%).

De 11 personerna hade totalt 18 läkemedelsrelaterade problem, 1,6 per person. De i särklass vanligaste problemen var ”okunskap hos patient”, 6 stycken, följt av ”tveksamhet/rädsla hos patient”, 3 stycken. Det var ofta känslan av att de inte kände till tillräckligt om sin behandling eller att de var oroliga för något som gjorde att de sökte sig till den öppna rådgivningen. För fem personer resulterade besöket i att en läkartid bokades/skulle bokas.

## Diskussion

Hur rutinen för att boka in patienter till läkemedelsgenomgångarna utformas kan ha betydelse för patienternas motivation till att delta i läkemedelsgenomgångar. Ett förslag är att vårdcentralens egen personal ansvarar för tidbokning för läkemedelsgenomgångarna, och då i samband med annan besöksanledning som t ex provtagning, besök hos diabetessjuksköterska eller liknande. Den tid som fanns avsatt för patientmottagningen, 30 minuter, upplevdes som rimlig.

Att be patienterna ta med sig alla sina aktuella läkemedel till besöket visade sig vara mycket bra. Dels var det ett bra pedagogiskt grepp att prata om medicinerna "med burken i handen", dels upptäcktes avvikelser mot läkemedelslistan i journalen och emellanåt även dubbelmedicinering på detta sätt.

Det är viktigt att läkarna själva definierar vad de vill ha hjälp med av apotekaren. Apotekaren fann att det var svårt att vid projektets start få ett tydligt formulerat uppdrag från läkargruppen. I början var också flera av läkarna avvaktande till projektet.

Att skriva i meddelanderutan i journalsystemet (Profdoc) medförde att det var svårt för apotekaren att fatta sig kort. Längden på meddelandena kan möjligen ha varit till nackdel för att få önskad återkoppling på förslagen tillbaks via e-posten. Apotekaren uppfattade det som att läkarna inte hade tid att skriva svar.

Tanken var att apotekaren skulle träffa åtta patienter per dag, det vill säga 16 patienter per vecka, hälften remitterade av läkare och hälften pensionärer som kom på eget initiativ till den öppna läkemedelsrådgivningen. I praktiken blev det långt färre, i snitt två per dag.

Ett flertal faktorer bidrog till att en stor del av den för läkemedelsgenomgångar avsatta tiden förblev outnyttjad;

- Läkarna var ovana vid att remittera patienter till en apotekare, det blev bortglömt i den stressiga vardagen.
- En helrenovering av Knivsta husläkarmottagning mitt under projektet gjorde att projektet hamnade i skymundan.
- En del patienter tackade nej till att komma eftersom det skulle krävas en extra resa med färdtjänst eller för att de inte orkade eller kände behov av att tala om sina läkemedel.
- Det är svårt och tar tid att införa en ny profession på en arbetsplats, delvis beroende på att det bara var en dag per vecka som apotekaren befann sig på husläkarmottagningen.
- Det var ibland svårt att rekrytera patienter eftersom läkarna även har många personer under 65 år och personer med få läkemedel inbokade.

En femtedel av alla upptäckta problem gick att åtgärda/klara upp utan att läkaren behövde kopplas in. Övriga problem samt förslag till åtgärd delgavs läkaren i ett elektroniskt meddelande. Då läkaren fanns tillgänglig diskuterades samtliga problem muntligt såväl som skriftligt. Utfallet – att många problem inte åtgärdades eller ens kommenterades av läkaren – är inte tillfredsställande men berodde ofta på att läkaren inte befann sig på vårdcentralen den dag som patienten träffade apotekaren. Detta var relativt vanligt. Ibland stod åtgärd eller problem nämnt i patientens journal en tid senare (uppföljning gjordes två månader efter avslutat projekt för att kontrollera detta) och då framgick vad resultatet blivit, men ofta fanns ingen anteckning som visade att läkaren tagit del av apotekarens meddelande. I de fall diskussion kom till stånd valde läkaren oftast att följa apotekarens råd.

## **Utvärdering av läkemedelsgenomgångar och rådgivningar**

Författare: Marianne Winqvist

I projektbeskrivningen, kapitel 1, presenteras frågeställningar som syftar till att utvärdera verksamheten med den öppna läkemedelsrådgivningen och läkemedelsgenomgångarna i samarbete med läkare på två husläkarmottagningar. Ett flertal av dessa frågeställningar har bearbetats av FoU äldre vid Regionförbundet Uppsala län. Resultatet av denna utvärdering presenteras nedan. Redovisningen följer samma ordning som frågeställningarna i projektbeskrivningen.

### **Öppen läkemedelsrådgivning ”Tag med påsen och kom”**

Det övergripande syftet med utvärderingen av den öppna läkemedelsrådgivningen var att undersöka vad det betyder för äldre personer att det finns apotekare på husläkarmottagning som kan erbjuda öppen läkemedelsrådgivning.

Varje person som deltagit i en läkemedelsrådgivning ombads av apotekaren att efter rådgivningen besvara en enkät. Frågorna behandlar bland annat orsakerna till besöket, hur själva läkemedelsrådgivningen uppfattades samt vilka eventuella konsekvenser som genomgången kommer att ha. Av de fjorton personer som besökte den öppna läkemedelsrådgivningen var det tolv personer som besvarade enkäten. För att få en djupare

kunskap och förståelse för vad det är som har varit bra och vad som eventuellt kan göras bättre, genomfördes även intervjuer med åtta av de personer som deltagit i projektet.

Intervjupersonerna uppmanades att fritt berätta om sitt besök hos apotekaren och teman som följdes upp för samtliga intervjupersoner var hur de hade fått information om läkemedelsrådgivningen, anledningen till att de gick dit, hur de uppfattade proceduren att komma till rådgivningen, hur de uppfattade själva rådgivningssituationen, vilka eventuella konsekvenser eller följder som rådgivningen givit upphov till samt hur de uppfattar läkares och apotekares roller när det gäller läkemedelsgenomgångar.

Apotekaren har intervjuats vid två tillfällen. Dels i början av projekttiden då hon framför allt kunde berätta om hur det var att som apotekare komma till de båda mottagningarna och dels efter projekttidens slut då erfarenheterna från hela projektet kunde avrapporteras.

### **Vilka patienter söker sig till den öppna läkemedelsrådgivningen?**

Besökarna på den öppna läkemedelsrådgivningen var i åldrarna 72 – 86 år och fördelningen mellan män och kvinnor är jämn. En majoritet av besökarna var sammanboende, och tjänstemän är väl representerade.

Motivationen för att diskutera och få ytterligare kunskap om sina läkemedel var stor bland besökarna. De kan beskrivas som medvetna och hade själva många tankar kring sin medicinering och specifika frågor kring denna som de ville ha besvarade. Apotekaren uppfattade att besökarna kunde mycket.

### **Varför söker sig patienter till den öppna apotekarrådgivningen?**

I enkäterna angavs orsakerna till besöket att erhålla en allmän genomgång av medicineringen eller specifik kunskap om interaktionseffekter, biverkningar och naturmedicinens verkan. Ett annat i intervjuerna uttalat skäl är att få en 'second opinion' på den läkemedelsbehandling som ordinerats av läkare. Uppfattningen om att läkare har för lite tid till läkemedelsgenomgångar framfördes. Apotekaren uppfattar att många besökare kom för att få bekräftat sådant som de redan trodde sig veta samt att ordinerad läkemedelsbehandling var adekvat.

### **Hur fick patienterna kännedom om den öppna apotekarrådgivningen?**

I Knivsta fick besökarna information om verksamheten via Knivstabladet/KnivstaNytt och via affischer på husläkarmottagningen, närliggande apotek och vårdboende. I Svartbäcken erhöles informationen via pensionärsföreningar, i UNT och affischer på husläkarmottagningen, närliggande vårdboende och närliggande apotek. Det fördes i intervjuerna fram kritik mot att marknadsföringen inte hade varit mer omfattande. Informationen nådde inte fram under den korta projekttiden och få personer kände till verksamheten. Pensionärsföreningarna skulle enligt en åsikt ha fått informationen i ett tidigare skede.

### **Medför den öppna apotekarrådgivningen en ökad kunskap för pensionärerna när det gäller den egna läkemedelsbehandlingen? Hur ser denna kunskap ut?**

Samtliga besökare uppgav i enkäterna att de hade fått svar på sina frågor och alla hade fått reda på något som de inte visste tidigare. Genomgången hade i hög grad varit lärorik och den nya kunskapen om enskilda läkemedel och/eller hela läkemedelsanvändningen nämns som det mest positiva med rådgivningen.

För flera av besökarna blev resultatet av läkemedelsrådgivningen att apotekaren föreslog en kontakt med husläkaren för att diskutera vissa ändringar i medicineringen och/eller nya provtagningar. Exempel på andra råd som intervjupersonerna fått är att begränsa konsumtionen av visst naturläkemedel. Kombinationseffekter av olika läkemedel diskuterades också. Ett annat tema för diskussioner var behandling av smärta för att få optimal effekt av läkemedlen. Vissa läkemedel gav apotekaren intervjupersonerna råd om att undvika. Även inaktuella läkemedelslistor uppmärksammades. En viktig förutsättning för att besökarna fick en ökad kunskap är att det fanns tid att i lugn och ro diskutera frågor och funderingar.

### **Medför den öppna apotekarrådgivningen en ökad trygghet för pensionärerna när det gäller den egna läkemedelsbehandlingen? Vad innebär denna trygghet?**

Samtliga besökare som besvarat enkäten uppfattar läkemedelsrådgivningen som mycket förtroendeingivande. Samtliga fick svar på sina frågor. Apotekaren upplever att hon många gånger kunde bekräfta för besökarna att deras läkemedelsanvändning var adekvat eller ge råd som minskade en tidigare upplevd oro. I intervjuerna berättar flera av intervjupersonerna spontant att de efter genomgången upplevde ett välbefinnande och en större trygghet.

Intervjupersonerna berättade också om andra resultat av läkemedelsrådgivningen i form av glädje, kunskap och tacksamhet. Samtliga tillfrågade ansåg att det alltid bör finnas möjlighet att i lugn och ro få tala med en apotekare. Förutom att det var givande för den enskilde så trodde man att det också skulle vara kostnadseffektivt för samhället. Det skulle kunna avlasta apoteken och sjukvården. Med ett undantag ansåg de intervjuade att de inte har kunnat få den hjälp eller den information som de behöver eller vill ha av sina läkare. Det har inte heller varit aktuellt att ställa frågorna på apoteket eftersom det inte finns tid till det där och miljön inbjuder inte till att ställa för många frågor.

### **Hur uppfattade patienterna besöket på den öppna apotekarrådgivningen?**

Synpunkterna på själva rådgivningssituationen är i enkäterna mycket positiva. De allra flesta tyckte att rådgivningen i hög grad var givande, lärorik, förtroendeingivande och något att rekommendera för andra. Bland det som besökarna tyckte var mest positivt märks framför allt åsikterna om apotekaren, som beskrivs som förtroendeingivande och sympatisk, och där rådgivningen genomfördes i lugn och ro.

En ursprunglig tanke inför projektets start var att besöket hos apotekaren inte skulle behöva bokas i förväg utan personer som var 65 år och äldre skulle inom ramen för besökstiden kunna komma oanmälda. Denna tanke kunde inte genomföras. Besökarna fick nu istället ringa till husläkarmottagningen för att boka en tid för ett besök. Tidsbokningen avlöpte smidigt, men synpunkten framkom i intervjuerna att det är en onödig spärr för besök att behöva ringa och boka tid.

Även i intervjuerna gav intervjupersonerna uttryck för mycket positiva uppfattningar om själva läkemedelsrådgivningen och kontakten med apotekaren. De allra flesta av besökarna hade med sig sina läkemedelsförpackningar eller förteckningar över de läkemedel de tog. I de fall besökarna var listade patienter på husläkarmottagningen kunde apotekaren gå in i datorn för att studera aktuella läkemedelslistor m.m. Apotekaren gick i lugn och ro igenom läkemedel för läkemedel, informerade och svarade på frågor. Det som framför allt betonades som positivt var apotekarens kunskap och engagemang, men också att besöket avlöpte utan tidspress.

En förklaring som apotekaren ger till att rådgivningarna uppfattades positivt är att besökarna som kom dit var mycket motiverade. De hade sökt sig dit helt på eget initiativ. Apotekaren uppfattade också att besökarna var nöjda när de gick där ifrån. En missräkning är att inte fler personer uppsökte rådgivningen.

Utifrån sammanställningen av enkätsvaren och intervjuresultaten från de få besökarna till den öppna läkemedelsrådgivningen tillsammans med apotekarens erfarenheter, kan konstateras att upplevelserna av verksamheten är mycket positiva.

### **Läkemedelsgenomgång på husläkarmottagning**

Varje person som deltagit i en läkemedelsgenomgång ombads av apotekaren att efter genomgången besvara en enkät. Frågorna behandlar bland annat orsakerna till besöket, hur själva läkemedelsgenomgången uppfattades samt vilka eventuella konsekvenser som genomgången kommer att ha. Av de 47 personer som deltog i en läkemedelsgenomgång har 25 personer besvarat enkäten (22 kvinnor, medelålder 81 år). Enkäterna är ofta knapphändig ifyllda och det stora bortfallet medför att resultaten skall användas med försiktighet när slutsatser dras om verksamheten som helhet.

Berörda läkare intervjuades vid två tillfällen. Eftersom verksamheten är helt ny och den innefattar ett samarbete mellan två olika yrkesgrupper, läkare och apotekare, studerades inför projektets start vilka förväntningar som läkarna hade på den kommande verksamheten. Sexton läkare intervjuades per telefon. En kortare tid efter det att apotekaren hade avslutat projektet med läkemedelsgenomgångarna på husläkarmottagningarna tillfrågades läkarna åter om en tid för en intervju. Åtta av de tidigare intervjuade läkarna har intervjuats igen. Även om antalet intervjuade läkare är färre än vid den första intervjugenomgången, så finns de allra flesta läkemedelsgenomgångarna representerade i de intervjuade läkarnas utsagor.

Även apotekaren som genomförde läkemedelsgenomgångarna intervjuades vid två tillfällen. Vid det första tillfället hade verksamheten just startat och vid det andra intervjutillfället var projektet genomfört.

### **Hur uppfattade patienterna läkemedelsgenomgången?**

Initiativet till läkemedelsgenomgången kom inte från patienterna själva. De flesta har i enkäterna inte angivit någon orsak till läkemedelsrådgivningen eller endast uppgivit att de har blivit kallade. Det sammanfattande intrycket av svaren på de enkäter som inkommit är att patienterna inte har varit helt motiverade inför läkemedelsgenomgången. Det är få som inför besöket har haft några specifika frågor gällande sin medicinering och endast två personer tror att läkemedelsgenomgången kommer att ge några praktiska konsekvenser.

Intrycken av själva rådgivningssituationen är sammantaget dock mycket positiva. En mycket stor majoritet av dem som besvarade frågorna ansåg att genomgången i hög grad eller i viss mån var givande, lärorik, förtroendeingivande och något som de kunde rekommendera för andra. Bland de kommentarer som givits i öppna frågor kan märkas flera där patienterna anger att de blivit tryggare inför sin medicinering eller i allmänhet har tyckt att det har varit givande att i lugn och ro få tala om sina läkemedel med en förtroendegivande person.

### **Vilka patienter kallas av läkare till en läkemedelsgenomgång?**

Antalet remitterade patienter från de intervjuade läkarna varierade från två till tio. De flesta av läkarna valde själva ut de patienter som skulle träffa apotekaren, men det förekom också att läkaren lät ansvarig sjuksköterska kalla de patienter som hade fler än fem läkemedel och som

inom kort skulle komma på ett läkarbesök. I dessa fall hade läkaren inte några specifika frågeställningar till apotekaren, men tyckte ändå att det var bra med en allmän genomgång av medicinerna. Det förekom också att apotekaren själv utifrån läkares tidböcker tog initiativ till att kalla vissa patienter.

I stora drag kan det hos läkarna sägas förekomma två övergripande anledningar till att anlita apotekaren för en läkemedelsgenomgång. Den första är för att få en 'second opinion' och där apotekaren går igenom hela medicinlistan för att se om det förekommer negativa interaktionseffekter, läkemedel som kan sättas ut etc. Den andra övergripande anledningen är att läkaren skall få en uppfattning om vad patienten egentligen tar för läkemedel. Att vissa läkemedel är ordinerade betyder inte att de används av patienten och de kan också användas på fel sätt. Likaså kan patienterna använda naturläkemedel eller receptfria preparat som även de kan påverka övrig medicinering och som kanske inte läkaren känner till. Flera av de intervjuade läkarna påpekar att patienten kanske har lättare att "erkänna" för en apotekare att hon/han tar eller inte tar viss medicin än vad de har för att berätta det för läkaren.

Det förekom också att läkare mer pliktskyldigast lät apotekaren göra några genomgångar.

### **I hur stor utsträckning uppger läkaren att man följer apotekarens rekommendationer? Vilka är skälen i de fall man inte följer apotekarens rekommendationer?**

På frågan om vad läkarna gjorde med informationen från apotekaren efter läkemedelsgenomgången så blev det vanligaste svaret att många av rekommendationerna ledde till åtgärder från läkarens sida. Det var vanligt att läkarna satte ut preparat eller minskade doser efter apotekarens genomgångar, men det förekom också att preparat sattes in.

Även om läkarna var öppna för apotekarens förslag så förekom det också situationer då rekommendationerna inte följdes. I en del fall tyckte inte läkarna att förslagen var tillräckligt bra och i andra tillkom ny information i samtal med patienterna som ledde till andra lösningar på medicinfrågorna. Någon läkare påpekade att apotekaren och läkaren fått olika slags information av patienterna vilket ledde till olika slutsatser. En del förslag till förändringar passade inte patienter med nedsatta minnesfunktioner.

Någon läkare anger att hon inte hade någon större nytta av de kommentarer som apotekaren hade givit.

### **Vilka för- och nackdelar bedömer läkarna att projektet inneburit för deras arbete?**

Innan projektet med läkemedelsgenomgångarna startade tillfrågades sexton berörda läkare om sina förväntningar. Några av läkarna (sex personer) uttryckte att de inte hade några speciella förväntningar eller hyste farhågor om att verksamheten skulle komma att komplicera läkarens arbete, men övriga angav positiva förväntningar på den kommande verksamheten. Det fanns bland läkarna förväntningar på att apotekaren skulle kunna upptäcka interaktionseffekter och biverkningar av olika läkemedel, ge förslag på minskning av antalet läkemedel, ta reda på hur och vilka läkemedel patienterna tar, diskutera värdet av naturläkemedel samt informera patienterna för att förbättra följsamheten till ordinationerna. Apotekaren har kunskap att lära ut till läkarna och det vore också bra om apotekaren kunde avlasta läkarna genom att göra sådant som läkarna inte hinner med (läkemedelsgenomgångar och informationssamtal med patienter). En av läkarna uttryckte en förväntan om att detta skulle bli säkrare för patienterna och samtidigt minska kostnaderna för medicineringen. En av läkarna uppgav att hon hade svårt att se vad en apotekare skall kunna bidra med och ett par andra att hjälpen redan finns att

tillgå på Apoteket, via datorprogram, i litteratur och genom kontakter med kliniska farmakologer.

En risk som framfördes var att patienten får information av apotekaren som komplicerar läkarens arbete (till exempel för mycket information om biverkningar). En negativ följd av läkemedelsgenomgången kan enligt denna farhåga bli att följsamheten till ordinationerna blir sämre. Flera av läkarna påpekade som ett problem att apotekarna inte har samma kliniska erfarenhet som läkarna. Detta kan komplicera samarbetet då apotekaren inte på samma sätt kan se medicinen i ett större sammanhang. Synpunkten att apotekarna befinner sig långt från patienternas verklighet och att läkarna känner sina patienter framfördes. Det förekom också att läkare berättade om negativa erfarenheter av tidigare kontakter med apoteket där personalen givit rekommendationer i strid mot läkarens råd och ordination.

Andra nackdelar som nämndes var att det kommer att ta tid för läkarna att leta fram patienter till apotekaren samt farhågan att det kommer att ta tid att läsa och ta ställning till apotekarens eventuella förslag samt att det kommer att ta mer tid vid nästa läkarbesök då läkaren också måste följa upp apotekarens rekommendationer tillsammans med patienten. Arbetsuppgifterna får inte bli fler. För patienterna nämndes omaklet att göra ett extra besök på mottagningen som dessutom redan är hårt belastad. Av de tillfrågade läkarna var det fyra som inte kunde nämna några som helst nackdelar med läkemedelsgenomgångarna.

Generellt sett kan sägas att läkarnas förväntningar på apotekarens insatser infriades. De som var positivt inställda inför projektets start tyckte efteråt att kontakten med apotekaren har varit givande. De som var mindre entusiastiska eller skeptiska har inte remitterat så många patienter och har inte heller haft ett lika stort utbyte av apotekaren som de övriga. Den största avvikelserna från förväntningarna bland dem som var positiva var att de inte utnyttjade apotekaren i större omfattning än vad de hade trott att de skulle göra.

När det gäller själva organisationen av läkemedelsgenomgångarna så följdes inte de ursprungliga planerna helt. Det största hindret var problem med att hinna och att få fram patienter till apotekaren.

När fördelarna med projektet diskuteras så är det främst fördelarna för patienterna som läkarna lyfter fram. Det är viktigt för patienterna att få tala mycket om sina mediciner och att få göra det i lugn och ro. Det är också viktigt att patienterna har korrekta medicinlistor. Missförstånd har uppdagats och följsamheten till ordinationerna har förbättrats.

Fördelarna för läkarna själva som nämndes är att det var positivt att ha apotekaren på mottagningen och att hon hade fungerat som ett bollplank och ett stöd, inte bara i samband med läkemedelsgenomgångarna utan också i informella samtal då läkarna har kunnat ställa frågor om medicinering. Kvaliteten på läkemedelsordinationerna blev högre tack vare apotekaren. Ett par av läkarna ansåg också att deras arbete blev lättare om apotekaren gått igenom medicinlistorna före läkarbesöket. Även om apotekaren inte kom med några nyheter eller kanske inte hade några synpunkter på medicineringen så kunde det också upplevas som skönt att få en bekräftelse på att inte vara ute på fel spår. Ytterligare en fördel som nämndes med apotekaren på husläkarmottagningen är att hennes insatser sparade pengar.

En fråga som behandlades i intervjuerna gällde om det finns behov av att ha en apotekare knuten till husläkarmottagningen eller ej. Två av de intervjuade läkarna ansåg inte att de har behov av att ha en apotekare på nära håll. De övriga läkarna kan mycket

väl tänka sig att ha en apotekare på mottagningen, men inte villkorslöst. En förutsättning som framfördes är att det finns resurser och en annan att man inte kan ta resurser från nuvarande verksamhet till detta utan det måste i så fall vara som ett tillskott till verksamheten. Om en apotekare skall vara knuten till mottagningen förutsätter det också att hon/han kan användas lite bredare än vad som var fallet inom ramen för det slutförda projektet.

### **Apotekarens erfarenheter**

Den övergripande slutsatsen av läkemedelsgenomgångarna utifrån apotekarens erfarenheter är att de har fungerat på olika sätt och mottagits på olika vis, både av patienter och av läkare. När det gäller patienterna så har de varit i skiftande fysisk och psykisk kondition. Några har kommit tillsammans med vårdpersonal och vissa har inte kunnat tala. En del patienter kan ha varit i för dålig kondition för att kunna tillgodogöra sig den läkemedelsgenomgång som apotekaren genomfört. Genomgången har då endast tjänat syftet att läkaren har fått kännedom om patientens situation och läkemedel. Andra patienter har tyckt att genomgången har varit mycket bra och apotekaren tycker att hon har kunnat bidra med en hel del viktig information till dem. Ibland var det svårt att motivera patienterna till att komma på en läkemedelsgenomgång eftersom de själva inte upplevde några problem med medicineringen eller tog för givet att läkaren hade full kontroll. Andra orsaker till att tacka nej var ofta att patienterna inte orkade. En del av patienterna reagerade också negativt på förfrågan om en läkemedelsgenomgång, då de trodde att läkaren ville kontrollera dem och deras läkemedelshantering.

Bristen på remitterade patienter och därmed möjligheterna att genomföra läkemedelsgenomgångar i de båda distrikten var frustrerande för apotekaren. En stor del av hennes tid har varit outnyttjad.

Viktiga funktioner som apotekaren har fyllt för patienten är att ha givit råd till patienterna och förklaringar till deras sjukdomar och deras behandling. Många av patienterna var enligt apotekaren inte helt nöjda med sina läkarkontakter, speciellt inte de som fått byta läkare ofta och de som upplevde att läkaren inte hade tid att prata med dem. Många var osäkra i sin medicinering och frågade om de verkligen behövde ha alla mediciner. Det samlade intrycket som apotekaren fick var att patienterna inte hann prata så mycket om sina mediciner med doktorn.

Samarbetet med läkarna varierade också betydligt. Med vissa av läkarna hade apotekaren ett stort utbyte och fick många förfrågningar om läkemedelsgenomgångar, andra läkare träffade hon knappast. Det är i första hand de läkare som apotekaren bedömer hade en positiv inställning till projektet som också remitterade de flesta patienterna. När apotekaren hade haft läkemedelsgenomgången skrev hon ner sina kommentarer i det interna meddelandesystemet. Läkarna reagerade på apotekarens information på olika sätt. En del skrev långa svar med funderingar och kanske ytterligare frågor, medan andra inte hörde av sig alls. Det senare innebar att apotekaren led brist på feedback och hade svårt att bedöma om hennes insatser föll i god jord eller ej.

Utfallet av läkemedelsgenomgångarna har varierat mycket. Ibland har läkarna varit helt och hållet i linje med apotekaren och hennes förslag, men ibland är apotekarens bedömning att förslagen inte har mottagits positivt. Läkarna kan ha sagt att "det är en bra idé", men sedan har det inte hänt mer. För att förändringarna skall kunna verkställas krävs i de flesta fall också läkaren träffar patienten en gång till. I de fall en läkemedelsgenomgång gjordes utan att det

fanns en tid för läkarbesök inbokad innebar läkemedelsgenomgången bara extraarbete för läkarna. Apotekaren uppskattar att i ungefär hälften av fallen så följdes inte läkemedelsgenomgången av ett läkarbesök.

### **Kommentar**

I många fall fungerade alltså sammanfattningsvis apotekarens insatser precis som det var tänkt och helt i linje med förväntningarna, men på ett par områden skulle verksamheten ha behövt se annorlunda ut för att kunna fungera på bästa sätt. De svårigheter som har förekommit kan i stor utsträckning kopplas samman med det sätt som verksamheten kom att organiseras på och som fick konsekvenser för samarbetet mellan apotekare och läkare samt patienternas motivation. Den verksamhet som apotekaren har varit involverad i har genomförts som ett projekt, ett projekt som läkare och patienter förväntats delta i. Delar av projektet har genomförts på ett sådant sätt att det ej kunnat motivera berörda parter på ett positivt sätt. De fördelar som ändå rapporteras från läkar- och apotekarhåll gör dock att möjligheten att få en samverkan att fungera inte synes ouppnåbar. Vad som krävs är framför allt en större integrering av apotekaren i mottagningarna och i läkarnas arbete. För att samarbetet skall vara framgångsrikt så krävs, utifrån de erfarenheter som dragits i anslutning till denna studie, en större förankring bland läkarna, en bättre anpassning till deras arbetssituation samt utökade arbetsuppgifter för apotekaren. Det är först om läkarna själva har en frågeställning i anslutning till läkemedelsgenomgången som de kan förväntas vara motiverade att också åtgärda eventuella förslag på förändringar och det blir då också lättare att motivera patienterna.

### **Avslutande reflektioner**

Författare: Agneta Eklund och Christine Solberger

#### **Ett nytt sätt att arbeta**

Apotekare på husläkarmottagning innebar ett nytt sätt att arbeta. Det tog tid för all berörd personal att acceptera och komma in i detta. Det är därför inte förvånande utan helt förväntat att inte alla läkarna efter en kort projekttid såg apotekaren som det stöd hon eventuellt kunde ha varit. Glädjande var att de läkare som var positiva till samarbetet inledningsvis också var positiva till apotekarens insats när projektet avslutats och tyckte att förväntningarna uppfyllts. Även vissa läkare med negativa förväntningar blev mer positivt inställda under projektets gång. I detta sammanhang har verksamhetschefen en mycket viktig roll när det gäller att motivera och förankra det nya sättet att arbeta hos medarbetarna. Den korta projekttiden på fem månader innebar svårigheter att hitta bra rutiner i arbetet. Vissa brister framkom såsom t ex att läkemedelsgenomgången ofta skedde efter läkarbesöket och inte före, vilket hade varit en fördel. För att underlätta för patienten att komma till läkemedelsgenomgång borde den ha kopplats till andra besöksanledningar såsom t ex provtagning. Med detta kan man undvika en extra läkarkontakt för att korrigera läkemedelsbehandlingen. Med en längre projekttid hade apotekaren tillsammans med personalen också kunnat komma överens om andra arbetsuppgifter som avlastar läkaren.

#### **Läkemedelsgenomgångar**

För de patienter som blev kontaktade av husläkarmottagningen eller av apotekaren själv för bokning av tid var detta något som de före besöket inte hade hört talas om och inte hade så många tankar kring eller förväntningar på - de kom helt enkelt för att de hade blivit kallade. Efter läkemedelsgenomgången var de däremot mycket positiva och ville gärna rekommendera

andra att pröva detsamma. Bland skälen för patienternas positiva inställning fanns upplevelsen att de nu kände sig tryggare i sin medicinering, hade lärt sig nya saker och att det varit givande att i lugn och ro få tala om sina läkemedel med en förtroendeingivande person. Detta har sannolikt betydelse för patienternas framtida följsamhet till insatt behandling. Eftersom endast 3 av de 47 patienterna som erhöll läkemedelsgenomgång inte hade några läkemedelsrelaterade problem tyder detta på att behov av läkemedels-genomgångar föreligger.

En annan viktig aspekt för patienterna framkom i den efterföljande granskning av apotekarens arbete som utfördes av två erfarna läkare. De bedömde att ett samarbete kring läkemedelsgenomgångar mellan läkaren och apotekaren i många fall innebar minskad risk för sjukhusinläggning.

### **Öppen läkemedelsrådgivning**

Antalet personer som kom till den öppna rådgivningen var överraskande lågt. Detta diskuterades fortlöpande under projektiden med pensionärsorganisationerna. Från organisationerna visade man förvåning över att så få personer hade kommit till öppen rådgivning eftersom man uppfattade behovet som stort. Man bedömde att många pensionärer behövde tid att ta denna möjlighet till sig, och att projektiden var för kort. De patienter som deltagit i öppen rådgivning var dock mycket positiva till insatserna.

För apotekaren uppstod flera gånger situationer i den öppna rådgivningen då det framkom problem som bedömdes så signifikanta att en extra läkarkontakt kändes relevant att föreslå.

Eftersom pensionärsorganisationerna vid ett flertal tillfällen framfört behov av öppen läkemedelsrådgivning finns sannolikt detta behov. Man kan då fundera på varför besöksfrekvensen var så låg. En anledning kan vara att insatserna marknadsfördes relativt blygsamt i början. Om behovet finns kan man fundera på om insatserna kan organiseras på något annat sätt än genom en öppen mottagning, till exempel på apoteket eller genom planerad verksamhet på husläkarmottagningen.

### **Kostnadsbesparing**

Relevansen av de problem som upptäcktes, och de förändringsförslag som apotekaren lämnade till husläkarna granskades och bedömdes i efterhand av två erfarna läkare som inte på annat sätt medverkat i projektet. 20 av de 47 patienterna valdes slumpmässigt ut för granskning.

91% av de problem som apotekaren pekat på hos de 20 patienterna var signifikanta i olika grad, och alla lämnade åtgärdsförslag ansågs adekvata. Vidare bedömdes att en följsamhet till apotekarens förslag i denna grupp skulle förhindra minst 14 sjukhusinläggningar, som förutom konsekvensen för patienten också skulle innebära en kostnad på 420 000 SEK för landstinget räknat på genomsnittlig vårdkostnad på medicinkliniken (6 dagar x 5000 SEK).

### **Eventuella framtida satsningar**

Sammanställningen av patientdata visar, inte överraskande, att patienter med diagnoserna hypertoni och diabetes är vanligast förekommande. Ofta hade en och samma patient båda diagnoserna och dessutom hjärtsvikt och angina pectoris. En idé är att det vore värt att inrikta sig just på patienter med typ-2 diabetes eftersom de ofta har hjärt- kärl komplikationer och därmed ofta har en omfattande och komplicerad läkemedelsbehandling. Dessa patienter skulle då kunna bokas in på ett ”apotekarbesök” i samband med provtagning eller besök hos

diabetessköterska för att undvika ett extra besök på vårdcentralen. Vid ett flertal tillfällen var det uppenbart att diabetespatienten trodde sig känna till allt väsentligt om sin behandling men hade missförstått något väsentligt. Ett exempel var att de medicinerade med både metformin och Glucophage (det första ett generiskt preparat, det andra originalpreparatet - båda innehållande samma substans) eftersom båda förpackningarna fanns uthämtade från apoteket. Även patienter med ApoDosförpackade läkemedel skulle kunna vara en målgrupp för framtida satsningar, då denna grupp har många läkemedel. Avgörande för lyckade framtida satsningar är att läkarna är beredda att ta till sig den kompetens som apotekaren tillför och att man är beredd att samarbeta för att utnyttja den gemensamma tiden väl. En annan förutsättning är att apotekaren är tillgänglig på mottagningen mer än en dag per vecka.

# 1. Inledning

Författare: Agneta Eklund och Christine Solberger

Gruppen äldre (över 65 år) kommer att öka kraftigt enligt befolkningsprognosen. Åldrandet medför en ökad sjuklighet och ökad läkemedelsanvändning. Med ökat antal läkemedel per patient ökar också risken för att fler människor får olika typer av läkemedelsrelaterade problem. Följsamheten till ordinerad läkemedelsbehandling är enligt Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA) endast ca 50% vid långtidsbehandling (1). Den genomsnittliga läkemedelsanvändningen för hemmaboende äldre med ApoDos är enligt Apotekets ApoDosstatistik ca 10 läkemedel per person. Många äldre läkemedelsanvändare känner sig också osäkra på vad de äter för mediciner och anledning till medicineringen. Allt fler äldre bor kvar i sina hem i hög ålder och behöver stöd i sin medicinering.

Hösten 2004 gjordes en kartläggning av 214 konsekutiva patienter, 80 år och äldre, som lagts in akut på medicinkliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Av dessa inläggningar bedömdes 9,4% vara klart läkemedelsrelaterade. Av de 214 patienterna hade 46% legat inne åtminstone en gång (totalt 215 akuta inläggningar) under tolv månadersperioden som föregick kartläggningen (2).

I en metaanalys av studier där sambandet mellan sjukhusinläggning och läkemedelsanvändning rapporterats beräknades att 16,6% av sjukhusinläggningar för personer över 65 år orsakats av brister i läkemedelsanvändningen. För denna åldersgrupp bedömdes också att sjukhusinläggningen kunde ha undvikits med lämpliga interventioner i 88% av fallen. I ett holländskt material redovisades en genomsnittlig vårdtid på 8,7 dagar där orsaken till sjukhusinläggning var brister i läkemedelsanvändningen (3).

## 1.1 Projektbeskrivning

Läkemedelskommittén tog i samverkan med FoU-centrum äldre i Uppsala län initiativ till ett projekt, som genomfördes under 2004. Projektet skedde i samarbete med Apoteket AB. Farmaceutisk kompetens skulle finnas på två husläkarmottagningar som service och stöd till läkare och allmänhet 65 år och äldre. FoU-centrum äldre hade utifrån tidigare möten med representanter för pensionärsorganisationer erhållit önskemål från pensionärer angående möjlighet att få komma till en öppen mottagning och ta med sig sina läkemedel för översyn.

Syfte med projektet ”Apotekare på husläkarmottagning” är att:

Undersöka vad det betyder för de äldre att det finns apotekare på husläkarmottagning som kan genomföra läkemedelsgenomgång innan läkarbesök samt erbjuda öppen läkemedelsrådgivning utan tidsbeställning.

Undersöka vad det betyder för de läkare som arbetar på mottagningen att apotekare genomför läkemedelsgenomgång på särskilt utvalda patienter.

## 1.2 Frågeställningar

### Syfte 1:

- Vilka patienter söker sig till den öppna läkemedelsrådgivningen?
- Varför söker sig patienter till den öppna läkemedelsrådgivningen?
- Hur fick patienten kännedom om den öppna läkemedelsrådgivningen?
- Medför den öppna läkemedelsrådgivningen en ökad kunskap för pensionärerna när det gäller den egna läkemedelsbehandlingen? Hur ser i så fall denna kunskap ut?
- Medför den öppna läkemedelsrådgivningen en ökad trygghet för pensionärerna när det gäller den egna läkemedelsbehandlingen? Vad innebär i så fall denna trygghet?
- Hur uppfattade patienten besöket på den öppna läkemedelsrådgivningen?
- Hur uppfattade patienterna läkemedelsgenomgången?

### Syfte 2:

- Vilka patienter kallas av läkaren till en läkemedelsgenomgång?
- I hur stor utsträckning uppger läkaren att man följer apotekarens rekommendation? Vilka är skälen i de fall man inte följer apotekarens rekommendationer?
- Hur har läkemedelsordinationen förändrats för de patienter som får läkemedelsgenomgång?
- Förekommer läkemedelsrelaterade problem och hur ser i så fall dessa ut?
- Hur har vidtagna åtgärder bedömts förhindra ytterligare vårdbesök?

Vilka för- och nackdelar bedömer läkarna att projektet inneburit för deras arbete

## 1.3 Förarbete innan projektet inleddes

### Val av husläkarmottagningar

Projektet diskuterades med chefsläkare inom Primärvården. Det beslutades att ett erbjudande skulle gå ut till samtliga husläkarmottagningar om att delta i projektet.

Tanken var att en av husläkarmottagningarna skulle ligga i Uppsala och en utanför Uppsala. Tre husläkarmottagningar anmälde sitt intresse för projektet. Efter diskussion med chefsläkaren valdes Knivsta och Svartbäckens husläkarmottagningar ut.

### **Planering inför start**

En planeringsgrupp bestående av representanter från Landstingets läkemedelsenhet, FoU äldre, Apoteket AB, chefsläkare för Primärvård och verksamhetschefer vid de berörda husläkarmottagningarna sammanträdde vid några tillfällen under våren 2004. Det betonades att apotekaren skulle arbeta på läkarens uppdrag och att läkarens uppgift var att utse personer aktuella för läkemedelsgenomgång. Dokumentation och återkoppling till läkaren om föreslagna åtgärder diskuterades. Det bestämdes att apotekaren skulle använda meddelanderutan i Primärvårdens journalsystem (Profdoc) för återkoppling. Apotekaren skulle dessutom föra sin egen statistik över vidtagna åtgärder.

Det diskuterades också hur den öppna läkemedelsrådgivningen skulle organiseras. Från verksamhetscheferna fanns en oro att alltför många personer skulle komma strömmande till mottagningen och att man inte hade plats för detta. Det beslutades därför att inledningsvis marknadsföra den öppna rådgivningen i liten skala.

### **1.4 Utvärdering av verksamheten**

Innan projektet startade fastställdes att utvärdering av apotekarens arbete skulle ske genom FoU-centrum äldre. FoU-centrum tog på sig att besvara samtliga frågeställningar under syfte 1 och flertalet frågeställningar under syfte 2. Apoteket AB åtog sig att besvara resterande frågeställningar.

### **1.5 Uppläggning av apotekarens arbete**

Det fastställdes under planeringen att apotekaren från och med september 2004 till och med januari 2005 skulle finnas tillgänglig på Knivsta och Svartbäckens husläkarmottagningar en dag per vecka och mottagning.

Patienterna erbjöds möjlighet att före läkarbesök träffa apotekaren för genomgång av sina läkemedel. Urvalet av patienter som erbjudits läkemedelsgenomgång skulle styras av läkare. Utgångspunkten för urval var ålder minst 65 år och användande av minst 5 läkemedel eller misstanke om läkemedelsrelaterade problem. Samtalet med apotekaren beräknades ta ca 30 minuter och skulle vara kostnadsfritt för patienten. Apotekaren skulle sedan kommunicera resultatet av läkemedelsgenomgången med den ”remitterande” läkaren.

Tillfälle skulle också ges för personer som är 65 år och äldre att vid vissa angivna tidpunkter boka tid för att komma in med sina läkemedel och få svar på frågor om läkemedel från apotekaren ”Ta med dig påsen och kom”.

Apotekaren skulle också kunna bistå personal på husläkarmottagningen med farmaceutisk kompetens.

### **1.6 Marknadsföring av projektet**

#### **Läkemedelsgenomgångar**

Innan projektet inleddes träffade apotekaren samtliga läkare vid de berörda husläkarmottagningarna för att informera om verksamheten och diskutera hur man närmare skulle lägga upp arbetet såsom tidbokning för läkemedelsgenomgång mm. Projektplanen delades ut till samtliga läkare.

### **Öppen läkemedelsrådgivning ”Ta med påsen och kom”**

Det beslutades också att marknadsföring av den öppna läkemedelsrådgivningen skulle ske genom att affischer sattes upp på de berörda husläkarmottagningarna, närliggande boendenheter och apotek. Det beslutades också att en videofilm skulle produceras för att visas för besökare på Knivsta husläkarmottagning.

Möjligheter för personer att komma till öppen rådgivning av apotekare igångsattes i oktober. Det visade sig att endast ett fåtal personer kom till den öppna rådgivningen. Det beslutades då i den arbetsgrupp som ansvarat för planeringen att utöka annonseringen. Information gavs i flera sammanhang direkt till pensionärorganisationerna om att utnyttja denna möjlighet. Det informationsblad som satts upp på mottagningarna spreds till organisationerna. En pensionär som själv varit på öppen läkemedelsrådgivning var mycket positiv till detta och åtog sig att i olika sammanhang marknadsföra denna insats. En annons publicerades i Uppsala Nya Tidning och i Knivstabladet. Ett pressmeddelande sändes ut vilket ledde till att UNT gjorde ett reportage om apotekarens arbete med läkemedelsgenomgångar.

### Referenser

1. Arbetsgruppen för förbättrad läkemedelsanvändning. Rapport ”Förbättrad läkemedelsanvändning genom följsamhet till läkemedelsordinationen”, december 1999
2. Carlsson Johanna, Stedt Fredrik. Läkemedelsrelaterade problem som orsak till inläggning av äldre – en kvalitetsstudie på Akademiska Sjukhuset i Uppsala 2004.
3. Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm Worlds Sci 2002;24:46-54

## 2. Resultat

Författare: Ulrika Gillespie

### 2.1 Resultat läkemedelsgenomgångar

Totalt gjorde apotekaren en läkemedelsgenomgång på 47 kallade patienter i Knivsta och Svartbäcken. Dessa hade en medelålder på 81 år och 67% var kvinnor. 10 patienter hade ApoDos. Som mest hade en person 19 läkemedel (regelbundet samt vid behov). Genomsnittet var 10,14 (4-19) läkemedel per person.

De vanligaste diagnoserna var hypertoni (63%), diabetes (42%), hjärtsvikt (24%), förmaksflimmer och angina pectoris.

Acetylsalicylsyra, paracetamol och furosemid var de vanligaste läkemedlen.

Patientpopulationen är för liten för att det skall vara meningsfullt att redovisa resultat från Knivsta och Svartbäcken separat.

Från Knivsta ingår 26 patienter med medelåldern 79 år där 58% är kvinnor och från Svartbäcken 21 patienter med medelåldern 83 år, 76% kvinnor.

#### Läkemedelsrelaterade problem (LRP)

Totalt för de 47 patienterna identifierades 132 läkemedelsrelaterade problem (LRP).

I snitt blev det 2,75 LRP per patient. Tre patienter bedömdes inte ha några problem alls. För sammanställning av problemen se diagram 1.

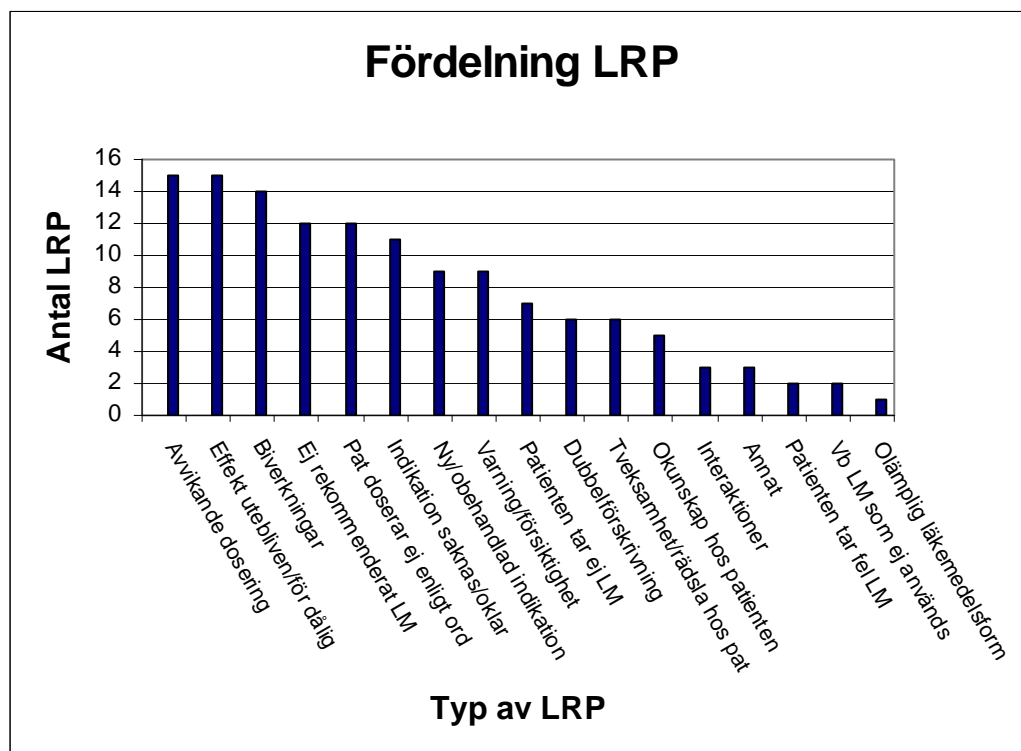


Diagram 1.

De vanligaste problemen, 15 stycken vardera, var ”avvikande dosering” och ”effekt utebliven/för dålig”. I det första fallet kunde det t ex vara att dosen ej var anpassad till

patientens ålder eller njurfunktion och i det andra fallet att patienten var förskriven analgetika, men ej tyckte att medicineringen gav tillräcklig smärtlindring.

Därefter kom ”biverkan”, 14 stycken. Där var patientens uppfattning avgörande men även att tidsaspekten stämde (t ex att ett nyligen upptäckt symtom observeras direkt efter insättning av ett nytt läkemedel) och att biverkningen fanns rapporterad i FASS. Det handlade i allmänhet om biverkningar som patienten upplevde som besvärande eller mycket besvärande.

Tolv av problemen var att patienten, medvetet eller omedvetet, inte doserade enligt ordination. Då det gällde missförstånd från patientens sida kunde detta åtgärdas direkt.

”Ej rekommenderat läkemedel”, 12 stycken, var i första hand läkemedel som var betydligt dyrare än de som Läkemedelskommittén rekommenderat och som inte bedömdes ha något mervärde för patienten (t ex Cipralextill patient som aldrig provat Citalopram).

”Indikation saknas/oklar”, 11 stycken, var oftast sådana att indikation hade funnits men upphört och att läkemedelsbehandlingen kvarstod. Ibland gick det inte att hitta någon orsak till att läkemedlet satts in och apotekaren bedömde att behandlingen ej var nödvändig.

11 stycken LRP var av kategorierna okunskap och tveksamhet/rädsla. Att patienterna inte hade tillräckliga kunskaper eller kände sig otrygga med sin behandling ledde i många fall till felaktig läkemedelsanvändning och onödig oro.

Nio stycken nya/obehandlade indikationer identifierades. Avsaknad av trombosprofylax för högriskpatienter var den vanligaste.

Problemområdet ”Varning/försiktighet”, 9 stycken, var i de flesta fall riskabel läkemedelsbehandling vid nedsatt njurfunktion.

I de fall då patienten medvetet helt lät bli att ta läkemedlet – sju stycken – var åtgärden att försöka motivera patienten till följsamhet till ordinationen. Det som förekom oftast var att patienten inte tog sina vattendrivande tabletter då de tyckte att det var besvärligt med täta toalettbesök.

”Dubbel förskrivning”, 6 stycken, var antingen att patienten intog originalpreparat plus generika av misstag (Glucophage + metformin, Zocord + simvastatin m fl) eller att läkare förskrivit två eller flera preparat med liknande effekt (ranitidin + Lanzo t ex). Termen dubbel förskrivning används dock inte då kombination av flera läkemedel är vanligt och till och med nödvändigt, t ex vid blodtrycksbehandling, utan endast då det framstår som ologiskt med mer än ett preparat.

Fler än 80 potentiella interaktioner identifierades men endast 3 bedömdes ha klinisk relevans. Resten sågs som mindre betydelsefulla och i vissa fall hade doserna justerats eller separerats (ciprofloxacin och calcium) för att lösa problemet.

### **Förslag till åtgärd**

Det vanligaste förslaget som apotekaren lämnade till läkaren var ”utsättning av läkemedel”, 36 stycken. Därefter följde ”byte av läkemedel”, 21 stycken, och ”insättning av läkemedel” 17 stycken. (Se diagram 2).

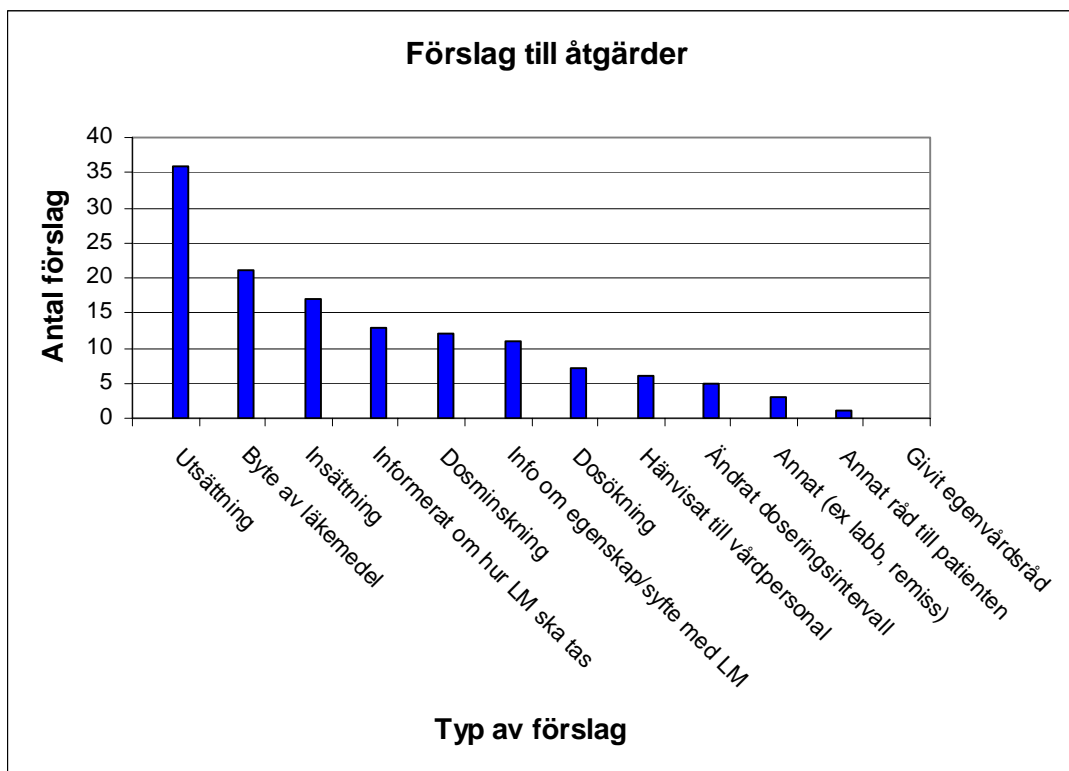


Diagram 2.

25 problem (19%) bedömdes vara av den art att de kunde lösas utan läkarkontakt. Resten, 107 (81%) stycken, krävde att läkaren vidtog någon åtgärd. Dock hade alla 44 patienter, som bedömdes ha LRP, minst ett problem som krävde läkarkontakt. Av de 107 föreslagna åtgärderna följdes 39 av läkarna. Resterande 68 förslag hade inte genomförts under projektiden (plus två månaders uppföljningstid). I många fall fanns ingen kommentar från läkaren som visade att problemet beaktats.

### Signifikansbedömning – oberoende granskning

Signifikans av identifierade problem och åtgärdsförslag, hos 20 slumpvis utvalda patienter av 47, bedömdes av en erfaren primärvårdsläkare och en erfaren slutenvårdsläkare (akut medicin) efter skalan:

7. Felaktig – Intervention som skulle, om den följs, kunna leda till en negativ effekt.
8. Ej signifikant – Rekommendationen är av informativ karaktär men ej särskilt relevant för patienten i fråga.
9. Något signifikant – Flera likvärdiga alternativ finns för rekommenderad intervention. Denna ranking skiljer sig från ”signifikant” där terapirekommendationer ligger till grund för förslag.
10. Signifikant – Interventionen leder till en mer accepterad och adekvat terapi enligt gängse praxis.
11. Mycket signifikant – Interventionen kan förhindra en potentiell eller existerande organdysfunktion. Interventionen tar hänsyn till objektiva data som visar på dysfunktion i ett eller flera av patientens organ.

## 12. Synnerligen signifikant – Intervention kan vara livsavgörande.

De 20 patienterna hade totalt 56 identifierade LRP. Av dessa bedömdes 1 vara Felaktig, 4 Ej signifikanta, 6 Något signifikanta, 31 Signifikanta, 11 Mycket signifikanta och 3 stycken Synnerligen signifikanta.

Exempel på mycket signifikanta problem (grad 5): En patient med hjärtsvikt och lågt blodtryck behandlades samtidigt med metoprolol och diltiazem. Kombinationen ger en negativ inotrop effekt och kan förvärra hjärtsvikt.

Exempel på synnerligen signifikant problem (grad 6): En fallbenägen, äldre patient behandlas med både Waran och Trombyl.

Åtgärdsförslagen till de problem där signifikansen bedömdes som 3, 4, 5 eller 6 = 91% av identifierade LRP ansågs alla vara adekvata. Om förslagen följdes ansågs minst 14 sjukhusinläggningar kunna förhindras. Dessa 14 patienter hade alla problem som bedömdes som mycket eller synnerligen signifikant (grad 5 eller 6). En genomsnittlig, akut inläggning på medicinkliniken beräknas kosta ca 30 000 SEK (baserat på 6 dagar à 5000 SEK). Den uppskattade kostnaden för sjukhusinläggningar som skulle kunna undvikas hos de 20 granskade patienterna uppgick därmed till 420 000 kronor.

## 2.2 Resultat öppen rådgivning

Till den öppna mottagningen kom 11 personer som besökt antingen Knivsta eller Svartbäckens husläkarmottagning, på eget initiativ för läkemedelsrådgivning med apotekare. Dessa personer var i genomsnitt 78 år, 55% kvinnor med 8,2 läkemedel i genomsnitt (3-20). De vanligaste diagnoserna var desamma som för läkemedelsgenomgångspatienterna. Vanligaste läkemedelssubstanserna för den här gruppen var simvastatin (55%), acetylsalisylsyra (36%), glycerylnitrat (36%), furosemid (27%) och paracetamol (27%).

### Läkemedelsrelaterade problem

De 11 personerna hade totalt 18 LRP - 1,6 per person.

De i särklass vanligaste problemen var ”okunskap hos patient”, 6 stycken, följt av ”tveksamhet/rädsla hos patient”, 3 stycken. Det var ofta känslan av att de inte kände till tillräckligt om sin behandling eller att de var oroliga för något som gjorde att de sökte sig till den öppna rådgivningen. För fem personer resulterade besöket i att en läkartid bokades/skulle bokas.

## 2.3 Diskussion

### Inbokning av patienter för läkemedelsgenomgång

Rutinen för att boka in patienter till läkemedelsgenomgångarna såg olika ut på de två mottagningarna. I Knivsta sköttes det av ordinarie personal, medan apotekaren själv ringde upp utvalda patienter i Svartbäcken. Hos vissa patienter, framför allt de som hade lång väg till vårdcentralen, upplevde apotekaren vid sina telefonsamtal ibland ett motstånd hos patienterna mot att göra ett extra besök på vårdcentralen. Man förstod inte heller varför apotekaren ringde.

Det hade sannolikt varit bättre om vårdcentralens egen personal ansvarat för tidbokning för läkemedelsgenomgångarna, och då i samband med annan besöksanledning som t ex provtagning, besök hos diabetessjuksköterska eller liknande.

Det hade också varit bra för apotekaren att ha annat arbete att fylla upp hålrum i kalendern med, och ta till när patienterna uteblev.

### **Praktiska erfarenheter vid läkemedelsgenomgångarna**

Den tid som fanns avsatt för patientmottagningen, 30 minuter, upplevdes som rimlig. En kvarts förberedelser med läsning i journalen inför varje patient räckte väl till, och patientbesöken klarades i regel av på c:a 20 minuter.

Att be patienterna ta med sig alla sina aktuella läkemedel till besöket visade sig vara mycket bra. Dels var det ett bra pedagogiskt grepp att prata om medicinerna "med burken i handen", dels upptäcktes avvikelser mot läkemedelslistan i journalen och emellanåt även dubbelmedicineringar på detta sätt.

### **Kommunikationen med läkarna**

Det är viktigt att läkarna själva definierar vad de vill ha hjälp med av apotekaren. Apotekaren fann att det var svårt att vid projektets start få ett tydligt formulerat uppdrag från läkargruppen. I början var också flera av läkarna avvaktande till projektet.

Att skriva i meddelanderutan i journalsystemet (Profdoc) medförde att det var svårt för apotekaren att fatta sig kort. Skrivna meddelanden blev lite längre än vad som egentligen varit nödvändigt.

Längden på meddelandena kan möjligen ha varit till nackdel för att få önskad återkoppling på förslagen tillbaks via e-posten. Apotekaren uppfattade det som att läkarna inte hade tid att skriva svar. Läkare som ombads ge skriftlig återkoppling på förslagen men inte gjorde det, kunde istället ofta på förfrågan ge det muntligen, vilket befanns vara den bästa modellen.

Tyvärr var det vissa läkare som aldrig hann träffa apotekaren personligen, eftersom de under projekttiden inte varit i tjänst samma dagar som apotekaren. Att bara kommunicera med dessa läkare skriftligt upplevdes av apotekaren som otillräckligt.

I det här projektet eftersträvades skriftlig återkoppling för att dokumentera förslag och åtgärder. Apotekarens intryck är att muntlig återkoppling är det som i praktiken fungerar bäst, i kombination med att skriva i journalen, istället för att använda meddelandefunktionen i Profdoc.

Om projektet hade pågått under längre tid hade sannolikt kommunikationen kunnat förbättras betydligt.

### **Patientunderlag**

Tanken var att apotekaren skulle träffa åtta patienter per dag, det vill säga 16 patienter per vecka, hälften remitterade av läkare och hälften pensionärer som kom på eget initiativ till den öppna läkemedelsrådgivningen.

I praktiken blev det långt färre, i snitt två per dag.

Ett flertal faktorer bidrog till att en stor del av den för läkemedelsgenomgångar avsatta tiden förblev outnyttjad;

- Läkarna var ovana vid att remittera patienter till en apotekare, det blev bortglömt i den stressiga vardagen.
- En helrenovering av Knivsta husläkarmottagning mitt under projektet gjorde att projektet hamnade i skymundan.
- En del patienter tackade nej till att komma eftersom det skulle krävas en extra resa med färdtjänst eller för att de inte orkade eller kände behov av att prata om sina läkemedel.
- Det är svårt och tar tid att införa en ny profession på en redan fungerande arbetsplats, delvis beroende på att det bara var en dag per vecka som apotekaren befann sig på husläkarmottagningen.
- Det var ibland svårt att rekrytera patienter eftersom läkarna även har många personer under 65 år och personer med få läkemedel inbokade.

### **Utfall**

En femtedel av alla upptäckta problem gick att åtgärda/klara upp utan att läkaren behövde kopplas in. Övriga problem samt förslag till åtgärd delgavs läkaren i ett elektroniskt meddelande. Då läkaren fanns tillgänglig diskuterades samtliga problem muntligt såväl som skriftligt. Utfallet – att många problem inte åtgärdades eller ens kommenterades av läkaren – är inte tillfredsställande men berodde ofta på att läkaren inte befann sig på vårdcentralen den dag som patienten träffade apotekaren. Detta var relativt vanligt. Ibland stod åtgärd eller problem nämnt i patientens journal en tid senare (uppföljning gjordes två månader efter avslutat projekt för att kontrollera detta) och då framgick vad resultatet blivit, men ofta fanns ingen anteckning som visade att läkaren tagit del av apotekarens meddelande. I framtiden behöver informationsutbytet mellan apotekare och läkare förbättras för att minska risken för missförstånd och för att relevanta problem inte ska tappas bort. Vissa problem som identifierats av apotekaren kanske inte var kliniskt relevanta men då är det ändå viktigt att apotekaren får signal om detta så att kvaliteten på föreslagna åtgärder kan höjas. I de fall diskussion kom till stånd valde läkaren oftast att följa apotekarens råd.

### 3. Utvärdering av läkemedelsgenomgångar och rådgivningar

Författare: Marianne Winqvist

Den utvärdering av verksamheten inom projektet ”Apotekare på husläkarmottagning” som i det följande skall presenteras består av två delar. Den första delen behandlar de *läkemedelsgenomgångar* där läkare skulle välja ut patienter som sedan, inför ett läkarbesök, blev kallade till en läkemedelsgenomgång tillsammans med apotekare. Utvärderingen av denna del bygger på enkäter till patienterna samt intervjuer med läkare och apotekaren. I den andra delen redovisas erfarenheterna av den öppna *läkemedelsrådgivningen*. De äldres synpunkter har inhämtats via både enkäter och intervjuer och apotekaren har intervjuats.

Studien har genomförts av FoU äldres vetenskapliga handledare, Kerstin Gustafsson och Marianne Winqvist. Dessa personer har inte haft något med planeringen, implementeringen eller genomförandet av själva projektet att göra utan är endast engagerade för att utföra utvärderingen av några av projektets frågeställningar och resultat.

#### 3.1 Läkemedelsgenomgång på husläkarmottagning

De frågeställningar som skall besvaras gällande läkemedelsgenomgångarna är huvudsakligen hur patienterna uppfattade dem och vilka för- och nackdelar som läkarna bedömer att apotekarens verksamhet har haft. Likaså kommer apotekarens erfarenheter kring detta att presenteras.

Den ursprungliga tanken på hur verksamheten skulle organiseras var att patienter som var 65 år och äldre och som använde fem läkemedel eller fler eller hade läkemedelsrelaterade problem skulle kallas till en läkemedelsgenomgång en eller ett par veckor före ett inbokat läkarbesök. Läkarna i de båda husläkardistrikten förväntades välja ut patienterna och dessa skulle sedan få en kallelse eller förfrågan från mottagningen om att komma för en läkemedelsgenomgång vid en fastställd tidpunkt. Apotekaren gjorde sedan genomgången av läkemedlen tillsammans med patienten. Läkemedelsgenomgången var kostnadsfri för patienterna, men förutsatte att de kom till husläkarmottagningen en ”extra gång” innan läkarbesöket. Efter genomgången sammanfattade apotekaren sina slutsatser och förmedlade dem till läkaren, via e-post, den interna meddelandefunktionen och/eller muntligt. I praktiken kom, vilket senare skall visas, delar av hela denna rutin att variera och utformas på olika sätt i de båda distrikten.

Varje person som deltagit i en läkemedelsgenomgång ombads av apotekaren att efter genomgången besvara en enkät. Frågorna behandlar bland annat orsakerna till besöket, hur själva läkemedelsgenomgången uppfattades samt vilka eventuella konsekvenser som genomgången kommer att ha. Berörda läkare intervjuades vid två tillfällen; dels före verksamheten start för att få ta del av läkarnas inställning och förväntningar på projektet och dels efter projektets slut. Även apotekaren som genomförde läkemedelsgenomgångarna intervjuades vid två tillfällen. Vid det första tillfället hade verksamheten just startat och vid det andra intervjutillfället var projektet genomfört. I det följande kommer resultaten från respektive delstudie att redovisas separat för att sedan kortfattat diskuteras tillsammans.

### 3.1.1 Patienternas synpunkter på läkemedelsgenomgångarna

Tanken med de enkäter som patienterna ombads att fylla i var att de skulle besvaras på husläkarmottagningen för att sedan läggas i en särskild låda.<sup>1</sup> Det visade sig att många hellre föredrog att besvara enkäten hemma. Även om dessa personer utrustades med ett frankerat kuvert kanske det inte alltid blev av att sända tillbaka enkäten. Bortfallet är stort. Av de 47 personer som deltog i en läkemedelsgenomgång har 25 personer besvarat enkäten. Andra förklaringar till bortfallet kan enligt apotekaren vara att många av patienterna var mycket sjuka, en del hade svårt att uttrycka sig och kanske att skriva. Under en period pågick också en renovering av en av husläkarmottagningarna och det var svårt att finna en plats att sitta och skriva på, men bortfallet är ungefär lika stort i de båda husläkardistrikten.

Av dem som har besvarat enkäten är 22 kvinnor och tre är män. De allra flesta är ensamboende och medelåldern är 81 år. Sju av respondenterna använde fler än tio läkemedel. Endast fyra personer uppgav att de använde någon form av naturläkemedel. En knapp majoritet använde någon form av hjälpmedel för att hålla reda på medicineringen och vanligast var Dosett. Endast tre personer fick hjälp av någon utomstående med medicineringen.

Initiativet till läkemedelsrådgivningen kom inte från patienterna själva och detta kanske kan förklara att 17 av respondenterna på frågan om orsaken till läkemedelsgenomgången, inte besvarat frågan alls eller endast angivit att de blivit kallade eller fått en förfrågan. De flesta (15 personer av 20 som besvarat frågan) hade inte heller någon specifik fråga som de ville ha svar på innan läkemedelsgenomgången. En minoritet (åtta personer) ansåg att de fått reda på något under läkemedelsgenomgången som de inte vetat tidigare och endast två personer tror att de kommer att förändra något när det gäller medicineringen som ett resultat av läkemedelsgenomgången.

När det gäller uppfattningarna om själva läkemedelsgenomgången och hur den genomfördes så är respondenterna mycket positiva. En mycket stor majoritet av dem som besvarade frågan ansåg att genomgången i hög grad eller i viss mån var givande, lärorik, förtroendeingivande och något som de kunde rekommendera för andra. Inte någon tyckte att läkemedelsgenomgången varit påfrestande eller svårbegriplig. På en öppen fråga framfördes inte heller något alls som hade varit negativt med läkemedelsgenomgången.

Det sammanfattande intrycket av svaren på de enkäter som inkommit är att respondenterna inte har varit helt motiverade inför läkemedelsgenomgången (och därmed kanske heller inte för att besvara enkäten). Det är få som inför besöket har haft några specifika frågor gällande sin medicinering och endast två personer tror att rådgivningen kommer att ge några praktiska konsekvenser. Intrycken av själva rådgivningssituationen är sammantaget dock mycket positiva. Bland de kommentarer som givits kan märkas flera där respondenterna blivit tryggare inför sin medicinering eller i allmänhet har tyckt att det har varit givande att i lugn och ro få tala om sina läkemedel med en förtroendegivande person.

Enkäterna är ofta knapphändigt ifyllda och det stora bortfallet medför att resultaten skall användas med försiktighet när slutsatser dras om verksamheten som helhet.

---

<sup>1</sup> Enkätfrågorna och svaren tillsammans med följebrevet återfinns i bilaga 1 och 2.

### 3.1.2 Läkarnas synpunkter på läkemedelsgenomgångarna

I planeringen inför starten av projektet betonades att apotekaren skulle arbeta på läkarens uppdrag. Att ha en apotekare direkt knuten till husläkarmottagningarna för att göra läkemedelsgenomgångar är något nytt i Uppsala läns landsting och tanken var att apotekaren skulle kunna utgöra en resurs för läkarna i deras arbeten. Det fanns dock inte inför starten några specifikt utformade, explicita målsättningar när det gäller konsekvenser av projektet för läkarnas del. I projektets syfte ingår att undersöka vad det betyder för de läkare som arbetar på mottagningen att apotekare genomför läkemedelsgenomgångar och den frågeställning som skall besvaras är vilka för- och nackdelar som läkarna bedömer att projektet har inneburit för deras arbete.

Eftersom verksamheten är helt ny och den innefattar ett samarbete mellan två olika yrkesgrupper, läkare och apotekare, var det av intresse att inför projektets start studera vilka förväntningar som läkarna hade på den kommande verksamheten. Telefonintervjuer gjordes därför med läkarna på de båda mottagningarna. Efter det att projektet avslutats genomfördes åter intervjuer med läkarna för att ta reda på hur de uppfattade verksamheten och vilka erfarenheter som de har gjort av samarbetet med apotekaren. I det följande skall resultaten av dessa intervjuer redovisas.

#### *Läkarnas förväntningar inför projektet*

Vid tiden inför projektets start var tio läkare verksamma på Svartbäckens husläkarmottagning och i Knivsta skulle åtta läkare komma att beröras av projektet. Sexton av dessa läkare intervjuades per telefon i maj 2004. En av de två läkare som inte intervjuades var vid tiden för intervjun borta från sin arbetsplats och med den andre läkaren lyckades inte etablera någon kontakt. En av läkarna som inte kom att ingå i studien var verksam i Knivsta och den andra i Svartbäcken.

Det var inte helt lätt att finna en tid för intervju med läkarna. På en av husläkarmottagningarna bestämde en undersköterska en tidpunkt då respektive läkare skulle ringa upp intervjuaren och på den andra mottagningen försökte intervjuarna själva att få kontakt och finna en lämplig tid för ett samtal (med viss hjälp av en sjuksköterska). Den tid som läkarna kunde avsätta för dessa intervjuer var i allmänhet mycket kort och ingick ibland i patienternas telefontid. Det fanns med andra ord ej utrymme för några längre samtal. De frågor som ställdes var:

1. Vilka förväntningar har du på det kommande projektet där en apotekare kommer att göra läkemedelsgenomgångar tillsammans med patienter inför besök hos Dig?
2. Vad tror du att en apotekare kan bidra med?
3. Vilka fördelar ser du med dessa läkemedelsgenomgångar (för läkare, patient och andra personer)?
4. Vilka nackdelar/problem ser du med dessa läkemedelsgenomgångar (för läkare, patient, och andra personer)?

När det gäller förväntningarna på det kommande projektet så uttryckte fem av läkarna vid Svartbäckens husläkarmottagning att de inte hade några speciella förväntningar eller var nollställda och en läkare hyste farhågor om att verksamheten skulle komma att komplicera läkarens arbete. Övriga fyra läkare i Svartbäcken och samtliga läkare i Knivsta angav däremot positiva förväntningar på den kommande verksamheten. Några av de positiva förväntningarna berörde själva utvärderingen av projektet där det bedömdes som viktigt att få en kartläggning av hur patienternas medicinförbrukning ser ut och en önskan om en hälsoekonomisk kalkyl.

En annan kartläggningseffekt som förväntades var att kunna se om det finns behov av en apotekare på mottagningarna.

För patienternas del fanns bland läkarna förväntningar på att apotekaren skulle kunna upptäcka interaktionseffekter och biverkningar av olika läkemedel, ge förslag på minskning av antalet läkemedel, ta reda på hur och vilka läkemedel patienterna tar, diskutera värdet av naturläkemedel samt informera patienterna för att förbättra följsamheten till ordinationerna. En av läkarna uttryckte en förväntan om att detta skulle bli säkrare för patienterna och samtidigt minska kostnaderna för medicineringen. Positiva förväntningar som gällde läkarnas arbetssituation var att apotekarna har kunskap att lära ut, att läkarna skall bli medvetandegjorda om interaktionseffekter och få hjälp med att planera medicineringen samt att läkarna skall avlastas i sina arbeten genom att någon annan gör den genomgång av medicinerna som läkarna inte själva hinner med.

På frågan om vad läkarna tror att en apotekare kan bidra med så svarade de flesta att hon/han kan bidra med farmakologisk kunskap och information. Informationen kan tillgodogöras av både läkare och patienter och kan behandla interaktionseffekter, biverkningar, doseringar och långa medicinlistor där flera läkare har gjort ordinationer. Ett par av läkarna nämnde också att apotekarna, genom sina erfarenheter av att möta patienter i andra sammanhang än vad läkarna gör och genom att de har en annan roll gentemot patienterna än vad läkarna har, också har andra möjligheter att påverka patienterna när det gäller hur och vilka mediciner de skall ta. De har också mer tid för att tala om medicinerna än vad läkarna har. En av läkarna uppgav att hon hade svårt att se vad en apotekare skall kunna bidra med och ett par andra att hjälpen redan finns att tillgå på Apoteket, via datorprogram, i litteratur och genom kontakter med kliniska farmakologer.

När det gäller fördelarna med läkemedelsgenomgångarna så kan, förutom de som redan är beskrivna ovan, nämnas synpunkten att fyra ögon ser mer än två och att läkaren kan få stöd av apotekaren att förändra i patienternas medicinlistor. Inför apotekaren kanske patienten kan vara mer öppen om sina mediciner än vad hon/han är gentemot läkaren som har ordinerat dem. Läkarnas tidspress nämndes också och att de idag inte alltid hinner informera patienterna så mycket som skulle behövas. I bästa fall frigörs tid för läkaren och han/hon kan av apotekaren få information om vad patienten har förstått eller ej. En av läkarna nämnde också att det kan vara bra för apotekaren att få arbeta nära en läkare och patienten. Även anhöriga angavs kunna ha fördelar av läkemedelsgenomgångarna då det kan vara bra att få hjälp med att klara ut hur medicinerna skall tas. Likaså kanske det underlättar för det lokala apoteket att ha välinformerade kunder. Samhällsekonomiskt sett borde verksamheten också bli lönsam.

Även om de flesta av läkarna kunde ange flera fördelar med läkemedelsgenomgångarna så fanns det också en del tänkbara nackdelar eller problem. En risk som framfördes är att patienten får information av apotekaren som komplicerar läkarens arbete. Det är enligt en läkare viktigt att förslaget på åtgärder lämnas till läkaren och inte till patienten. Det kan till exempel vara en nackdel för patienten att känna till för mycket biverkningar och en risk som läkaren ser är att patienten kanske inte följer ordinerad behandling om apotekaren tar upp alla biverkningar. Det är viktigt att läkaren får ge informationen för att kunna selektera vilka biverkningar som hon/han vill ta upp med patienten. En negativ följd av läkemedelsgenomgången som denna läkare alltså befarade är att följsamheten till ordinationerna skall bli sämre.

Flera av läkarna påpekade som ett problem att apotekarna inte har samma kliniska erfarenhet som läkarna och att detta kan komplicera samarbetet då apotekaren inte på samma sätt kan se medicinen i ett större sammanhang. Den finns en brist på klinisk koppling till sjukdomar som är svår att läsa sig till och kräver klinisk erfarenhet. Vissa negativa interaktionseffekter kan till exempel vara teoretiskt sett riktiga, men sakna klinisk relevans eller kanske till och med utgör en av läkaren önskvärd effekt. Det är viktigt att patienten får samma besked av läkaren som av apotekaren och läkaren kanske har gjort sina bedömningar på andra grunder än vad apotekaren gör. Det skulle också kunna medföra onödigt oro hos patienten. Läkarna känner till många interaktioner mellan läkemedel och har tagit med dem i beräkningen av medicinens tänkbara positiva och negativa effekter, men för patienten kan det leda till oro om hon/han får kännedom om dem. En av läkarna nämnde att apotekarna befinner sig långt från patienternas verklighet och att läkarna känner sina patienter. Denna läkare var inte beredd att ”stå och dividera med apotekaren om allt möjligt”. Samma läkare har också negativa erfarenheter av tidigare kontakter med apoteket där hon upplever att personalen ibland ger rekommendationer i strid mot läkarens råd och ordination.

Andra nackdelar som nämndes är att det kommer att ta tid för läkarna att leta fram patienter till apotekaren samt farhågan att det också kommer att ta tid att läsa och ta ställning till apotekarens eventuella förslag samt att det kommer att ta mer tid vid nästa läkarbesök då läkaren också måste följa upp apotekarens rekommendationer tillsammans med patienten. Arbetsuppgifterna får inte bli fler. En av de intervjuade läkarna var mycket tydlig när hon beskrev hur detta projekt är ett i raden där läkarna förväntas att hjälpa till och att vara engagerade. Hon sade vidare: ”alla skall ha uppfattningar om hur vi skall göra. Vi är inte pigga på detta, det handlar om att tiden är begränsad. Skit i hur vi jobbar.”

För patienterna nämndes omaklet att göra ett extra besök på mottagningen som dessutom redan är hårt belastad. ”Kringpersonalen” får inte åläggas fler arbetsuppgifter.

Av de tillfrågade läkarna är det fyra som inte kunde nämna några som helst nackdelar med läkemedelsgenomgångarna. Nämnas bör också att även om läkarna kan se vissa tänkbara nackdelar så behöver det inte innebära att de inte ställer sig positiva till projektet i sin helhet.

#### *Läkarnas synpunkter efter projektets avslutande*

En kortare tid efter det att apotekaren hade avslutat projektet med läkemedelsgenomgångarna på husläkarmottagningarna tillfrågades läkarna åter om en tid för en intervju. Åtta av de tidigare intervjuade läkarna har intervjuats igen varav fem har intervjuats på sina arbetsplatser (dessa intervjuer spelades in på band) och tre har intervjuats per telefon. Det var svårt att få kontakt med många av läkarna och att finna en tid för intervju. Några av de tillfrågade läkarna hörde inte av sig trots upprepade förfrågningar och påminnelser. Tre läkare hade slutat sina anställningar på mottagningarna och hade endast haft ett fåtal om några läkemedelsgenomgångar och ett par andra läkare var borta från arbetsplatserna av andra skäl vid tiden för intervjun. Av de intervjuade läkarna är fem verksamma vid Svartbäckens husläkarmottagning och tre i Knivsta. Även om antalet intervjuade läkare är färre än vid den första intervjugenomgången, så har de läkare som intervjuats en andra gång haft att göra med de flesta av läkemedelsgenomgångarna som apotekaren har genomfört. Sammanlagt uppger de intervjuade läkarna att de har fått ett 40-tal läkemedelsgenomgångar gjorda med apotekarens hjälp. Eftersom sammanlagt endast 47 läkemedelsgenomgångar utfördes finns de allra flesta genomgångarna representerade i de intervjuade läkarnas utsagor. Detta kan i sin tur betyda att läkare som av olika skäl inte anlitat apotekaren inte heller finns representerade

bland intervjupersonerna. Som kommer att framgå i det följande finns det dock även med intervjupersoner som endast har låtit apotekaren genomföra ett fåtal genomgångar.

De frågor som samtalen med läkarna kretsade kring var:

1. Har läkemedelsgenomgångarna motsvarat förväntningarna? Hur har de fungerat?
2. Hur många patienter har du remitterat? Vilka? Varför?
3. Hur har du hanterat den information/rekommendation som du har fått av apotekaren? Har du gjort några åtgärder? Vilka? Om inte, varför har du inte följt apotekarens rekommendationer?
4. Hur har organisationen kring genomgångarna fungerat? Har du förslag på förbättringar/förändringar?
5. Vilka fördelar hade projektet för patienterna och för dig som ansvarig läkare?
6. Vilka nackdelar innebär projektet för patienterna och för dig som ansvarig läkare?
7. Anser du att en sådan här verksamhet borde finnas på husläkarmottagningarna? Varför? Varför inte? Vad kan apotekaren bidra med?

Generellt sett kan sägas att läkarnas förväntningar på apotekarens insatser har infriats. De som var positivt inställda inför projektets start tyckte efteråt att kontakten med apotekaren har varit givande och de som var mindre entusiastiska eller skeptiska har inte remitterat så många patienter och har inte heller haft ett lika stort utbyte av apotekaren som de övriga. En av läkarna som inte hade några specifika förväntningar från början tyckte att projektet utföll över hennes förväntningar. Läkemedelsgenomgångarna fungerade bra och hon ”fick grundligt tillbaka”. Den största avvikelser från förväntningarna bland dem som var positiva är att de inte utnyttjade apotekaren i större omfattning än vad de gjorde.

K<sup>2</sup>: Tycker du att dina förväntningar på det här projektet har infriats?

I: Ja, det tycker jag. Jag tycker att det har varit väldigt roligt. Det som vi inte har lyckats med riktigt är att vi inte har fångat upp patienter. För dom patienter som hon har träffat så har förväntningarna infriats. Det har fungerat bra tycker jag. Däremot känner jag att vi hade kunnat fånga upp fler patienter om vi hade haft mer tid.<sup>3</sup>

Antalet remitterade patienter från de intervjuade läkarna varierar från två till tio. De flesta av läkarna valde själva ut de patienter som skulle träffa apotekaren, men det förekom också att läkaren lät ansvarig sjuksköterska kalla de patienter som hade fler än fem läkemedel och som inom kort skulle komma på ett läkarbesök. I dessa fall hade läkaren inte några specifika frågeställningar till apotekaren, men tyckte ändå att det var bra med en allmän genomgång av medicinerna.

I stora drag kan det sägas förekomma två övergripande anledningar till att anlita apotekaren för en läkemedelsgenomgång. Den första är för att få en ”second opinion” och där apotekaren går igenom hela medicinlistan för att se om det förekommer negativa interaktionseffekter, läkemedel som kan sättas ut etc. Den andra övergripande anledningen är att läkaren skall få en uppfattning om vad patienten egentligen tar för läkemedel. Att vissa läkemedel är ordinerade betyder inte att de används av patienten och de kan också användas på fel sätt. Likaså kan patienterna använda naturläkemedel eller receptfria preparat som även de kan påverka övrig medicinering och som kanske inte läkaren känner till. Flera av de intervjuade läkarna påpekar

---

<sup>2</sup> K eller M = intervjuaren, I = den intervjuade

<sup>3</sup> Citaten har för läsbarhetens skull i viss mån bearbetats från tal- till skriftspråk. Dock ej på ett sådant sätt att den ursprungliga innebörden gått förlorad.

att patienten kanske har lättare att ”erkänna” för en apotekare att hon/han tar eller inte tar viss medicin än vad de har för att berätta det för läkaren.

Då valde jag ut sådana som när man tittade på medicinlistan; oj, oj, oj. Så vet man att det kommer från Ackis och det kanske kommer från någon psykiater och det kanske kommer från någon privatläkare och så är det en enda röra. Och så har man inte riktigt tid att ta itu med det. Och så är det lite svårt att kliva in på andras områden också. I dom fallen var det väldigt bra att ha apotekaren. Då kunde hon gå igenom och se hur dom här gick ihop och hon kunde fråga patienten framför allt vad hon eller han tog av allt det här. Det är inte alltid dom tar av allt det som är ordinerat. Sedan skrev hon jättebra kommentarer till oss.

M: Var det patienter som du hade några speciella frågeställningar till eller hur såg det ut, orsaken till att du valde just dom du valde?

I: Det var inte så lätt för oss i allmänhet. Inte ens för mig som har så många geriatriska patienter, att hitta patienter till henne, faktiskt. Det var vissa kriterier, mer än fem läkemedel, utöver åldern. Alla gamla har inte mycket mediciner heller. Jag använde hennes kompetens framför allt när det var oklarheter kring medicineringen. Jag hade några patienter som var relativt nyutskrivna från Akademiska där det rådde oklarheter kring vilken medicinering dom egentligen hade kommit hem med och hur dom tog dom. Om dom tog preparaten som ordinerats. Så hade jag någon som var på nybesök här där det var en väldigt rörig medicinlista i journalen och jag inte hade riktig koll på vad patienten egentligen tog. Sedan kom det fram en massa andra spännande saker också under resans gång.

Det förekom också att läkare mer pliktskyldigast lät apotekaren göra några genomgångar:

Hon bad att vi skulle hitta patienter till henne och då hade jag ett par som råkade passera min mottagning och jag tänkte att hon kunde prata med dom. Men det var utifrån apotekarens begäran och inte utifrån mitt eget behov.

Efter läkemedelsgenomgången skrev apotekaren ner sina slutsatser och reflektioner och meddelade dem till läkarna. På frågan om vad läkarna gjorde med den informationen så blev det vanligaste svaret att många av rekommendationerna ledde till åtgärder från läkarens sida, men inte alla. En läkare nämnde ett exempel där en mycket sjuk man stod på ett läkemedel som apotekaren tyckte kunde vara farligt för hans njurfunktion. Det preparatet sattes ut och ersattes av ett annat. Samma läkare nämnde också en rekommendation om en provtagning som hon inte följde eftersom patienten enligt de riktlinjer som används på husläkarmottagningen, var för gammal. Här tyckte läkaren att apotekaren hade passerat en gräns för läkarens ansvarsområde.

Det var vanligt att läkarna satt ut preparat efter apotekarens genomgångar, men det förekom också att preparat sattes in. Som exempel på detta kan nämnas en dam som hade problem med sömnen och där apotekaren rekommenderade en sömntablett. Flera av läkarna nämnde också fall där apotekaren har upptäckt att patienterna har tagit dubbel dos av mediciner efter det att apoteken har bytt ut originalpreparat till generika.

Även om läkarna var öppna för apotekarens förslag så förekom det också situationer då rekommendationerna inte följdes:

Jag fick på min meddelandelista då att apotekaren hade förslag och då kan jag säga att i de flesta fall tog jag hennes förslag ad notam. Men jag vet att det var i något fall som jag inte följde hennes förslag för i diskussionen med patienten så kom det fram saker och ting som gjorde att vi ändå valde en annan väg. Och det är så jag tycker att man skall se det också, att det skall vara ett förslag som kan bli föremål för diskussion med patienterna.

K: Vad gjorde du med den information som kom tillbaka från apotekaren?

I: Jag försökte omsätta den. Sedan kunde det vara svårt ibland. Jag hade några patienter där vi visste att det skulle vara svårt eftersom de var lite glömska, men där man försökte omsätta det. Sedan kunde jag tänka till och ibland sa patienterna en sak till henne och en annan till mig. Då måste man ju värdera det, men jag försökte så långt det var möjligt att fundera kring om jag tyckte att det var vettigt och sedan åtgärda det, om jag tyckte det. /.../ Mest var det nog att sätta ut eller minska doser. I enstaka fall att se om dom inte hade någon medicin som dom måste ha i den åldern.

En av läkarna säger att hon inte hade någon större nytta av de kommentarer som apotekaren hade givit.

Endast vid ett tillfälle framkommer ett exempel på att apotekaren enligt läkaren inte haft tillräckligt stor klinisk erfarenhet när hon föreslagit en minskning av ett läkemedel. Att detta endast varit aktuellt vid ett tillfälle är intressant eftersom en vanlig farhåga inför projektet var att apotekaren befarades att inte ha tillräckligt stora kliniska kunskaper. Det var istället vanligt att läkarna fällde positiva kommentarer om apotekarens breda kompetens.

När det gäller själva organisationen av läkemedelsgenomgångarna så följdes inte de ursprungliga planerna helt. Som nämnts förekom det att inte läkaren själv valde ut patienter. Det största hindret eller svårigheten som samtliga läkare vittnar om är problemen med att hinna och att få fram patienter till apotekaren. Eftersom patienterna skulle göra läkemedelsgenomgången innan ett läkarbesök krävdes viss framförhållning av läkarna. Några gick helt sonika igenom sina patientlistor och prickade för dem som hade fler än fem läkemedel medan andra försökte finna patienter med farmakologiska frågeställningar där apotekaren skulle kunna utgöra en resurs. Någon av läkarna remitterade bara patienter efter det att hon hade haft ett läkarbesök och då det hade blivit uppenbart att apotekaren skulle kunna göra en insats. Ett förslag som följer på det tillvägagångssättet är att läkaren skulle kunna remittera till apotekaren efter den årliga kontroll som många patienter går på. Nackdelen med detta förfarande är att patienten måste återkomma till läkaren ytterligare en gång om det efter läkemedelsgenomgången finns anledning att diskutera medicinen.

Ett annat förslag på en förbättring som lämnades av en läkare är att apotekaren skulle ha sin genomgång med patienten och sedan skulle man sitta tillsammans alla tre och gå igenom det hela. Då skulle inte apotekaren behöva skriva sina kommentarer.

En av läkarna ställde sig positiv till att apotekaren gjorde läkemedelsgenomgångar, men såg inte att hon själv hade utrymme inom ramen för sin tjänst att ta någon aktiv del i processen.

Så fort som vi skall ha ett ökat samarbete med några, det är många aktörer som kommer och säger att vi ska samarbeta med husläkarna. Då innebär det nästan ofelbart att det är ett merarbete för husläkarna att ha det samarbetet. Det blir mer att ge än att få. Så om apotekaren hade ett mera självständigt agerande på mottagningen, letade upp patienterna och så. Nu fick vi fundera vilka patienter skall vi ta, och ringa upp patienten och fråga om det var OK att sätta upp dom. Vi får alltid betala ett pris när vi skall samarbeta och vi måste få veta att det här är något som lönar sig för oss. /.../ Jag skulle inte ha hindrat apotekaren från att prata med någon av mina patienter. Det hade hon gärna fått kunna göra helt utan urval, när hon vill och hur hon vill. Men jag skulle välja ut dom här och jag skall följa upp och utvärdera och hela det här och det hamnar utanför vad jag har tid med.

Att apotekaren inte fick tillräckligt många patienter för att fylla sin tid kan bero på att underlaget av patienter var för litet, men det kan också hänga samman med hur genomgångarna organiserades och hur de passade ihop med mottagningens övriga rutiner.

Om man tänker sig en permanent situation så skulle vi kunna utnyttja henne mer. Det var en del tider som inte blev uppfyllda nu. Jag tror inte det beror på bristande intresse. Jag tror att vi hade svårt att få ihop det. Jag tror att man skulle kunna hitta ett bättre system för att fånga upp patienterna. /.../ Visste jag att dom skulle komma så kunde jag erbjuda dem en tid, men ofta är det inte jag som bokar utan det kan vara någon annan. Hade apotekaren en mer permanent funktion så hade man pratat igenom det ordentligt eller haft tid så hade vi säkert kunna fånga upp fler. Det är jag övertygad om. Vi var inte riktigt på hugget.

När fördelarna med projektet diskuterades så är det främst fördelarna för patienterna som läkarna lyfte fram. Det är viktigt för patienterna att få prata mycket om sina mediciner och att få göra det i lugn och ro. Det är också viktigt att patienterna har korrekta medicinlistor. Missförstånd har uppdagats och följsamheten till ordinationerna har förbättrats. De läkare som frågade eller hörde av sina patienter att de träffat apotekaren hade bara fått ta del av positiva erfarenheter. Även om läkaren själv inte har fått ut något för egen del av läkemedelsgenomgångarna så kan patienterna ha upplevt det som positivt:

Det är möjligt att ni skulle få en ljusare bild av det hela om ni frågade patienterna som har fått den här kontakten. Att dom tyckte att det var jättebra. Så ur deras synvinkel är det möjligt att det skulle tillföra något, att få sitta och prata om sina mediciner.

Fördelarna för läkarna själva som nämndes är att det var positivt att ha apotekaren på mottagningen och att hon hade fungerat som ett bollplank och ett stöd, inte bara i samband med läkemedelsgenomgångarna utan också i informella samtal då läkarna hade kunnat ställa frågor om medicinering. Kvaliteten på läkemedelsordinationerna blev högre tack vare apotekaren. Ett par av läkarna ansåg också att deras arbete blev lättare om apotekaren gått igenom medicinlistorna före läkarbesöket. Det avlastade. Apotekaren hade också tid att diskutera hjälpmedel för läkemedelshanteringen med funktionshindrade patienter. Detta är något som läkarna ej vanligen hinner med. Likaså att beräkna t.ex. vikt, ålder och Kreatinin, hur den gamla människan omsätter sina läkemedel. Detta gör inte alltid alla läkare regelmässigt själva.

Den farmakologiska kompetensen uppskattades av så gott som samtliga läkare. Apotekaren sågs som ett komplement till den egna verksamheten. En av intervjupersonerna menade att med all respekt för allmänläkarna så har många ganska usla kunskaper när det gäller farmakologi. Samma läkare fortsätter:

Jag tycker att man skall vara väldigt ödmjuk inför sina egna okunskaper. Ju längre man jobbar desto mer förstår man att man inte kan och faktiskt det här att man också känner en trygghet i sin egen okunskap. Man skäms inte över att man inte kan ha svar på allting.

Även om apotekaren inte kom med några nyheter eller kanske inte hade några synpunkter på medicineringen så kunde det också upplevas som skönt att få en bekräftelse på att inte vara ute på fel spår.

Jättebra var det. Ibland var det att hon tyckte precis som jag utan att jag hade sagt vad jag tyckte och det kändes ju väldigt bra också att få bekräftat att så här skall det nog vara då. Och ibland fick man veta att dom här som man tyckte hade fruktansvärt med mediciner, att det faktiskt fanns en tanke med alltihop och att dom kanske behövde alla dom här. Då kändes det bra det också.

Ytterligare en fördel som nämndes med apotekaren på husläkarmottagningen är att hennes insatser sparade pengar. En av läkarna hade räknat ut att bara en av de utsättningar som apotekaren hade rekommenderat medförde en besparing på 5000 kronor per år. En summa som enligt läkaren motsvarar åtminstone ett par dagars lön vilket måste anses vara en god avkastning på den halvtimme som apotekaren ägnade åt läkemedelsgenomgången.

Förutom att läkarna har haft svårt med att få tiden att räcka till för att plocka fram tillräckligt många patienter, så är det få nackdelar med projektet (förutom de som redan presenterats) som nämndes. Några nackdelar med projektet för patienternas del har läkarna inte berättat om. Den enda som de kan tänka sig är att det krävs en extra resa till mottagningen, men det är inte någon som har hört några klagomål om detta. En av läkarna kallade inte patienter som bodde på ett längre geografiskt avstånd då det skulle innebära långa resor och resekostnader för dem. Läkaren gjorde med andra ord bedömningen att patienten inte skulle tycka att läkemedelsgenomgången var värd besväret och/eller kostnaden.

Det är inte alltid lätt att avgöra vad som är för- och nackdelar när både läkarens och patienternas intressen skall tillgodoses. Ibland är det så att det som gynnar patienterna kan innebära en nackdel för läkarna. Till syvende och sist kanske det ändå är så att det som är bra för patienten också blir bra för läkaren. En läkare svarade sålunda på frågan om det finns några nackdelar med det genomförda projektet:

Ja, det är klart att det tog tid att ha diskussionen med apotekaren, att leta reda på patienter som var lämpliga att använda i projektet också, så någon tidsbesparing för mig vet jag väl inte heller om det blev egentligen, men det blev ju en ökad kvalitet. Och som sådana här saker som patienten som hade tagit både generika och originalpreparat, så minskade risken för patienten för komplikationer och läkemedelsbiverkningar som skulle kunnat bli riktigt skadliga. Men det kan också räknas till patienternas fördel. Jag hade kanske också kunnat bli drabbad om nu patienten hade råkat ut för biverkningar och kommit tillbaka till mig. Så jag har sparat den kontakten också. Men tidsbesparande var det inte, det kan jag säga.

Den sista frågan att redovisa som behandlades i intervjun med läkarna gäller om det finns ett behov av att ha en apotekare knuten till husläkarmottagningen eller ej. Två av de intervjuade läkarna anser inte att de har behov av att ha en apotekare på nära håll. Det finns enligt dessa läkare möjlighet att få önskad information ändå och en läkare menar att det är en lyxfunktion. Det finns andra skriande behov att lägga pengarna på.

Jag menar att vi vill ha ett bra samarbete med apotekare, men frågan är hur det skall se ut. Att ha en apotekare här på mottagningen för bara våra patienter det tror jag är en aning överdimensionerat om man jämför med alla möjliga olika resurser som vi skulle önska som hjälp i vårt dagliga arbete. Men dom måste finnas så att vi kan nå dom och diskutera.

De övriga läkarna kan mycket väl tänka sig att ha en apotekare på mottagningen, men inte villkorslöst. En förutsättning som framförs är att det finns resurser och en annan att man inte kan ta resurser från den nuvarande verksamheten till detta utan det måste i så fall vara som ett tillskott till verksamheten.

Om en apotekare skall vara knuten till mottagningen förutsätter det också att hon/han kan användas lite bredare än vad som var fallet inom ramen för det slutförda projektet. Förslag på ytterligare arbetsuppgifter som nämndes är läkemedelsgenomgångar på äldreboendena och bland dem som har ApoDos. Även om apotekaren inte skulle behöva vara med vid alla genomgångar så skulle det vara bra att ha någon att diskutera enskilda patienter med. Vad som krävs i sådana fall är en apotekare som inte bara kan läkemedel utan som också har klinisk blick och klinisk bakgrund. Detta var egenskaper som uppskattades mycket hos den projektanställda apotekaren. Andra egenskaper som uppskattades hos henne var förmågan att förmedla sina kunskaper utan att läkarna behövde känna sig satta på plats.

Jag tänkte på det här med att uppleva konkurrens, men det måste vara en annan apotekare än den vi har haft för att göra det. Hon var så hemskt smidig. Jag tänkte att det beror på hur man uttrycker sig också. Det beror på hur man säger saker, men apotekaren i det här projektet är inte alls någon

autoritär typ på något sätt. Man kände sig aldrig hotad av henne och hennes kunskap. Jag var imponerad av att hon kunde så mycket.

Andra uppgifter som en framtida apotekare skulle kunna ha är att bidra med kunskapsutvecklingen på mottagningen samt att finnas till hands för konkreta frågor som ständigt dyker upp i läkarens vardag. Avslutningsvis menar en av läkarna att apotekarnas plats på husläkarmottagningarna är oundviklig och att vi i framtiden kan både höja kvaliteten på vården och spara pengar genom att ha dem där.

För mig känns det som om jag bara väntar på att hon skall komma tillbaka, men det är för att jag på något vis inom mig tror att vi inte kan stoppa den här utvecklingen och att det vore mycket bättre om vi vore mer aktiva än att vänta och se att vi skulle spara jättemycket pengar och det kunde bli kvalitet. Det är synd om vi måste gå igenom en väldigt långsam process när vi redan nu vet.

### **3.1.3 Apotekarens synpunkter på läkemedelsgenomgångarna**

Apotekaren har intervjuats vid två tillfällen. Dels i början av projekttiden då hon framför allt kunde berätta om hur det var att komma till de båda mottagningarna som apotekare och dels efter projekttidens slut då erfarenheterna från hela projektet kunde avrapporteras. Två intervjuare deltog i dessa intervjuer.

I början av projekttiden upplevde apotekaren vissa skillnader i mottagandet på de båda husläkarmottagningarna. I Svartbäcken var intresset svalt för projektet och apotekaren upplevde att chefen var rädd för att lägga mer arbete på medarbetarna. Detta gjorde apotekaren en smula nervös. En läkare ville absolut inte delta med motiveringen att hon/han har tillräckligt mycket att göra ändå och en annan läkare hade missuppfattat syftet och kom med en hel hög medicinlistor som hon/han bad apotekaren att gå igenom. Ytterligare en annan läkare gav projektet kritik och missuppfattade motivet till insatsen som en form av kontroll. De nackdelar med projektet som i början framfördes i Svartbäcken är att personalen redan är överbelastad och har tillräckligt med frågeställningar att arbeta med. Under tiden som projektet fortskred tycker apotekaren att atmosfären i Svartbäcken ”tinade” lite och hon har under projekttiden haft mycket god kontakt med några av läkarna. I Knivsta har apotekaren aldrig känt sig som en belastning. Alla var i början positiva och nyfikna och läkarna tog direkt mer initiativ. En förklaring till detta kan vara att några av läkarna och sjuksköterskorna hade varit på studiebesök utomlands där samarbetet mellan läkare och apotekare har kommit längre än i Sverige. Det verkade enligt apotekaren som om man i Knivsta redan från början hade bestämt sig för att projektets idé var bra.

En annan skillnad mellan de båda mottagningarna som gäller för hela projekttiden är förfarandet då patienterna kallades till läkemedelsgenomgången. I Knivsta var det en sjuksköterska som kallade patienterna. Den här sjuksköterskan har arbetat länge på mottagningen, känner till patienterna och kunde vara läkarna behjälpliga med att avgöra vilka patienter som skulle kallas till en läkemedelsgenomgång. I Svartbäcken ringde apotekaren själv upp och förslog patienten en läkemedelsgenomgång (efter läkares initiativ eller godkännande). Detta förfarande kände sig inte apotekaren bekväm med. Det var svårt att motivera patienterna, att tala i egen sak och att föreslå en läkemedelsgenomgång.

I intervjun med apotekaren efter projekttidens slut kretsade samtalet kring följande frågor:

1. Hur tycker du att läkemedelsgenomgångarna har fungerat, hur har det varit? Hur har de gått till?

2. Vilka fördelar och nackdelar ser du med läkemedelsgenomgångarna? (för patienten, läkaren, apotekaren, andra)
3. Varför har patienten kallats till genomgången? Vilka patienter har du träffat? (diagnoser, läkemedelsrelaterade problem, kön, ålder, motivation)
4. Hur bedömer du att patienterna har upplevt mötet? (administrativt, innehållet, resultatet)
5. Vilka råd/rekommendationer har du givit?
6. Vad har du gjort innan mötet (förberedelser) och efter mötet (efterarbete, kontakter)?
7. Hur har samverkan med läkarna sett ut? (samarbetet, hinder, positiva inslag, yrkesmässiga gränser, hur kan samverkan utvecklas, vad har apotekaren bidragit med som inte läkaren redan kan/gör/har tillgång till, tidsvinst/tidsförlust för läkarna, läkarnas inställning, hur har uppföljningen gått till)
8. Hur har informationen till patienter och läkare fungerat?
9. Är detta arbetssätt något för apotekare i framtiden? Varför? Hur kan verksamheten förändras/utvecklas?

Den övergripande slutsatsen av apotekarens erfarenheter är att läkemedelsgenomgångarna har fungerat på olika sätt och mottagits på olika vis, både av patienter och av läkare.

När det gäller patienterna så har de varit i skiftande fysisk och psykisk kondition. Några har kommit tillsammans med vårdpersonal och vissa har inte kunnat prata. En del patienter kan ha varit i för dålig kondition för att kunna tillgodogöra sig den läkemedelsgenomgång som apotekaren har genomfört. Genomgången har då endast tjänat syftet att läkaren har fått kännedom om patientens situation och läkemedel. Apotekaren upplevde det som mer meningsfullt att kunna ge råd och tips till patienten och ansåg att det är svårt och kanske mindre meningsfullt att genomföra läkemedelsgenomgångar tillsammans med personer med i hög grad nedsatt kognitiv förmåga. Andra patienter har tyckt att genomgången har varit jättebra och apotekaren tyckte att hon har kunnat bidra med en hel del viktig information till dem. Apotekaren ansåg att syftet med läkemedelsgenomgångarna är dubbelt. De skall bidra med kunskap och råd för patienten och fungera som ett underlag för läkaren i hans/hennes bedömningar av läkemedelsbehandlingarna.

Ibland var det svårt att motivera patienterna till att komma på en läkemedelsgenomgång eftersom de själva inte upplevde några problem med medicineringen eller tog för givet att läkaren hade full kontroll. Det kunde ju också vara så att patienten endast kallades till genomgången för att hon/han hade fem eller fler läkemedel.

M: Hur har patienterna uppfattat det här?

I: Jaa, i många fall positivt tycker jag. Dom kanske inte riktigt har sett att dom har haft ett problem eller att dom har behövt träffa mig utan det har mer varit en extra grej. Speciellt om dom har fått ta färdtjänst, då känns det ganska hemskt om man inte kommer på något eller om man inte kan ge några bra råd. Speciellt i Svartbäcken där jag har ringt till dom själv och bjudit in dom. Då var det rätt jobbigt att förklara för dom varför dom skulle träffa mig och varför dom skulle åka färdtjänst och betala 80 kronor när dom själva inte hade upplevt att dom hade behov av det utan det var bara doktorn som tyckte det. Och varför tyckte doktorn det? Nej, det var mycket lättare i Knivsta när dom blev inbokade, punkt slut.

Många av de patienter som apotekaren ringde till tackade nej till en genomgång. Exakt hur många som tackade nej går ej att säga då någon statistik kring detta ej förts. Orsakerna till att tacka nej var ofta att patienterna inte orkade. De kunde vara alltför trötta eller bo för långt bort. En del av patienterna reagerade också negativt på förfrågan om en

läkemedelsgenomgång då de trodde att läkaren ville kontrollera dem och deras läkemedelshantering. Vid fyra tillfällen gjorde apotekaren genomgångarna vid hembesök.

Inför läkemedelsrådgivningarna förberedde sig apotekaren genom att läsa journalerna och söka annan information. Hon kontrollerade doser om hon var osäker på det och funderade kring vad som eventuellt skulle kunna vara en lämpligare terapi.

Viktiga funktioner som apotekaren har fyllt för patienten är att ha givit råd till patienterna och förklaringar till deras sjukdomar och deras behandling. Varför det exempelvis är viktigt att hålla nere blodtrycket och vikten av egenvård. Många av patienterna var enligt apotekaren inte helt nöjda med sina läkarkontakter, speciellt inte de som fått byta läkare ofta och de som upplevde att läkaren inte hade tid att prata med dem. Många var osäkra i sin medicinering och frågade om de verkligen behövde ha alla mediciner. Apotekaren gick då igenom varje grupp för sig och benade upp informationen så att de skulle förstå. Apotekaren upplevde att hon ”hela tiden fick pusha för att doktorn vet vad hon/han gör”. Det samlade intrycket som apotekaren har är att patienterna inte hinner prata så mycket mediciner med sin doktor. Om de skulle ha möjlighet att göra det kanske inte apotekarens tjänster skulle behövas för patienternas del.

Samarbetet med läkarna varierade också betydligt. Med vissa av läkarna hade apotekaren ett stort utbyte och fick många förfrågningar om läkemedelsgenomgångar, men andra läkare träffade hon knappast. Läkarnas arbetstider och arbetsförhållanden varierar kraftigt och en del var bara någon enstaka dag i veckan på mottagningen. Det är i första hand de läkare som apotekaren bedömer hade en positiv inställning till projektet som också remitterade de flesta patienterna. Sammantaget uppskattade apotekaren att det är fem läkare som har stått för merparten av önskemålen om genomgångar, tre i Knivsta och två i Svartbäcken.

När apotekaren hade haft läkemedelsgenomgången skrev hon ner sina kommentarer i det interna meddelandesystemet. Inför projektet hade det diskuterats om apotekaren skulle skriva direkt i journalerna, men så blev det inte. Nu kunde istället läkarna välja om de skulle föra över hela informationen, delar av den eller ingenting alls till journalen. Läkarna reagerade på apotekarens information på olika sätt. En del skrev långa svar med funderingar och kanske ytterligare frågor medan andra inte hörde av sig alls. Det senare innebar att apotekaren led brist på feed-back och hade svårt att bedöma om hennes insatser föll i god jord eller ej.

I början av projektiden ansåg apotekaren att det i Svartbäcken var ”extremt dåligt med patienter”. Hon gick då själv in i läkarnas tidbok och gav förslag på patienter att göra en läkemedelsgenomgång tillsammans med.

När jag såg att jag inte hade någon patient till nästa vecka då gick jag in i läkarnas tidböcker och såg att här är en som är över 65 år och så gick jag in och kollade på läkemedelslistan och hade dom mer än fem läkemedel så frågade jag läkaren om den här patienten var intressant för en läkemedelsgenomgång. Ibland sa dom ”Jaa, han vore det jättebra om du kollade på”, men ganska ofta sa dom nej, så jag slutade med det ganska snart. Dom sa ”Nej, honom har jag rätt bra koll på” eller ”han vill säkert inte komma”. /.../ Om jag någon gång gjorde så att jag bokade in någon, hade föreslagit det för läkaren och sedan träffade den patienten, då tyckte jag att då var det ännu mindre intresse (från läkarens sida).

Bristen på möjlighet att genomföra läkemedelsgenomgångar i de båda distrikten var frustrerande för apotekaren. En stor del av hennes tid har varit utnyttjad. Om orsakerna till detta säger hon:

I: Det kanske hade varit bättre om det var en äldre vårdscentral för de här mottagningarna har trots allt mycket unga patienter, runt 50 och yngre och barn. Sedan tycker jag att läkarna inte är där varje vecka heller utan dom har mycket annat. Skolhälsovården kanske eller dom är på kurs eller lediga. När jag har gått in i en 5-10 tidböcker så har det inte varit så många patienter som har passat. Av dom som har haft åldern inne så kanske dom inte har så mycket läkemedel.

M: Så underlaget har inte varit tillräckligt stort som du har bedömt det?

I: Det har inte känts så. Jag tycker ju att det borde vara det, men jag har känt att det har varit svårt. För dom (läkarna) också, att hitta patienter.

M: Är det den största eller viktigaste förklaringen tror du?

I: Ja, alltså hade dom haft tillräckligt med tid och kraft för att boka in patienter så skulle dom säkert ha kunnat fylla upp mer än vad dom gjorde, men det är kanske inte jättelätt alla gånger. X hade till exempel många yngre patienter och Y hade de äldsta så det var lättare för henne att hitta också. Så hade hon ansvaret för olika sjukhem och serviceboenden och hade man inkluderat alla dom patienterna så hade det gått bättre.

På frågan om det finns något som apotekaren skulle ha kunnat göra för att arbeta med läkarnas motivation, blir svaret att hon kanske skulle ha givit återkopplingar lite oftare till alla läkare så att de läkare som inte hade remitterat patienter fått reda på vilken typ av förslag apotekaren har givit till andra och hur hon arbetar. Apotekaren upplevde att alla läkare inte var helt säkra på vad det är som hon gör och kan göra. De orsaker som läkarna angav till apotekaren om bristen på patienter var:

Det dom har sagt till mig är att ”Oj, nu har jag glömt att leta igen” eller ”Oj, nu får jag dåligt samvete igen”. Dom skyller på att dom inte har tid att hitta patienter. Och det har varit väldigt struligt i Knivsta med den stora renoveringen som var. Dels verkar det som om många läkare jobbar på annat ställe så det var få läkare där. Det var byggarbetsplats under ett par månader. Och då var det sköterskan som skötte inbokningar av patienter åt mig. Hon var ansvarig för eller ledde det här renoveringsprojektet så hon hade inte alls mycket tid, det här kom långt ner på hennes lista. Så hade inte den här renoveringen varit så tror jag att det hade blivit ett 20-tal till.

Utfallet av läkemedelsgenomgångarna har varierat mycket. Ibland har läkarna varit helt och hållet i linje med apotekaren och hennes förslag, men ofta är apotekarens bedömning att förslagen inte har fallit i god jord. Läkarna kan ha sagt att ”det är en bra idé”, men sedan har det inte hänt mer. Förslagen har inte resulterat i förändringar. Till någon del kan detta förklaras av att läkaren ännu inte hade hunnit agera.

För att förändringarna skall kunna verkställas krävs i de flesta fall också läkaren träffar patienten en gång till. I de fall en läkemedelsgenomgång gjordes utan att det fanns en tid för läkarbesök inbokad efteråt visste apotekaren att ”då kan jag ge många förslag utan att det kommer att hända något”. I de fallen innebar läkemedelsgenomgången bara extraarbete för läkarna. Apotekaren uppskattar att i ungefär hälften av gångerna följdes inte läkemedelsgenomgången av ett läkarbesök.

Och det var ju så dumt för läkarna kom på att dom hade ett läkarbesök och träffade patienten och sedan i efterhand, det verkade inte riktigt bra. Och lite dåligt samvete att jag borde nog ha tänkt lite mer på den här patientens mediciner och inte bara på att kolla på lunga och hjärta och då har dom bokat in dom hos mig. Och det är klart att då blir det merarbete.

Exempel på vanliga förslag som apotekaren har givit är utsättningar av mediciner och minskade doser.<sup>4</sup> En viktig del i läkemedelsgenomgången utgjordes av att apotekaren tog reda på vilka läkemedel som patienten faktiskt använde.

---

<sup>4</sup> För en mer detaljerad beskrivning av de åtgärder som föreslagits hänvisas till apotekarens resultatdel tidigare i denna rapport.

Jag tycker att en sak som borde vara väldigt bra för läkarna, men det har jag inte fått bekräftat, det är det här att dom ofta inte vet vad patienten tar. Då har dom fått en lista av mig att det här tar patienten. /.../ Dom har en lista i datorn om ordinerade läkemedel, men dom vet med sig att det stämmer inte alltid. Och jag hade ett fall där det bara var en medicin som stämde med vad som stod i datorn. /.../ Mycket ofta tar inte patienterna sina Furix till exempel. Och då har jag skrivit det till doktorn att patienten inte alltid tar sina vattendrivande.

M: Vad säger patienten när du säger att det här stämmer inte överens, att man inte tar vad det man skall. Vad lämnar man för skäl till det och varför har man inte sagt det till sin doktor?

I: Ja, när det gäller vattendrivande så är skälet att dom skall ut på något. Det funkar inte i deras vardag. Men det säger dom att det vet säkert doktorn. Det kanske dom gör. I andra fall kan det vara att dom tycker inte att dom mår bra och då kan dom säga att nästa gång jag skall gå till doktorn så skall jag säga det, att jag har slutat med den här medicinen. Dom vet att dom borde.

Apotekaren var övertygad om att hennes yrkesgrupps farmakologiska kunskaper behövs på husläkarmottagningarna och hon hoppades att apotekarna skall ha en given plats på mottagningarna i framtiden. För att det skall fungera bra krävs att apotekaren är bättre integrerad i mottagningarnas verksamhet än vad som har varit fallet under projektiden. Det skulle behövas längre tid att arbeta in sig och att anpassa sig till de enskilda läkarnas olika behov. Återkopplingen mellan läkare och apotekare behöver också utvecklas för att fungera bättre. Nu fördes en hel del diskussioner under lunchrasterna eftersom det för övrigt inte fanns något utrymme för dem. Apotekaren skulle vilja sitta ner med läkarna mer strukturerat och kunna diskutera en plan för patientens hela läkemedelsbehandling. Ofta så ändrar man nu ”lite här och lite där”. Inför framtiden kanske det också blir lättare att hålla reda på alla patienters läkemedel när det blir samma journal på sjukhus och husläkarmottagning. Även om det kommer att bli lättare sedan så trodde apotekaren ändå att hennes yrkesgrupp kan komma till nytta eftersom läkarna ibland tycker att det är vanskligt att ta ansvar för och att ändra varandras förskrivningar.

Förslag på utvidgade uppgifter för apotekaren på husläkarmottagningen är att arbeta med receptförnyelse. För de patienter som får sina recept förnyade utan läkarbesök skulle apotekaren kunna göra en kontroll och förarbetet åt läkaren. Ett annat förslag är att apotekaren kan vara med på läkarbesöken för de patienter som har många läkemedel och när läkaren inte har tid längre så kan patienten fortsätta med att diskutera sina mediciner och få information av apotekaren. Apotekaren såg också viktiga uppgifter på de särskilda boendena och med de patienter som har ApoDos. En annan idé är att som rutin kalla alla patienter som är över 65 år på en läkemedelsgenomgång inför deras årskontroll eller också så skulle man kunna välja ut patientgrupper med specifika diagnoser. Exempelvis så skulle diabetikerna kunna väljas ut eftersom de ofta har problem med hjärta och kärl och använder dessutom mycket läkemedel.

Förutom humanitära vinster så trodde apotekaren att det ekonomiskt sett finns vinster att göra med hjälp av läkemedelsgenomgångarna, men det kräver att de är organiserade på ett funktionellt sätt.

Ja, jag tog fram ett exempel. Det var en patient som hade ApoDos och man kunde göra tre små ändringar och spara 10.000 per år. Det finns väldigt mycket sådant, men det är också svårt när patienten just har varit på läkarbesök och hämtat ut för tre månader, har ett recept. Då är det svårt att säga att vi tar en Enalapril istället för Aprovel.

### 3.1.4 Sammanfattande kommentar

”Tid” och ”motivation” är två ord som är centrala (och ibland hänger ihop med varandra) när utvärderingen av det genomförda projektet med läkemedelsgenomgångar på husläkarmottagningar skall sammanfattas och kommenteras.

Den apotekare som genomförde läkemedelsgenomgångarna på de båda husläkarmottagningarna var mycket starkt motiverad inför sitt uppdrag. Hon såg fram emot det och var, efter erfarenheter från andra projekt med läkemedelsgenomgångar, övertygad om att hennes arbete skulle komma att få positiva konsekvenser. Det skulle innebära förbättringar för patienterna i form av ökad kunskap och eventuellt förändrade läkemedelslistor och förbättringar för läkarna eftersom de skulle få hjälp med att gå igenom medicinlistorna och kunde anlita apotekaren som resurs om de stod inför farmakologiska frågeställningar där de behövde en ”second opinion”. Dessutom fanns kunskap från tidigare projekt om att läkemedelsgenomgångar kan spara pengar genom minskade läkemedelskostnader. I tid avsattes sammanlagt 20 timmar i veckan för apotekaren att vara verksam på de båda husläkarmottagningarna, under tiden september -04 till januari -05.

När resultaten av projektet skall sammanfattas kan konstateras att apotekaren genomförde 47 läkemedelsgenomgångar. Detta är betydligt färre än vad som förväntades inför projektet då man hade kalkylerat med att kunna göra åtta genomgångar per dag. En hel del läkemedelsrelaterade problem identifierades, patienterna fick råd och information om hur läkemedlen skulle användas och varför och läkarna fick reda på vilka läkemedel som patienterna använde samt förslag på förbättringar av medicineringen (oftast utsättning eller byte av preparat) eller en bekräftelse på att läkemedelsanvändningen ur ett farmakologiskt perspektiv var bra.

I många fall fungerade alltså apotekarens insatser precis som var tänkt och helt i linje med förväntningarna, men på ett par områden skulle verksamheten ha behövt se annorlunda ut för att kunna fungera på bästa sätt. De svårigheter som har identifierats i denna utvärdering kan i stor utsträckning kopplas samman med det sätt som verksamheten kom att organiseras på och som fick konsekvenser för samarbetet mellan apotekare och läkare samt patienternas motivation.

Efter intervjuer med läkare och apotekare kan konstateras att ett stort problem har varit att få fram tillräckligt många patienter där läkarna ansåg att det var fruktbart med en läkemedelsgenomgång. Läkarnas motivation inför denna uppgift varierade. Det fanns läkare som inte kunde se någon vits alls med apotekarens insatser (eventuella frågor gällande läkemedel kunde besvaras genom andra källor) och läkare som var mycket intresserade av att få hjälp med att gå igenom och bedöma patienters läkemedelsanvändning. De läkare som inte kunde se vad en apotekare skulle kunna bidra med plockade pliktskyldigast fram ett fåtal patienter (eller lät bli), men utan specifika frågeställningar eller upplevt behov av genomgång.

Även för de läkare som var högt motiverade var det svårt att få utrymme att finna lämpliga patienter. En orsak till detta var att alla läkare inte hade många patienter i rätt ålder och med tillräckligt många mediciner som dessutom skulle vara aktuella för ett läkarbesök inom kort. Flera av läkarna bedömde att patientunderlaget för deras del inte var tillräckligt stort. Även om det fanns patienter att tillgå hade läkarna inte tillräckligt mycket tid för att inför kommande läkarbesök gå igenom patienternas journaler för att fundera på om de kunde vara behjälpta av en läkemedelsgenomgång. Andra läkare tjänstgjorde inte på mottagningen så ofta och överlät urvalet av patienter på annan person. Detta innebar också att genomgången inte gjordes utifrån specifika frågeställningar från läkaren utan kanske endast från det faktum att

patienten hade fem eller fler läkemedel. När antalet anmälda patienter var alltför få försökte apotekaren själv under en period att välja ut patienter som stod antecknade i läkarnas tidböcker inför ett kommande läkarbesök. Även dessa patienter utvaldes endast utifrån ålderskriteriet och att de skulle ha fem läkemedel eller mer, inte utifrån andra behov.

Konstateras kan att apotekarens kapacitet inte togs i bruk fullt ut och orsaker som angivits till detta utgörs av bristande patientunderlag, låg motivation hos enskilda läkare, brist på tid för läkarna att välja ut patienter och att det pågick en större ombyggnad av en av mottagningarna under en längre tid vilket påverkade personalens arbetssituation på ett negativt sätt. Att läkarna är motiverade att ta hjälp av apotekaren är en förutsättning för att verksamheten skall fungera. Husläkarmottagningarna hade själva anmält intresse för projektet, men helt klart är att alla läkare "inte var med på tåget". Det skulle kanske ha lagts större vikt vid läkarnas motivation inför projektets start. En faktor som också påverkar motivationen är tidsutrymmet eller möjligheterna att utnyttja apotekarens arbete. Med tanke på läkarnas mycket tidspressade arbetssituation skulle ett annat upplägg av apotekarens arbete (om inte läkarnas arbetssituation förändras) behövas för att fungera på bästa sätt.

Tanken att läkemedelsgenomgången skulle ske innan ett läkarbesök för att läkaren sedan skulle kunna använda informationen i kontakten med patienten, förfelades också, enligt apotekarens bedömning, i uppskattningsvis hälften av fallen. En förklaring till detta är åter att läkaren inte hade tid eller inte prioriterade att gå igenom sina patienter före besöken för att avgöra om de var lämpliga för en läkemedelsgenomgång. Istället var det vanligt att läkaren träffade patienten och vid det tillfället bestämde att en läkemedelsgenomgång skulle kunna göras. Patienten kallades då till genomgången, men många gånger bedömer apotekaren i de här fallen att hennes förslag ej åtgärdades. En förklaring kan vara att det skulle kräva ännu en kontakt mellan läkare och patient och detta var svårt att få att bli av och innebar merarbete för läkaren. Dessutom hade patienten vid den tidpunkten kanske redan hämtat ut sin medicin och kostnadsskäl för att byta ut medicinen var ej längre giltiga. Apotekarens allmänna upplevelse av att många av hennes förslag ej åtgärdades av läkarna kan ha denna organisatoriska orsak, men även att läkaren inte bedömde att apotekarens förslag var tillräckligt bra för att motivera en åtgärd.

För att acceptera en föreslagen åtgärd krävs också att läkaren har tilltro till apotekarens kompetens och i vissa lägen också att läkaren är medveten om egna kunskapsluckor. Den vanligaste farhågan som läkarna hade innan projektet var att apotekaren inte skulle ha tillräckligt mycket klinisk erfarenhet för att kunna göra adekvata bedömningar av ordinerade läkemedel. Misstron till apotekarens förmåga att kunna bidra var på sina håll stor och tilltron till den egna kompetensen hög medan andra presenterade en mer ödmjuk inställning till sin egen kunskap ("det är omöjligt att kunna allt") och ansåg att apotekaren har en specialistkompetens som läkarna kan ha nytta av. Synpunkten att det redan i nuvarande organisation finns möjlighet att få svar på läkemedelsrelaterade frågor anfördes också. Efter projektet var de som använt sig mest av apotekarens tjänster mycket nöjda med hennes kompetens, en del var rent imponerade. De som från början befarat att apotekaren inte kunde bidra med så mycket har ej heller anlitat henne i någon större utsträckning och därmed inte heller fått erfara vilken kompetens som apotekaren besitter och vilka frågor som hon kan vara behjälplig med. Till viss del kan det vara en pedagogisk uppgift att förmedla vad en apotekare kan och inte kan, men en annan tolkning är att det kan finnas en del "revirtänkande" med i spelet där det kan ligga nära till hands att föreslagna åtgärder eller förändringar ses som kritik och att apotekarens uppgifter uppfattas som någon form av kontroll. Särskild stor risk för detta måste anses föreligga om arbetssituationen är så pressad att läkarna har svårt att hinna med allt som de förväntas att göra. Den upplevda tidsbristen medverkar säkerligen också till

att förslag om samverkan med andra kan upplevas som negativt, av den enda anledningen att det tar tid.

Brist på tid och motivation från läkarnas del kan också förklara varför apotekaren upplevde att hon fick lite feedback tillbaka på sina förslag. För att även apotekaren skulle ha möjlighet att utvecklas i sin roll, framför allt gällande den kliniska kompetensen, hade fler synpunkter från läkarna varit välkomna. Även för att detta skall vara möjligt måste apotekarens arbete på mottagningarna organiseras på ett annat sätt.

Den egentligen enda nackdelen som läkarna efter projektet anger är att samarbetet med apotekaren har tagit tid och en fördel, bland flera, som nämns är att apotekarens arbete har bidragit till att höja kvaliteten på patienternas läkemedelsanvändning. Frågor att ställa som en följd av detta är vilken tid det får ta att höja kvaliteten på patienternas behandling och hur läkarnas arbete skall organiseras för att kvalitetshöjande arbete skall uppfattas som "lönsamt" och meningsfullt?

En tolkning efter sammanställningen av patienternas enkätsvar är att de inte verkade vara helt motiverade inför läkemedelsgenomgången. Många tackade nej (oklart hur många eftersom statistik över detta ej fördes) och de flesta hade inte något särskilt som de undrade över inför genomgången samt trodde inte efteråt att genomgången skulle leda till några praktiska konsekvenser. Själva genomgången upplevdes dock mycket positivt och många kommenterade att det var givande att i lugn och ro gå igenom sina mediciner med en kompetent person. Med tanke på att det ofta inte låg någon specifik frågeställning bakom kallelsen av patienten till läkemedelsgenomgången så är det inte konstigt att inte heller patienten kunde komma på någon sådan. En faktor som också kan spela in är att patienterna aldrig tidigare har erbjudits denna genomgång, att det är något helt nytt och att kunskapen om vad en apotekare kan göra kanske inte är helt känd. Det kan också vara så att patienterna är helt nöjda med den information de får av sina läkare (även om apotekaren gör bedömningen att så inte alltid är fallet) och kanske att patienterna utgår från att läkaren har full kontroll och ser till att hela läkemedelsanvändningen är optimal. Enligt apotekaren trodde även vissa av patienterna att läkaren använde apotekaren för att kontrollera att patienten följde läkarens ordinationer. Det kan sammanfattas att det finns goda skäl för att inte patienternas motivation har varit hög och det kan åter konstateras att med en annan organisering av apotekarens arbete så skulle denna situation kunna se annorlunda ut.

Den verksamhet som apotekaren har varit involverad i har genomförts som ett projekt, ett projekt som läkare och patienter förväntats delta i. Delar av projektet har genomförts på ett sådant sätt att det ej kunnat motivera berörda parter på ett positivt sätt. De fördelar som ändå rapporteras från läkar- och apotekarhåll gör dock att möjligheten att få en samverkan att fungera inte synes ouppnåbar. Vad som krävs är framför allt en större integrering av apotekaren i mottagningarna och i läkarnas arbete. I projektet plockade till exempel läkarna eller andra fram patienter för läkemedelsgenomgång, mest för projektets skull, för att apotekarens skulle ha något att göra, och inte för patienternas skull. För att samarbetet skall vara framgångsrikt så krävs, utifrån de erfarenheter som dragits i anslutning till denna utvärdering, en större förankring bland läkarna, en bättre anpassning till deras arbetssituation samt utökade arbetsuppgifter för apotekaren. Förslag på det senare är t.ex. genomgång av ApoDoslistor och hjälp med genomgång av medicinlistor vid särskilda boenden. Det är först om läkarna själva har en frågeställning i anslutning till läkemedelsgenomgången som de kan förväntas vara motiverade att också åtgärda eventuella förslag på förändringar och också kan motivera patienterna till varför läkaren har rekommenderat dem en läkemedelsgenomgång.

### **3.2 ”Tag med påsen och kom” - synpunkter på en öppen läkemedelsrådgivning**

Syftet med utvärderingen av den öppna läkemedelsrådgivningen är att undersöka vad det betyder för de äldre att det finns apotekare på husläkarmottagning som kan erbjuda öppen apotekarrådgivning utan tidsbeställning.

Det kan redan inledningsvis konstateras att delar av detta syfte med utvärderingen inte kan genomföras. Förutsättningarna för rådgivningen ändrades inför starten då det beslutades att besökarna skulle vara tvungna att ringa till husläkarmottagningarna för att boka en tid för rådgivning.

Varje person som deltagit i en läkemedelsrådgivning ombads av apotekaren att efter rådgivningen besvara en enkät. Frågorna behandlar bland annat orsakerna till besöket, hur själva läkemedelsrådgivningen uppfattades samt vilka eventuella konsekvenser som genomgången kommer att ha.<sup>5</sup> Den ifyllda enkäten skulle lämnas i en låda på husläkarmottagningen i anslutning till läkemedelsrådgivningen. En del besökare valde istället att fylla i enkäten hemma för att sedan sända den med posten. Av de fjorton personer som besökte den öppna läkemedelsrådgivningen var det tolv personer som besvarade enkäten.

Efter utförd läkemedelsgenomgång (ibland direkt i anslutning till läkemedelsgenomgången och ibland per telefon, en tid efter) tillfrågades också samtliga besökare av apotekaren om de kunde tänka sig att delta i en intervju för att delge sina erfarenheter av läkemedelsrådgivningen. Sammanlagt intervjuades åtta personer (inkl. ett par makar) av de sammanlagt fjorton personer som deltagit i projektet. Orsakerna till att de övriga personerna inte har intervjuats är dödsfall (två personer, ett äkta par utgick ur studien då maken avled), minnesproblem (en person), vägran (två personer) samt misslyckande att etablera kontakt (telefonkontakt erhöles ej med en person trots åtskilliga försök).

De personer som accepterat en intervjukontakt blev uppringda av utvärderarna och en överenskommelse gjordes om tid och plats för intervju. Med två undantag genomfördes intervjuerna i intervjupersonernas hem. De två andra intervjuerna gjordes i FoU äldres lokaler respektive på en husläkarmottagning. Sammanlagt intervjuades fem kvinnor och tre män varav en person hade varit på läkemedelsrådgivning på Knivsta husläkarmottagning medan de övriga besökt Svartbäckens husläkarmottagning.

Intervjupersonerna uppmanades att fritt berätta om sitt besök hos apotekaren och teman som följdes upp för samtliga intervjupersoner var hur de hade fått information om läkemedelsrådgivningen, anledningen till att de gick dit, hur de uppfattade proceduren att komma till rådgivningen, hur de uppfattade själva rådgivningssituationen, vilka eventuella konsekvenser eller följder som rådgivningen givit upphov till samt hur de uppfattar läkares och apotekares roller när det gäller läkemedelsgenomgångar.

Intervjuerna (med ett undantag) spelades in på band och skrevs sedan ut i sin helhet. Intervjupersonerna informerades om att deltagandet var frivilligt och att de insamlade uppgifterna behandlas konfidentiellt. Två intervjuare genomförde hälften av intervjuerna var.

---

<sup>5</sup> Enkätfrågorna och svaren återfinns i bilaga 3.

Även den apotekare som har genomfört läkemedelsrådgivningarna har intervjuats. Detta skedde vid två tillfällen, dels innan projektet startade då tyngdpunkten i intervjun låg på förväntningar inför projektet samt efter projektets avslutande då apotekarens samlade erfarenheter rapporterades. Den sista intervjun spelades in på band och skrevs ut i sin helhet. Två intervjuare deltog i dessa intervjuer.

### **3.2.1 Resultat av enkätstudien**

Av de fjorton personer som besökte den öppna läkemedelsrådgivningen var det som nämnts tolv personer som besvarade enkäten. Av dessa är fem män och sju är kvinnor och åldrarna varierar mellan 72 till 86 år. Sju av respondenterna är sammanboende medan resten är ensamboende.

När det gäller antalet använda läkemedel så har hälften av respondenterna angivit att de använder 1-5 läkemedel. Tre personer använde 6-10 läkemedel och två personer använde 16 läkemedel eller fler. Det fanns inte några i förväg fastställda kriterier för hur många läkemedel besökarna till den öppna rådgivningen skulle använda för att få komma. Fem av respondenterna använde också naturläkemedel. Hälften av de tillfrågade använde någon form av hjälpmedel för att hålla reda på medicineringen, men alla utom en klarade medicineringen själv, utan hjälp från någon annan person.

På frågan om hur man fick information om den öppna rådgivningen så svarade samtliga besökare i Knivsta att de fått kunskap om verksamheten via Knivstabladet/KnivstaNytt. I Svartbäcken hade fyra personer fått information via en pensionärsförening, tre personer hade läst om rådgivningen i UNT och en person uppgav att informationen kom från husläkarmottagningen.

Orsakerna till besöket hos apotekaren beskrivs på ett övergripande sätt i enkäterna. Allmän kunskap om medicinerna var en typ av önskemål, interaktionseffekter, biverkningar och naturmedicinens verkan, var andra. Samtliga besökare uppgav att de hade fått svar på sina frågor och alla var lika överens om att de fått reda på något som de inte visste tidigare.

En majoritet (sju personer) kommer att vidta någon åtgärd angående medicineringen efter rådgivningen. Den vanligast angivna åtgärden är att ta kontakt med sin husläkare för att fortsätta/fullfölja diskussionen hos henne/honom.

Synpunkterna på själva rådgivningssituationen är mycket positiva. De allra flesta tyckte att rådgivningen i hög grad hade varit givande, lärorik, förtroendeingivande och något att rekommendera för andra. En stor majoritet ansåg också att rådgivningen inte alls varit påfrestande eller svårbegriplig. Bland det som besökarna tyckte var mest positivt märks framför allt åsikterna om apotekaren som beskrivs som förtroendeingivande och sympatisk och situationen där rådgivningen genomfördes i lugn och ro. Den nya kunskapen om enskilda mediciner eller hela läkemedelsanvändningen nämns också. Den enda negativa synpunkten som framfördes är att verksamheten inte var permanent. Även på den öppna frågan om det finns några övriga synpunkter på rådgivningen dominerar svaren av önskemål om en fortsatt verksamhet som fler borde få tillgång till.

Det sammanfattande omdömet utifrån enkätstudien är att läkemedelsrådgivningen var mycket uppskattad av besökarna. Vare sig den kommer att leda till praktiska konsekvenser eller ej så har alla besökare fått veta något nytt och fått sina frågor besvarade. För att få en djupare kunskap och förståelse för vad det är som har varit bra och vad som eventuellt kan göras bättre, genomfördes intervjuer med besökarna. Resultaten av dessa presenteras nedan.

### 3.2.2 Resultat av intervjustudien

De åtta intervjuade besökarna till den öppna läkemedelsrådgivningen är mellan 70-85 år gamla. Sju av dem sammanbor med maka/make och två är ensamboende. Före pensioneringen har de flesta (sju personer) arbetat som tjänstemän inom offentlig och privat verksamhet, en person har även varit egen företagare och två personer har arbetat i vården.

#### *Hur fick besökarna information om rådgivningen?*

Intervjupersonen i Knivsta fick information om verksamheten genom notisen i KnivstaNytt. Han gick till mottagningen utan att beställa tid och fick då inte tala med apotekaren utan fick en tid bokad till veckan efter.

Tre av deltagarna som besökt Svartbäckens husläkarmottagning hade sett en annons i UNT och en av dem gick dit en tisdagseftermiddag, blev noterad och sedan uppringd av apotekaren och fick en tid för ett besök senare. Två av dem som besökt Svartbäckens husläkarmottagning tillhör inte det geografiska upptagningsområdet, men fick komma ändå. En av dem, som även fått information av en väninna som tidigare besökt apotekaren, berättar:

K: Hur fick ni reda på att ni kunde gå dit?

I: Genom annons i tidningen. Och då skulle vi egentligen inte få gå. Meningen var väl för dem som fanns i Svartbäckens område. Och vi bor i Bergsbrunna. Så vi hade ingenting med Svartbäcken att göra. Men jag läste annonsen i tidningen. Att jag brydde mig kanske berodde på att jag har en väninna som hör till Svartbäcken, och som hade varit där. Och när jag då fick se annonsen så tänkte jag, för hon tyckte också att det var bra, då tänkte jag att då ringer jag. Och först så fick vi inget riktigt besked, om vi fick komma eftersom vi inte hörde dit. Men sen ringde dom och sa att det går bra.

Den andra personen som inte tillhör upptagningsområdet fick information om verksamheten genom engagemang i annan FoU-aktivitet. Även hon ringde till husläkarmottagningen och fick en tid för besök.

Två personer noterade att verksamheten fanns genom anslag på husläkarmottagningen respektive på apoteket i Svartbäcken. Båda är aktiva inom en pensionärsförening och en av dessa intervjupersoner kopierade upp informationen och delade ut den i brevlådorna till medlemmar i närområdet och den andra intervjupersonen spred informationen på ett föreningsmöte, både muntligt och skriftligt.

Jag tänkte säga något om marknadsföringen av det här som jag kan tycka inte var den allra bästa. Det var bara en lyckträff att jag gick in på apoteket och så fick jag se en skylt som satt där. Då blev jag nyfiken och så skrev jag upp lite och tänkte att det här är märkligt det borde vi veta lite mer om. /.../ Det var en ren slump och då kände jag att det här borde de ha skickat till oss i föreningen med en liten beskrivning så att vi kunde ha nått många fler.

En av besökarna till läkemedelsrådgivningen nappade på informationen som hon fått via pensionärsföreningen:

M. Då kan jag börja med att fråga hur det kom sig att du fick reda på att du kunde gå till Svartbäckens husläkarmottagning för det här?

I: Jo, det var en liten broschyr som vi fick till vår förening, vår SPF-förening. Och då stod det enkelt att "Ta med dig läkemedelspåsen och kom". Eftersom jag har många läkemedel eller mediciner som jag använder och var lite tveksam hur jag skulle använda dom egentligen, för jag mådde inte så bra emellanåt, så tänkte jag att det här är en chans och så gjorde jag det. Det var genom föreningen.

Flera av de intervjuade påpekade att de trodde att informationen om verksamheten inte har gått ut ordentligt till berörda personer och som nämnts har ett par personer själva arbetat aktivt för att fler skulle få tillgång till den. De senare uppmärksammade verksamheten i ett sent skede och tror att de skulle ha nått ut till fler om de fått information till pensionärsföreningen innan verksamhetens start. Då hade de kunnat hjälpa till och gjort mer.

M: Du sa tidigare att du trodde att det inte annonserades tillräckligt bra. Har du pratat med vänner och bekanta, har de känt till det här då?

I: Jag har pratat, men det är ingen som har känt till det här. Hur vet du det? sa dom. Ja, vi fick en broschyr till våran förening. Nej, vi har inte hört något.

I: Jag tycker det är ett väldigt bra initiativ, men jag tror att det var för dålig information om det hela.

K: Du tror att det var dålig information?

I: Ja, det var inte många som visste om det i min åldersklass, så att säga.

K: Men du har inte sett nånting i media om det här? Annonser eller nånting om den här verksamheten, annat än att du har fått via FoU då?

I: Nej. Och jag tycker att jag läser tidningen ganska ordentligt, men...

Orsaker som intervjupersonerna spekulerade kring till varför det inte informerades mer om verksamheten är att arrangörerna var rädda för en anstormning eller skulle bli "överhopade" av besökare, att det är en kostnadsfråga samt att det är svårt att annonsera brett i pressen om projektet bara innefattar vissa geografiska områden.

### *Orsakerna till besöket*

Några av intervjupersonerna hade specifika, avgränsade frågor med sig till apotekaren som de ville ha svar på och som de hade förberett innan besöket. Ett par sådana frågor gällde biverkningar av olika preparat och en annan fråga gällde eventuella interaktionseffekter mellan receptbelagda läkemedel och naturläkemedel:

Jag plockade med mig alla mina burkar och radade upp på bordet framför henne. Och där ibland var det både receptfria och receptbelagda för det är ju den kombinationen där som kanske kan vara knepig. Om jag har mediciner som inte är utskrivna på recept. Så det var väldigt bra.

På frågan om den ovan citerade intervjupersonen hade diskuterat naturläkemedlen med sin läkare svarade hon:

I: Jag har inte gjort det.

M: Vet du varför?

I: Ja, det är så här att det är lite skämmigt så att säga att gå till naturläkemedel. Jag vet inte varför. Skulle läkaren fråga då skulle jag fråga ärligt, men i och med att dom inte gör det då glömmer jag bort det.

Övriga önskade en allmän genomgång och mer kunskap om sin medicinering.

Jag vill veta vad jag stoppar i mig och jag läser i FASS.

Ja det var en kvinna i trappuppgången här som berättade att hon hade varit till apotekaren och då hade en medicin tagits bort i samband med det besöket. Så jag tänkte att jag skulle kolla igenom min medicinuppsättning här. Men det var ingenting som var dubbelt på nåt sätt för min del, utan det var bara att fortsätta.

M: Du ville ha hennes allmänna synpunkter på din medicinering. Det var den frågeställning som du hade?

I: Ja, jag bara tog med mig det jag hade och jag ville att hon skulle ge mig ett utlåtande om det.  
/.../

M: Du har känt en osäkerhet tidigare när det gäller din medicinering?

I: Ja, och hon (apotekaren) hade också lite synpunkter. Av enklare slag visserligen, men ändå. Och även om man då får den här 'second opinion', även om den är precis exakt som min läkare har sagt, då är det bra. Då vet jag att OK då kan jag lita på det.

I citatet ovan framkommer ett behov av att kunna komplettera husläkarens bedömning om medicineringen med en 'second opinion' från någon annan. Det framkom också synpunkter på att det kan vara svårt att få tag på en läkare som har tid att tillsammans med patienten se över läkemedelsanvändningen.

K: Kan ni (makar) berätta varför ni gick dit? Hade ni några funderingar då, innan ni gick till det här besöket?

I: Ja, det tycker jag. Det här med medicin, man tar för givet att går man på en husläkarmottagning, så får man allt vad man behöver. Och det är oftast så att det går fort och de har inte tid och det är svårt att komma åt läkaren för ett samtal om de här sakerna. Det är vår erfarenhet. Och därför tycker vi att det är en sorts avlastning att få ta upp dom här grejerna ur andra aspekter. Hur viktigt det är att man ser över sitt medicinbehov, och inte bara förnyar ett recept.

Ytterligare en orsak till besök som nämndes var att det var i studiesyfte. En intervjupersonen ville ta reda på hur det var, för att sedan eventuellt kunna rekommendera andra att gå. Läkemedelsrådgivningen skulle enligt denna intervjuperson kunna utgöra en förbättring av äldreomsorgen.

### *Tidsbokningen*

En ursprunglig tanke inför projektets start var att besöket hos apotekaren inte skulle behöva bokas i förväg utan personer som var 65 år och äldre skulle inom ramen för besökstiden kunna komma oanmälda. Det skulle vara så enkelt som möjligt; bara att ta med sig sin påse med läkemedel och komma. Denna tanke kunde inte genomföras på någon av husläkarmottagningarna. Orsaker till detta är farhågor om att det skulle komma alltför många besökare, det skulle vara krångligt att organisera och det skulle bli svårt med ordningen i väntrummen. Besökarna fick nu istället ringa till husläkarmottagningen för att boka en tid för ett besök.

Besökaren i Knivsta tyckte allmänt sett att tidsbokningen till husläkarmottagningen fungerar bra. Även i Svartbäcken hade tidsbokningen till läkemedelsrådgivningen avlöst smidigt:

M: Du ringde och beställde tid?

I: På vårdcentralen ja.

M: Hur tycker du att det fungerade?

I: Det fungerade bra. Om det också hade fungerat lika bra som när man ska ha ett läkarbesök så hade det varit helt fantastiskt.

M: Så det fungerade bättre än vanligt?

I: Ja, det var ett helt annat telefonnummer. Då kom man till receptionen till sekreteraren där. Och det fungerade utmärkt, men att försöka få en telefontid hos läkarna det är som att ta ner månen.

Även om tidsbokningen hade varit lätt att genomföra för besökarna så framkom synpunkten om att det är en onödig spärr för besök att behöva ringa och boka tid. Speciellt om man inte känner till att tidsbokningen för läkemedelsrådgivningen inte går till på samma sätt som för ett besök hos läkare.

Jag funderade på om man skulle ha ett öppet hus. Dom som går dit får i alla fall vänta. /.../ Det är något motstånd det där att ringa. Så kanske du inte kommer fram och så måste du vänta. Då lägger man på. /.../ Men då var det, det där; man ska ju beställa tid. Det kanske skulle ha varit så att man tog en nummerlapp och satte sig. Ungefär som när vaccineringen var. Jag satte mig i lugn och ro en timme och väntade.

### *Besöket hos apotekaren*

Samtliga intervjupersoner gav uttryck för mycket positiva uppfattningar om själva läkemedelsgenomgången och kontakten med apotekaren. Om det första intrycket berättar en besökare:

M: Hur var det då när du kom dit? Vad tycker du om själva besöket?

I: Ja, för det första så var det en förtjusande kvinna som mötte mig. Det var bara det. Jag kände på en gång att här kan jag verkligen få hjälp, eller hjälp, men råd.

M: Hon gav ett förtroendegivande intryck?

I: Mycket! Och mycket trevlig och så där. Det första intrycket var mycket positivt.

De allra flesta av besökarna hade med sig sina läkemedelsförpackningar eller förteckningar över de läkemedel de tog. Proceduren för själva besöket kunde variera lite beroende på om besökarna tillhörde husläkarmottagningen eller inte. I de fall besökarna var listade patienter på husläkarmottagningen kunde apotekaren gå in i datorn för att studera aktuella läkemedelslistor m.m. I de fall där besökarna inte tillhörde husläkarmottagningens upptagningsområde hade apotekaren bara tillgång till de uppgifter som besökarna själva hade med sig.

Intervjupersonerna berättade att apotekaren i lugn och ro gick igenom läkemedel för läkemedel, informerade och svarade på frågor.

I: Hon kollade upp datorskärmen och gick igenom så här för varje. Och så tog hon den burken som var aktuell och tittade på den och läste och styrkan och allt det där.

M: Hon gick igenom varje...

I: Ja, mycket noggrant.

Och så just det här tycker jag när man kan få komma till om man säger en sjukvårdskunnig person och den personen redogör för varje medikament som man tar. Den här är si och så, och si och så och följer du det här, tar du fler eller hur går det här till nu då? Har du någon dosa där du lägger in de här eller kommer du ihåg om du har tagit det här eller ej?

Det framfördes i intervjuerna inte några som helst negativa synpunkter om läkemedelsgenomgången. Det som framför allt betonades som positivt var apotekarens kunskap och engagemang, men också att besöket avlöpte utan tidspress. Det fanns tid för frågor och funderingar och besökarna lärde sig en hel del.

I1<sup>6</sup>: Så det var en helt ny information. Det var väldigt informativt.

I2: Det var mycket bra. Mycket bra.

I1: Hon var mycket skicklig att berätta också tycker jag. /.../ Det var ett föredöme när det gäller att ge information. /.../ För det första tog hon den tid vi behövde. Det uppskattar vi. Vi fick prata igenom det här med mediciner och visa våra tabletter och hon frågade vad vi tyckte om det här och om vi hade nytta av det eller om vi skulle ompröva kanske. Att vänta ett tag så här och det var helt ny information. Jag hade fått lära mig att dom här tabletterna som vi käkade nu, det gör man så länge man lever. Det kanske inte är så. Det var ny information. Och så verkade hon mycket kunnig.

I2: Jag tänkte säga det, framför allt hennes kunnskap.

I1: Otrolig kunnskap när det gäller dom här medicinerna. Det var skönt.

Ja, för det första var det en helt förtjusande apotekare. Det önskar man att hon hade varit min husläkare. För då hade jag inte behövt gå till en apotekare. Här kände man ett förtroende som gjorde att jag litade på vad hon sa, vilket jag inte gör för min husläkare när det gäller medicinerna.

---

<sup>6</sup> Intervjupersonerna utgörs av två äkta makar

Jag tror jag satt där i... nu ska vi se... Ja, minst en halvtimme, 45 minuter nånting. Jag tyckte att hon tog väldigt god tid på sig. Så jag frågade henne: Har du verkligen tid med mig så här länge? Och det hade hon påstod hon. Så att det var inget jäkt över det hela. Inte som när man har fått tid hos en husläkare, när man vet att man har fått tio minuter.

### *Resultat av läkemedelsgenomgångarna*

För flera av besökarna blev resultatet av läkemedelsgenomgången att apotekaren föreslog en kontakt med husläkaren för att diskutera vissa ändringar i medicineringen och/eller nya provtagningar.

Ja, hon ifrågasatte om inte min läkare hade förslagit det här med Normorix då som är blodtryckssänkande. Att använda Normorix mite istället som är svagare ändå för att det har mindre biverkningar i form av mindre yrsel.

I: Hon upptäckte att det var en tablett som jag inte hade med mig.

M: Som var ordinerad, men som du inte tog?

I: Ja, eller den var ordinerad, men jag hade inte fått den utskrivna sist. Ja, den glömde dom faktiskt sa jag för den hade jag behövt.

I2: Och då föreslog apotekaren att vi skulle prata med vår husläkare om vi ska fortsätta med b12. Ta ett prov då så att man ser.

I1: Och det var för oss en liten nyhet, för jag trodde det skulle löpa genom hela livet. Så uppfattade jag det av vår husläkare. Men hon sa att man kan mycket väl ifrågasätta om man ska ha det i fortsättningen.

I vilken omfattning som kontakt har tagits med husläkarna och om dessa sedan har genomfört några förändringar vet vi inte, men en intervjuperson hörde av sig igen efter utförd läkarbesök och berättade att läkaren hade gått på apotekarens linje och infört de föreslagna förändringarna. För ett par av besökarna på läkemedelsrådgivningen erbjöd sig apotekaren att ta kontakt med husläkaren direkt för att föreslå vissa förändringar och andra åtgärder.

Hon tyckte att det skulle tas en del prover som inte har gjorts på flera år, som jag har bett om, men inte fått. Då frågade hon om det var OK att hon skrev ett meddelande om det till min husläkare och det var ju jättebra.

Exempel på andra råd som intervjupersonerna fått är att begränsa konsumtionen av visst naturläkemedel. Naturläkemedlet i fråga skulle tas i stora doser med åtskilliga tabletter om dagen. Intervjupersonen tyckte att det blev för dyrt och frågade apotekaren om vad hon tyckte:

Ja, hon tittade på den här och sa att det här känner hon inte till. Ja, sa hon, hon trodde inte på det, jag märkte det. Men ta två om dagen sa hon. Och det har jag gjort.

Kombinationseffekter av olika läkemedel diskuterades också. Bland annat gav apotekaren rådet att inte ta vissa namngivna preparat samtidigt då de har motverkande effekt:

I: Vi diskuterade kombinationerna av medicinerna eftersom jag har haft tendens att bli så yr ibland när jag har tagit medicinerna och vissa mediciner tycker jag att jag har blivit sämre av och så. Och då frågar hon när jag tar Voltaren, ja den har jag tagit sa jag, jag är ordinerad gånger tre, men jag har tagit den bara på kvällen. Ja, och när tar du blodtrycksmedicinen? Ja, den tar jag på morgonen. Ja, det var klokt sa hon för Normorix sänker blodtrycket och Voltaren höjer blodtrycket. Tar du dom samtidigt så har det inte någon effekt.

M: Det hade inte någon talat om för dig?

I: Jag hade inte en aning. Eftersom jag var ordinerad tre gånger om dagen. Men eftersom jag är lite försiktig med Voltaren så tar jag den bara på kvällen.

Ett annat tema för diskussioner var behandling av smärta för att få optimal effekt av läkemedlen:

Och så har jag tagit Alvedon. Och du skall ta, Alvedon kan du ta 6-8 tabletter om dagen och du skall alltid ta två. En tablett den sänker inte smärtan, men den lägger sig rakt så här, men vill du ha mera smärtlindring så måste du ha två för då sänks smärtgränsen. Det har jag aldrig hört förut.

Ja, det var väl möjligen det att tillsammans med Dexofen, så borde jag ta Alvedon/Panodil därför att då förhöjs effekten om jag gör så. Bara Alvedon eller Panodil ger i och för sig en liten effekt bara, kvartseffekt kan man väl säga. Och Dexofen halv effekt då. Och när man tar Dexofen tillsammans med Alvedon/Panodil så blir det full effekt.

Vissa läkemedel gav apotekaren intervjupersonerna råd om att undvika eller stöttade beslut om att inte ta:

I: Så har jag en tablett som hon tittade på och frågade om jag använder. Nej, sa jag den mådde jag väldigt dålig av. Ja, sa hon, den skall du inte använda alls.

M: Jaha, vad hade du den mot?

I: Mot urinträngningar.

M: Och den passade inte ihop med de andra eller?

I: Det var så mycket biverkningar sa hon på den. Så den skall du helst inte använda. Och eftersom jag själv hade upptäckt att det var så mycket biverkningar så har jag inte använt den heller, på ett år eller så, men den stod väl med där då.

M: Så du fick bekräftat mycket av det som du själv hade förstått?

I: Anat, ja. Och det kändes väldigt tryggt.

K: Du kunde sluta också med något läkemedel efter läkarbesöket sa du?

I: Ja, det var ... Ja, det kommer jag inte ihåg vad det var.

K: Var det någon vitamin eller...

I: Ja, det var inte något väsentligt egentligen.

K: Du tycker det känns bra att reducera i pillren?

I: Ja, det tycker jag känns bra.

Även inaktuella läkemedelslistor uppmärksammades:

Och då hade sköterskan tagit ut vad jag åt för någonting. Och då fick jag ju se saker och ting som låg långt tillbaka i tiden. Som låg kvar i datorn och inte var utrensade. Då sa jag att det här äter jag. Då hade jag listan ny också. Samtidigt fick man en förklaring till varje medikament man tog.

Någon fråga hade apotekaren inte kunnat besvara. Ett exempel behandlade orsakerna till svettningar och behandlingar för detta. Det finns också ett exempel där apotekaren rekommenderade en salva som enligt intervjupersonen inte gav något bra resultat.

Det var ett trevligt samtal. Och jag hade med mig en förteckning på medicinerna. Ja, det var väl någon medicin som åkte bort och jag fick förslag på en medicin också. För att jag har bältros sen några år tillbaka, och det är inte något vidare. Och det var någon salva som skulle, men den medicinen gjorde så fruktansvärt ... det sved som bara den! Så den slutade jag med efter en gång.

Vid sidan av de nu rapporterade konkreta konsekvenserna av besöket hos apotekaren så berättade också intervjupersonerna om andra resultat i form av välbefinnande och trygghet. Känslan av lugn nämndes spontant av en kvinna som tidigare varit osäker på om hon ätit rätt mediciner:

I: Eftersom apotekaren gav intryck av att vara så lugn och hon var inte stressad på något sätt så kändes det väldigt bra för mig när jag gick därifrån. Jag släppte alla dom här tankarna, oron som jag har haft. Är det bra att ta dom här tro? Skall jag låta bli eller skall jag ta? Jag har inte haft någon klarhet utan jag har varit osäker.

M: Det låter som det var väldigt skönt.

I: Ja, den psykiska biten den blev jättelugn. Oron inför att ta medicinerna.

Då var det jätteskönt att komma till apotekaren och få höra att den här kombinationen som jag hade fått den var egentligen väldigt bra.

En intervjuperson kände sig upplyft efter mötet. Omdömen som ”det bästa som hänt”, samt uttryckt glädje och tacksamhet förekom och det intervjuade äkta paret ansåg att de blivit mer medvetna:

K: Så ni kommer att fråga läkaren nu också om de här medicinerna och om ni verkligen behöver dem?

I1: Ja

I2: Ja

K: Så det här besöket leder till att man blir mera

I1: Medveten

I2: Medveten

I1: Precis ja. Sedan vart det en personlig information om hela apoteksverksamheten. Den som vi träffade här var väldigt kunnig när det gällde mediciner vad vi kunde bedöma. Och diskuterade värdet utav det och sammansättningen av det och det var väldigt informativt.

Samtliga tillfrågade ansåg att det alltid bör finnas möjlighet att i lugn och ro få tala med en apotekare. Förutom att det var givande för den enskilde så trodde man att det också skulle vara kostnadseffektivt för samhället. Det skulle kunna avlasta apoteken och sjukvården. Medvetenheten var stor om att det kan förekomma läkemedelsrelaterade problem bland de äldre.

### *Synen på läkarnas roll*

En av de intervjuade beskrev en mycket positiv kontakt med sin husläkare. Han tar själv en aktiv del i läkarens möjligheter att gå igenom medicinlistorna genom att lämna in en aktuell medicinlista till läkaren dagen före läkarbesöket.

K: Tycker du att det har inneburit en större trygghet för dig att ha fått prata med henne (apotekaren).

I: Ja, det kan jag väl kanske säga till en viss del att det har gjort. Den där informationen var ju bra att få. Och jag har ju så bra husläkare, så att jag får ju informationen via henne.

K: Brukar du prata om samma saker med henne?

I: Ja, det är ju hon som har skrivit ut medicinen åt mig. Och om jag har bytt någon medicin, så berättar hon lite grann om den. /.../

K: Brukar du ofta gå igenom dina mediciner och titta igenom vad du har, eller?

I: Ja, den här uppställningen den har jag ju varje gång jag går till min husläkare. /.../

K: Inför besök då, du dokumenterar alla besök som du gör hos doktorn?

I: Ja, jag lämnar det här dan innan.

K: Till henne?

I: Ja, just det på receptionen i ...

K: Och på det viset ser hon vilka mediciner du har direkt.

I: Ja, precis. Och jag får nya recept då. Det här är en gång per år. /.../ Ja hon brukar säga det, att hon tycker att jag strukturerar mina mediciner och sjukdomar genom att skriva så här.

För de övriga intervjuade kan sägas gälla att de inte ansåg att de har kunnat få den hjälp eller den information som de behöver eller vill ha av sina läkare. Uppfattningen var att läkarna inte går igenom läkemedelslistorna med sina patienter och att de i begränsad omfattning beskriver de olika medicinerna. En orsak till detta är den upplevda tidsbristen som läkarna har.

I: Jag tror att just det här att man fick erbjudande att gå till en apotekare, för att kunna få prata i lugn och ro här om sin medicin. Och få reda på mer än vad, läkaren hinner aldrig berätta egentligen, varken för- eller nackdelar eller något sådant.

M: Så det som apotekaren berättade hade du inte hört från någon läkare?

I: Nej, nej, nej. Men du vet hur det är. Jaha då skriver jag ut det här för då skall nästa in.

Här är det också en människa som har tid att prata om allt det här för det har aldrig husläkaren. Har aldrig tid att prata, istället kan det bli mera påfört. Och det är det som är kruket. /.../ Apotekaren är ju om jag säger den som vet hur det här fungerar och som då i det här fallet har tid. Som har tid att prata om det. Det är just det här tidsperspektivet. Om man vill fråga vad det är för bieffekter av det här; ja, det finns ett papper som du kan läsa. Så är det inte om man kommer så här för apotekaren tog upp varje bit om det fanns några bieffekter och hur man upplevde det. Om man upplevde någon bieffekt eller hur man kände när man hade tagit dom här. Så jag anser att det är jättenödvändigt.

Problem med att komma i kontakt med sin läkare nämndes också samt att läkarna inte bedömdes vara intresserade av att ”bara” göra en läkemedelsgenomgång.

Men det är ju så otroligt svårt att få träffa en läkare. Det är ju nästan helt omöjligt. Man ska ringa dem på viss tid, och det är inte lätt att man kan passa den dan, och sen då är det tre, fyra veckor innan man kan få komma. Ja, det har vart jättedåligt tycker jag. Stackars dom som är verkligt beroende av det.

Ibland kan man känna att man nästan måste vara dödssjuk för att få komma dit. För jag kan inte ringa till henne och säga, hör du, du, jag vill prata med dig om min medicinering. Det är inte giltigt skäl utan det skall vara att man känner sig sjuk eller den årliga översynen eller något sådant. Och det är det som är kruket för 65+ att dom inte kan få komma till en läkare när dom känner att dom skulle behöva komma till en läkare. För att också kunna få hjälp med sin medicinering. För jag är helt övertygad om att det är mycket mediciner som människor äter, tror jag, som dom inte ska äta.

Samtliga intervjupersoner, utom en, framförde alltså synpunkten att läkarna i större utsträckning än idag skall ägna mer tid åt läkemedelsgenomgångar tillsammans med patienterna. Det förelåg samtidigt en förståelse för att läkarnas situation är pressad och i de flesta fall är det inte den enskilda läkaren som utgör måltavlan för klagomålen.

I1: Men det är ju inte läkarnas fel att man inte får komma dit.

I2: Nej, det är inte det, alltså.

I1: Det finns ju inte tid.

K: Det är nånting med systemet.

I2: Ja, jag skulle tippa det.

I1: Nej, för vi har väl ingenting att klaga på läkarna.

I2: Nej, det har vi inte.

I1: Det får vi verkligen säga. Så det är inte någon klagan nu heller.

I2: Nej, nej.

I1: Det är systemet. Och jag tror att läkarna dom jobbar stenhårt och gör sitt allra bästa. Det är ingen skugga som skall falla på dom utan det är en brist på läkare.

I2: Brist på tid.

Att inte få komma till läkaren när man tycker sig behöva det eller att läkaren inte ”tar sig tid” att förklara och beskriva medicinerna och deras verkan kan också ges en ålderistisk förklaring. Som äldre kan du upplevas att du inte tas på så stort allvar.

Ibland har jag en känsla av att man undervärderar 65+ och det tycker jag är fruktansvärt. Att man liksom trycker ner eller negligerar dom.

Men när man inte själv kan, och så är det inte så väldigt populärt att fråga heller. Utan gör så här nu så blir det bra. Och det är ett svar som jag definitivt inte kan acceptera.

Det förekom också åsikter om att äldre personer i alltför liten omfattning ifrågasätter läkarnas bedömningar.

I: När jag ser på mina medsyster vad dom sätter i sig av mediciner utan att egentligen veta varken vad de heter eller vad de är bra för. ”Doktorn sa jag skulle ta det här” – det är ju hellöjligt egentligen. /.../ Ja, det är också en ödmjukhet bland äldre som jag vänder mig emot. Att dom tycker att ’jag är så gammal, det är liksom inte så mycket att göra åt det hela och man ska ju i alla fall dö snart’. Ungefär så, lite drastiskt. Och det tycker jag är helt fel! På barriaderna så länge man orkar!

K: Ja, så du tycker att man inte kräver tillräckligt?

I: Nej, och det är klart att man inte kan gå ut och gorma och göra sig ovän med alla människor. Men jag tycker i alla fall att man ska ifrågasätta och ta reda på saker. Även om man råkar bli lite gammal.

I: Läkaren är fortfarande tror jag guden för väldigt många. Lite grann för mig också, på så sätt att jag vill att dom skall ge förslaget. /.../

M: Du känner att du inte kan fråga. Du frågar inte gärna?

I: Jo, jag frågar gärna, men jag väger väldigt. Jag funderar verkligen en och två gånger först.

För två av de intervjuade besökarna hos apotekaren gäller att de på grund av tidigare negativa erfarenheter inte idag har ett fullständigt förtroende för sina husläkare och att detta motiverade besöket hos apotekaren.

Slutligen delade samtliga intervjupersoner uppfattningen om att det ligger i läkarens roll att ta ett ansvar för läkemedelssituationen. Om läkarna gjorde det idag skulle inte besöket hos apotekaren vara nödvändigt. Samtidigt påpekade ett par av intervjupersonerna att gränserna mellan läkarens och apotekarens kompetensområden är svåra att känna till och att det vore bra, även om läkaren tog ett större ansvar än idag, att få använda sig av en apotekare som komplement.

M: Skall läkaren ta upp och diskutera det här med mediciner?

I: Ja, det tycker jag nästan är självklart. Och framför allt kolla att man inte har varit hos någon annan läkare också. Det kanske är ett år sedan som jag har varit hos husläkaren, verkligen ta upp och kolla att jag inte har varit på annat håll under det här året. /.../ Hon har i alla fall aldrig frågat mig någon gång om jag har varit hos någon annan läkare och fått något annat, men hur det är vanligtvis det vet jag inte.

Då känner man en trygghet att här har jag ett samarbete mellan min husläkare och apotekaren. Som skulle delge mig vad som skulle vara bäst för mig. Det är en trygghet. Det är också en trygghet.

### *Apotekens roll*

I samband med att intervjupersonerna berättade om sina samtal tillsammans med apotekaren så togs också frågan upp om hur de såg på apotekens roll i de här avseendena. Intressant att notera är att även om intervjupersonernas ärende till apotekaren kunde vara mycket begränsat till en faktafråga, så hade de inte riktat denna fråga till någon på apoteket.

M: Du har aldrig kommit på tanken att fråga någon på apoteket om den här kombinationen är bra?

I: Nej, faktiskt inte, det har jag inte gjort. Men i och för sig det hade jag kanske kunnat göra.

När det gällde fler frågor eller frågor av lite mer komplicerad art så framfördes att miljön på apoteken och tidspressen hos personalen inte inbjöd till frågor. Eftersom det ofta sitter fler kunder och väntar och som dessutom kan höra samtalen så ville de tillfrågade intervjupersonerna bli expedierade så snabbt som möjligt.

M: Om du jämför det här besöket hos apotekaren med vad du skulle kunna få för information på apoteket, du har aldrig ställt de här frågorna på apoteket?

I: Nej, det har jag inte gjort. Dels så får man med sig där ifrån, information och det är ju jättejobbigt för det är en stil som inte normala människor kan läsa. Där har man alltid en känsla av

att dom har så bråttom. Det sitter ju massor av människor som skall ha sin medicin och skall man då börja att gå igenom, det anser jag att deras tid är för dyrbar för.

M: Det här som du kunde fråga apotekaren, det är ingenting som du skulle kunna fråga på apoteket?

I: Jag har aldrig kommit på det. Nu skall jag vara riktigt ful och säga; apoteksmänniskorna är också lite stressade. Det finns mängder av människor som väntar och då blir det en stress. Och jag måste säga att när det gäller förtroende så känner jag bättre förtroende för den som i lugn och ro sätter sig ner och går igenom det här med mig utan att känna sig stressad av människor som mer eller mindre funderar vilken tid det tar.

### **3.2.3 Apotekarens erfarenheter av den öppna läkemedelsrådgivningen**

Apotekaren intervjuades vid två tillfällen, före och efter projektets genomförande.

#### *Inför projektets start*

Inför verksamhetens start var det mest förväntningarna som diskuterades. Apotekaren tycker allmänt sett att det är roligt med nya saker och såg fram emot projektet med spänning. Samtidigt kände hon sig lite nervös inför sin egen insats eftersom hon inte skulle ha möjlighet att i förväg förbereda sig på de frågor som besökarna skulle komma med. Hon var orolig för att inte kunna svara på de frågorna som besökarna hade och att hon därmed riskerade att göra människor besvikna. Apotekaren var lite osäker inför de patienter ”som vet allt” och att hon skulle bli ställd på prov. Det hela kändes på så sätt osäkert och apotekaren hoppades på allmänna, enkla frågeställningar.

Innan projektet med den öppna rådgivningen hade startat hade apotekaren redan börjat arbeta i liten skala på de två husläkarmottagningarna med att göra läkemedelsgenomgångar på läkares uppdrag. Hon var så att säga inne i systemet på de två arbetsplatserna. Inom den öppna rådgivningen skulle apotekaren inte ha något direkt att göra med läkarna eftersom besökarna inte skulle komma dit på uppmaning från läkare och apotekaren skulle inte heller rapportera resultaten av rådgivningen till läkare utan endast vid behov uppmana besökarna till en läkarkontakt. Inför projektets start trodde inte apotekaren att personalen vid de båda husläkarmottagningarna riktigt hade förstått eller var medvetna om att projektet skulle börja.

De frågeställningar som apotekaren trodde att besökarna skulle komma med till den öppna rådgivningen skulle kunna beröra smärta, hjärta och sömn samt situationen då man tar flera tabletter för samma saker. Hon trodde att verksamheten skulle vara bra för personer som behöver prata mycket d.v.s. de som vill ha gott om tid för att diskutera läkemedlen.

Apotekaren trodde också att verksamheten kan komma att avlasta apoteken. Trycket på husläkarmottagningarna kan däremot komma att öka om besökarna kommer att rekommenderas en förnyad läkarkontakt. Detta hänger samman med hur många besökare som det kommer att bli på den öppna rådgivningen. Det finns en risk att antalet besök blir för många och att patienterna kanske blir besvikna eller det motsatta, att besöken blir få.

#### *Apotekarens erfarenheter efter projektets slut*

De frågor som samtalet med apotekaren kretsade kring i intervjun då hela projektet skulle summeras är:

1. Hur tycker du att dessa läkemedelsgenomgångar har fungerat, hur har det varit? Hur har de gått till?
2. Vilka är fördelarna och nackdelarna ? (för besökaren, läkaren, apotekaren, andra)

3. Vilka patienter har du träffat? (diagnoser, läkemedelsrelaterade problem, kön, ålder, motivation)
4. Varför har besökarna sökt sig till den öppna rådgivningen?
5. Hur tänker du att besökarna har upplevt mötet? (administrativt, innehållet, resultatet: trygghet, kunskap,)
6. Vilka råd/rekommendationer har du gjort?
7. Vad har du gjort innan mötet (förberedelser) och efter mötet (efterarbete, kontakter)?
8. Har samverkan med läkare förekommit? Hur har samverkan med läkarna sett ut? Vad innebär detta arbetet för apotekarrollen?
9. Är detta arbetssätt något för framtiden? Varför? Hur kan verksamheten förändras/utvecklas?

När apotekaren uppmanades att fritt berätta om den öppna rådgivningsverksamheten sade hon:

Dom som kom var ju ofta sådana som verkligen var intresserade och hade någon konkret frågeställning. Och ibland var frågeställningarna ganska små så de hade kunnat ringa upp apoteket och fått svar direkt, men ändå satt vi och pratade en halvtimme och det var väldigt mycket diskussioner. Dom ville få lite bekräftat tror jag, det de redan visste. Eller trodde sig veta. Det de hade snappat upp från doktorn så ville dom att jag skulle betona jo, det här är rätt medicin och det här är rätt dos och så. Det kändes som om jag bekräftade rätt mycket. Dom kunde mycket. Det slog mig. Och dom var väldigt trevliga. De mötena var nästan, dom roligaste på det viset så jag hade önskat att det hade blivit många fler. Och ganska många av de här träffarna mynnade ut i att jag bokade in dom på ett läkarbesök eller att dom skulle göra det själva. Det var ändå några saker som kom upp som hade blivit fel. Det tycker jag var intressant.

Apotekaren gav i sin berättelse en mycket positiv beskrivning av den öppna rådgivningen och om de personer som besökt den. De farhågor som hon uttryckte innan projektets start var nu nedtonade och tycks inte ha blivit aktuella. Hon har känt sig väl rustad att ta emot de frågor som hon fått. På en direkt fråga om oron innan varit befogad svarade apotekaren:

I: Det kändes inte alls jobbigt faktiskt. Jag såg fram emot det jättemycket. Jag tror att har man jobbat på Apotek då blir det en sådan rutin att möta kunder som vi säger på Apoteket. Och det här var precis samma sak, men det var i en ostörd trevlig miljö. Och dom som kom på öppen rådgivning dom ville verkligen komma dit.

M: Och frågorna de hade med sig var det sådant som du tyckte att du kunde?

I: Ja, det var det ofta.

Den tidsåtgång som passat för så gott som alla besökare är, enligt apotekaren en halvtimme. Vanliga diagnoser som besökarna har haft är hjärt- och kärlsjukdomar. En del har bara haft ett par läkemedel medan andra har haft ett tiotal. Även frågor om hälsopreparat förekom, men de är inte alltid lätta att svara på.

De har tagit med sig dom burkarna också. Och då är det svårt för det finns inte mycket information alltid. Det man har är några få att Omega 3 kan påverka om man har Waran eller Johannesört kan interagera med mycket, men multivitaminerna och sådant där brukar jag säga att det tror jag inte. Det känns som om man inte är riktigt säker när man säger något om naturläkemedel, men man gör så gott man kan.

En skillnad mellan de två husläkarmottagningarna var att det till Svartbäckens husläkarmottagning även kom personer som inte hörde till upptagningsområdet medan det i Knivsta endast kom personer som hade sina läkare på husläkarmottagningen. Inför besöken kunde apotekaren, för dem som var listade på husläkarmottagningen, läsa i journalerna och på så sätt förbereda sig och vara lite beredd på vad som skulle komma. Hon kunde ändå aldrig

veta vilka frågor som besökarna skulle ha. Om skillnaderna mellan besökarna som tillhörde respektive inte tillhörde husläkarmottagningen sade apotekaren:

Båda var lika intressanta. Det var ett fall i Svartbäcken som jag inte hade några uppgifter om och hon hade ingen läkemedelslista med sig så vi pratade liksom i blindo ganska mycket, det var inte så bra. Annars hade dom med sig recept eller alla burkarna så där och då vart det lika bra som om dom hade hört till husläkarmottagningen. Det svårare då var att man, då fick man bara säga till dom att jag tycker att du skall kontakta husläkarmottagningen. Man kunde inte skapa en direktkontakt då. Gå och rycka i läkaren och säga att hej den här patienten vill träffa dig.

En fråga att återkomma till senare för diskussion är den ”nivå” som den öppna rådgivningen kan ligga på. Det går teoretiskt sett att tänka sig en skala där den ena ytterpunkten på skalan innebär att apotekaren inte har någon som helst förkunskap om den kommande besökaren och hans/hennes situation och den andra ytterpunkten som innebär att apotekaren har kunnat förbereda sig och läst in sig på journalerna och där även besökarens frågor är kända innan besöket. Graden av förberedelse från apotekarens sida kan i dessa fall variera från noll till omfattande. Besöken på den öppna rådgivningen som genomförts varierade en del på denna skala. Från den ena ytterpunkten då apotekaren inte hade någon som helst förkunskap till situationen då apotekaren hade kunnat förbereda sig genom att läsa journalen, men däremot inte kände till vilka frågor som besökaren skulle komma med. En konsekvens av de olika tillvägagångssätten är att olika krav ställs på apotekaren och att rådgivningens kvalitet eller djup kan variera. Genom att ha tillgång till journalerna kan apotekaren sätta sig in i diagnoserna och tankarna bakom medicineringen; läkemedlens sammanhang, och får på så sätt en bredare klinisk bild klar för sig.

I: Men vad jag menar just med att man läser journalen, det kan vara att patienten har haft magsår eller har hjärtsvikt och det kanske inte framkommer alltid om man bara ser deras tabletter. Men då t.ex. är det inte bra om dom äter en massa Treo, sådana saker. Och då kan man ge dom rådet att det här är inte bra. Så på det viset är det bra (att se journalen).

M: Så du får en annan helhetsbild eller en lite bredare bild.

I: Ja. Det kanske hade varit mindre etiska frågeställningar om man inte hade kollat i journalen.

En förklaring till att apotekaren bedömde de öppna rådgivningarna så positivt är att besökarna som kom dit var mycket motiverade. De hade sökt sig dit helt på eget initiativ och apotekaren hade känslan av att besökarna redan i förväg hade bestämt sig för att det skulle bli något positivt. Apotekaren uppfattade också att besökarna var nöjda när de gick där ifrån, de tyckte att det hade varit ”jättebra”.

En missräkning är att inte fler personer uppsökte rådgivningen. Det hade behövts mer reklam för verksamheten. Apotekarens uppfattning är att människor i allmänhet inte hade uppmärksammat erbjudandet. Om det inte är så att underlaget i ett distrikt räcker skulle man kunna inbjuda bredare nästa gång. Det tar också tid innan en verksamhet blir etablerad i människors medvetande. Försiktigheten var enligt apotekaren för stor vid projektets start, marknadsföringen skulle ha varit mer offensiv.

Som nämnts tänkte apotekaren att de flesta besökarna sökte bekräftelse på att de fick rätt medicinering, de ville ha en ’second opinion’ för trygghetens skull. Det förekom också att apotekaren rekommenderade ett läkarbesök eller själv tog kontakt med läkare. Apotekaren uppskattade att det var ungefär fem, sex stycken av besökarna till den öppna rådgivningen som gick på ett läkarbesök efteråt. På kort sikt kan detta kanske säga stödja de farhågor som apotekaren hade innan projektets start om att läkemedelsrådgivningarna kommer att öka trycket på husläkarmottagningarna. Samtidigt kan det säkerligen vara så att de korrigeringar

som eventuellt gjordes vid dessa läkarbesök, minskade risken för läkemedelsrelaterad ohälsa och därmed minskade kontakten med husläkarmottagningen på lång sikt.

I ett par fall tog apotekaren direkt personlig kontakt med vederbörande läkare efter läkemedelsrådgivningen. Läkarna sade att apotekaren kunde boka in en tid för ett besök och apotekaren gick till sekreteraren som bokade in tiden. Apotekaren sände sedan ett meddelande eller talade med läkaren och sade att en tid bokats och vad som behövde ses över. Den här kontakten med läkarna fungerade bra och för besökarna var det positivt att problemen uppmärksammades.

Det var snarare bra att jag fångade upp det där för dom kanske inte hade ett läkarbesök på ett år. Dom som kom på öppen rådgivning. Dom kanske just hade varit för något helt annat.

De övriga läkarna på husläkarmottagningarna tror apotekaren inte har berörts av projektet eller kanske inte ens kände till att det pågick.

De svårigheter eller dilemman som apotekaren stötte på under projektet kan sägas beröra samverkan med läkarna och var gränserna går för att involvera dem. Ibland skulle apotekaren behöva mer information om motiven till insättning av vissa läkemedel och ibland kunde det vara så att apotekaren hade vissa invändningar, men avstod från kontakt med läkaren då hon inte ansåg att det var tillräckligt viktigt för patienten. Exempel på det senare utgörs av fall då dyrare läkemedel skulle kunna bytas ut mot billigare. I nedanstående långa citat illustreras väl de etiska dilemman som apotekaren kan hamna i och svårigheterna att definiera vilken ”nivå” som läkemedelsgenomgången skall ligga på. Den kan vara något mer än den som man kan få på apoteket, men frågan är var gränsen går i relation till läkarnas bedömningar.

M: Har det varit några besvärligheter eller ser du några nackdelar med det här?

I: Det är i så fall att man tycker att, det är också väldigt personligt, att jag kanske har lärt mig att den här kombinationen (av olika mediciner) skall undvikas, men det är kanske inte alla som tycker så. /.../ Ibland skulle man vilja fråga läkaren; hur tänkte du i det här fallet? Man känner sig inte riktigt säker på att det är rätt, men ändå måste man få patienten att känna sig trygg för det är inget påtagligt fel utan det är kanske inte det mest naturliga valet. Så jobbar man på sjukhuset också att man får ta upp problemet med doktorn, men man måste ha en enad bild mot patienten så man inte gör dom förvirrade eller oroliga i onödan.

M: Och det är naturligtvis svårt då om man sitter på en sådan här öppen rådgivning och inte har kontakt med doktorn.

I: Man tänker; undrar om det här är något jag borde ta upp med doktorn eller om det är ganska okey? Och det är också så att man ser väldigt dyra preparat förskrivna som man kanske tycker att det hade gått lika bra med dom här som är precis lika bra, men som kanske kostar en tiondel av priset, men det är inte heller någonting man åtgärdar eftersom det inte är ett sådant möte utan det är bara risker och sådana saker. Men det kliar i fingrarna att man skulle vilja.

M: Vad du antyder där är gränserna mellan era olika yrkesområden. Det blir lite grann; är det här något jag borde ta kontakt om eller har läkaren full koll och tar ansvaret för det. Det är inte helt klart där.

I: Nej, precis och den öppna rådgivningen då har jag bara koncentrerat mig på risker för patienten eller olägenheter. /.../ Jag har tänkt också att den här patienten skulle behöva Trombyl, det finns alla indikatorer för det, men så kommer dom i öppen rådgivning då kanske man inte, det hade jag bara slängt in som en fråga om det hade varit en läkemedelsgenomgång i samarbete med läkare, men i det här fallet så gör jag kanske inte det. /.../

K: Du har sett mer än vad du sedan har gått vidare med?

I: Ja, o ja.

K: Hur känns det då?

I: Ja, det är lite otillfredsställande.

Om fördelarna för besökarna med att komma på den öppna läkemedelsrådgivningen sade apotekaren:

M: Vad ser du mer för fördelar för patienten som kommer till dig på det här sättet?

I: Ja det känns som om dom verkligen behövde prata igenom det här. Dom kände väl att dom inte hade tid för det på apoteket eller hos doktorn. Det kändes bra. Nej jag skulle verkligen vilja se det här i stor skala. En större effekt, det skulle vara jätteroligt. /.../ Speciellt dom som inte hade någon. Dom som hade en läkare och som hade haft en i många, många år dom kände sig nog ganska trygga, men dom som bara av en slump hade hamnat hos olika varena gång. Dom kände att dom fick dra sin historia igen och igen och det vart inte riktigt bra. Dom kanske kände att här är jag inte säker på att dom har kontroll. Då tyckte dom att det var bra att få en utomstående, eller en annan syn på deras hela behandling. Eller om dom hade flera olika läkare och så visste dom inte om det passade ihop.

Apotekaren trodde att öppna rådgivningar skulle passa många apotekare att arbeta med, men det krävs en hel del erfarenhet och tillräckliga kunskaper. Det räcker inte med att bara vara utbildad till receptarie.

M: Och för dig som apotekare vad har det givit dig?

I: Det här är ett nytt område som jag tror väldigt mycket på. Det har visat sig att det var något som funkade och som skulle kunna bli storskaligt och som jag varmt kan rekommendera andra att jobba med.

M: Och varför?

I: Jo, för att, speciellt dom som har haft med alla sin tableter eller recept och så där så kan man få helhetsbilden och kan göra det grundligt och, jag vet inte. Det är sådant som man vill göra på apoteket, men inte har möjlighet till. Om man har jobbar några år på apoteket så skulle man nog tycka att det här var kanonkul.

M: Man kan inte göra det på ett apotek, komma med sina burkar och säga hör du, du, är det några interaktionseffekter mellan dom här?

I: Jo, fast det är svårt att veta när dom skall komma. När det är lugnt och så där. Många på apoteken skulle kanske inte känna sig trygga att svara. Man behöver nog känna sig ganska kunnig. Ha lite extra utbildning.

För att kunna bedriva en öppen läkemedelsrådgivning behövs, enligt apotekaren en lokal att vara i där man sitta i lugn och ro och en dator för att kunna gå in på Internet och för att eventuellt också kunna läsa journalerna om besökaren är knuten till husläkarmottagningen. Det är också praktiskt om det finns en person som kan boka in rådgivningen. Apotekaren kunde också tänka sig att rådgivningen är helt öppen, utan tidsbeställning innan. De hjälpmedel apotekaren använde är FASS, läkemedelsboken, Fass på nätet samt upplysningar via telefon från kollegor.

### 3.2.4 Sammanfattande kommentar

Både besökarna och apotekaren förhåller sig mycket positiva till de läkemedelsrådgivningar som genomförts. Besökarna var mycket motiverade inför besöket och de skulle kunna beskrivas som medvetna. Genomgången genomfördes på deras eget initiativ och de hade antingen mycket specifika frågor kring sin medicinering som de ville ha svar på och/eller önskemål om en allmän genomgång av läkemedelsbehandlingen i sin helhet. Apotekaren upplever att hon lyckades förmedla en hel del information och uppskattar också att flera av genomgångarna skulle komma att leda till kontakt med husläkare för eventuellt åtgärder eller förändringar av medicineringen. Om så blev fallet går ej att uttala sig om inom ramen för denna utvärdering.

Besökarna till den öppna läkemedelsrådgivningen beskrevs som medvetna. De hade själva tankar kring sin medicinering och ville ibland få bekräftat att den behandling som de stod på var adekvat. En viktig fråga att ställa inför framtida liknande verksamheter är hur man skall nå ut med information till de personer som inte är lika medvetna, men som ändå skulle vara betjänta av en läkemedelsgenomgång.

Det som av besökarna framför allt framfördes som positivt var möjligheten att i lugn och ro få gå igenom läkemedelslistan med en person som uppfattades som kompetent och framför allt engagerad. Att exempelvis få besked om att de ordinerade läkemedlen ej innebar några negativa interaktionseffekter eller att hela förskrivningen var adekvat ur ett farmakologiskt perspektiv hade en lugnande effekt på flera av besökarna. Detta är en positiv effekt som inte skall underskattas. Många saknade möjlighet till läkemedelsgenomgång i kontakten med sina läkare. Det största hindret som besökarna nämnde var den upplevda tidsbristen hos läkarna och en känsla av att genomgång av läkemedel ej prioriterades. En av besökarna till läkemedelsgenomgångarna var helt nöjd med sin läkarkontakt och med den information han fick om sina läkemedel.

En stor avvikelse från de förväntningar som fanns innan projektets start är antalet personer som kom att besöka rådgivningen. Att endast fjorton öppna rådgivningar genomfördes får mot denna bakgrund ses som ett misslyckande. Samtliga besökare var övertygade om att behovet av en sådan här rådgivning är stort, men de tyckte att verksamheten hade marknadsförts för dåligt. Idén till den öppna mottagningen kom från allra första början från pensionärshåll och flera av besökarna till rådgivningen kom också efter det att de fått information från en pensionärsförening. Att pensionärsföreningen fått reda på verksamheten beskrevs mest som en slump. Eftersom projektledningen inför starten var orolig för en alltför stor anstormning till mottagningarna, begränsades omfattningen av marknadsföringen. Med facit i hand måste detta betraktas som en felbedömning. Pensionärsföreningarna kan inför framtida projekt av denna natur betraktas som goda informationskanaler.

Den relativt korta projektperioden kan säkerligen också förklara att antalet besökare var lågt. Det tar tid för informationen att spridas om en helt ny verksamhet. Ytterligare en tänkbar faktor till det låga besökstalet är att besökarna var tvungna att ringa och boka tid innan. Detta kan fungera som en spärr. Även om denna tidsbokning skedde utanför husläkarmottagningarnas ordinarie tidsbeställningar och det var lätt att komma fram, så kunde eventuellt intresserade besökare kanske tro att proceduren var likadan som vid bokning av läkartid. Förslag från besökare framfördes om att läkemedelsrådgivningen organisatoriskt sett skulle kunna likna den som råder i vaccineringsstider då man kommer och tar en kölap och får reda på ungefär hur lång väntetiden är.

En intressant fråga att fundera kring inför kommande verksamhet av liknande art är vilken nivå som öppna läkemedelsgenomgångar skall ligga på eller hur syftet med dem skall presenteras. Det blir *en slags* rådgivning om apotekaren inte har någon annan information om besökaren och hans/hennes mediciner än den som besökaren själv bidrar med i jämförelse med om apotekaren också har tillgång till besökarens journaler och därmed kan sätta sig in i läkarens tankar kring medicineringen samt se vilka läkemedel som faktiskt är ordinerade och i samtal med besökaren få en uppfattning om hur följsamheten till ordinationen är. Om apotekaren för övrigt har en koppling till husläkarcentralen kan besöket resultera i att apotekaren tar kontakt med behandlande läkare, medan detta inte låter sig göras lika lätt om inte samverkan redan är etablerad mellan läkare och apotekare. I det senare fallet kan apotekaren endast rekommendera besökaren att ta kontakt med sin husläkare. I det projekt som här har utvärderats rådde det en blandning mellan de olika typerna av rådgivning och apotekaren var inte alltid helt säker på vilka uppgifter som hon skulle föra tillbaka till läkare eller rekommendera en läkarkontakt kring. Hon menar också att det var otillfredsställande att inte kunna föreslå förändringar där hon trodde att det skulle kunna göra nytta. Detta påverkar också typen av kontakt med besökaren. I de fall apotekaren inte såg någon större möjlighet eller vits med att påtala en fundering som hon hade, informationen kunde vara för knapphändig, avstod hon hellre från att ge sina synpunkter istället för att eventuellt oroa i onödan eller riskera att undergräva läkarens auktoritet. Bevekelsegrunderna till viss medicinering kunde ju vara okända för apotekaren. Med lite information om läkemedlens sammanhang gjorde apotekaren bedömningen att hon endast rekommenderade läkarkontakt eller själv tog kontakt i de fall då hon såg en risk för patienten. I vissa enstaka fall då besökarna endast hade en specifik fråga kring sina mediciner och då det inte var aktuellt att gå in i journaler, menade apotekaren att frågan lika gärna skulle ha kunnat besvaras på apoteket. Som visats i samband med intervju svaren så ser inte besökarna detta som ett tänkbart alternativ. För de flesta av de frågor som besökarna hade om sina mediciner krävs också enligt apotekaren gedigen farmakologisk kunskap och erfarenhet.

Utifrån sammanställningen av enkät svaren och intervju resultaten från de få besökarna till den öppna läkemedelsrådgivningen tillsammans med apotekarens erfarenheter, kan konstateras att upplevelserna av verksamheten är mycket positiva och att projektet på detta sätt fallit mycket väl ut. De beskrivna vinsterna för patienterna är minskad osäkerhet, ökad kunskap och trygghet samt i vissa fall förnyade kontakter med husläkarna. Omfattningen och resultaten av det senare kan vi dock inte uttala oss om.

## 4. Avslutande reflektioner

Författare: Agneta Eklund och Christine Solberger

### Ett nytt sätt att arbeta

Apotekare på husläkarmottagning innebär ett nytt sätt att arbeta. Det tar tid för all berörd personal att acceptera och komma in i detta. Det är därför inte förvånande utan helt förväntat att inte alla läkarna efter en kort projekttid såg apotekaren som det stöd hon eventuellt kunde ha varit. Glädjande var att de läkare som var positiva till samarbetet inledningsvis också var positiva till apotekarens insats när projektet avslutats och tyckte att förväntningarna uppfyllts. Även vissa läkare med negativa förväntningar blev mer positivt inställda under projektets gång. I detta sammanhang har verksamhetschefen en mycket viktig roll när det gäller att motivera och förankra det nya sättet att arbeta hos medarbetarna. Den korta projekttiden på 5 månader innebar svårigheter att hitta bra rutiner i arbetet. Vissa brister framkom såsom t ex att läkemedelsgenomgången ofta skedde efter läkarbesöket och inte före, vilket hade varit en fördel. För att underlätta för patienten att komma till läkemedelsgenomgång borde den ha kopplats till andra besöksanledningar såsom t ex provtagning. Med detta kan man undvika en extra läkarkontakt för att korrigera läkemedelsbehandlingen. Med en längre projekttid hade apotekaren tillsammans med personalen också kunnat komma överens om andra arbetsuppgifter som avlastar läkaren.

### Läkemedelsgenomgångar

För de patienter som blev kontaktade av husläkarmottagningen eller av apotekaren själv för bokning av tid var detta något som de före besöket inte hade hört talas om och inte hade så många tankar kring eller förväntningar på - de kom helt enkelt för att de hade blivit kallade. Efter läkemedelsgenomgången var de däremot mycket positiva och ville gärna rekommendera andra att pröva detsamma. Bland skälen för patienternas positiva inställning fanns upplevelsen att de nu kände sig tryggare i sin medicinering, hade lärt sig nya saker och att det varit givande att i lugn och ro få tala om sina läkemedel med en förtroendeingivande person. Detta har sannolikt betydelse för patienternas framtida följsamhet till insatt behandling. Eftersom endast 3 av de 47 patienterna som erhöll läkemedelsgenomgång inte hade några läkemedelsrelaterade problem tyder detta på att behov av läkemedels-genomgångar föreligger.

En annan viktig aspekt för patienterna framkom i den efterföljande granskning av apotekarens arbete som utfördes av två erfarna läkare. De bedömde att ett samarbete kring läkemedelsgenomgångar mellan läkaren och apotekaren i många fall innebar minskad risk för sjukhusinläggning.

### Öppen läkemedelsrådgivning

Antalet personer som kom till den öppna rådgivningen var överraskande lågt. Detta diskuterades fortlöpande under projekttiden med pensionärsorganisationerna. Från organisationerna visade man förvåning över att så få personer hade kommit till öppen rådgivning eftersom man uppfattade behovet som stort. Man bedömde att många pensionärer behövde tid att ta denna möjlighet till sig, och att projekttiden var för kort. De patienter som deltagit i öppen rådgivning var dock mycket positiva till insatserna.

För apotekaren uppstod flera gånger situationer i den öppna rådgivningen då det framkom problem som bedömdes så signifikanta att en extra läkarkontakt kändes relevant att föreslå.

Eftersom pensionärsorganisationerna vid ett flertal tillfällen framfört behov av öppen läkemedelsrådgivning finns sannolikt detta behov. Man kan då fundera på varför besöksfrekvensen var så låg. En anledning kan vara att insatserna marknadsfördes relativt blygsamt i början. Om behovet finns kan man fundera på om insatserna kan organiseras på något annat sätt än genom en öppen mottagning, till exempel på apoteket eller genom planerad verksamhet på husläkarmottagningen.

### **Kostnadsbesparing**

Relevansen av de problem som upptäcktes, och de förändringsförslag som apotekaren lämnade till husläkarna granskades och bedömdes i efterhand av två erfarna läkare som inte på annat sätt medverkat i projektet. 20 av de 47 patienterna valdes slumpmässigt ut för granskning.

91% av de problem som apotekaren pekat på hos de 20 patienterna var signifikanta i olika grad, och alla lämnade åtgärdsförslag ansågs adekvata. Vidare bedömdes att en följsamhet till apotekarens förslag i denna grupp skulle förhindra minst 14 sjukhusinläggningar, som förutom konsekvensen för patienten också skulle innebära en kostnad på 420 000 SEK för landstinget räknat på genomsnittlig vårdkostnad på medicinkliniken (6 dagar x 5000 SEK). Till det kan läggas sannolikt minskade kostnader för patienternas läkemedel.

### **Eventuella framtida satsningar**

Sammanställningen av patientdata visar, inte överraskande, att patienter med diagnoserna hypertoni och diabetes är vanligast förekommande. Ofta hade en och samma patient båda diagnoserna och dessutom hjärtsvikt och angina pectoris. En idé är att det vore värt att inrikta sig just på patienter med typ-2 diabetes eftersom de ofta har hjärt- kärl komplikationer och därmed ofta har en omfattande och komplicerad läkemedelsbehandling. Dessa patienter skulle då kunna bokas in på ett ”apotekarbesök” i samband med provtagning eller besök hos diabetessköterska för att undvika ett extra besök på vårdcentralen. Vid ett flertal tillfällen var det uppenbart att diabetespatienten trodde sig känna till allt väsentligt om sin behandling men hade missförstått något väsentligt. Ett exempel var att de medicinerade med både metformin och Glucophage (det första ett generiskt preparat, det andra originalpreparatet - båda innehållande samma substans) eftersom båda förpackningarna fanns uthämtade från apoteket. Även patienter med ApoDosförpackade läkemedel skulle kunna vara en målgrupp för framtida satsningar, då denna grupp ofta har många läkemedel.

Avgörande för lyckade framtida satsningar är att läkarna är beredda att ta till sig den kompetens som apotekaren tillför och att man är beredd att samarbeta för att utnyttja den gemensamma tiden väl. En annan förutsättning är att apotekaren är tillgänglig på mottagningen mer än en dag per vecka.

## **Bilaga 1.**

### **Vi behöver Dina synpunkter!**

Du har nu varit på en läkemedelsgenomgång tillsammans med en apotekare. Verksamheten, som innebär att en apotekare finns på husläkarmottagningen är ny och bedrivs som ett försöksprojekt. För att utvärdera verksamheten och för att kunna utveckla den så att den blir så bra som möjligt är vi intresserade av att veta hur Du uppfattar dagens besök.

Vi ber dig därför att besvara frågorna i det bifogade frågeformuläret. När frågorna är besvarade kan du lägga blanketten i anvisad låda. Du behöver inte skriva något namn. Eftersom svaren lämnas anonymt kommer inte någon att veta vad just Du har svarat. Det är naturligtvis frivilligt att delta, men för att få en gedigen kunskap är vi måna om att så många som möjligt besvarar frågorna. Dina erfarenheter är viktiga för oss!

Vi som genomför den här utvärderingen arbetar på FoU-centrum Äldre i Uppsala län. Om Du har några frågor eller funderingar är Du välkommen att ta kontakt med någon av oss.

**Varmt tack för Din medverkan!**

Kerstin Gustafsson  
Forskare/Utvärderare  
018/18 21 23

Marianne Winqvist  
Forskare/Utvärderare  
018/18 21 23

## Bilaga 2.

### Enkät gällande läkemedelsgenomgång

25 personer har besvarat enkäten av de 47 personer som fått en läkemedelsgenomgång. 14 personer tillhörde husläkarmottagningen i Knivsta och 11 personer Svartbäckens husläkarmottagning.

1. **Kön:**           Kvinna: 22<sup>7</sup>           Man: 3
2. **Civilstånd:**   Ensamboende: 18       Sammanboende: 7
3. **Född år:**    19.....
- |         |         |
|---------|---------|
| 1915: 1 | 1925: 2 |
| 1917: 1 | 1926: 3 |
| 1918: 2 | 1928: 1 |
| 1919: 1 | 1929: 3 |
| 1921: 3 | 1935: 1 |
| 1922: 3 | 1938: 1 |
| 1924: 3 |         |

#### 4. Hur många läkemedel använder Du?

1-5: 9           6-10: 9           11-15: 5           16- : 2

#### 5. Hur många naturläkemedel använder Du?

0: 21           1-5: 4           6-10: 0           11- : 0

#### 6. Använder du några hjälpmedel för att hålla reda på Din medicinering (t.ex. dosett, ApoDos)

Ja: 14   Nej: 11

#### Om ja, Vilket/vilka hjälpmedel använder du?

Dosett: 10  
ApoDos: 4

#### 7. Får Du hjälp av någon person med Din medicinering?

Ja: 3   Nej: 22

#### Om ja, Av vem?

- Dotter (K 1924)  
- personal på boende. (M 1924)  
- Hemtjänsten. (K 1922)

#### 8. Vilken är den huvudsakliga orsaken till att Du kom till läkemedelsgenomgången idag?

- Blev kallad, fick en förfrågan: 11  
- Ev. biverkningar.

---

<sup>7</sup> Antal respondenter

- Behov av rådgivning.
- Blodtrycket upp och ner. Högt därav? Ostadighet? Läkaren tyckte det kunde vara en bra idé med en farmaceuts syn på medicineringen.
- Diabetes.
- Ingen verkan av min medicin.
- Eftersom jag har benskörhet vill jag gärna veta om jag skall fortsätta att integrera Fosamax i fortsättningen.
- För att jag tyckte att jag hade för många läkemedel.
- Efter samtal med min husläkare om trötthet och yrsel.
- Ej svar: 6

**9. Hade Du innan läkemedelsgenomgången några speciella frågor gällande din medicinering som Du ville ha svar på?**

Ja: 8                    Nej: 15                    Ej svar: 2

**Om ja, Vad ville Du ha reda på?**

- Att få veta något om Thacapzol som jag får för min sköldkörtel som är för aktiv.
- Om några mediciner krockade. Om Ovesterin påverkar slemhinnorna i urinvägarna positivt.
- Att få träffa en apotekare som verkligen kan svara på min medicin.
- Läkare på Akademiska sjukhuset och på Svartbäcken har tagit bort eller minskat dosen på hjärtmediciner som jag har haft tidigare.
- Om blodtrycksmedicin gör att jag är trött på fm.
- Om jag hade för många mediciner.
- Allmänt.
- Kan det verkligen vara bra för kroppen med så många sorter?

**10. Fick Du reda på något under läkemedelsgenomgången som Du inte tidigare visste?**

Ja: 8                    Nej: 14                    Ej svar: 3

**Om ja, Vad fick Du reda på?**

- Fick veta att jag hade hjärtflimmer och är rekommenderad att få någon elbehandling på sjukhuset som jag ej hört något om.
- Bara det att kunna tala med en kunnig person och få diskutera medicineringen gjorde gott. Någon som "bryr sig" och tar sig tid. Ett gott samtal är en god medicin.
- Om några mediciner krockade. Om Ovesterin påverkar slemhinnorna i urinvägarna positivt.
- Att skölja mun efter inhalation "Symbicort".
- Att jag lugnt kunde fortsätta med Oestriol.
- Att jag kan få annan behandling för ögat.
- Att Alvedon är lämpligare än Arthrotec.
- Tre tabletter mot struma som jag inte visste att jag led av.

**11. Kommer Du att förändra något när det gäller Din medicinering som ett resultat av läkemedelsgenomgången?**

Ja: 2                    Nej: 14                    Vet ej: 7                    Ej svar: 2

**Om ja, Vad kommer Du att förändra?**

- Ska få mera Alvedon, mot värk.
- Alvedon istället för Arthrotec

**12. Hur uppfattar Du själva läkemedelsgenomgången? Var vänlig och sätt ett kryss för varje utsaga nedan.**

	Ja, hög grad	Ja, i viss mån	Nej, knappast	Nej, inte alls	Ej svar
Givande	12	8	0	0	5
Lärorik	11	9	0	0	5
Påfrestande	0	0	2	18	5
Förtroendeingivande	19	3	0	1	2
Svårbegriplig	0	0	2	18	5
Något som du skulle kunna rekommendera för andra	14	3	1	0	7

**Kommentera gärna De omdömen som Du angivit ovan:**

- Att få prata.
- Det var trevligt att i lugn och ro få tala när man är ensam.
- Mycket bra.
- Jag har fått träffa en bra apotekare. Hon var lugn och saklig.
- Trevligt bemötande. Intressant att få diskutera mina mediciner. Det var mycket positivt att få denna genomgång av medicinerna.
- Det är alltid bra att få prata med kunnigt folk.

**13. Vad var mest positivt med läkemedelsgenomgången?**

- Apotekaren var väldigt fin att prata med.
- Allt.
- Bekräftelse att min medicinering är rätt.
- Reda på medicinerna.
- Det hela.
- Tydligen skall jag fortsätta med Fosamax.
- Du antecknade allt jag berättade och visade intresse.
- Helt fantastiskt att någon bryr sig om just min hälsa. Det kändes tryggt och fint.
- Det blev lugnare.
- Att den erbjöds, fanns.
- Trevligt bemötande
- Varför man har olika piller och sprutor
- ej svar: 13

**14. Vad var mest negativt med läkemedelsgenomgången?**

- Ingenting: 7
- Ej svar: 18

**15. Har Du några andra synpunkter på läkemedelsgenomgången som Du vill förmedla?**

- Att flera ska gå på rådgivningen.
- Det var en kunnig och förtroendeingivande person att prata med.
- Tack för det och lycka till med projektet.
- Hoppas alla som använder medicin får denna genomgång.
- Bra att ni har tid med gamla människor.

## Bilaga 3.

### Enkät gällande apotekarrådgivning

12 respondenter har besvarat enkäten. 8 av dessa har varit på rådgivning i Svartbäcken och 4 i Knivsta.

- 1. Kön:**                      Kvinna: 7<sup>8</sup>                      Man: 5
- 2. Civilstånd:**            Ensamboende: 6            Sammanboende: 7
- 3. Född år:**                19.....

1919: 1	1928: 1
1920: 2	1929: 1
1922: 1	1930: 1
1923: 1	1933: 1
1924: 2	1934: 1

#### 4. Hur många läkemedel använder Du?

1-5: 6            6-10: 3            11-15: 2            16- : 0            Ej svar: 1

#### 5. Hur många naturläkemedel använder Du?

0 : 4            1 – 5: 5            6 – 10: 0            11 – : 0            Ej svar: 3

#### 6. Använder du några hjälpmedel för att hålla reda på Din medicinering (t.ex. dosett, ApoDos)

Ja: 6            Nej: 6

#### Om ja, Vilket/vilka hjälpmedel använder du?

En vanlig plastlåda, där medicinen står på plats: 2

Dosett: 2

ApoDos: 1

- Tar varje morgon fram de saker jag skall ha under dagen: 1

#### 7. Får Du hjälp av någon person med Din medicinering?

Ja: 1            Nej: 11

#### Om ja, Av vem?

ApoDos: 1

---

<sup>8</sup> Antal respondenter

## 8. Hur fick du information om att du kunde komma till den öppna apotekarrådgivningen?

Annonssbladet, Knivstabladet: 4

Pensionärsförening: 4

Uppsala Nya Tidning: 3

Svartbäckens husläkarmottagning vid telefonkontakt: 1

## 9. Vilken är den huvudsakliga orsaken till att Du kom till apotekarrådgivningen idag?

- Ville veta om jag åt rätt medicin.
- Ville veta om mina mediciner passade ihop.
- Var lite osäker på ett par mediciner.
- Mina tabletters biverkningar, läkarnas ej uppföljning, minskad dosering av tabletterna.
- Intresserad av att få veta mera om mina mediciner.
- För kontroll av givna läkemedel.
- Hudproblem kanske på grund av medicin.
- Rekommenderad av sjuksköterska som jag ringer på Svartbäckens husläkarmottagning.
- Diskussion angående medtagna mediciner och rådgivning.
- Mediciners olika påverkan på varandra och på naturmediciner.
- Bättre kunskap om mina mediciner.
- Artiklar jag läst om mediciners ”vara eller icke vara”.

## 10. Har Du fått svar på de frågor Du hade inför rådgivningen?

Ja: 12            Nej: 0

**Om nej, Vad ville Du ha reda på?**

## 11. Fick Du reda på något under rådgivningen som Du inte tidigare visste?

Ja: 12            Nej: 0

**Om ja, Vad fick Du reda på?**

- Hade en medicin som ej passade.
- Om jag fick ta Citodon, mer än 1 om dagen.
- Insulinpennorna hade bytt färg.
- Att ordinerade mediciner ej orsakade ökade svettningar. Att viss medicin kan ge kalla extremiteter.
- Upplysning om läkemedlets verkan och eventuella biverkningar.
- Nyttan av att ompröva läkemedel med jämna mellanrum.
- Angående Symbicort, att munnen skall sköljas efter användning.
- Viss dosering av en sort, provar att avvakta med en medicin.
- Att Voltaren minskar effekter av blodtryckssänkande tablett. Att Alvedon ska 2/gång. Att Detrusitol har många biverkningar.
- Hur snabbt medicinerna började verka och hur dom påverkade varandra.
- Skillnaden mellan två medtagna mediciner.
- Den inbördes hjärtskyddande effekten av de tre mediciner jag äter samt nytta med det naturmedel som jag själv lagt till.

## 12. Kommer Du att vidta någon åtgärd angående dina mediciner efter rådgivningen?

Ja: 7            Nej: 5            Vet ej: 0

### Om ja, Vad kommer Du att göra?

- Beställa tid hos min husläkare. Angående grå starr, kan man operera. När man äter Waran har överaktiv blåsa.
- Jag har lovats mer rådgivning per telefon.
- Viss dosering av en sort, provar att avvakta med en med.
- Rådöra med läkare om ev. byte av medicin.
- Vidtala min husläkare.
- Ringa och försöka nå läkaren som ordinerat viss medicin.
- Förnyat besök hos husläkaren.

## 13. Hur uppfattar Du rådgivningen? Var vänlig och sätt ett kryss för varje utsaga nedan.

	Ja, hög grad	Ja, i viss mån	Nej, knappast	Nej, inte alls	
Givande	10	0	0	0	<b>ej svar: 2</b>
Lärorik	10	0	0	0	<b>ej svar: 2</b>
Påfrestande	0	0	1	9	<b>ej svar: 2</b>
Förtroendeingivande	10	0	0	0	<b>ej svar: 2</b>
Svårbegriplig	0	0	1	9	<b>ej svar: 2</b>
Något som du skulle kunnarekommendera för andra	8	0	0	0	<b>ej svar: 4</b>

### Kommentera gärna De omdömen som Du angivit ovan:

- Kryssen får tala för sig själva (de var mkt positiva; MW:s komm.)
- En utomordentligt förtroendegivande information.
- Har redan rekommenderat till en väninna.
- Slutsats: man skall ej lita på de med. Som apoteket exp! Ta vad läkaren skriva ut ej vad apoteket ger. Gå aldrig med på att byta.
- Rådgivningen var så bra att övrig kommentar är onödig!
- Allt positivt.
- Är förvånad över att inte fler söker kunskap om sina mediciner och att denna service som jag erhållit upphör i början av år 2005 (januari).
- Apotekare som var lugn, trevlig och förtroendegivande. Tog sig tid att både fråga och lyssna och ge svar.

#### **14. Vad var mest positivt med rådgivningen?**

- Att jag tog rätt medicin.
- Det vänliga och förtroendegivande bemötandet.
- Lyssnandet och det förtroendefulla framförandet.
- Uppgifter om Symbicort.
- Mycket trevligt bemötande och lugn och saklig upplysning och redogörelse.
- Vetskapen om medicinernas verkan.
- Att den skedde vänligt och effektivt utan jäkt!
- Att få second opinion och feed-back på de funderingar jag haft angående min medicinering.

#### **15. Vad var mest negativt med rådgivningen?**

- Ingenting: 3
- Att den tydligen ska upphöra. Har reklamen varit dålig? En rådgivning om medicinering är i högsta grad nödvändig. Många har ingen aning om vad dom stoppar i sig eller varför: 1

#### **16. Har Du några andra synpunkter när det gäller rådgivningen som Du vill förmedla?**

- Mycket trevlig apotekare.
- Att möjlighet ges att återkomma.
- Det skulle alltid finnas en till hjälp att fråga när det gäller med. Ren tur att jag fick reda på detta.
- Ett projekt som bör utvidgas för att kunna nå ut till flera besökare.
- Viktigt att denna typ av rådgivning införs på alla husläkarmottagningar.
- Att det skulle vara ett bestående inslag i/på en äldrevårdscentral.

**Tack för hjälpen!**