

# Tidsbrist största hindret för att utföra basal läkemedelsgenomgång

## ENKÄTSTUDIE TILL PRIMÄRVÅRDSLÄKARE I REGION SKÅNE

**Äldre personers omfattande** läkemedelsanvändning innebär risk för interaktioner, sämre följsamhet, biverkningar, fler inläggningar och högre sjuklighet [1-5]. Samtidigt har många äldre ett flertal indikationer för läkemedelsbehandling som kan vara till gagn. En individualiserad nytta-risk-bedömning för varje patient och läkemedel är en viktig och grundläggande läkaruppgift. För att höja säkerheten och kvaliteten i läkemedelsbehandlingen till äldre föreskriver Socialstyrelsen att läkemedelsgenomgångar genomförs [6]. I Region Skåne innebär den så kallade Skånemodellen att alla läkemedelsbehandlade patienter över 65 års ålder ska erbjudas läkemedelsgenomgång. De allra sjukaste bör få en fördjupad, tvärprofessionell läkemedelsgenomgång medan övriga patienter regelbundet bör erbjudas en basal läkemedelsgenomgång (motsvaras huvudsakligen av »enkel läkemedelsgenomgång« i Socialstyrelsens terminologi) [7].

En basal läkemedelsgenomgång utförs av patientansvarig läkare, till exempel vid årsbesök eller inneiggande vård, som en naturlig del av rutinsjukvården. Den genomförs enligt en strukturerad och systematisk metod som innebär

- insamling av adekvata bakgrundsfakta som blodtryck, njurfunktion, diagnoser och symtom
- genomgång av aktuella läkemedel och deras indikation samt eventuella biverkningar
- identifiering av potentiellt olämpliga läkemedel till äldre
- ställningstagande till läkemedelsval och dos med hänsyn till njurfunktion samt
- ställningstagande till eventuella interaktioner.

Genomgången avslutas med att en åtgärdsplan skapas och en uppföljning planeras. För att underlätta genomförandet har Enheten för läkemedelsstyrning i Region Skåne och Läkemedelsrådet tagit fram ett metodstöd ([www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelssakerhet](http://www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelssakerhet)) (Fakta 1). Föreläsning

**Lina Nyhlén**, ST-läkare i allmänmedicin, Vårdcentralen Lomma

**Sara Modig**, med dr, distriktsläkare, Vårdcentralen Tåbelund, Eslöv  
● [sara.modig@med.lu.se](mailto:sara.modig@med.lu.se)

om genomförandet av basal läkemedelsgenomgång och varför detta behövs har kontinuerligt erbjudits läkare i primärvården. En undervisningsfilm om metodstödet finns också tillgänglig [8].

Tvårprofessionella läkemedelsgenomgångar enligt Skånemodellen medför en minskning av antalet potentiellt olämpliga läkemedel för äldre i särskilt boende eller med hemsjukvård [9]. Tvårprofessionella läkemedelsgenomgångar minskar också antalet återinläggningar på sjukhus för patienter med  $\geq 5$  läkemedel [10]. Ingen studie är dock gjord på effekten av basal läkemedelsgenomgång eller i vilken utsträckning sådan görs. Det saknas också tidigare studier avseende läkares uppfattning om basala läkemedelsgenomgångar - en förutsättning för att kunna optimera användandet.

### SYFTE

Denna studie syftade till att kartlägga primärvårdsläkarens kunskap och uppfattning om basal läkemedelsgenomgång, för att identifiera möjliga hinder för genomförande samt ta reda på hur dessa hinder skulle kunna överbryggas. Vidare var syftet att jämföra kunskapen och uppfattningarna mellan specialister och ST-läkare i allmänmedicin.

### METOD

Studien, som var ett vetenskapligt ST-läkarprojekt, genomfördes som en enkätstudie till distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin i Region Skåne under vinter/vår 2015. Enkäten delades ut och besvarades i samband med fem regionala utbildningstillfällen (kan vid intresse rekvireras från korresponderande författare). Inget tillfälle hade äldre- eller läkemedelsrelaterat utbildningstema. Enkäten konstruerades av författarna utifrån frågeställningen och testades i en pilotstudie. För fasta enkätsvar användes deskriptiv statistik. Kvantitativt jämförande analyser gjordes i form av  $\chi^2$ -test. Signifikans bestämdes till P-värde  $< 0,05$ . Jämförelsen mellan specialister och ST-läkare gjordes för att kunna värdera utbildningsbehov. Fria kommentarer analyserades och sammanställdes med hjälp av summativ innehållsanalys [11]. Enkäten besvarades individuellt av deltagarna och samlades in på plats. Etikansökan har inte ansetts nödvändig.

### HUVUDBUDSKAP

- Arbetet med våra mest sjuka äldre bör vara prioriterat, men i dagsläget upplever läkarna för många hinder ute i verksamheten för att kunna utföra arbetet tillfredsställande.
- Många känner till begreppet basal läkemedelsgenomgång, men bara en dryg tredjedel vet vem som regelbundet ska erbjudas detta.
- Ett metodstöd som tagits fram i Region Skåne är uppskattat, men få har hört talas om det.
- Många läkare tar inte en fullständig läkemedelsanamnes, vilket är en förutsättning för att basala läkemedelsgenomgångar ska kunna genomföras.
- Oavsett den teoretiska kunskapen om vilka läkemedel som anses olämpliga för äldre upplevs ändå svårigheter i praktiken när beslut ska fattas för en enskild patient.

TABELL 1. Bakgrundsdata för respondenterna.

n = 170	Antal (procent)
● Män	103 (61)
● Kvinnor	67 (39)
● Specialist	78 (46)
● ST-läkare	92 (54)
● Legitimerad 0-9 år	104 (61)
● Legitimerad 10-19 år	32 (19)
● Legitimerad > 20 år	34 (20)
● Medelålder, n = 166	44 (spridning 27-74)

## RESULTAT

Totalt besvarades 170 enkäter vid fem utbildningstillfällena. Bortfallet var litet och uppskattades visuellt till mindre än 5 procent. Bakgrundsdata för respondenterna visas i Tabell 1.

Begreppet basal läkemedelsgenomgång och vad som omfattas kände 134 personer (79 procent) till, varav fler specialister (91 procent) än ST-läkare (71 procent) ( $P = 0,002$ ). Korrekt svar bland givna alternativ om vem som faktiskt ska erbjudas basal läkemedelsgenomgång enligt Skånemodellen (patient 65 år eller äldre som medicinerar med  $\geq 1$  läkemedel) angavs av 63 personer (37 procent;  $n = 169$ ).

Samtliga som hade kännedom om metodstödet hade använt sig av det. Totalt sett rörde det sig om 64 personer (38 procent;  $n = 167$ ). Av dessa ansåg 53 personer (83 procent) att det är ett bra hjälpmedel i handläggningen av patienterna.

Av dem som kände till basal läkemedelsgenomgång ( $n = 134$ ) angav 54 personer (41 procent) att de regelbundet genomför en sådan. Mer än dubbelt så stor andel specialister (39 personer; 50 procent) än ST-läkare (18 personer; 20 procent) gjorde detta ( $P < 0,01$ ). Den främsta anledningen till att ibland avstå från att genomföra basal läkemedelsgenomgång var tidsbrist, vilket angavs av 55 procent. Åtta personer (5 procent) angav att de aldrig avstår.

Knappt hälften upplevde svårigheter att sätta ut potentiellt olämpliga läkemedel för äldre (Tabell 2), och lika stor andel uppgav press från patient och/eller anhöriga att stå kvar på läkemedlet som hinder. Andra vanligt förekommande svårigheter var rädsla att utsättning orsakar försämring hos patienten (37 procent) och att sätta ut vad andra kollegor ordinerat (34 procent).

Signifikant fler specialister än ST-läkare ansåg sig vara säkra på att bedöma läkemedelsinteraktioner (66 procent vs 39 procent;  $n = 166$ ;  $P = 0,001$ ), respektive att bedöma och justera läkemedel i förhållande till njurfunktion (80 procent vs 61 procent;  $n = 168$ ;  $P = 0,007$ ). Njurfunktionen bedömdes i form av eGFR (estimerad glomerulär filtrationshastighet) med eller utan fler prov av 149 personer (90 procent;  $n = 165$ ).

Ingen signifikant skillnad sågs mellan specialister och ST-läkare avseende mottagningsrutiner av betydelse för läkemedelsbehandlingen (Tabell 3).

Respondenterna angav fritt vilka fortsatta insatser som skulle underlätta genomförandet av basala läke-

TABELL 2. Läkemedelsrelaterade frågor och svar, uppdelade på specialister och ST-läkare.

	Totalt, N = 168 (procent)	Specialister, n = 78 (procent)	ST-läkare n = 90 (procent)
Jag känner mig säker på att bedöma läkemedels effekt och deras fortsatta indikation ( $P = 0,004$ )	143 (85)	73 (94)	70 (78)
Jag känner mig trygg med att avsluta läkemedelsbehandling där indikation är tveksam vid hög ålder ( $P = 0,004$ ) <sup>a</sup>	140 (83)	72 (92)	68 (76)
Jag känner mig säker på vilka preparat som anses olämpliga att ge till äldre ( $P < 0,01$ ) <sup>a</sup>	150 (90)	77 (100)	74 (81)
Jag upplever svårigheter att sätta ut potentiellt olämpliga läkemedel för äldre ( $P = 0,100$ ) <sup>a</sup>	77 (46)	30 (39)	47 (52)

<sup>a</sup>P-värde syftar på skillnader mellan yrkesgrupper

TABELL 3. Frågor gällande rutiner i mottagningsarbetet redovisat för samtliga respondenter.

	Respondenter som instämmer (procent)
I samband med besök frågar jag om läkemedel utöver journalens läkemedelslista, $n = 165$	114 (69)
Jag uppdaterar läkemedelslistan med de läkemedel som skrivs ut på andra mottagningar, $n = 169$	146 (86)
När jag gör läkemedelsförändringar finns det en dokumenterad uppföljningsplan, $n = 167$	103 (62)
Jag/annan personal mäter alltid ortostatiskt blodtryck på patient äldre än 65 år i samband med årskontroll, $n = 170$	27 (16)

## FAKTA 1. Metodstöd för genomförande av basal läkemedelsgenomgång

En basal läkemedelsgenomgång består av följande delar:

## 1. FAKTAINSAMLING

- Aktuell läkemedelslista
- Diagnoser
- Blodtryck – gärna även ortostatiskt
- Njurfunktion – beräknas enkelt på [www.egfr.se](http://www.egfr.se)
- Aktuella symtom/besvär?
- Följsamhet?

## 2. STÄLLNINGSTAGANDE

- Behövs läkemedlet fortfarande? Föreligger indikation? Har effekten utvärderats? Utsättning av läkemedel: [www.fasut.nu](http://www.fasut.nu)
- Misstänkta biverkningar?
- Olämpliga läkemedel till äldre?
  - långverkande bensodiazepiner
  - medel med betydande antikolinerg verkan
  - tramadol
  - propiomazin
- Rätt dos i förhållande till njurfunktion? Vanliga preparat som ska dosreduceras/uteslutas:

- ACE-hämmare/ARB
- digoxin
- kaliumsparande diuretika
- kalcium
- metformin
- simvastatin
- opioider
- atenolol

- Interaktioner? [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se) eller i befintliga journalsystem

## 3. ÅTGÄRDSPLAN

- Dokumentation i journal av läkemedelsförändringar: Vilka? Varför?
- Uppföljning: När? Hur? Av vem?
- Motivering i de fall behandlingen inte ändras
- Säkerställ en fullständig och korrekt läkemedelslista i journalen
- Individuellt anpassad information till patienten om vidtagna åtgärder

## 4. UTVÄRDERING!

- I enlighet med åtgärdsplan

medelsgenomgångar och hur läkemedelsavstämning kan underlättas (n = 100 respektive n = 103). Det vanligaste förslaget var att få mer tid i anspråk för läkarbesöket. Även en förändrad struktur på arbetsplatsen för att underlätta besöket föreslogs, med prov och ortostatiskt blodtryck kontrollerade inför besöket och läkemedelsavstämning utförd av annan personalkategori. Många önskade ett gemensamt journalsystem och läkemedelslista mellan slutenvård och primärvård för att öka möjligheten till en uppdaterad läkemedelslista. Slutligen önskades utbildning inom basala läkemedelsgenomgång och information om metodstödet.

## DISKUSSION

Äldre löper hög risk för att drabbas av läkemedelsrelaterad sjuklighet, men en stor del går att förebygga genom till exempel dosjustering eller undvikande av potentiellt olämpliga läkemedel [12]. Basala läkemedelsgenomgångar kan vara en metod för att lyckas åstadkomma detta [13]. Vi fann att många känner till begreppet basal läkemedelsgenomgång men att bara en dryg tredjedel vet vem som regelbundet ska erbjudas detta. Få har hört talas om metodstödet men samtliga som har använt sig av det tycker att det är en hjälp i handläggningen av patienter.

Många studier är gjorda som granskar läkarens upplevelse av beslutsstöd, och både för- och nackdelar

---

## »Den höga svarsfrekvensen på de öppna frågorna om förslag på hur läkemedelsavstämning och basala läkemedelsgenomgångar kan underlättas indikerar att ämnet engagerar.«

---

återfinns. Läkarna upplever att det är ett stöd i arbetet då det ofta saknas tid till mer fördjupande inläsning. Beslutsstöd tenderar att ge en säkrare förskrivning [14], men till multisjuka kan de ibland bidra till ogynnsam ökad förskrivning av läkemedel [15]. Utbildning inom ämnet »basal läkemedelsgenomgång« har givits regelbundet de senaste åren men uppenbarligen nås inte alla av detta eller så faller informationen i glömska, vilket avspeglas i önskemål om mer utbildning. Både specialister och ST-läkare bör därför erbjudas ytterligare information kring basal läkemedelsgenomgång och metodstöd.

Tidsbrist anges som det enskilt största hindret till att basala läkemedelsgenomgångar inte genomförs i önskvärd utsträckning. Mer tid för de äldre patienterna framförs som det främsta önskemålet om åtgärd. Detta framkommer även i andra studier, där läkare också kände motstånd mot den ökade arbetsbörda som en uppföljning av läkemedelsförändringen kräver [16]. Samtidigt bör uppföljning av läkemedelsbehandling anses som ett självklart ansvar och en grundläggande arbetsuppgift i läkargärningen där den äldre patienten med många läkemedel ska vara

prioriterad [17, 18]. Den höga svarsfrekvensen på de öppna frågorna om förslag på hur läkemedelsavstämning och basala läkemedelsgenomgångar kan underlättas indikerar att ämnet engagerar.

I områden som är baserade på kunskap och yrkeserfarenhet sågs signifikanta skillnader mellan specialister och ST-läkare. Specialister känner sig i högre utsträckning säkra på att bedöma läkemedels effekt och fortsatta indikation, bedöma läkemedel i förhållande till njurfunktion, avsluta läkemedelsbehandling där indikation är tveksam vid hög ålder och veta vilka preparat som anses olämpliga till äldre. Liknande resultat ses i andra studier där faktorer som kan underlätta en lämplig förskrivning kan tillskrivas personliga egenskaper såsom självförtroende att agera utanför diagnosspecifika vårdprogram samt yrkeserfarenhet [16]. Överlag var dock tilltron till den egna förmågan hög i båda grupperna. Men oavsett den teoretiska kunskapen om vilka läkemedel som kan vara olämpliga, upplevdes ändå svårigheter när beslut ska fattas för den enskilde patienten. Det är samma typ av svårigheter som återfinns i andra studier och de visar alla på komplexiteten i arbetet där det inte är färdkunskap som saknas främst [15, 16]. Läkare upplever rädsla för konsekvenser för patientens hälsa vid utsättning av läkemedel, respekt för kollegor som initierat behandlingen och oro för försämring i patient-läkarrelationen [16].

Att fråga om läkemedel utöver journalens läkemedelslista gjordes inte i 31 procent av fallen, vilket bidrar till en ofullständig läkemedelsgenomgång och risk för felaktiga slutsatser kring patientens symtom. Samtidigt anger en överraskande hög andel, 86 procent, att de uppdaterar läkemedelslistan med läkemedel som skrivs ut från andra enheter, vilket är mer än andra studier visar [19, 20]. En journalgranskande studie vore av värde för att konfirmera detta.

Patienten behöver också vara bättre förberedd för att tiden ska kunna utnyttjas på bästa sätt. Många framförde också önskemål om gemensam läkemedelslista eller journalsystem för primär- och slutenvård, vilket skulle kunna innebära både tidsbesparingar och minskat antal läkemedelsfel, vilket ofta ses [19, 20]. Å andra sidan ser man i de landsting som infört gemensamma system att problemet med inaktuella läkemedelslistor delvis kvarstår [21].

De svagheter som denna studie uppvisar ska belysas. Insamlingen av respondenter vid utbildningstillfällen kan ha lett till selektion av extra intresserade läkare. Majoriteten av respondenterna var ST-läkare, vilket inte representerar fördelningen ute i verksamheten. Å andra sidan representerar de framtidens förskrivare. Att ange vad eller hur man gör är inte det samma som att man verkligen gör det. Det hade därför varit önskvärt att komplettera studien med journalgranskning.

## SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis föreskriver Skånemodellen ett systematiskt arbetssätt med regelbunden basal läkemedelsgenomgång, men detta görs ännu inte fullt ut i praktiken. Metodstödet är uppskattat och kan underlätta arbetet. För att basala läkemedelsgenomgångar ska kunna öka i omfattning och kvalitet behöver utbildning i ämnet ges regelbundet till förskrivare. Även

organisatoriska hinder i verksamheten behöver uppmärksammas. Tidsbrist anges som det största hindret för att utföra basala läkemedelsgenomgångar i större utsträckning. Mer tid behöver därför avsättas för läkarbesök för äldre och för adekvat uppföljning. Många tar inte en fullständig läkemedelsanamnes, vilket

är en förutsättning för att basala läkemedelsgenomgångar ska kunna genomföras. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.  
Citera som: *Läkartidningen*. 2017;114:ESF4

## REFERENSER

- Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, et al. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. *BMC Med*. 2015;13:74.
- Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnr 2010-6-29.
- Mallet L, Spinewine A, Huang A. The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet*. 2007;370(9582):185-91.
- Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Exp Gerontol*. 2003;38(8):843-53.
- Paul E, End-Rodrigues T, Thylén P, et al. En klinisk retrospektiv studie. Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. *Läkartidningen*. 2008;105(35):2338-42.
- Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Artikelnr 2009-126-111.
- Region Skåne. Närsjukvårdsberedningen. Hälso- och sjukvårdsnämnden. 2011. <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelsakerhet/#10781>
- Region Skåne. AKO Skåne. Videoteket. Doktorn frågar doktorn: Basal läkemedelsgenomgång. 2014. <http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/ako-skane/#13733>
- Milos V, Rekman E, Bondesson Å, et al. Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication reviews: a randomised controlled study. *Drugs Aging*. 2013;30(4):235-46.
- Hellström LM, Bondesson A, Höglund P, et al. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011;67(7):741-52.
- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88.
- Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci*. 2002;24(2):46-54.
- Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(10):CD008165.
- Ramaswamy R, Maio V, Diamond JJ, et al. Potentially inappropriate prescribing in elderly: assessing doctor knowledge, confidence and barriers. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(6):1153-9.
- Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716-24.
- Anderson K, Stowasser D, Freeman C, et al. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 2014;4(12):e006544.
- Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. Läkarens roll. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-6-12.
- Äldres läkemedelsanvändning - hur kan den förbättras? Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2009. SBU-rapport nr 193.
- Ekedahl A, Tärning E, Rutberg H, et al. Mycket vanligt med fel i läkemedels- och receptlistorna. Patientuppgifter om ordinationer jämförda med journaler och recepttabas. *Läkartidningen*. 2012;109(20-21):1024-7.
- Uitvlugt EB, Siegert CE, Janssen MJ, et al. Completeness of medication-related information in discharge letters and post-discharge general practitioner overviews. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(6):1206-12.
- Modig S, Lenander C, Viberg N, et al. Safer drug use in primary care - a pilot intervention study to identify improvement needs and make agreements for change in five Swedish primary care units. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):140.

## SUMMARY

Clinical medication reviews can be useful in improving pharmacotherapy for elderly. This study aimed to investigate the view and knowledge of clinical medication reviews among primary care physicians in order to identify perceived barriers and facilitating factors. Data were collected via a questionnaire given to primary care physicians in southern Sweden. Eight out of ten of the respondents were familiar with the concept of clinical medication review, and four out of ten of these, used the method on a regular basis. Lack of time was identified as the greatest impeding factor. Although necessary for a medication review, medication reconciliation was often lacking. Regardless of the theoretical knowledge of medications which are potentially inappropriate for elderly, the respondents still perceived difficulties in decisions made for the individual patient. Further education about medication reviews should be offered to primary care physicians, irrespective of time in the profession.