

NEPI:s samverkansprojekt

Andreas Furängen (AF) & Mikael Hoffmann (MH), januari 2017



Stiftelsen nätverk för läkemedelsepidemiologi, NEPI, är en oberoende stiftelse inrättad genom beslut av Sveriges riksdag 1993 registrerad i Stockholms län. Verksamheten finansieras genom avkastning från stiftelsekapitalet och stiftelsens styrelse utses av Apotekarsocieteten samt Svenska läkaresällskapet.

Enligt stadgarna ska NEPI *"främja forskning och utveckling främst inom läkemedelsinformation, läkemedelsepidemiologi och läkemedelsekonomi"*.

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	1
SYFTE	3
BAKGRUND	4
METOD	8
DELPHI-METOD	9
ENKÄTVERKTYG	9
UTFORMNING AV ENKÄTER	10
RESULTAT	13
ENKÄT 1	13
ENKÄT 2 OCH 3	15
ENKÄT 4 OCH 5	22
DISKUSSION	33
HUVUDSAKLIGEN KVALITATIV ANSATS	33
RELATION TILL NATIONELL LÄKEMEDELSSTRATEGI	33
10 FOKUSOMRÅDEN IDENTIFIERADE	34
PRESENTATION AV FOKUSOMRÅDEN MED FÖRTYDLIGANDE CITAT	36
SLUTSATSER FRÅN NEPI	41
REFERENSER	45
BILAGOR	46
BILAGA 1 – RELATION MELLAN VÅRDFORM OCH ORDINATION/DISTRIBUTION/ADMINISTRATION	47
BILAGA 2 – BESLUT AV ETIKPRÖVNINGSNÄMND	48
BILAGA 3 – ENKÄT 1	50
BILAGA 4 – ENKÄT 2	52
BILAGA 5 – ENKÄT 3	92
BILAGA 6 – ENKÄT 4	153
BILAGA 7 – ENKÄT 5	47

Sammanfattning

Stiftelsen NEPI – nätverk för läkemedelsepidemiologi har under drygt ett år drivit ett projekt med syfte att identifiera hinder för en framgångsrik läkemedelsbehandling, samt att diskutera de olika berörda yrkesgruppernas roller. De huvudsakligen berörda yrkesgrupperna har varit läkare, sjuksköterskor samt farmaceuter (mestadels företrädna av apotekare). Urvalet av respondenter har skett genom ett strategiskt och stratifierat urval och med möjlighet för deltagare att samla egna arbetsgrupper kring enkäterna. Med några få undantag har samtliga respondenter fullföljt studien. I ett fåtal fall har förändrade uppdrag inneburit att respondenter har ersatts av medarbetare som deltagit

Projektet har genomförts förutsättningslöst i form av sammanlagt fem enkäter med öppna frågor samt flervalsfrågor med uppmaning till fritextkommentarer. Respondenterna har i två omgångar fått möjlighet till att revidera eller komplettera sina svar utifrån återkoppling kring hur hela gruppen svarat genom så kallad Delphi-teknik. Projektet har lett till ett rikt material med identifierade hinder gör att genomföra en läkemedelsbehandling som avsett, samt kommentarer kring dessa. Ett urval av materialet redovisas i denna rapport.

I analysen av resultaten har den huvudsakliga vikten lagts på fritextkommentarer i samtliga 5 enkäter samt de associationer/samband som tolkats in i dessa. I denna tolkning har förförståelse hos författarna (en apotekare och en läkare) påverkat associationer och slutsatser varför resultatet bör värderas utifrån detta. Tolkningarna har validerats genom triangulering i samband med en öppen workshop till vilka samtliga respondenter inbjudits och 24 stycken deltagit i samt genom tillvaratagande av skriftliga kommentarer till rapportutkast från deltagarna.

Det samlade resultatet och fritextkommentarerna är öppna för andra slutsatser och möjliga förslag till åtgärder. En sådan diskussion välkomnas då det övergripande syftet med detta projekt har varit att skapa en fördjupad förståelse för de hinder som finns för en effektiv och säker läkemedelsanvändning och då andra bedömare kan identifiera andra möjligheter än som lyfts i denna rapport.

I den slutliga kvalitativa analysen lyfts 10 områden att beakta särskilt fram:

Patienten

- I. Patienten som en aktiv partner lyfts endast sporadiskt
- II. Patienten har behov av en samordnad information om hälsotillstånd, mål med och genomförande av behandling

Roller och ansvar

- III. Det saknas en övergripande och organisationsöverskridande processbeskrivning av läkemedelsbehandling i vårdorganisationer, på apotek och i hemmet
- IV. Det saknas en genomtänkt informationsstruktur med möjlighet till dubbelriktad dialog med och kring patienten där budskap förstärks i flera led

- V. Samtliga 3 yrkesgruppers roller kan utvecklas men detta bör ske utifrån gemensam målbild
- VI. Läkare behöver ta större ansvar för vad de gör – det är vid ordinationen förutsättningarna för läkemedelskedjan avgörs
- VII. Ambitionsnivån är hög men stöds ej tillräckligt genom uppdrag, resurser eller legala förutsättningar
- VIII. IT-stöd är en nödvändig – men ej tillräcklig – förutsättning för förändrade arbetssätt

Farmaci

- IX. Farmaceutisk verksamhet inom hälso- och sjukvården behöver beskrivas tydligare och samordnas bättre
- X. Öppenvårdsapotekens roll i hälso- och sjukvården behöver förtydligas

Slutligen omfattar rapporten även aktivitetsförslag från stiftelsen NEPI baserat på resultatet från Samverkansprojektet. Dessa aktivitetsförslag skall ses som fristående från det övriga projektet.

Syfte

Idag saknas en tydlig arena för samverkan mellan de yrkesgrupper som i första hand är involverade i patienternas läkemedelsbehandling – läkare, sjuksköterska, apotekare och receptarie – och mellan dessa yrkesgrupper och patienter. NEPI önskar bidra till att skapa en sådan arena med utgångspunkt i detta samverkansprojekt. Projektet har drivits och finansierats av stiftelsen NEPI – nätverk för läkemedelsepidemiologi.

Det finns många faktorer som påverkar det beslut som fattas kring behandling med läkemedel. Hur beslut om läkemedelsbehandling fattas på bästa sätt är en fråga som berörs av många verksamheter och projekt inom vård, e-hälsa och myndigheter. Detta projekt fokuserar på de steg som följer efter att beslut om en läkemedelsbehandling fattats oavsett om behandlingen administreras av särskild vårdpersonal eller av patienten själv (egenadministrering).

För att en ordination av läkemedel ska kunna vara effektiv och säker så måste patienten kunna följa den så som man kommit överens med den som ordinerat den. Läkemedlen måste hanteras rätt av patienten. Det kräver bland annat att denne fått tillräcklig och anpassad information. Alla som är inblandade i patientens läkemedelsbehandling behöver bidra med sina delar på bästa sätt. Det gäller vare sig det rör sig om anhöriga eller personal i hälso- och sjukvården, på apotek eller stödpersonal i hemmet eller vid särskilt boende.

Projektet syftar till att identifiera hinder för en framgångsrik läkemedelsbehandling:

Vilka hinder finns för en framgångsrik behandling med läkemedel som egenadministreras efter expedition på apotek, respektive administreras av vårdpersonal (t ex vid sjukbusavdelning, specialistmottagning, eller i lasarettansluten bemsjukvård)?

När hindren väl är definierade så ska de olika yrkesgruppernas roller diskuteras:

I vilken grad kan berörda yrkesgrupper (i första hand läkare, sjuksköterska eller farmaceut¹) medverka till att lösa hinder för en framgångsrik behandling med läkemedel?

Projektet avser alltså att analysera vilka behov patienten har och hur de olika professionerna kan hjälpa till att uppfylla dessa, så att målet med läkemedelsbehandlingen så långt som möjligt uppnås.

¹ Farmaceut är en samlingsbeteckning för yrkesgrupperna apotekare respektive receptarier. Såväl apotekare som receptarier är av Socialstyrelsen legitimerade yrkesutövare. Farmaceuter har huvudsakligen varit företrädare av apotekare i denna studie, och när begreppet farmaceut används avses oftast, men inte alltid, apotekare.

Bakgrund

Den fulla nyttan av läkemedel uppnås först när de intagits på rätt sätt. För att uppnå detta krävs att de många stegen i läkemedelskedjan hänger ihop. Utgångspunkten för arbetssätt måste vara patientens behov samt förutsättningar för att genomföra behandlingen. Detta gäller oavsett om det rör sig om receptförskrivna läkemedel, receptfria läkemedel eller läkemedel som ges vid vård på avdelningar och mottagningar. Patienten måste vid behov kunna få stöd för att genomföra sin läkemedelsbehandling vare sig det handlar om möten med hälso- och sjukvård, kommunal vård och omsorg eller på apotek. Utgångspunkten för detta projekt är att det krävs en annan och djupare samverkan än som finns idag mellan de yrkesgrupper som har ett delansvar för att patienten skall kunna genomföra sin läkemedelsbehandling.

Avvikelse i läkemedelsanvändningen kan bero på många olika orsaker, (1-5) och kan definieras på många olika sätt. Bristande adherence/concordance är vanligt förekommande, särskilt vid långvarig förebyggande behandling och ett flertal interventioner finns beskrivna (6-12). Problematiken är inte unik i Sverige utan finns över hela världen, vid alla typer av sjukdomar oavsett ålder, kön eller social tillhörighet, vilket är väl beskrivet av Världshälsoorganisationen, WHO, i en särskild publikation (13).

Myndigheterna inom läkemedelsområdet har en stor påverkan på patientens läkemedelsanvändning. Myndigheterna styrs genom lagstiftning och förordningar och kan inom ramen för dessa utge bindande föreskrifter och allmänna råd. Under år 2016 har Socialstyrelsen genomfört en remissomgång inför en omfattande revidering av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, SOSFS 2000:1. Läkemedelsverket ansvarar för vad som gäller vid förskrivning och expediering av läkemedel på recept i öppenvård genom HSLF-FS 2016:34.

För att en läkemedelsbehandling ska kunna genomföras säkert och effektivt av patienten i hemmet behöver en rad förutsättningar vara uppfyllda. Patienten – eller den som stödjer patienten i att genomföra behandlingen – har ett behov av att varje dag känna till:

- **vilka** läkemedel patienten ska ta, ur vilka förpackningar (namnet!)
- **varför** de ska tas (ändamål/ordinationsorsak, mål med behandling)
- **när** de ska tas
- **hur** de ska tas (dos, interaktion med föda etc., vad göra om glömd dos)
- vilka **biverkningar** de kan ge och hur de kan hanteras
- **hur länge** de ska tas
- när och hur **uppföljning** ska ske
- vem som är **ansvarig för respektive ordination** eller rådgivning (vid receptfria läkemedel) och därmed också för eventuell uppföljning
- vem som är **ansvarig för helheten**

För att åstadkomma detta behöver patienten bland annat ha tillgång till alla sina aktuella läkemedelsordinationer sammanställda på ett logiskt sätt där samma läkemedel över tid är kopplade till varandra, liksom också olika läkemedel mot samma tillstånd.

Läkemedel ordinerar av flera olika yrkesgrupper. Läkare, sjuksköterskor (med särskild utbildning samt barnmorskor), tandläkare och tandhygienister kan alla ordinera läkemedel i öppen vård genom att skriva recept. Vid vård given på avdelningar och mottagningar kan ansvarig läkare i enlighet med särskilda föreskrifter delegera rätt att till sjuksköterska fatta beslut om patientens tillstånd är sådant att ordinationen är tillämplig. Medan en legitimerad läkare i normalfallet kan ordinera alla läkemedel (där Läkemedelsverket inte särskilt begränsat rätt att ordinera till läkare med en viss kompetens eller tjänstgöring vid en viss enhet), så har övriga yrkesgrupper möjlighet att ordinera enbart vissa läkemedel och enbart i vissa situationer vilket kan vara knutet till tjänstgöring och/eller begränsat till visst sjukdomstillstånd.

En viktig skillnad mellan de skilda yrkesgrupper som kan ordinera läkemedel är att en legitimerad läkare inte bara har möjlighet till utan även har en skyldighet att under eget ansvar ta ställning till, och vid behov ändra alla ordinerade läkemedel, inklusive läkemedel ordinerade av annan läkare.

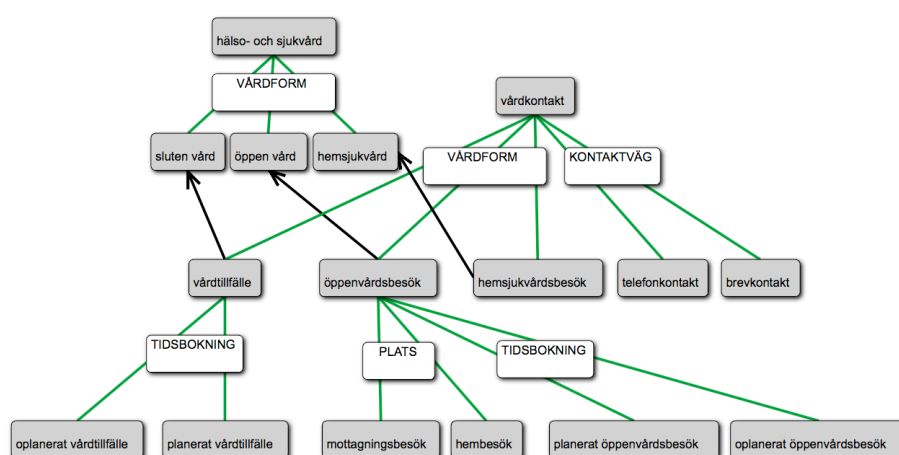
Vid diskussion av ordination av läkemedel används ofta begrepp som ”i öppenvård” respektive ”i slutenvård” på ett i grunden felaktigt sätt. ”I öppenvård” används felaktigt som synonymt för receptföreskrivna läkemedel medan ”i slutenvård” används felaktigt som synonym för läkemedel som rekviderats till vårdinrättning. Detta skapar lätt förvirring kring vad som avses då termerna ”öppenvård” och ”sluten vård” tillsammans med ”hemsjukvård” är vårdformer definierade av Socialstyrelsen enligt tabell 1.

Tabell 1. Vårdformer enligt Socialstyrelsens termbank.

Vårdform	Definition
Sluten vård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodose inom öppen vård eller hemsjukvård. Bedömningen av vilka tillstånd som kräver sluten vård varierar över landet. Sluten vård bedrivs dygnet runt och kräver inskrivning.
Öppen vård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar. Öppen vård bedrivs i allmänhet under dagtid. Vid behov av övernattning leder det i regel till inskrivning i sluten vård.
Hemsjukvård	Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden. Skilj från öppen vård. Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet.

Läkemedel kan enligt hälso- och sjukvårdens definitioner ordinerar, beredas och administreras genom fem olika vårdkontakter – vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök, telefonkontakt eller brevkontakt, enligt figur 1. När telefonkontakt och brevkontakt ingår i en vårdåtgärd, och inte enbart som en kallelse eller motsvarande är det en del av öppenvård.

Figur 1. Relationen mellan skilda vårdformer och kontaktvägar enligt Socialstyrelsens termbank.



Relationen mellan hur läkemedel distribueras och de skilda vårdformerna är komplex och redovisas mer i detalj i bilaga 1. Men i korthet är det inte ovanligt att läkemedel rekvireras och administreras inom öppen vård i samband med ett öppenvårdsbesök vid fysisk mottagning eller avdelning utan att vara inskriven.

Det finns två avgörande skillnader mellan läkemedelskedjan i öppen vård och vid läkemedel administrerade given på avdelningar och mottagningar, se tabell 2.

Tabell 2. Översikt över skillnader i ansvarsförhållanden beroende på hur administrering av läkemedel sker.

	Administrering av läkemedel på avdelningar och mottagningar inom slutenvård	Administrering av läkemedel på avdelningar och mottagningar inom öppenvård	Egenadministrering av läkemedel expedierade på apotek
Ansvar	Endast en vårdgivande enhet som har hela ansvaret för patienten under vårdperioden.	Möjligt med flera vårdgivare utan kännedom om varandra, och utan tydligt övergripande ansvar	
Tillgång till ansvarig	Ordinerande läkare, eller annan ansvarig jourhavande läkare tillgänglig för hantering av uppkomna frågor vad gäller ordination, beredning resp. administrering.	Svårt att med kort varsel få kontakt med ordinerande läkare. Gäller såväl farmaceut vid expedition av recept som för patient vid egenadministrering.	

Det finns lärdomar att dra utifrån de skilda situationerna. Dubbelriktad kommunikation i läkemedelskedjan så som vid vård given på avdelningar och mottagningar innebär att misstag och onödigt merarbete kan undvikas. Sjuksköterskans roll i praktiskt genomförande av läkemedelsbehandling i nära kontakt med ansvarig läkare är en vanlig roll inte bara på vårdavdelning och mottagning utan även inom primärvården för distriktssköterskor.

Tillgång till särskild kompetens inom farmaci vid expedition av läkemedel på apotek, eller tillgång till klinisk farmaceut inom hälso- och sjukvården, innebär möjlighet till kompletterande perspektiv på patientens samlade läkemedelsbehandling, särskilt om detta kan ske i samverkan med ordinerande läkare med djupare kännedom kring patientens sjukdomar och övriga pågående behandlingar och utredningar.

Metod

Detta projekt syftar till att identifiera hinder för en framgångsrik läkemedelsbehandling, eller med andra ord att finna ny kunskap inom området. En kvalitativ ansats bedömdes därför vara nödvändig och traditionella enkäter var därför uteslutna. Samtidigt bedömdes att för att uppnå mättnad, eller med andra ord så långt som möjligt samla värdefulla erfarenheter, krävdes tillräckligt antal respondenter inom varje särskilt identifierad grupp. Primärt uppskattades nödvändigt antal till minst ett dussin respondenter per grupp.

Att företa djupintervjuer med 50-talet respondenter kräver en stor insats både i genomförande och analys av samtalen. Att återkoppla resultaten för att stimulera fördjupad diskussion skulle kräva ytterligare insatser. Ett alternativ skulle vara fokusgruppstudier med samtalsledare. Emellertid bedömdes tidigt i projektet att möjligheten att samla grupper med lämpliga sammansättningar och geografisk spridning vara minimala, särskilt om detta skulle upprepas för återkoppling. Samtal i grupper innebär också en svårighet i att enskilda personer kan inträda i en expertroll och dominera utfallet. Risken för detta ökar om det i den vardagliga relationen finns inslag av hierarki i beslutsordning och tolkningsföreträde.

Istället valdes en alternativ metod med itererade enkäter med öppna frågor i tre steg med möjlighet till återkoppling mellan stegen. En panel bildades därför med ett planerat stratifierat urval av 10 patientföreträdare, 10 företrädare för varje yrkesgrupp samt 10 företrädare för myndigheter (från de tre yrkesgrupperna eller särskilda resurspersoner), totalt minst 50 deltagare. Urvalet var strategiskt och innebar att företrädare särskilt insatta i läkemedelsfrågor utvaldes av försöksledarna utifrån kännedom om deras aktiva deltagande i debatt eller projekt inom läkemedelsområdet. Generaldirektörer vid berörda myndigheter – Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden samt Socialstyrelsen – informerades om projektet och att anställda skulle tillfrågas om deltagande, men vilka som avsågs tillfrågas, eller slutligen deltog, avslöjades ej.

Samtliga deltagare garanterades anonymitet externt och gentemot varandra, samt att analys av resultaten ej skulle ske utifrån gruppstillhörighet. Totalt tillfrågades 57 deltagare vid personligt besök för att säkerställa att målet med 50 deltagare skulle vara möjligt att uppnå. Samtliga 57 tillfrågade valde att delta. I flera fall valde deltagarna att lokalt samla några kollegor för att få en fördjupad insikt i frågeställningarna för att sedan lämna svar som en deltagare. För sammansättning av panel se tabell 3.

Ansökan till etisk prövningsnämnd genomförd, bilaga 2. Bedömning av nämnd att etisk prövning ej var nödvändig av projektet.

Data bearbetades parallellt i ordbehandlingsprogram och program för kvalitativ mediaanalys – NVivo for Mac 10.2.2, QSR International – för att söka efter samband och nya insikter i materialet.

Tabell 3. Fördelning av respondenter

	Totalt	Kvinnor	Män
Patienter	11	6	5
Farmaceuter	12	9	3
Läkare	12	4	8
Sjuksköterskor	11	8	3
Myndighetsanställda	11	4	7
Totalt	57	31	26

Delphi-metod

Det vanligaste tillvägagångssättet när en viss frågeställning ska utvärderas och besvaras är tillsättande av en expertpanel. När denna träffas är det ofta så att någon expert tar kommando och tillåts dominera utfallet. Härigenom går man lätt miste om alternativa åsikter. De senaste åren har olika utredningar ofta tillsatt så kallade referensgrupper. Dessa har ofta en politiskt och facklig utgångspunkt, med stora svårigheter att enas.

Delphi-metoden är ett sätt att uppnå konsensus hos en bred expertpanel (14-18). Expertpanelen medlemmar är normalt anonyma för varandra. Anonymitet är viktig, eftersom denna säkerställer oberoende svar från samtliga deltagare samt ger alla deltagare lika stor möjlighet till genomslag i slutresultat. Vidare ges under studiens gång möjlighet att ändra ståndpunkt, vilket ökar trovärdighet och flexibilitet.

En Delphi-undersökning inleds ofta med en öppen frågeställning som får besvaras av panel. En enkät skapas där resultatet sammanställs och panelen får möjlighet att gradera synpunkterna. Den tredje, och oftast också den sista enkäten som skickas ut, är identiskt med den andra. Skillnaden att panelen i den tredje enkäten får ta del av hur alla andra svarat för att därefter lämna ett slutligt svar. Således kan var och en ändra ståndpunkt om man vill så. Metodiken har t.ex. använts för att definiera kunskapsbehov för olika utbildningar som till biomedicinska analytiker och apotekare, (19, 20).

Enkätverktyg

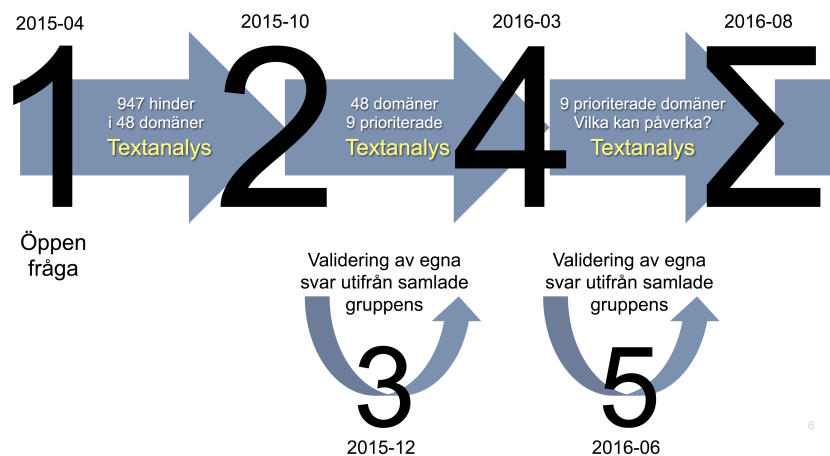
SurveyMonkey är en webbaserad kommersiell tjänst för att skapa enkäter, distribuera dessa elektroniskt, samla svar och analysera data. Enkäterna kan vara avsedda för såväl anonyma som identifierade respondenter. Tjänsten är anpassad för att kunna användas inom forskning och uppfyller kraven bland annat i HIPAA (The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 som i USA reglerar insamling och hantering av skyddade hälsodata).

Enkätverktyget SurveyMonkey har ett stort antal skilda frågeutformningar med möjlighet till anpassning av svarsalternativ. Det insamlade materialet kan exporteras för fortsatt bearbetning i separata verktyg för såväl kvantitativ som kvalitativ analys.

Utformning av enkäter

Totalt genomfördes 5 enkäter, se flödesschema i figur 2. Enkäterna 3 respektive 5 var upprepningar av föregående enkäter 2 respektive 4. I dessa fick deltagarna möjlighet att revidera sina svar utifrån information om hela panelens svar på föregående enkät. I samtliga enkäter uppmuntrades fritextkommentarer till svaren.

Figur 2. Flödesschema



Enkät 1

Uppgiften i enkät 1 bestod av att i fritext ange hinder för patienten att följa läkemedelsordination. Frågan ställdes separat för receptförskrivna läkemedel expedierade vid apotek respektive läkemedel administrerade av hälso- och sjukvårdspersonal vid vårdinrättning. Samtliga uppmanades att skriva kommentarer i syfte att förtydliga de angivna hindren.

En pilot av enkät 1 testades hos 5 personer tillhörande målgrupperna och reviderades utifrån inkomna synpunkter. I april 2015 sändes enkät 1 ut till panelens 57 deltagare, se bilaga 3. Slutdatum sattes i juni. De flesta deltagarna hade då responderat. De som inte hört av sig påmindes via mail och de sista via telefonkontakt. I juli hade samtliga 57 skickat in sina synpunkter.

Enkät 2

Syftet med enkät 2 och 3 var att komma överens om vilka hinder för en säker och effektiv läkemedelsanvändning som ansågs som viktigast och därför behövdes bearbetas djupare i enkät 4 & 5.

De inkomna enkätsvaren från enkät 1 grupperades i 48 olika hinder, se tabell 4 i Resultat. Samtliga 48 rubriker som finns beskrivna i tabell 4 utgör stommen för enkät 2. För att förklara och förtydliga vad varje rubrik står för så illustrerades alla rubriker med 1-3 direkta citat från panelen, enkät 2, se bilaga 4.

Paneldeltagarna ombads i enkäten att gradera de 48 hindren för god läkemedelsanvändning. Graderingen utgjordes av en sjugradig skala (20). Tre av graderingarna var definierade ”Avgörande betydelse” -1, ”viktig” -4 samt ”betydelselös” -7. Enkäten innehöll även alternativet ”kan ej bedöma”. Möjlighet till fritextkommentarer fanns vid varje hinder.

En pilot med 4 deltagare ur målgrupperna genomfördes och ledde till vissa revideringar. Den 8:e oktober mailades instruktioner och länk till enkät 2 via webverktyget SurveyMonkey till panelen. De som inte hade lämnat in svar fick en påminnelse via mail och veckan efter ett telefonsamtal. Samtliga hade besvarat enkät 2 under november 2015.

Enkät 3

Frageställningarna i enkät 3 var identiska med enkät 2, med den skillnaden att för var och en av de 48 rubrikerna (hindren) så redovisades distributionen av inkomna svar i form av stapeldiagram. Samtliga fick också ett separat mail där det framgick hur de själva svarat på varje fråga i enkät 2, och med besked att det var viktigt att besvara enkät 3, oavsett om de ändrade sina svar eller inte.

Enkät 3 sändes ut under december 2015, se bilaga 5. Som för enkät 2 så påmindes en del av panelen att de inte svarat, och de som då inte responderade kontaktades per telefon. Enkät 3 hade besvarats av samtliga 57 deltagare i panelen i början av mars 2016.

Enkät 4

De hinder som i enkät 3 bedömts som viktigast av panelen fick utgöra grund för enkät 4. Dessa framgår av figur 3 samt tabell 5 i Resultat. NEPI gjorde ett undantag och det gällde problem kring dosförpackade läkemedel då hela 17 (30 %) personer ur panelen inte kunde bedöma omfattningen av detta.

I enkät 4 var uppgiften för varje respondent för varje hinder att ta ställning till i vilken utsträckning de olika yrkesgrupperna – läkare, sjuksköterskor och farmaceuter – var för sig har möjlighet att bidra till att lösa respektive problem. Samtliga uppmanades också vid varje fråga kommentera och lämna förslag på vilket sätt som vore bäst för att angripa problemet.

Enkäten bestod av sex alternativ, där ett definierades som ”i mycket hög grad” och sex ”i mycket liten grad”. Dessa enkäter innehåller alltså ett jämnt antal graderingar (till skillnad från enkät 2 och 3) för att forcera ett ställningstagande innebärande att 1-3 i princip är positivt och 4-6 negativt. Som tidigare fanns alternativet ”kan ej bedöma” med.

NEPI påminde också i enkäten om att resultaten från de tidigare enkäterna tydligt visat att de problem som finns, till stora delar beror inte bara på yrkesgruppernas uppfattning, utan även på organisatoriska frågor och bristande samordning mellan organisationer och tekniska lösningar. Genom detta underströks

för panelen att för att förändra arbetssätt och teknik på rätt sätt så behövs en gemensam bild av i vilken riktning och på vilket sätt förändring ska ske så att de olika yrkesgrupperna kan bidra på bästa sätt i läkemedelskedjan.

I slutet av februari 2016 skickades information om enkät 4 (bilaga 6) till samtliga 57 i panelen, länk med enkät via SurveyMonkey sändes den 1 mars. Enkäten var besvarad av samtliga 57 i panelen under maj 2016. De som inte hade lämnat in svar fick en påminnelse via mail och veckan efter ett telefonsamtal, därefter hade samtliga svarat.

Enkät 5

Enkät 5 utformades enligt samma principer som vid utformning av enkät 3. I enkät 4 ingick alltså diagram som visade hur hela panelen svarat på frågorna i enkät 4. Ett separat mail skickades ut med till deltagarna med deras individuella svar i enkät 4.

Information om enkät 5 (bilaga 7) och länk skickades till samtliga 57 i panelen under juni 2016. Enkäten var besvarad av samtliga i augusti.

Resultat

All bearbetning av enkäter har genomförts anonymt utan kännedom om tillhörighet till grupp, av AF och MH parallellt, utom i enstaka fall där oklarheter kring tolkning av svar har föranlett lyftning av anonymitet för personlig kontakt med respektive respondent. Slutsatser har sammanställts och stämts av fortlöpande för respektive enkät. Representativa citat har utvalts i konsensus mellan AF och MH.

Bortfall

Undersökningen pågick från utskick av den första enkäten under april 2015 tills den femte enkäten hade besvarats av samtliga i augusti 2016, det vill säga under en tidsrymd om 16 månader. Trots detta har 54 av deltagarna deltagit i samtliga enkäter. Tre paneldeltagare har bytt tjänst och valt att överlåta uppdraget till ersättare på den ursprungliga arbetsplatsen. I samtliga tre fall har dock den som övertagit rollen varit med från början i projektet, eftersom dessa deltagare valt att jobba i team.

Enkät 1

Samtliga enkäter bearbetades och sorterades enligt WHO kriterier för adherence (13);

1. Socio- och ekonomiska orsaker
2. Hälso- och sjukvårds relaterade problem
3. Sjukdomsrelaterat
4. Läkemedelsrelaterat
5. Patientrelaterat
6. Övriga ej kategoriserbara orsaker.

Sammanlagt utvärderades 947 hinder. Det genomsnittliga antalet hinder per deltagare var 16 (varierande mellan 4 och 42). Sådana synpunkter som inte angav hinder utan endast lösningar eller andra allmänna reflektioner bearbetades ej vidare. Totalt återstod efter detta 937 hinder som fördelades enligt tabell 4 och utgjorde grunden för enkät 2.

Tabell 4. Övergripande resultat från enkät 1. Fritextsvar (n=937) grupperade i 48 grupper enligt WHO-klassifikation.

WHO kriterier	Orsak – hinder	Antal
A	Ekonomi	28
	Språkförbistring	15
	Den sociala miljön och det sociala nätverket	2
	Utlandsvistelse	1
Samtliga A:	Social och ekonomisk situation, totalt 4 rubriker	46
B1 på apotek	Information från apotek till patient	25
	Information från apotek till hälso- och sjukvården	5
	Recepthantering och restsituation	26
	Interna faktorer på apotek	11
B2 sjukhus, primär och kommunal vård	Läkemedelsförsörjningen inom vården	8
	Läkemedelsanvändning inom vården	38
	Samarbeten vid övergångar inom vården	31
	Läkaren	62
	Sjuksköterskan	16
	Övrig personal	12
	Utsättning av behandling	10
	Ekonomi, -plats, -personal, och tidsbrist inom vården	31
B3 Hälso- och sjukvården	Samverkan mellan professionerna	31
	Uppföljning	21
	Kompetensbrist	15
	Patientinformation	26
B4 IT system, listor m.m.	Vårdens IT system, allmänt	59
	IT system mellan vård och apotek	23
	IT system inom vården	17
	IT system, patientens perspektiv	4
	Dospatienter	6
Samtliga B:	Hälso- och sjukvård, totalt 21 rubriker	477
C	Sjukdomsproblematik	30
	Preventionsbehandling	11
Samtliga C	Sjukdomsrelaterat, totalt 2 rubriker	41
D	Generiskt utbyte	52
	Biverkningar	36
	Läkemedelskunskap-hur man ska ta sitt läkemedel	57
	Receptfritt, naturläkemedel och kosttillskott	6
	Dosering	15
	Polyfarmaci och multimedcinering	11
	Generisk förskrivning	9
Samtliga D	Terapi och läkemedelsrelaterat, totalt 7 rubriker	186
E	Bristande insikt/förståelse	41
	Patientens motivation/attityd	32
	Medveten oföljksamhet	29
	Glömska	12
	Rädsla för, - eller upplevd biverkan, att bli beroende	9
	Informations-, -uppföljnings-, -eller prioriteringsbrister	20
	Synpunkter från anhöriga, vänner och media	23
Samtliga E	Patientrelaterat, totalt 7 rubriker	166
F	Avsaknad av evidensbaserad modell för optimal läkemedelsnytta i vården	3
	Tidsbrist & kommersiella intressen vid patientmöten på apotek & i vård	3
	Olika system där läkemedel ordineras	5
	Fragmentering inom hälso- och sjukvården	1
	Avsaknad av ett samlat patientansvar (PAL)	3
	Ny teknik	2
	Jämlik vård	3
Samtliga F	Övrigt, 7 rubriker	21
A-F	Totalt 48 rubriker	937

Enkät 2 och 3

Tabell 5 och figur 3 anger hur panelen värderade de olika hindren. I tabell 5 kan också ses i vilken mån denna värdering ändrades mellan enkät 2 och 3. Ur tabell 5 kan man notera att för de tio viktigaste hindren i enkät 2 så blev samtliga tio viktigare efter enkät 3. På motsvarande sätt så blir nio av de tio minst viktiga hindren i enkät 2, mindre viktiga i enkät 3.

Totalt resulterade enkät 2 i 532 kommentarer, och enkät 3 i ytterligare 121 kommentarer. Ett urval av kommentarerna redovisas i tabell 6 uppdelat på 48 rubriker. Enkät 2 avslutades med frågeställningen om deltagaren, efter att ha tagit del av enkät 2 saknade något hinder. 14 nya förslag kom in. Inget av förslagen bedömdes tillföra något nytt.

Möjligheten att ange ”kan inte bedöma” förekom totalt 126 gånger i enkät 2 (genomsnittligt två gånger per enkät) och användes av 29 personer (51 %) ur panelen. Flest rubriker med denna bedömning var dospatienter (15), olika system där läkemedel ordinerar (9), samt läkemedelsförsörjning inom vården (7).

För enkät 3 inkom 121 fritextkommentarer under de 48 specifika rubrikerna och ytterligare 10 lämnade in generella synpunkter på enkäten, se tabell 6.

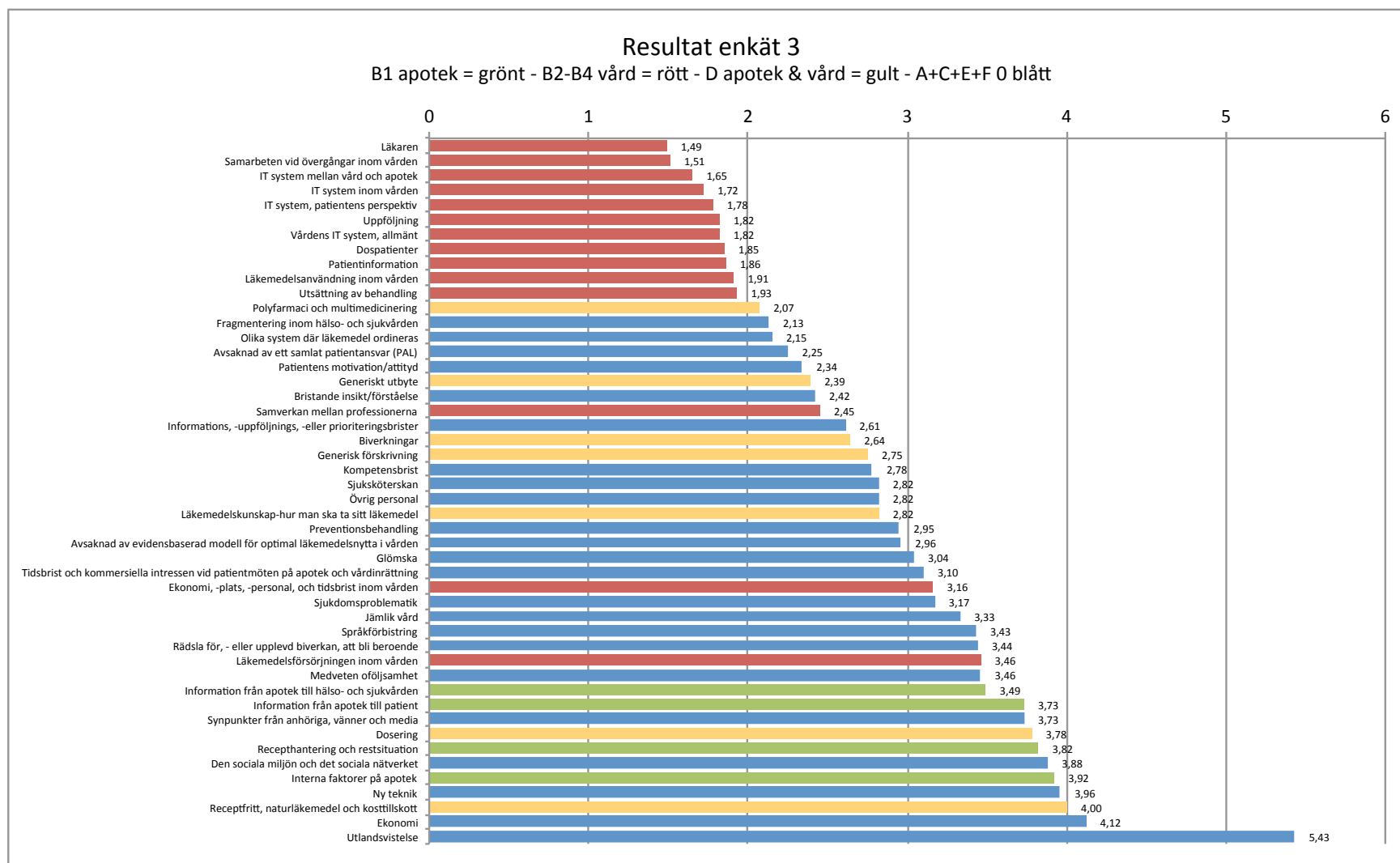
Av de generella kommentarerna lyftes bl.a. fram att *”När jag läser frågan i enkät 3 och ser panelens svar, tänkte jag väl till ytterligare på vissa frågor och fick mig att tänka annorlunda och ändrade på några frågor”*. Liknande tankar uttrycktes så här *”Tycker på något sätt att frågorna denna gång inte var så självklara att svara på. En andra omgång innebär för mig en större eftertänksamhet och det tog därför mycket längre tid att svara”*.

Med enkät 3 så hade projektet besvarat den första frågeställningen, nämligen vilka hinder som finns för en framgångsrik behandling av ordinerade läkemedel.

Tabell 5. Medelvärde som panelen angav för respektive hinder. Ju lägre medelvärde desto viktigare (1 anger avgörande betydelse). Medelvärde anges för både enkät två och tre i tabellen

WHO kriterier	Orsak – hinder	Medelvärde 2/3
A	Ekonomi	4,07 / 4,12
	Språkförbistring	3,11 / 3,43
	Den sociala miljön och det sociala nätverket	3,89 / 3,88
	Utlandsvistelse	5,30 / 5,43
B1 på apotek	Information från apotek till patient	3,79 / 3,73
	Information från apotek till hälso- och sjukvården	3,47 / 3,49
	Recepthantering och restsituation	3,75 / 3,82
	Interna faktorer på apotek	3,84 / 3,92
B2 sjukhus, primär och kommunal vård	Läkemedelsförsörjningen inom vården	3,41 / 3,46
	Läkemedelsanvändning inom vården	2,02 / 1,91
	Samarbeten vid övergångar inom vården	1,69 / 1,51
	Läkaren	1,66 / 1,49
	Sjuksköterskan	2,80 / 2,82
	Övrig personal	2,82 / 2,82
	Utsättning av behandling	2,09 / 1,93
	Ekonomi, -plats, -personal, och tidsbrist inom vården	3,02 / 3,16
B3 Hälso- och sjukvården	Samverkan mellan professionerna	2,59 / 2,45
	Uppföljning	2,05 / 1,82
	Kompetensbrist	2,80 / 2,78
	Patientinformation	2,04 / 1,86
B4 IT system, listor m.m.	Vårdens IT system, allmänt	1,96 / 1,82
	IT system mellan vård och apotek	1,80 / 1,65
	IT system inom vården	1,79 / 1,72
	IT system, patientens perspektiv	1,98 / 1,78
	Dospatienter	2,10 / 1,85
C	Sjukdomsproblematik	3,26 / 3,17
	Preventionsbehandling	2,91 / 2,95
D	Generiskt utbyte	2,36 / 2,39
	Biverkningar	2,59 / 2,64
	Läkemedelskunskap-hur man ska ta sitt läkemedel	2,76 / 2,82
	Receptfritt, naturläkemedel och kosttillskott	3,85 / 4,00
	Dosering	3,58 / 3,78
	Polyfarmaci och multimedcinering	2,12 / 2,07
	Generisk förskrivning	2,65 / 2,75
E	Bristande insikt / förståelse	2,39 / 2,42
	Patientens motivation / attityd	2,43 / 2,34
	Medveten oföljsamhet	3,24 / 3,46
	Glömska	2,93 / 3,04
	Rädsla för, - eller upplevd biverkan, att bli beroende	3,22 / 3,44
	Informations, -uppföljnings, -eller prioriteringsbrister	2,52 / 2,61
	Synpunkter från anhöriga, vänner och media	3,71 / 3,73
F	Avsaknad evidensbaserad modell för optimal läkemedelsnytta i vård	2,86 / 2,96
	Tidsbrist & kommersiella intressen vid patientmöten på apotek & vård	3,17 / 3,10
	Olika system där läkemedel ordinerar	2,47 / 2,15
	Fragmentering inom hälso- och sjukvården	2,40 / 2,13
	Avsaknad av ett samlat patientansvar (PAL)	2,44 / 2,25
	Ny teknik	3,87 / 3,96
	Jämlik vård	3,42 / 3,33

Figur 3. Resultat från enkät 3 med indelning enligt WHO-kriterier särskilt färgmarkerade



Tabell 6. Utvalda citat/kommentarer från enkät 2 och 3 (totalt var det 653 kommentarer som inlämnades). Enkäterna kan läsas i bilagorna 4 och 5.

Orsak-hinder*	Utvalda kommentarer
A/Ekonomi	"Viktigt för vissa socioekonomiska grupper, men utlagt på hela patientkollektivet är det inte 'avgörande betydelse'." "Framför allt bör skälen undvikas vidare. Det är viktigt att förstå bakomliggande orsakerna till varför recept inte hämtas ut."
A/Språkproblem	"Med en allt större del av befolkningen med annat modersmål än svenska ställs höga krav på sjukvården och apoteken att målgruppsanpassa kommunikationen." "Jag tror att det inte bara är språket utan dessutom en kombination av svårigheter att kommunicera med kulturella eller socioekonomiska faktorer."
A/Den sociala miljön	"Lyfts här som något enkom negativt, nätverket kan också vara stödjande, förutsättning för följsamhet".
A/Utlandsvistelse	"I det stora hela är detta ett praktiskt problem som kan lösas var man än är."
B/Inf. från apotek till patient	"Frågan är vem som ska informera, apotek eller förskrivare. Som systemet är idag måste det vara förskrivaren som i sin tur inte har tiden. Men vi vill absolut inte komma i en diskussion om förskrivningen med apoteket vilket sker idag, då förskrivningen blir ifrågasatt och patienten ska argumentera och det inte på ett enkelt sätt går att kommunicera direkt mellan apotek och förskrivare." "Apoteksbesöket kommer alldeles i anslutning till att läkemedlet ska börja användas varför informationen där är mycket viktig."
B/Info från apotek till vården	"Apoteken bör i linje med all internationell utveckling nyttjas som en vårdnivå för ett liv i hälsa. Apoteken är till för att stödja redan ordinerad behandling. Den ökade farmaceutbristen medför att tjänster för optimering av läkemedelsnytta ej får maximalt genomslag." "Problemet är att apotekens exakta roll är otydlig och icke-definierad. Ingår strukturerade samtal i grunduppdraget eller är det en extra tjänst? Även problematiken med att utbyta patientrelaterad information mellan vårdgivare ingår i denna problematik. Varför undantas legitimerade apotekare och receptarier journalföringskrav rörande den rådgivning de ger när de arbetar på apotek med receptbelagda men även med receptfria och medicintekniska produkter?"
B/Recept och restsituation	"De flesta läkemedel lämnas ut vid första tillfället – servicegraden är hög idag. Vid de tillfällen som det inte skulle vara fallet kan apoteken jobba mer med service och tjänster som hjälper kunderna att komma ihåg att hämta." "Detta är anledningen till att jag personligen helt gått över till att beställa läkemedel via internet. De kommer då hem till mig och jag behöver aldrig gå till apoteket och behöva vända om."

Fortsättning tabell 6. Utvalda citat/kommentarer från enkät 2 och 3.

B/Interna faktorer på apotek	<i>"Apoteksinnehavare förväntar sig att staten ska lösa problemet. Staten menar att apoteksinnehavare ska lösa problemet. Otydlig definierad roll bidrar, inte minst till apoteksinnehavare väljer att tolka sitt uppdrag olika. Man får de apotek man frågar efter. Dessutom råder delade meningar om huruvida apoteken bär sig ekonomiskt med avseende på receptaffären. Apoteksinnehavare menar att det gör man inte och försvarar därmed sitt ökade fokus mot handelsvaror medan myndigheterna menar det motsatta."</i> <i>"Påståendena hänger ej ihop – tre olika sammanhang."</i>
B/LM försörjning inom vård	<i>"Min upplevelse är att vården ser läkemedelsförsörjning som viktig och som en förutsättning för korrekt läkemedelsbehandling."</i> <i>"Läkemedelskedjan efter ordination lämnas över till andra aktörer och ses därför inte som viktig."</i>
B/LM användning inom vård	<i>"Det saknas idag en gemensam läkemedelslista över landet, men den kommer väl så småningom och då borde detta problem till viss del lösas. LM genomgångar och LM berättelser är grunden i en god LM behandling tillsammans med korrekt och anpassad information till patienten."</i> <i>"Stor nytta av kliniska farmaceuter! Märkligt att medicinska specialiteter har så svårt att se värdet av detta. De står ändå tillsammans med primär vården för i stort sett all somatisk långtidsbehandling/övervård med läkemedel."</i>
B/Samarbeten vid övergång	<i>"En enorm utmaning! Nationell läkemedelslista som del av lösning. Viktigt med samsyn avseende ansvar för läkemedelslistan."</i> <i>"Även viktig med överföring sluten/öppen vård till kommunal vård (hemsjukvård, särskilda boenden). Återigen, vårdkoordinatorer saknas."</i>
B/Läkaren	<i>"Svårt att se att 'läkaren' skulle kunna klassas som något annat än avgörande för patientens läkemedelsbehandling. Kommunikation är väsentlig."</i> <i>"God kommunikation kan vara avgörande för hur patientens läkemedelsanvändning kommer att fungera."</i>
B/Sjuksköterskan	<i>"Viktigt att tydliggöra vad sjuksköterskan ska bidra med i vården i relation till vad läkaren och farmaceuten gör. Rätt profession på rätt plats för patientens bästa. Två perspektiv här: 1. Hur andra yrkeskårer ser på ssk. 2 Viktigast! Hur ser ssk på sig själva och agerar i sin roll i läkemedelsbehandling. I min forskning fann jag ett påtagligt ointresse att följa upp och ta del i arbetet med läkemedelsbehandling."</i>
B/Övrig personal	<i>"Utbildning är a och o men var och en måste se till sin del av vården. Det är omsorgspersonalens uppgift att informera alternativt tillkalla sjuksköterska när patientens tillstånd så kräver och inte att informera patienten om läkemedelsbehandlingen."</i> <i>"Återigen vill jag poängtera betydelsen av hela teamet runt patienten."</i>
B/Utsättning av behandling	<i>"Lika viktigt som att ordinera rätt läkemedel är att bedöma patienten och dess behandling ur ett helhetsperspektiv och att sätta ut läkemedel."</i> <i>"Rekommendationer och rutiner om utsättning saknas ofta."</i>
B/Olika brister inom vården	<i>"Lätt att skylla på stress och tidspress men det behövs ordentliga rutiner."</i>

Fortsättning tabell 6. Utvalda citat/kommentarer från enkät 2 och 3.

B/Samverkan professioner	<i>"Oförmåga att tänka utanför lådan. När det gäller landstingsdriven hälso- och sjukvård är det undantagslöst läkare och ssk som hamnar i fokus, men det finns så många andra professioner som är, och skulle kunna vara relevanta i den totala vården av patienter."</i>
B/Uppföljning	<i>"Uppföljning är ett viktigt verktyg för god läkemedelsanvändning, särskilt för vissa patientgrupper och för vissa sjukdomar."</i>
B/Kompetensbrist	<i>"Vi kan alltid bli bättre. Fortbildning är avgörande på alla områden för alla yrkeskategorier."</i>
B/Patientinformation	<i>"Varje läkare som förskriver måste försäkra sig om att patienten kan hantera sina läkemedel, annars måste kontakt tas med anhöriga/hemsjukvård för hjälp med detta. Likaså bör all vårdpersonal som märker att det inte fungerar slå larm."</i>
B/Vårdens IT-system, allmänt	<i>"Det måste vara lätt att göra rätt!" Enkla, snabba, säkra lösningar för förskrivning, exempelvis via mallar. Då kan också viktig patientinformation komma med på recept/läkemedelslista"</i>
B/Gemensamma IT system	<i>"När når vi hit? På detta har vi jobbat i årtionden." "Uppfattar att det fungerar bra hos oss. Vår datajournal kommunicerar med apoteken både vad gäller insättning och utsättning. Alla har samma datasystem (krav även för privata vårdgivare)."</i>
B/IT-system inom vården	<i>"En nationell läkemedelslista är lösningen!" "IT-systemen är i många fall bristfälliga men mer viktigt är att det brister i vilja, kunskap och hanteringen av IT-systemen."</i>
B/IT- patientens perspektiv	<i>"Patienten måste ha tillgång till en enda nationell lista över både giltiga ordinationer och över giltiga recept som kan expedieras på apotek."</i>
B/Dospatienter	<i>"Integrera Pascal och journalsystem. Nu blir det fel allt som oftast."</i>
C/Sjukdomsproblematik	<i>"Här gäller att ansvaret för bedömning om patienten klarar sin läkemedelsbehandling tydliggörs; dvs. egenvård eller ej!"</i>
C/Preventionsbehandling	<i>"För dessa patientgrupper måste information och dialog vara extra viktig för att nå ett bra behandlingsresultat."</i>
D/Generiskt utbyte	<i>"Jag förstår varför detta ur kostnadssynpunkt är nödvändigt, men det är ju definitivt inte bra ur patientsynpunkt, och det kan innebära stora risker enligt ovan."</i>
D/Biverkningar	<i>"Förskrivarna måste lyssna in och förstå biverkningar samt hantera dem. Sjuksköterskor måste ha insikt i biverkningarna och rapportera. Alla måste tänka biverkningar för alla som har läkemedel."</i>
D/Läkemedelskunskap	<i>"Bipacksedeln och annan information om biverkningar bör utformas med patienter som medskapare."</i>
D/Receptfritt	<i>"Det viktigaste är nog att vi är öppna och lyssnar in patientens berättelse om vad de egentligen äter för olika läkemedel inklusive naturmedel."</i>
D/Dosering	<i>"Doserna behöver individanpassas mer, ordinationerna är många gånger mycket generella, t.ex. samma dos för en man som väger 100 kg som för en kvinna som väger 50 kg. Tror att vi kommer att se en framtid med mer individuella ordinationer."</i>
D/Polyfarmaci/multimed.	<i>"Viktigt forskningsområde som det borde sättas resurser på."</i>
D/Generisk förskrivning	<i>"Generisk förskrivning måste införas!" "Det skulle på flera sätt vara jättebra, men inte avgörande."</i>

Fortsättning tabell 6. Utvalda citat/kommentarer från enkät 2 och 3

E/Bristande insikt/förståelse	<i>"Hänger mycket ihop med kommunikation." "Obs! Information ska ges i dialogform. Annars känner t.ex. sjukvårdspersonalen sig nöjd när man sagt allt/gett information utan att man egentligen förstått om budskapet gått hem hos den vårdsökande."</i>
E/Pat. motivation/attityd	<i>"Likaväl som vården vill motivera till behandling har patienten rätt att avstå! Detta kräver professionell skicklighet."</i>
E/Medveten oföljsamhet	<i>"Infofråga! Kan inte ta ifrån patienter rätten att inte följa ordination. Dock bör de få info om varför en ordination görs på ett visst sätt."</i>
E/Glömska	<i>"Problem som tilltar med stigande ålder hos patienten (och hjälpande anhörig) och med antalet läkemedel."</i>
E/Upplevd biverkn./beroende	<i>"Här viktigt att tala om verkan av att ta ett läkemedel (vad händer om jag inte tar läkemedlet) och ställa det till de biverkningar som eventuellt skulle kunna uppstå vid intagandet av läkemedlet."</i>
E/Info/prioriteringsbrister	<i>"All ordination ska följas upp. Den planen bör finnas redan vid ordinationstillfället. Att vi underlåter att göra detta beror på många saker men det är viktigt."</i>
E/Synp. från anhörig/media	<i>"Vi måste arbeta på att patienten litar på ordinatörer och därmed har förmåga att negligera annan information." "Patientutbildning i läkemedels-/hälsofrågor är viktig. Kan ske via pensionärs-föreningar, något landstingen kanske borde satsa mer på att nå ut med?"</i>
F/Evidensbaserad modell	<i>"Saknar modeller i flera delar av hälso- och sjukvårdskedjan även kommunal verksamhet, apotek etc. Patienter tror de blir kallade på återbesök. Läkare tror patient hör av sig om behov uppkommer = glapp. Resultatet blir att bilar servas mer kontinuerligt än många patienter."</i>
F/Kommersiella intressen	<i>"Apoteksfarmaceuter är också många gånger styrda av regelverk som stjälar tid och bidrar till ett underutnyttjande av kompetens."</i>
F/Olika system för LM	<i>"Läkemedelsfrågorna bör anses som mycket mer viktiga. Läkemedel är en stor kostnad och vi måste bättre kunna följa att de används rätt. Vi måste få system där vi bättre kan följa patientens intag av läkemedel och följsamhet. Integritet får inte hindra säkerheten för patienten. Bankerna har t.ex. mer kunskap om oss än vad t.ex. sjukvården har."</i>
F/Fragmentering inom vården	<i>"Detta tror jag mycket på. Både kontinuerlig kontakt mellan förskrivare och patient och mellan professioner, t.ex. förskrivare och farmaceut." "Tydligare arbetsbeskrivningar och En patient – En journal."</i>
F/Avsaknad av PAL	<i>"Detta är särskilt viktigt för patienter med samsjuklighet av komplexa kroniska sjukdomar med avancerad läkemedelsbehandling."</i>
F/Ny teknik	<i>"Appar är bra för unga – men mormor behöver något mer handgripligt i vardagen." "Vi är för dåliga på att använda tekniska hjälpmedel till många grupper av patienter som skulle behöva det, men där vi inte tar oss tid att identifiera problemet."</i>
F/Jämlik vård	<i>"Jag tror detta är ett av de större problemen, den ojämlika vården. I en trängd ekonomi får den mest talföre och bäst utbildade en bättre vård (bättre läkemedel)."</i>

*se fullständig rubrik i tabell 2,
förkortningar använda i tabell 3

Enkät 4 och 5

I tabell 7 framgår vilka de nio problemområdena var, hur de kort presenterades för panelen, samt det numeriska utfallet för respektive profession.

Från tabell 7 kan man utläsa att läkaren i de flesta frågeställningarna har störst möjlighet att påverka. Undantagen är rubrik 6, patientinformation och bristande insikt/förståelse, där sjuksköterskan och läkaren får likvärdigt låga poäng och rubrik 8, generiskt utbyte/generisk förskrivning där farmaceuterna anses ha störst möjlighet att påverka. När det gäller rubrik 7, IT-system bedöms alla tre professionerna ha liten möjlighet att påverka.

Totalt resulterade de nio rubrikerna i 182 kommentarer, se tabell 8, och generella kommentarer om enkäten, se tabell 9.

Tabell 7. Resultat från enkät 4 och 5. Visar de hinder som panelen beskrivet som de största för god läkemedelsanvändning och i vilken utsträckning de olika yrkesgrupperna har möjlighet att påverka situationen. Siffrorna anger medelvärden, och lägre siffror indikerar större möjligheter. Distributionsdiagram avser enkät 5.

Medelvärden för enkät 4/5 för respektive profession

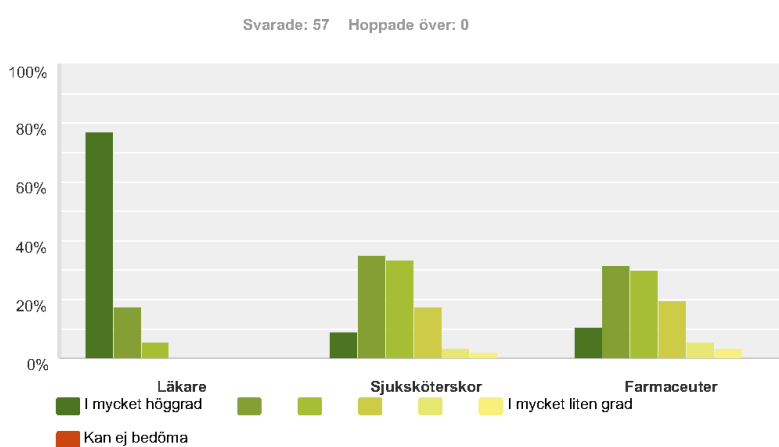
Läkare: 1,43 / 1,28

Sjuksköt: 2,48 / 2,77

Farmaceut: 2,45 / 2,88

1. Läkemedelsanvändning inom vården

Omfattar att både personal och patient har dålig koll på patientens pågående behandling. Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser har bidragit till att förbättra situationen, men praktiska frågor kring ordination och hantering av läkemedel inom vården och i vårdens övergångar behöver lyftas.



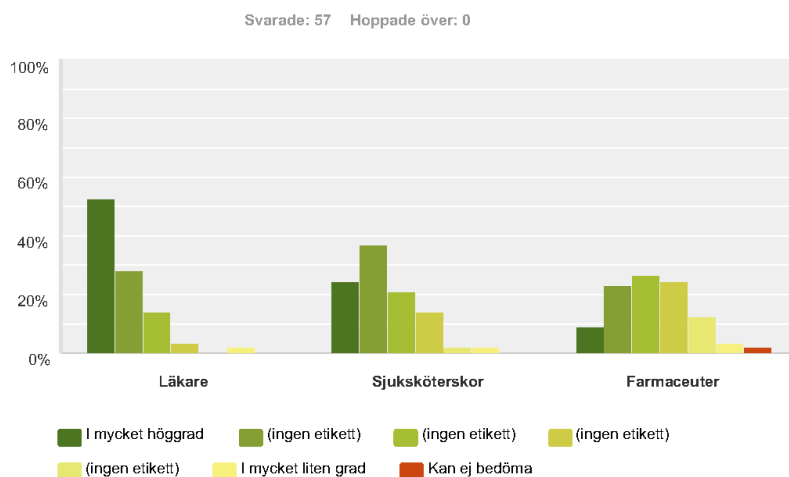
2. Samarbeten vid övergångar inom vården

Omfattar brister i informationsöverföring och samarbete i hela läkemedelskedjan, både i öppen och sluten vård.

Läkare: 1,69 / 1,75

Sjuksköt: 2,11 / 2,37

Farmaceut: 2,96 / 3,20



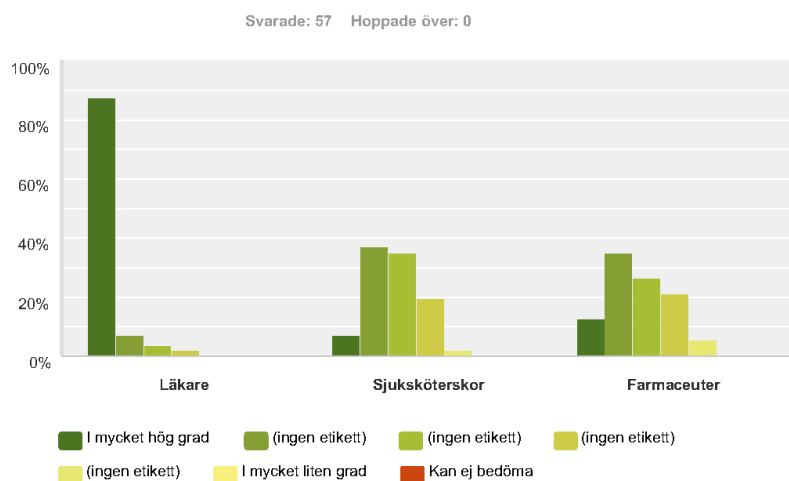
3. Kommunikation med patienten kring beslutet att behandla med läkemedel

Omfattar brister i kommunikation, och otydlig information om syfte med behandlingen.

Läkare: 1,32 / 1,19

Sjuksköt: 2,73 / 2,72

Farmaceut: 2,45 / 2,72



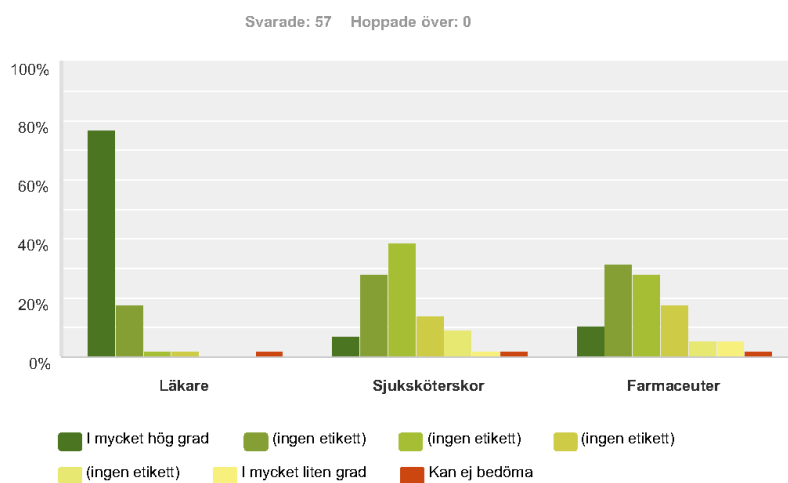
4. Utsättning av behandling respektive polyfarmaci/multimedcinering

Omfattar brister i dokumentation varför läkemedel sätts in (ordinationorsak/behandlingsändamål/mål med behandlingen) samt utebliven omprövning av pågående behandling.

Läkare: 1,25 / 1,27

Sjuksköt: 2,85 / 2,95

Farmaceut: 2,44 / 2,91



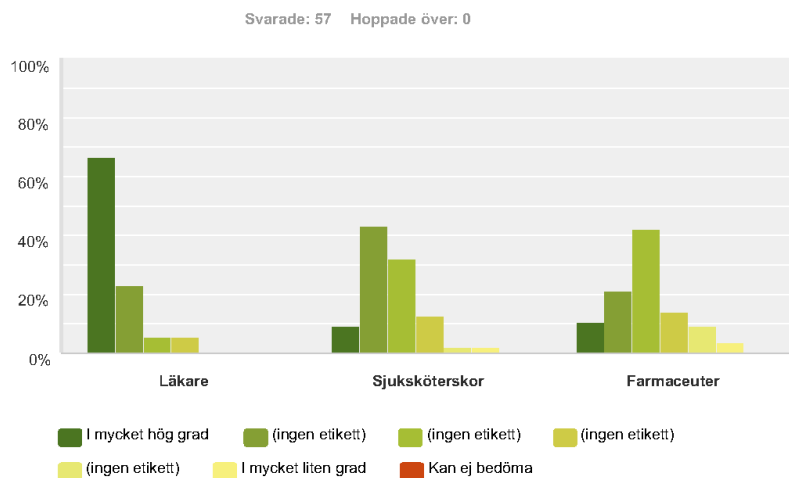
5. Uppföljning

Omfattar brister i uppföljning direkt efter förskrivning eller senare.

Läkare: 1,48 / 1,49

Sjuksköt: 2,55 / 2,61

Farmaceut: 2,87 / 3,00

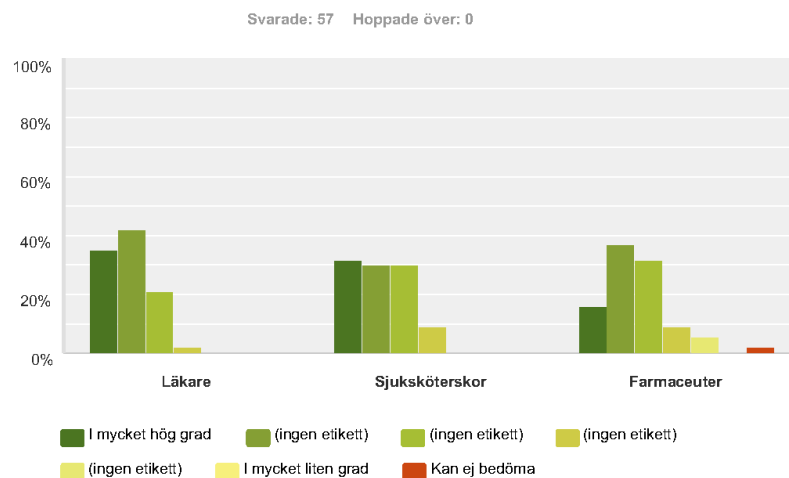
**6. Patientinformation och bristande insikt/förståelse**

Omfattar att informationsöverföringen är bristfällig eller att patienten av skilda orsaker ej kan ta till sig informationen. Hjälp av en anhörig, närstående eller hemtjänstpersonal räcker inte heller till.

Läkare: 2,06 / 1,89

Sjuksköt: 1,96 / 2,16

Farmaceut: 2,48 / 2,50



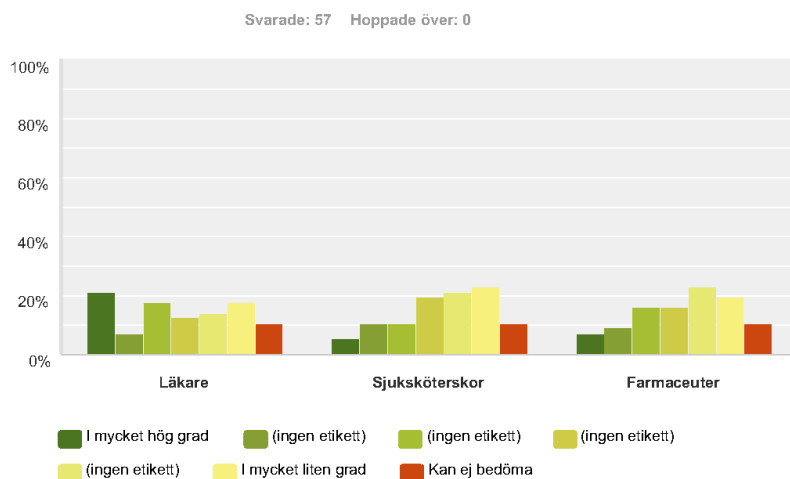
7. IT-system

Omfattar bristande tillgång till fungerande IT-system, att läkemedelslistan inte är samlad, och att det saknas en gemensam informationskälla för vård och apotek.

Läkare: 3,24 / 3,49

Sjuksköt: 4,15 / 4,22

Farmaceut: 3,58 / 4,08



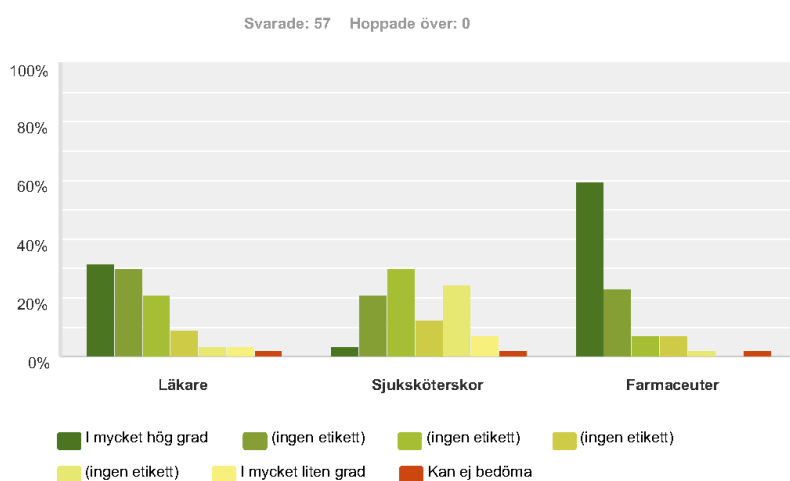
8. Generiskt utbyte/förskrivning

Omfattar att patienten inte har tagit till sig informationen att samma substans kan ha olika varunamn, vilket leder till att patienten tar samma läkemedelssubstans från flera olika leverantörer eller inget läkemedel alls.

Läkare: 2,02 / 2,32

Sjuksköt: 2,93 / 3,55

Farmaceut: 1,44 / 1,66



9. Fragmentering inom vården och avsaknad av ett samlat patientansvar (PAL)

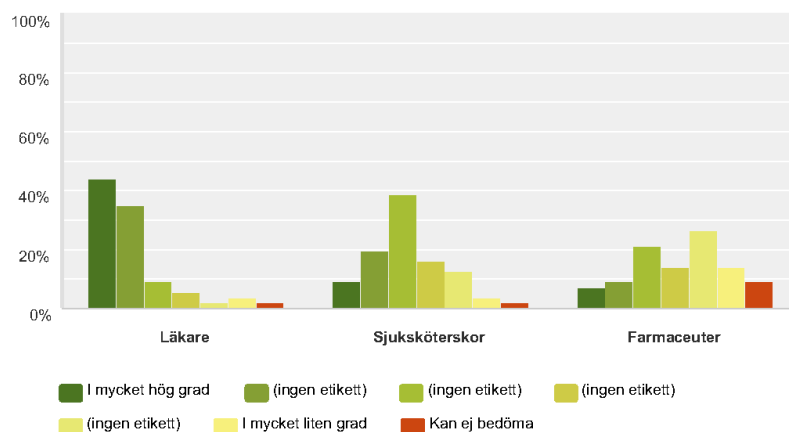
Omfattar att patienter har flera olika vårdkontakter och personalomsättningen vid varje vårdcentral kan vara hög. Detta leder alltså ofta till bristande kontinuitet. Det saknas ett tydligt sammanhållet ansvar för patientens läkemedelsbehandling.

Läkare: 1,86 / 1,95

Sjuksköt: 2,95 / 3,14

Farmaceut: 3,44 / 3,94

Svarade: 57 Hoppade över: 0



Tabell 8. Utvalda citat/kommentarer från enkät 4 och 5.

1. Läkemedelsanvändning inom vården

"Svårt att svara på, beror på var i kedjan. Läkaren har en nyckelroll som medicinskt ansvarig och varje patient bör ha en läkare som tar ett helhetsansvar för patienten. Men sjuksköterskorna är fler och finns nära patienten, och farmaceuterna har särskilt fokus på just läkemedel. De finns dock endast i ringa utsträckning ute i vården idag."

"Att professionerna samarbetar i team är nyckeln till framgång. Då får patienten samma budskap vem hen än talar med. Läkaren har ansvar för sina ordinationer, men sjuksköterskan är viktig när det gäller compliance och för att se till att läkemedelsintaget säkerställs. Farmaceuter, både i klinik och på apotek, bidrar med sin specifika kompetens. All nära vårdpersonal oavsett kategori måste tänka läkemedel och effekter av läkemedel. Den som är närmast patienten är oftast sjuksköterskan, speciellt i vårdens övergångar. Därför är det viktigt att sjuksköterskan får behövlig information om läkemedelsbehandlingen som en patient har antingen genom patienten själv eller genom något annat system. Speciellt viktig när vården övergår från landsting till kommun."

"Kliniska apotekare har kompetens, detaljkunskap, tid för att fokusera på att få en övergripande koll på patientens hela läkemedelsbehandling. Jag tror inte att det är möjligt att ge denna uppgift till läkare, de är otroligt duktiga på det de gör, men de har mer en helhetsbild över patienten (ställa diagnos, besluta om provtagning, behandling är med på ett hörn, men trängs med allt annat läkarna ska göra). De kommer aldrig kunna ha samma fokus endast på patientens läkemedelsbehandling."

2. Samarbeten vid övergångar inom vården

"Läkare har ett stort ansvar att göra korrekta ordinationer och se till så att läkemedelslistorna överensstämmer. Också deras ansvar att förse patient med en aktuell lista efter inläggning/mott-besök eller om ändring görs. Men en gemensam nationell läkemedelslista är det viktigaste ur patientsäkerhetssynpunkt, där både ordinerade och uthämtade läkemedel går att se."

"En gemensam läkemedelslista NU! Det handlar inte om att professionerna ska lappa och laga vi behöver alla jobba för att påverka så att vi får delad information."

"Tyvärr ser jag påverkansgraden här relativt låg för alla grupper. Det är klart att alla delar kan förbättra sin egen insats till förbannelse, men upplevelsen är ändå den att överblicken, samordningen står sig slätt mot de splittrade informationsmängder och system som ofta föreligger mellan sjukvård, apotek och kommun. Även patientens egen del här är inte att förringa. Alla patienter är inte oförmögna att ha koll på sina läkemedel, men kunskapen om de olika aktörernas, många gånger, splittrade informationsbild tror jag inte att patienterna har en aning om, eller förståelse för."

"Ett känt problem, en samordnande sjuksköterska vore önskvärt. Som har tillgång till data från både slutenvård och öppenvård och kan se till att rätt läkemedelslistor finns och förmedlas till ex öppenvård och geriatrisk vård eller annan. Det räcker inte att skicka en lista, det behövs någon form av överlämning, t ex från sjuksköterska till sjuksköterska, som gör att ev. läkemedelslistor med ändringar är rätt från den stunden patienten är på plats på den nya vårdinrättningen."

Fortsättning tabell 8. Utvalda citat/kommentarer från enkät 4 och 5.

3. Kommunikation med patienten kring beslutet att behandla med läkemedel

"Tydligt läkaransvar. Om sköterskorna ska få en större roll här behöver de få mer utbildning i farmakologi, om farmaceuterna ska få en större roll måste de finnas i vården."

"Dialog med behandlande läkare är väsentlig för patienten. Farmaceut kan bidra med att förbereda eller medverka när läkaren talar med patienten om läkemedelsbehandlingen. Sjuksköterska och farmaceut kan repetera och följa upp om patienten har förstått. Information i både tal och skrift till patienten. Vi har olika förmåga att ta in olika typer av information."

"Beroende på var i läkemedelsprocessen som kommunikation behövs så har olika yrkesgrupper varierande möjligheter. Ansvaret ligger hos behandlande läkare men syftet med behandlingen kan förstärkas av andra yrkesgrupper. Återkoppling till läkaren behövs i större utsträckning och dialog mellan yrkesgrupperna."

"En viktig förutsättning i dialogen mellan patient och farmaceut är att ändamål och användning är tydligt angivet. Denna information är ofta bristfälligt angiven på receptet."

4. Utsättning av behandling respektive polyfarmaci/multimedicingering

"Det är läkare som sätter in och ut behandling så de borde ha störst möjlighet att påverka polyfarmacin. Detta kan dock utvecklas i form av apotekarstöd vid läkemedelsgenomgångar etc."

"Har patienten kommunal hälso- och sjukvård har sjuksköterskorna ofta koll på antal läkemedel och kan uppmärksamma läkare på detta. Det är (i alla fall i min kommun) sjuksköterskorna som säger till läkarna när det är dags för läkemedelsgenomgångar. Läkaren har naturligtvis det yttersta ansvaret för att läkemedelsanvändning/ordination mm är korrekt och att ingen är övermedicinerad. Farmaceuterna kan ge stöd till läkarna vid förskrivningen för att minska risken för användning av olämpliga läkemedel och läkemedel som interagerar."

"Särskilt för patienter på särskilda boenden där personal följer vårdtagare dagligen bör sjuksköterskan kunna ha en mer ifrågasättande roll än idag. Det skulle jag välkomna! Läkare bör självklart utvärdera och ompröva behandlingar regelbundet. När farmaceuter har anledning att ifrågasätta viss behandlings lämplighet eller längd bör möjlighet till kommunikation med förskrivande läkare vara möjlig, inte endast per telefon, som idag."

"Sjuksköterskan ser oftare patienten och kan signalera misstänkta biverkningar, utebliven effekt av insatt preparat mm och kan då signalera till läkaren om att en översyn av läkemedlen borde göras (Detta inom slutenvården, äldreboende samt i viss mån hemsjukvården) och är således en nyckelperson."

Fortsättning tabell 8. Utvalda citat/kommentarer från enkät 4 och 5.

5. Uppföljning

"Uppföljning och tillgänglig tid för möten kring dessa är en bristvara. Om så inte vore fallet skulle det kunna vara den höga grad av påverkan jag anger. Här kan sköterskans roll kanske öka i form av uppföljande besök? Vad berör farmaceuternas möjlighet tänker jag att en avstämning kring inhalationsteknik och handhavande utifrån patientens övriga läkemedel borde vara en viktig avstämning vid expedition av läkemedel."

"Här kan alla professioner verkligen bidra, läkaren naturligtvis genom det (årliga?) läkarbesöket vid kronisk sjukdom, sköterskan med sin tätare kontakt och farmaceuten med särskilt läkemedelsfokus och möjligheten att träffa patienten på annan plats. Den kunskap som inhämtas av de olika professionerna måste dock delas mellan professionerna om det ska vara till full nytta."

"Läkare och sjuksköterska i första hand, genom återbesök eller regelbunden uppföljning, via telefon eller skype, facetime, helt enkelt det sätt som passar patienten bäst. Patienter är olika, och vill ha det på olika sätt. Att prata med/möta patienten på det sätt som patienten vill är en framgångsfaktor för att få patienten med på tåget."

6. Patientinformation och bristande insikt / förståelse

"Läkarnas kommer först in i bilden och borde flagga för att det finns en risk för att patienten inte kommer att ta sina läkemedel på rätt sätt. Sedan är det de andra personalgrupper som kan göra en viss insats (fast knappast lösa hela problemet) om de har blivit informerade. Sedan kan de själva också dra den slutsatsen när de ser att de inte fungerar. Här ligger de tre yrkesgruppernas möjligheter att påverka närmare varandra än i tidigare frågor."

"Professionerna bidrar med olika delar, och om man inte gör om ordentligt i vårdens arbetssätt så är det svårt komma länge. Tror även andra metoder (nya e-hälsotjänster för patienter, utbildningar, patientföreningar, utbildning av hemtjänstpersonal) kommer att ha en större betydelse framöver om detta ska lyckas."

"Information och insikt är svårt. Det gäller att bedöma den enskilda patienten. Sjuksköterskor ofta bra på det så återigen gäller teamarbete när det gäller äldre o multisjuka. Vid apoteksbesöket är det ett utmärkt tillfälle att informera alla oss andra men hur stor del köper sina läkemedel via webben nu? Informationen måste anpassas för dessa grupper. Bipacksedeln i all ära men lite mer lättläst info tack!"

"Sjuksköterskan får ofta komplettera information från läkaren. Patienten har inte alltid tagit till sig informationen t.ex. då patienten fått för mycket information på en gång. Information i kommunikationsform kan med fördel ges vid flera tillfällen. Bra att ta vara på de olika professionerna här!"

Fortsättning tabell 8. Utvalda citat/kommentarer från enkät 4 och 5.

7. IT-system

"Sorgebarn, tror att alla professionerna distanserat sig för långt från IT-utvecklingen. Det behövs ett kravställande från verksamheten."

"IT-systemen är ett hjälpmedel, löser inte i sig självt problem."

"När det gäller IT-system måste samtliga yrkesgrupper samverka och påverka. Nationell läkemedelslista, en gemensam informationskälla etc. är en politiskt/juridisk fråga. I dagsläget med olika listor etc. är det i första hand läkaren som i större utsträckning kan tillse att de olika läkemedelslistorna stämmer överens t.ex. genom makulering av recept."

8. Generiskt utbyte/förskrivning

"Farmaceuterna har utan tvekan den största påverkansmöjligheten genom att de alltid har aktuell information om vilket läkemedel de ska lämna ut 'denna vecka'."

"Det är på apoteket bytet sker, det är närmaste tidpunkten någon träffar patienten innan läkemedlet tas och det är då man ser burkarna. Generisk förskrivning vore dock en bättre lösning på detta problem."

"Det är svårt för den enskilda läkaren/sjuksköterskan/farmaceuten att informera om alla namnbyten hela tiden. Detta kräver ett större grepp där vi alltid i all kommunikation använder substansnamnet och aldrig läkemedelsnamnet. Här krävs en förändring av förpackningar så att substansnamnet är framträdande och företagets- och läkemedelsnamnet tonas ned. Här behöver alla arbeta tillsammans för ett förändrat tänk/språk."

9. Fragmentering inom vården och avsaknad av ett samlat patientansvar (PAL)

"Gäller hela patienten inte enbart läkemedel. Detta är mycket en organisatorisk fråga. Att kontinuitet ger kvalitet som ger effektivitet har tappats bort. Dock diskuteras kontinuitetsfrågan allt mer igen. Läkaren kan kanske påverka detta i viss mån, men generell handlar det om ledning och styrning."

"Även här tror jag inte enskilda yrkesgrupper kan påverka. En organisationsfråga och en mycket viktig fråga. Som läkare är det frustrerande att kontinuiteten i vården inte kan upprätthållas."

"Kontinuiteten är så viktig för patienten och ger en ökad följsamhet till behandlingen. Undervisning i dialog med patienten och ge hjälp till egenvård. Kontinuitet av farmaceuter är också av betydelse."

Tabell 9. Utvalda övergripande kommenterar från enkät 4 och 5, kursivering av NEPI.

Kommentar och övergripande synpunkter på frågorna i enkät 4 och 5,

"Givetvis kan läkare påverka i stor omfattning men det verkliga beslutsfattandet för att åstadkomma förbättringar ligger högre upp i beslutsledet. En nyligen genomförd kvalitetsuppföljning av läkemedelsförskrivning till äldre på vår kirurgklinik (manus kommer att skickas till Svensk Kirurgi) befäster bilden från tidigare studier att det är stor oreda i äldre, multisjukas farmakologiska behandling. Vi har nu glädjen att ha kliniska farmaceuter på avdelning vilket avsevärt förbättrat situationen. Men den slutgiltiga lösningen, en nationell läkemedelslista, är en fråga högt över vardagsgolvet. Med undantag för vissa integritetsproblem som kan hanteras så skulle en stor förbättring ske och antalet överföringsfel minimeras. Fr.a. inom icke-medicinska specialiteter är tillgång till klinisk farmaceut en tillgång men även internmedicinare har nytta av detta professionella bistånd, om inte annat som en rejäl avlastning och kompetensstöd utanför respektive läkares fokusområde. (Rätt man/kvinna till rätt jobb...). Med den ökande kommersialiseringen av apoteksledet så är det än angelägnare att sjukvården gör rätt och har fokus på den farmaceutiska delen."

"Läkaren sitter på det högsta ansvaret, och är skyldig att se till att behandlingen fungerar. Till sin hjälp finns apotekare och sjuksköterskor, där dessa kan bidra till beslut om medicinering inför avgörandet om behandling med dess positiva och negativa effekter kan påbörjas, inkl. interaktion med andra läkemedel/andra sjukdomar."

"Jag anser egentligen att alla frågor kan besvaras med att alla tre kategorier kan påverka i hög grad. Det handlar snarare om att sätta samman ett team runt patienten med tydliga ansvarsområden. Det handlar också om att de olika yrkeskategorierna kan vara med och påverka informationsutbytet förutsatt att tydliga rutiner finns kring alla frågor. Alla kan påverka i hög grad förutsatt att rätt förutsättningar finns."

"Några korta reflektioner Frågorna är i vissa fall svårtolkade. Ett exempel är frågan om IT då kanske ingen av de tre kategorierna är aktuell eftersom det i många fall beror på vilka system politiken beslutat. Inom kommunala äldreomsorgen är i vissa fall undersköterskan den som mest kan påverka läkemedelshandlingen. Oavsett syftet med frågorna så blir det läkaren som kan påverka mest eftersom denne är den ende av de tre kategorierna som har förskrivningsrätt. Om man bortser från läkarens roll tror jag att vissa av mina svar skulle se annorlunda ut."

"Det är inte bara de tre utpekade professionerna som har ansvar och kan påverka. Flera av frågorna berör vårdens styrning som berör många fler."

"Tack för att jag fått medverka i denna viktiga studie om läkemedelsanvändning! Otroligt med 0 % bortfall! Lycka till med sammanställningen!"

Diskussion

Denna rapport försöker att beskriva de hinder som finns för en effektiv och säker läkemedelsanvändning genom en huvudsakligen kvalitativ ansats med öppna frågeställningar och fritextkommentarer.

Respondenterna är ett stratifierat strategiskt urval vilket innebär att kvantitativa data ej kan extrapoleras till grupper med annan sammansättning. En majoritet av de som representerar yrkesgrupper är verksamma inom hälso- och sjukvård (läkare, sjuksköterskor samt farmaceuter verksamma inom regioner/landsting).

Det är därför att förvänta sig att hinder som har sitt ursprung inom hälso- och sjukvården kommer att lyftas oftare och även få större vikt enbart utifrån fördelningen av bakgrund hos respondenterna.

Huvudsakligen kvalitativ ansats

Studiens resultat bör istället betraktas utifrån den vidare ansats som finns att förutsättningslöst samla uttalade hinder, samt fritextkommentarer kring dessa. De från enkät 3 utvalda områdena som representerade de hinder som bedömts som de viktigaste kan ha påverkats av urvalet av respondenter. Emellertid bygger värderingen av svaren i enkät 2 & 3 till stor del även på de fritextkommentarer som lämnats i dessa enkäter samt den föregående. Tillsammans med Delphi-metoden som inneburit att respondenterna själva har kunnat inte bara ändra sina svar, utan även i fritext kommentera resultaten från enkät 2, är det därför möjligt att antaga att de utvalda hindren har en hög validitet bland respondenterna.

Samtliga svarande har i enkät 4 och 5 kunnat ta ställning till alla 3 yrkesgruppernas möjlighet att påverka dessa problem. Det har alltså inte varit en fördelning av betydelse mellan de 3 yrkesgrupperna utan alla respondenter har svarat på varje yrkesgrupps betydelse var för sig för varje enskild fråga och därtill kunnat ändra sina svar och lämna fritextkommentarer, på samma sätt som mellan enkät 2 och 3.

I analysen av resultaten har den huvudsakliga vikten lagts på fritextkommentarer i samtliga 5 enkäter samt de associationer/samband som tolkats in i dessa. I denna tolkning har förförståelse hos författarna (en apotekare och en läkare) påverkat associationer och slutsatser varför resultatet bör värderas utifrån detta. Tolkningarna har validerats genom triangulering i samband med en öppen workshop till vilka samtliga respondenter inbjudits och 24 stycken deltagit i samt tillvaratagande av skriftliga kommentarer till rapportutkast från deltagarna.

Relation till Nationell läkemedelsstrategi

Samverkansprojektet utgår från de berörda yrkesgruppernas samt patienters syn på hinder för att genomföra en läkemedelsbehandling. Detta är i grunden en annan ansats än t ex för den nationella läkemedelsstrategin som har med berörda organisationer och myndigheter som probleminentifierare och ansvariga.

Det är därför inte förvånande att samverkansprojektet lyfter fram perspektiv och problem som inte finns företrädade inom nationell läkemedelsstrategi, likaväl som det inte är förvånande att det i samverkansprojektet saknas viktiga delar av den nationella läkemedelsstrategin. I de fall där det finns beröringspunkter med nationell läkemedelsstrategi finns ofta avgörande skillnader i problemformuleringar och förslag.

Ett sådant exempel är frågan om e-hälsa. E-hälsa är en avgörande del av dagens och framtidens hälso- och sjukvård och kan rätt införd stärka patientens roll och möjlighet att aktivt deltaga i beslut kring och genomförande av utredning och behandling. Detta betonas på skilda sätt i den nationella läkemedelsstrategin. I samverkansprojektet lyfts en helt annan aspekt på e-hälsa fram. När det gäller den samlade läkemedelslistan befinner sig hälso- och sjukvården i ett vänteläge på en framtida lösning vad gäller lagstiftning och IT istället för att identifiera och genomföra de förändrade arbetssätt som ändå är nödvändiga att införa i och med att en nationell läkemedelslista blir verklighet. Bland annat skulle det innebära arbetssätt som så långt som möjligt utgår från Sveriges läkemedelskommittéers och Sveriges läkarförbunds ställningstagande kring roller och ansvar kring läkemedelslistan^{2 3}. Sådana arbetssätt är inte bara möjliga att införa redan idag, de skulle dessutom inte bara underlätta införande av en nationell läkemedelslista utan kan redan idag förbättra patientsäkerhet kring läkemedelsbehandling samt stärka patientens roll.

Det samlade resultatet och fritextkommentarerna är öppna för andra slutsatser och möjliga förslag till åtgärder. En sådan diskussion välkomnas då det övergripande syftet med detta projekt har varit att skapa en fördjupad förståelse för de hinder som finns för en effektiv och säker läkemedelsanvändning och då andra bedömare kan identifiera andra möjligheter än som lyfts i denna rapport.

10 fokusområden identifierade

Analysen har lett till att 10 olika fokusområden identifierats och lyfts fram. Dessa har delats in i tre skilda perspektiv, se figur 4 och tabell 10.

- Patient,
- Roller och ansvar, samt
- Farmaci.

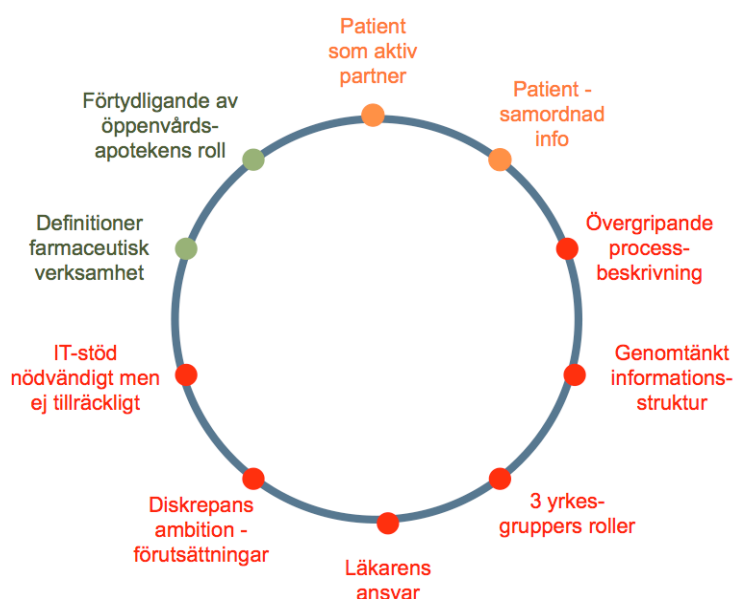
² Ansvar för patientens ordinerade läkemedel – läkemedelslista. Sveriges läkarförbund och LOK – nätverk för Sveriges läkemedelskommittéer. Stockholm 2014.

http://www.slfs.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Ansvar%20for%20lakemedelslistan_2014.pdf

³ Hoffmann M, Lövström R. Läkarens olika roller och ansvar för patientens läkemedelslista. Läkartidningen 2015;112:C949.

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2015/02/Lakarens-olika-roller-och-ansvar-for-patientens-lakemedelslista/>

Figur 4. Tio fokusområden



Tabell 10. Tio fokusområden

Patienten

- I. Patienten som en aktiv partner lyfts endast sporadiskt
- II. Patienten har behov av en samordnad information om hälsotillstånd, mål med och genomförande av behandling

Roller och ansvar

- III. Det saknas en övergripande och organisationsöverskridande processbeskrivning av läkemedelsbehandling i vårdorganisationer, på apotek och i hemmet
- IV. Det saknas en genomtänkt informationsstruktur med möjlighet till dubbelriktad dialog med och kring patienten där budskap förstärks i flera led
- V. Samtliga 3 yrkesgruppers roller kan utvecklas men detta bör ske utifrån gemensam målbild
- VI. Läkare behöver ta större ansvar för vad de gör – det är vid ordinationen förutsättningarna för läkemedelskedjan avgörs
- VII. Ambitionsnivån är hög men stöds ej tillräckligt genom uppdrag, resurser eller legala förutsättningar
- VIII. IT-stöd är en nödvändig – men ej tillräcklig – förutsättning för förändrade arbetssätt

Farmaci

- IX. Farmaceutisk verksamhet inom hälso- och sjukvården behöver beskrivas tydligare och samordnas bättre
- X. Öppenvårdsapotekens roll i hälso- och sjukvården behöver förtydligas

Presentation av fokusområden med förtydligande citat

Patienten

I – Patienten som en aktiv partner lyfts endast sporadiskt

Reflektioner kring patientens förmåga att på egen hand i hemmet administrera sina läkemedel som en förutsättning för säker och effektiv läkemedelsanvändning är fåtaliga. Hur ny och personlig infrastruktur tillsammans med journalåtkomst kommer påverka förutsättningarna framöver lyfts endast sporadiskt.

"Likaväl som vården vill motivera till behandling har patienten rätt att avstå!"

"Patienter är olika, och vill ha det på olika sätt. Att prata med/möta patienten på det sätt som patienten vill är en framgångsfaktor för att få patienten med på tåget."

"Professionerna bidrar med olika delar, och om man inte gör om ordentligt i vårdens arbets sätt så är det svårt komma längre. Tror även andra metoder (nya e-hälsotjänster för patienter, utbildningar, patientföreningar, utbildning av bemjälstpersonal) kommer att ha en större betydelse framöver om detta ska lyckas."

II – Patienten har behov av en samordnad information om hälsotillstånd, mål med och genomförande av behandling

Återkommande är behovet av en aktuell lista över patientens samlade läkemedelsbehandling.

"En gemensam läkemedelslista NU! Det handlar inte om att professionerna ska lappa och laga vi behöver alla jobba för att påverka så att vi får delad information."

"Viktigt med samsyn avseende ansvar för läkemedelslistan."

"En gemensam nationell läkemedelslista för vård & apotek innebär samlad entydig information till patienten."

Samordnad information kräver fördjupade kunskaper kring patientens situation samt samtliga behandlingar, inte bara läkemedel.

- Läkare saknar ofta tillräcklig tid och fokus att stödja patientens dagliga situation
- Farmaceuter saknar vid expedition av recept tillräcklig kännedom om överväganden i vården kring patientens samtliga behandlingar och andra sjukdomar
- Sjuksköterskor har överbryggande kunskaper och skulle kunna ha en särskild koordinerande roll mellan patient, vård och apotek för patienter med särskilda behov och i särskilt boende

"Läkare, de är otroligt duktiga på det de gör, men de har mer en helhetsbild över patienten (ställa diagnos, besluta om provtagning, behandling är med på ett börn, men trängs med allt annat läkarna ska göra)."

"Läkaren har en nyckelroll som medicinskt ansvarig och varje patient bör ha en läkare som tar ett helhetsansvar för patienten. Men sjuksköterskorna är fler och finns nära patienten, och farmaceuterna har särskilt fokus på just läkemedel."

"Överblicken, samordningen står sig slätt mot de splittrade informationsmängder och system som ofta föreligger mellan sjukvård, apotek och kommun."

"Apoteksbesöket kommer alldeles i anslutning till att läkemedlet ska börja användas varför informationen där är mycket viktig."

"Sjuksköterskan har en viktig roll i patientens läkemedelsbehandling och kompletterar läkaren genom t.ex. utvärdering av behandling och utbildning/information till patienten. Om sjuksköterskan får en mer tydlig roll i patientens läkemedelsbehandling skulle det mer kunna bli mer av ett teamarbete."

"... alla tre kategorier kan påverka i hög grad. Det handlar snarare om att sätta samman ett team runt patienten med tydliga ansvarsområden."

Organisation

III – Det saknas en övergripande och organisationsöverskridande processbeskrivning av läkemedelsbehandling i vårdorganisationer, på apotek och i hemmet

Återkommande i kommentarerna är en rad värdeord

"Lika viktigt som att ordinera rätt läkemedel är att bedöma patienten och dess behandling ur ett helhetsperspektiv och att sätta ut läkemedel."

"Uppföljning är ett viktigt verktyg för god läkemedelsanvändning, särskilt för vissa patientgrupper och för vissa sjukdomar."

"Läkemedelskedjan efter ordination lämnas över till andra aktörer och ses därför inte som viktig."

Det saknas kommentarer kring vad som avses med vissa nyckelord. Återkommande är kommentarer kring hur en bättre samverkan skulle kunna se ut, men färre kommentarer kring strukturella hinder varför detta ej redan är en realitet. En tolkning av detta kan vara att avsaknad av en gemensam processbeskrivning innebär hinder såväl för det normala uppdraget, som för hantering av eventuella avvikelser. Som en följd av detta kan det saknas förståelse såväl för varandras uppdrag och förutsättningar att uppfylla detta – det kan i sin tur leda till missförstånd inte bara kring ansvar utan även rent konkret kring tolkning av innehållet i termer/åtgärder som t ex ordination, expedition och uppföljning.

IV – Det saknas en genomtänkt informationsstruktur med möjlighet till dubbelriktad dialog med och kring patienten där budskap förstärks i flera led

Nära relaterat till punkt IV.

"En viktig sak som väsentligt kan bidra till en bättre situation är en effektiv dubbelriktad kommunikation mellan farmaceut & förskrivare kring förskrivning/ ordination. E-recepten är idag bara enkelriktad kommunikation från förskrivare till farmaceut."

"Efter besök i vården, och uthämtning av förskrivna läkemedel lämnas patienten i princip ensam utan någon uppföljande dialog – varken från vård eller från apotek."

Dialog kring behov av hjälp och återrapportering av genomförda åtgärder sannolikt också av vikt för att möjliggöra separata nya uppgifter/tjänster i läkemedelskedjan, t ex på apotek.

"Här kan alla professioner verkligen bidra, läkaren naturligtvis genom det (årliga?) läkarbesöket vid kronisk sjukdom, sköterskan med sin tätare kontakt och farmaceuten med särskilt läkemedelsfokus och möjligheten att träffa patienten på annan plats. Den kunskap som inhämtas av de olika professionerna måste dock delas mellan professionerna om det ska vara till full nytta."

V – Samtliga 3 yrkesgruppers roller kan utvecklas men detta bör ske utifrån gemensam målbild

Nära relaterat till punkt III och IV.

”Varje led inom sjukvården förlitar sig på att någon annan kommer stå för informationen till patienten om dennes läkemedelsbehandling. Men inget led har (idag) möjlighet att göra detta.”

”Sjuksköterskan ser oftare patienten och kan signalera misstänkta biverkningar, utebliven effekt av insatt preparat mm och kan då signalera till läkaren om att en översyn av läkemedlen borde göras (Detta inom slutenvården, äldreboende samt i viss mån hemsjukvården) och är således en nyckelperson.”

”Uppföljningen behöver inte ske i traditionella kanaler, både apotek och andra kan bli bättre på att utveckla digitala möjligheter.”

”Förskrivare är otroligt dåliga på att sätta ut andras ordinationer. Patienter som är på väg in i palliativ terapi kan fortfarande ha statiner, vi behöver bli bättre på att ta ansvar för en större helhet och faktiskt våga pröva varför ett läkemedel satts in och fortfarande förskrivs.”

VI – Läkare behöver ta större ansvar för vad de gör – det är vid ordinationen förutsättningarna för läkemedelskedjan avgörs

Nästan alla ordinationer av läkemedel görs av läkare. En förutsättning för god läkemedelshantering är att det första steget och avgörande steget i en läkemedelskedja – ordinationen – genomförs så bra som möjligt. Läkarkåren behöver ta större ansvar för sitt arbete så att problem i läkemedelskedjan kan förebyggas.

”Läkaren har en nyckelroll som medicinskt ansvarig och varje patient bör ha en läkare som tar ett helhetsansvar för patienten.”

”Ansaret ligger hos behandlande läkare men syftet med behandlingen kan förstärkas av andra yrkesgrupper.”

”Läkare har ett stort ansvar att göra korrekta ordinationer och se till så att läkemedelslistorna överensstämmer. Också deras ansvar att förse patient med en aktuell lista efter inläggning/ mott-besök eller om ändring görs.”

”Varje läkare som förskriver måste försäkra sig om att patienten kan hantera sina läkemedel”

VII – Ambitionsnivån är hög men stöds ej tillräckligt genom uppdrag, resurser eller legala förutsättningar

Några exempel gäller kontinuiteten, ett sammanhållet ansvar för patienten, expeditionssituationen och fortbildning.

”Kontinuiteten är så viktig för patienten ger en ökad följsamhet till behandlingen. Undervisning i dialog med patienten ger hjälp till egenvård. Kontinuitet av farmaceuter är också av betydelse.”

"Antalet vårdgivare har ökat kraftigt de senaste 20 åren, personalomsättningen är hög på många ställen och det finns inga klara rutiner kring hur personalen ska ta helhetsansvar för patienter. ... Det är inte ovanligt att patienter har läkemedelsordinationer från en lång rad ordinatorer, vilket gör det är svårare än tidigare att upptäcka orimligheter i patientens läkemedelsbehandling och åtgärda dem."

"Jag tror att många av de problem vi ser idag, och kanske även några av de lösningar vi saknar, skulle förbättras om det infördes ett tydligare sammanhållet ansvar för patienten. ... Jag tror också att en nyckel till det medvetna utsättandet av behandlingar finns i detta."

"Den fysiska miljön vid expeditionsdisken kan upplevas som störande eller inte tillräckligt avskärmad."

"Brister i fortbildning för alla yrkeskategorier/professioner som är inblandade i läkemedelskedjan."

VIII – IT-stöd är en nödvändig – men ej tillräcklig – förutsättning för förändrade arbetssätt

Nationell läkemedelslista är ett återkommande önskemål men en IT-lösning för detta innebär ej att arbetssätt kring ordination och uppföljning automatiskt förändras i önskvärd riktning.

"IT-systemen är ett hjälpmedel, löser inte i sig självt problem"

"De olika yrkeskategorierna måste ta ett ansvar för att informationen går vidare i rätt tid och till rätt verksamhet och inte förlita sig på systemen."

"Att förskrivaren har tillgång till en fullständig läkemedelslista är avgörande för en framtida säker förskrivning. ... Patienten bör kunna kommentera förskrivna läkemedel (t. ex vilken dos de egentligen tar) och lägga till receptfria behandlingar, kosttillskott, alternativmedicinska behandlingar, så att dessa blir kända för förskrivaren."

Farmaci

IX – Farmaceutisk verksamhet inom hälso- och sjukvården behöver beskrivas tydligare och samordnas bättre

Farmaceuter direkt verksamma inom vården innebär en ny yrkesroll med idag över 500 farmaceuter involverade. Dessa är verksamma i vården antingen inom patientrelaterade frågeställningar eller med ansvar för distribution, anställda av sjukvårdshuvudmännen eller som konsulter. Verksamheten kommenteras positivt.

"Stor nytta av kliniska farmaceuter! Märkligt att medicinska specialiteter har så svårt att se värdet av detta."

"Oförmåga att tänka utanför lådan. När det gäller landstingsdriven hälso- och sjukvård är det undantagslöst läkare och ssk som hamnar i fokus, men det finns så många andra professioner som är, och skulle kunna vara relevanta i den totala vården av patienter."

"En nyligen genomförd kvalitetsuppföljning av läkemedelsförskrivning till äldre på vår kirurgklinik bekräftar bilden från tidigare studier att det är stor oreda i äldre, multisjukas farmakologiska behandling. Vi har nu glädjen att ha kliniska farmaceuter på avdelning vilket avsevärt förbättrat situationen."

...

"Fr. a. inom icke-medicinska specialiteter är tillgång till klinisk farmaceut en tillgång men även internmedicinare har nytta av detta professionella bistånd, om inte annat som en rejäl avlastning och kompetensstöd utanför respektive läkares fokusområde."

Det finns etablerade arbetssätt men utan samlad målbild, utveckling och uppföljning av verksamheten är det inte säkert att nyttan tydliggörs och verksamheten utvecklas på det sätt som innebär det effektivaste arbetssättet. Därför är det viktigt med ett långsiktigt kompetensstöd och utveckling samt utvärdering av arbetssätt – men vem ansvarar? Vilka är farmaceuterna som är verksamma i vården, var finns de och vilka är deras arbetsuppgifter hos de olika sjukvårdshuvudmännen? Hur sker ledning och kompetensutveckling idag?

X – Öppenvårdsapotekens roll i hälso- och sjukvården

Farmaceut som expedierar läkemedel eller ger råd utgör en del av vårdkedjan medan den samlade apoteksverksamheten inte jämföras med hälso- och sjukvårdsverksamhet i förordningar. Apotekens respektive farmaceuternas roll inom hälso- och sjukvården behöver förtydligas, se också III.

”Läkemedelskedjan efter ordination lämnas över till andra aktörer och ses därför inte som viktig.”

Slutsatser från NEPI

Se övergripande sammanställning av förslag från NEPI i tabell 11.

Syftet med detta projekt var både att identifiera hinder för en framgångsrik läkemedelsbehandling och diskutera de olika yrkesgruppernas roller. Utifrån detta samt de 10 identifierade fokusområdena föreslår NEPI ett antal övergripande aktiviteter som ett resultat av detta projekt. För varje fokusområde föreslås också tänkbara huvudansvariga aktörer. Respondenterna i projektets expertpanel är hämtade från dessa aktörer.

NEPI avser att analysera och driva något av dessa projekt och bidrar gärna med fördjupade reflektioner från projektet för de som önskar ta tag i någon av frågorna och driva projekt kring dessa. Särskilt positivt är att sedan projektets initierats har en fördjupad diskussion kring frågor om läkemedelsanvändning och yrkesgruppernas roller inletts mellan Sveriges farmaceuter, Sveriges läkarförbund samt Vårdförbundet.

Tabell 11. Identifierade problem och av NEPI föreslagna aktiviteter

	Problem	Aktivitet	Mål	Huvudansvarig / Ansvariga	Berörs av Nationell läkemedelsstrategi ⁴
Patienten	I – Patienten som en aktiv partner lyfts endast sporadiskt	Påverkan på beslutsfattare Projekt som exemplifierar detta genom att beskriva pågående och planerade projekt ur ett primärt patientperspektiv	Patienten – och patientens behov – ses som naturlig primär utgångspunkt för alla åtgärder som direkt berör patienten	1. Patientföreträdare ⁵ 2. Yrkesföreningar	Övergripande patientperspektiv
Patienten	II – Patienten har behov av en samordnad information om hälsotillstånd, mål med och genomförande av behandling	Bevakning av process vid Socialdepartementet samt eHälsomyndigheten för samlad läkemedelslista utifrån SOU 2015:32 Nästa fas i e-hälsarbetet, kapitel 10 samt Ds 2016:44 Nationell läkemedelslista ⁶	Samlad läkemedelslista primärt utformad för att stödja patientens egenadministrering av läkemedel Ordinationsorsak/behandlingsändamål del av läkemedelslista ⁷	1. Yrkesföreningar 2. Patientföreträdare	1.4 Gemensam läkemedelslista 1.8. Insatser för att förbättra patientsäkerheten vid det generiska utbytet ⁸ 1.9 Strukturerade läkemedelssamtal på apotek ⁹
Organisation	III – Det saknas en övergripande och organisationsöverskridande processbeskrivning av läkemedelsbehandling i vårdorganisationer, på apotek och i hemmet	Uppvaktnings Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, eHälsomyndigheten, Sveriges apoteksförening	En förutsättningslös processbeskrivning En utvidgad utredning över ordinations-processen med tydliggörande av centrala termer/roller/ansvar ¹⁰	1. Yrkesföreningar 2. Socialstyrelsen 3. Läkemedelskommittéer	

⁴ Avser att det finns beröringspunkter. I många fall dock endast delvis överlappande problembeskrivningar eller aktivitetsförslag.⁵ T ex Handikappförbunden, PRO, SPF⁶ <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2015/03/sou-201532/> samt <http://www.regeringen.se/rattsdokument/departementsserien-och-promemorior/2016/12/ds-2016-44/>⁷ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-35>⁸ NEPI har i remssvar till Socialdepartementet, tillsammans med flera andra svarande, framfört att generisk förskrivning av läkemedel inom utbytesgrupper undanröjer stora delar av det bakomliggande problemet.⁹ Berör endast delvis den övergripande frågan¹⁰ <http://www.nepi.net/120401-Ordinationsutredningens-slutrapport.htm>

	Problem	Aktivitet	Mål	Huvudansvarig / Ansvariga	Berörs av Nationell läkemedelsstrategi ¹¹
Organisation	IV – Det saknas en genomtänkt informationsstruktur med möjlighet till dubbelriktad dialog med och kring patienten där budskap förstärks i flera led	Uppvaktning Socialdepartementet, Socialstyrelsen, eHälsomyndigheten	Framtagande av gemensam informationsstruktur inom ramen för processbeskrivning.	1. Yrkesföreningar 2. Patientföreträdare	1.4 Gemensam läkemedelslista
Organisation	V – Samtliga 3 yrkesgruppers roller kan utvecklas men detta bör ske utifrån gemensam målbild	Gemensamt projekt, se III & IV	Gemensamt måldokument roller/ansvar Utveckling av Sveriges läkarförbunds samt Sveriges läkemedelskommittéers ställningstagande kring roller och ansvar för läkemedelslistan ¹² samt Apotekar societetens och Sveriges apoteksförenings skrift God farmaceutisk sed ¹³ Framgångsrikt genomförande av påbörjat projekt kring "Professioner i samverkan" mellan läkarförbundet, Sveriges farmaceuter samt Vårdförbundet.	1. Yrkesföreningar	
Organisation	VI – Läkare behöver ta större ansvar för vad de gör – det är vid ordinationen förutsättningarna för läkemedelskedjan avgörs	Gemensamt projekt, se III & IV	Utveckling av Sveriges läkarförbunds samt Sveriges läkemedelskommittéers ställningstagande kring roller och ansvar för läkemedelslistan ¹⁴ Projekt kring införande nya arbetssätt	1. Yrkesföreningar 2. Läkemedelskommittéer 3. Patientsäkerhetsenheter	Se också remissversion av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

¹¹ Avser att det finns beröringspunkter. I många fall dock endast delvis överlappande problembeskrivningar eller aktivitetsförslag.

¹² https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Ansvar%20for%20lakemedelslistan_2014.pdf

¹³ <http://www.sverigesapoteksforening.se/wp-content/uploads/GPP-2015.pdf>

¹⁴ https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Ansvar%20for%20lakemedelslistan_2014.pdf

	Problem	Aktivitet	Mål	Huvudansvarig / Ansvariga	Berörs av Nationell läkemedelsstrategi ¹⁵
Organisation	VII – Ambitionsnivån är hög men stöds ej tillräckligt genom uppdrag, resurser eller legala förutsättningar	Medvetandegöra beslutsfattare Gap-analys i nationell läkemedelsstrategi	Tydligare arbetsprocesser samt tjänster	Yrkesföreningar	
Organisation	VII – IT-stöd är en nödvändig – men ej tillräcklig – förutsättning för förändrade arbetssätt	Uppvaktnings sjukvårdshuvudmän, SKL, Sveriges apoteksförening	Projekt förändrat arbetssätt inför samlad läkemedelslista Samsyn på utformning patientinformation kring ordinerade/expedierade läkemedel Se även Patient och Organisation	1. Yrkesföreningar 2. Patientsäkerhetsenheter / chefläkarfunktion 3. Läkemedelskommittéer 4. Patientföreträdare som kravställare	Övergripande perspektiv e-hälsa 1.4 Gemensam läkemedelslista
Farmaci	IX – Farmaceutisk verksamhet inom hälso- och sjukvården behöver beskrivas tydligare och samordnas bättre	Inventering av omfattning av förekomst, styrning, kompetensutveckling Avser bland annat logistik och kringtjänster vid vårdinrättning; strategiska funktioner; och klinisk farmaci	Gemensam definition av begrepp Gemensam bild av resursen	1. Yrkesföreningar 2. SKL 3. Universitetsföreträdare (fr a farmaceutisk fakultet)	
Farmaci	X – Öppenvårdsapotekens roll i hälso- och sjukvården	Tydliggörande befintligt regelverk från Socialstyrelsen	Gemensam bild av roll/ansvar	1. Läkemedelsverket 2. Socialstyrelsen 3. Sveriges apoteks-förening 4. SKL 5. Yrkesföreningar	1.4 Gemensam läkemedelslista 1.9 Strukturerade läkemedelssamtal på apotek 2.3 Ökad kvalitet och säkerhet på apotek

¹⁵ Avser att det finns beröringspunkter. I många fall dock endast delvis överlappande problembeskrivningar eller aktivitetsförslag.

Referenser

1. Margareta Grafström & J. Lars G. Nilsson, Äldre, läkemedel och specifik omvårdnad, Studentlitteratur 2009
2. Bernard Vrijens, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications, Br. J. Clin. Pharmacol, 73:5, 691-705, 2012
3. Apotekarsocietetens skriftserie om läkemedel, följsamhet till ordination, 1994
4. Begreppen Compliance, Adherence och Concordance, en litteraturstudie, Anna Larsson 2010
5. Mats Falk, Skulden för dålig följsamhet kan inte läggas bara på patienten, Läkartidningen, Nr 25, 2002
6. McKinsey, enkät av 810 patienter med antihypertensiv behandling, 2005
7. Kristin Krigsman, doctoral thesis, Uppsala universitet, 2007
8. Björn Södergård, doctoral thesis, Uppsala universitet, 2006
9. Menno T Pruijm et al, Patient adherence and the choice of antihypertensive drugs, Vascular Health and Risk Management, 2008;4(6), 1159-1166
10. Mehuys E, van Bortel L et al, Effectiveness of a community intervention in diabetes care: a randomized controlled trial. J. Clin. Pharm Ther. 2011; 36(5):602-13.
11. Dogrell SA: Adherence to medicines in the older aged with cronic conditions: does intervention by an allied health professional help? Drugs Aging. 2010;27:239-54
12. Cramer J, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value health. 2008;11 (1)::44-7.
13. World Health organisation. Adherence to Long-Term Therapies:Evidence for Action. Geneva:WHO, 2003
14. Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H. (2001) A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. International Journal of nursing studies 28: 195-200
15. Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H. (2006) Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research, Journal of Advanced Nursing 53(2): 205-12
16. Mullen, P.(2003) Delphi: myths and reality Journal of Health Organization and management 17(1): 37-52
17. Powell, C (2003) The Delphi technique; myths and realities Journal of Advanced Nursing 41(4): 376-82
18. Okoli C., Pawlowski S., Information and Management 42(1), 2004, 15-29
19. Edgren G. Developing a competence-based core curriculum in biomedical laboratory science: a Delphi study, Medical teacher, Vol.28, No. 5, 2006, 409-17.
20. Eriksson T., Höglund P., Thomé G, Edgren G. Development of Core Competencies for a new Master of Pharmacy degree. Pharmacy Education, 2012; 12(1) 1-9.
21. Gill F et al. using a web-based survey tool to undertake a Delphi study: Application for nurse education research. Nurse Education Today, 33 (2013) 1322-28.
22. Streiner D, Norman G. and Cairney J., Healt measurement scales, fifth edition, Oxford University Press, 38-55, 2015.

Bilagor

1. Översikt över relation mellan vårdform och ordination/distribution av läkemedel
2. Beslut av etisk prövningsnämnd
3. Enkät 1
4. Enkät 2
5. Enkät 3
6. Enkät 4
7. Enkät 5

Bilaga 1 – Relation mellan vårdform och ordination/distribution/administration av läkemedel

			Distributionsform	
			Via hälso- och sjukvårdsinrättning	Via apotek
Vård- form	Slutenvård		• Rekvisition från apotek • Bereds normalt vid vårdinrättning av vårdpersonal • Administreras av vårdpersonal till patient • Ingår i vårdavgift	• Distribueras via sjukhusapotek • Bereds på sjukhusapotek i vissa fall enligt särskilda avtal
	Öppenvård	Poliklinisk behandling vid öppenvårdsbesök på avdelning eller mottagning inom hälso- och sjukvård	A. Ska normalt ske i samband med öppenvårdsbesök för vilken patienten erlägger patientavgift. • Rekvisition från apotek • Bereds normalt vid vårdinrättning av vårdpersonal • Administreras av vårdpersonal till patient • Ingår i patientavgift	• Distribueras via sjukhusapotek • Bereds på sjukhusapotek i vissa fall enligt särskilda avtal
			B. Förekommer fortfarande att patient med receptförskrivet och på apotek expedierat läkemedel får detta givet i samband med öppenvårdsbesök ¹⁶ • Recept • Egenadministrering • Patienten betalar egenavgift, resten förmånskostnad	• Expedieras på apotek
		Behandling i hemmet eller vid kommunalt särskilt boende	• Recept • Expediering från apotek • Egenadministrering eller stöd med hjälp av särskild omsorgspersonal eller i samband med hembesök från vårdpersonal	• Expedieras på apotek
			Förekommer i samband med kommunalt särskilt boende, fr a inom Stockholms läns landsting, att läkemedel hanteras via rekvisition utan att detta klassificeras som hemsjukvård. • Rekvisition till särskilt boende • Administrering via särskild hälso- och sjukvårdspersonal.	
	Hemsjukvård	Som del av särskild vårdplanering	• Recept eller rekvisition beroende på organisationsform	

¹⁶ Innan läkemedelsreformen 2002 var detta (B) vanligt förekommande för mer kostsamma läkemedel då detta – även om det var emot regelverket – innebar att kostnaderna för läkemedlet vid ett öppenvårdsbesök belastade staten istället för den enskilda vårdenheten. Såväl innan som efter läkemedelsreformen har kostnad för läkemedel rekviderade till vårdenhet belastat vårdenheten. Det fanns således innan läkemedelsreformen starka incitament för såväl vårdenhet som för sjukvårdshuvudmännen att se genom fingrarna med denna hantering särskilt i de fall då patienten ändå omfattades av högkostnadsskydd för läkemedel. Efter läkemedelsreformen infördes successivt, men i skild takt mellan sjukvårdshuvudmännen, kostnadsansvar för vårdenhet även för (antingen alla eller enbart mer kostsamma) läkemedel som ordinerar och förskrivs på recept. I och med detta blev det i princip kostnadsneutralt för vårdenhet hur läkemedel hanterades i denna situation. Möjligheten till upphandling innebar till och med att rekvisition av läkemedel kunde vara mindre kostsamt för vårdenheten. Successivt har användning av B minskat men kan fortfarande förekomma.