

Projekt Säker Läkemedelsanvändning i Primärvård

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

Slutrapport från pilotomgång 1



Innehåll

Sammanfattning	3
Medverkande	4
Bakgrund	4
Mål	5
Projektorganisation.....	5
Projektform	5
Självvärderingsinstrument	7
Resultat	8
Identifierade förbättringsmöjligheter och styrkor.....	8
Överenskomna åtgärder	9
Genomförda åtgärder.....	9
Resultatet av genomförda enkäter och intervjuer	10
Intervjuer.....	10
Enkäter.....	11
Effekter på läkemedelsförskrivning.....	14
Ekonomi.....	14
Erfarenheter från pilotprojektet	14
Fortsatt utveckling	15

Sammanfattning

Felaktig läkemedelsanvändning är en av de vanligaste anledningarna till att patienter skadas i vården. Förutom mänskligt lidande leder felaktig läkemedelsanvändning till betydande samhällskostnader.

Målet med projektet, som har inletts med en pilotstudie på fem vårdcentraler och med fem vårdcentraler i en kontrollgrupp, är att minska läkemedelsfel och läkemedelsrelaterade problem för patienten. Fokus ligger på patientens användning av läkemedel, där väl avvägd förskrivning relativt patientens samlade sjukdomsbild, och patientens förutsättningar att följa förskrivningen, är grunden. Metoden är självvärdering, extern granskning/peer review, genomförande av överenskomna åtgärder, samt uppföljning.

Projektet har i pilotomgången bedrivits i samarbete mellan yrkesorganisationerna Svensk Förening för Allmänmedicin, Distriktsköterskeföreningen i Sverige, Svensk Geriatrisk Förening, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Svensk Förening för Klinisk Farmakologi, samt Apotekarsocieteten. Yrkesorganisationerna har svarat för det medicinska innehållet och utsett experter och granskare. Centrum för Primärvårdsforskning vid Lunds Universitet har svarat för den vetenskapliga utvärderingen. SKL och Löf har bistått med projektledning och en del av kostnaderna.

Pilotprojektet startade på vårdcentralerna i september 2013 och slutfördes våren 2015. De viktigaste resultaten och erfarenheterna kan sammanfattas enligt följande:

- Metoden självvärdering/tvärprofessionell peer-review identifierar och konkretiserar ett stort antal förbättringsmöjligheter, både internt på vårdcentraler och i deras samarbete med apotek, kommunal hälso- och sjukvård, sjukhusvård samt även på regional och nationell nivå.
- Basala gemensamma arbetssätt och rutiner behöver förbättras, såväl på vårdcentraler som i samarbetet med kommunal hälso- och sjukvård, sjukhus och övrig specialistvård samt apotek.
- Ett uppenbart förbättringsområde är att få bättre uppfattning om patientens faktiska läkemedelsanvändning, gällande såväl receptbelagda och receptfria läkemedel, som naturläkemedel.
- Ett annat förbättringsområde är att ”ge varje patient en rimlig chans att kunna sköta sin läkemedelsbehandling”. Åtgärder handlar om att införa rutiner så att indikation, och maxdos för vid behovs-läkemedel, anges på varje recept; att varje patient får information där det för varje läkemedel framgår hur och varför det ska tas; vilka möjliga biverkningar som kan uppkomma; samt hur behandlingen ska följas upp.
- Uppföljning och mätning av medarbetares följsamhet till verksamhetens gemensamma arbetssätt och rutiner förekommer i mycket liten omfattning.
- En viktig erfarenhet är att verksamhetsledning generellt sett behöver mer stöd än vad pilotprojektet kunnat erbjuda. Det har gällt både för att genomföra självvärderingen tillsammans med samarbetspartners, och för att genomföra förbättringsåtgärder, i synnerhet sådana som helt eller delvis ligger utanför egen verksamhet.

Projektet går nu över i nästa utvecklingsfas med tillvaratagande av vunna erfarenheter. Målet är som tidigare att minska läkemedelsrelaterade problem för patienten.

Utöver de sex yrkesorganisationer som har samarbetat i pilotomgången, ingår nu Region Skåne, Landstinget Sörmland och Stockholms Läns Landsting. SKL svarar för projektledning och för vissa

övergripande kostnader, medan respektive landsting/region svarar för resten inklusive verksamhetsstöd till medverkande vårdcentraler. Cirka 20 vårdcentraler kommer att ingå i pilotomgång 2 och metoden prövas som en del i landstingens/regionernas utvecklingsstrategi för säker läkemedelsanvändning och verksamhetsstöd till primärvård.

Pilotomgång 2 genomförs under år 2016, och modellen kommer efter utvärdering och förbättring erbjudas övriga landsting och regioner. Projektet hålls ihop nationellt tills dess att kompetens är överförd.

Medverkande

Deltagande organisationer: Svensk Förening för Allmänmedicin, Distriktssköterskeföreningen i Sverige, Svensk Geriatrisk Förening, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Svensk Förening för Klinisk Farmakologi, Apotekarsocieteten, Sveriges Kommuner och Landsting samt Löf.

Styrgrupp: Sara Modig, Kristina Hesslund, Lydia Holmdahl, Ulla Olsson, Carl-Olav Stiller, Birgitta Karpesjö, Eva Estling, Pelle Gustafson.

Experter och granskare: Anders Haglund, Astrid Fjellström, Barbro Forsberg, Bodil Gustafsson, Carl-Olav Stiller, Caroline Johansson, Carin Gram, Carin Svensson, David Lidin, Dilip Lagevik, Erland Olsson, Gunnar Akner, Jan Bleckert, Jessica Skoog, Karolina Lundbäck, Kristina Fritjofsson, Lena Wilander Hamnert, Lisbeth Andersson, Ove Dehlin, Staffan Hägg, Sylvia Wide, Thomas Bradley, Ulf Bergman, Åke Rundgren.

Forskargrupp: Cecilia Lenander, Nina Viberg, Patrik Midlöv.

Projektadministratörer: Sara Bernerson, Torbjörn Schultz

Verksamheter: 5 vårdcentraler med lokala samarbetspartners och 5 vårdcentraler i kontrollgrupp.

Bakgrund

Löf, f.d. Patientförsäkringen LÖF, ägs av Sveriges landsting och regioner. Grunduppdraget är att utreda skadeanmälningar - f n cirka 14 400 per år - och ekonomiskt kompensera patienter som drabbats av undvikbar skada. Ett annat uppdrag är att arbeta skadeförebyggande. I växande omfattning görs detta genom aktivt samarbete med yrkesorganisationer i nationella tvärprofessionella patientsäkerhetsprojekt.

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, verkar för att stärka landstingens och regionernas patientsäkerhetsarbete. Säker läkemedelsanvändning ingår bland de områden som har prioriterats.

Felaktig läkemedelsanvändning är en av de vanligaste anledningarna till att patienter skadas i vården. Förutom mänskligt lidande leder felaktig läkemedelsanvändning till betydande samhällskostnader.

Idén till projektet växte successivt fram i dialog mellan Löf, SKL och Centrum för Primärvårdsforskning vid Lunds Universitet. I medvetande om att ingen profession på egen hand kan komma tillrätta med problemet felaktig läkemedelsanvändning inbjöd Löf och SKL de yrkesorganisationer vars insatser i första hand bedömdes vara avgörande för att nå framgång.

Formen inspirerades av tre liknande projekt, vilka Löf stödjer ekonomiskt och administrativt, för att minska undvikbara förlösningsskador på barn och moder, infektioner i samband med protesoperationer i knä och höft, samt komplikationer vid bukkirurgi. Ett ytterligare projekt startades 2014 för traumavården. För mer information om dessa projekt se: <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/>

Mål

Målet med projektet, som inlemts med en pilotomgång på 5 vårdcentraler, och 5 vårdcentraler i en kontrollgrupp, är att minska antalet läkemedelsfel och läkemedelsrelaterade problem för patienten. Fokus ligger på patientens användning av läkemedel, där väl avvägd förskrivning relativt patientens samlade sjukdomsbild och patientens förutsättningar att följa förskrivningen är grunden.

Syftet med vetenskaplig utvärdering, som utförs av Centrum för Primärvårdsforskning vid Lunds Universitet, är att undersöka om den använda metoden ökar patientsäkerheten, dvs. bidrar till att minska risken för läkemedelsfel och läkemedelsrelaterade problem för patienten, samt att också undersöka metodens genomförbarhet i primärvård.

Projektorganisation

Projekt Säker Läkemedelsanvändning bygger på tvärprofessionellt samarbete mellan yrkesorganisationerna Svensk Förening för Allmänmedicin, Distriktssköterskeföreningen i Sverige, Svensk Geriatrisk Förening, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Svensk Förening för Klinisk Farmakologi, Apotekarsocieteten, samt med ekonomiskt och administrativt stöd från Sveriges Kommuner och Landsting samt Löf.

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

Styrgruppen har under projekttiden bestått av en representant för respektive organisation, oftast ordföranden eller styrelseledamot, ansvarig tjänsteman för patientsäkerhetssatsningen på SKL samt Löfs chefläkare. Ett konstituerande styrgruppsmöte hölls i februari 2013 varefter sammanlagt nio styrgruppsmöten har hållits. Vid dessa möten har beslut fattats om projektform, självvärderingsinstrument, uppföljning och vid behov modifiering av process, samt uppföljning av vetenskaplig utvärdering. Pilotprojektet slutfördes i januari 2015 och vetenskaplig utvärdering i juni 2015 med undantag för en studie baserad på information i läkemedelsregistret, vilken kommer att redovisas separat så snart den är klar.

Projektadministration har skötts av två tjänstemän på Löf.

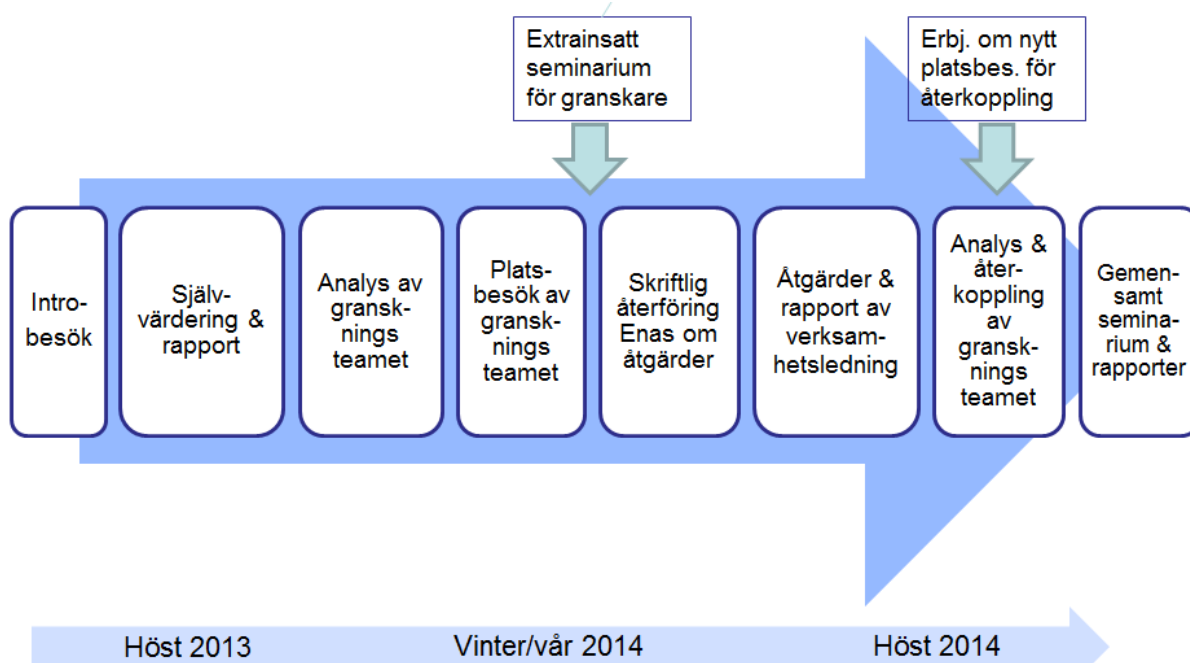
Projektform

Projektet vände sig till vårdcentralens verksamhetsledning, med vilken en överenskommelse slöts att genomföra samtliga processteg.

Någon coaching av verksamhetschef, förutom information och erfarenhetsbaserade rekommendationer, tillhandahölls inte av projektet, och inte heller har någon specifik förbättringsmetod förmedlats.

Verksamheter har medverkat på frivillig bas och utan ersättning. En inbjudan att medverka i pilotomgången skickades per mejl till samtliga landets vårdcentraler. Information om projektet och om möjligheten att medverka gavs också av respektive yrkesförening. Från inkomna intresseanmälningar slumpades 5 vårdcentraler till en interventionsgrupp och 5 till en kontrollgrupp, vardera med fördelning 3 belägna i stad och 2 på landsbygd.

Metoden har varit självvärdering, extern granskning/peer-review, genomförande av överenskomna åtgärder samt uppföljning, och kan schematiskt beskrivas så här:



Interventionen startade med ett introduktionsmöte på vårdcentral, varefter verksamhetschef i samarbete med medarbetare och närmaste lokala samarbetspartners – kommunal hälso- och sjukvård, apotek samt sjukhusvård/specialistvård - genomförde en självvärdering med hjälp av ett självvärderingsinstrument. I detta instrument efterfrågades vilka metoder och rutiner som fanns, hur man skapade förutsättningar för att dessa skulle kunna följas, hur man mätte i vilken grad medarbetarna faktiskt följde dem, och hur man återförde resultaten av dessa mätningar till medarbetarna. Resultatet av självvärderingen redovisades i en rapport, vilken sedan granskades av ett tvärprofessionellt granskningsteam.

Granskningen av vårdcentralens rapport följdes av ett platsbesök av teamet för att fördjupa analysen. Cirka 1 månad efter platsbesök fick verksamhetschef från teamet en skriftlig återföringsrapport, varefter en överenskommelse om förbättringsåtgärder träffades mellan verksamhetschef och teamledare. Åtgärderna redovisades inom ett halvår och följdes upp och kommenterades av granskningsteamet. Granskarna utseddes, som nämnts, av respektive yrkesorganisation. Teammedlemmar reviderade inte inom samma region som man själv var yrkesaktiv.

Det, enligt utvärderingar av de föregående projekten om förlossning, ledprotesrelaterad infektion samt bukkirurgi, mest värdeskapande momentet är självvärderingen, förutsatt att verksamhetsledning engagerar medarbetare tvärprofessionellt och organisationsöverskridande. Detta överensstämmer med aktuell

interventionsforskning, vilken visar att medarbetares delaktighet är avgörande för att nå framgång i förbättringsarbete, och omvänt att interventioner uppifrån i allmänhet ger dåligt utbyte.

Granskningsteamet bistår verksamhetsledning med att identifiera ytterligare förbättringsmöjligheter, men framförallt bidrar vetskapen om att erfarna kolleger kommer på besök till att självvärdering genomförs. Granskningsteamets egna tvärprofessionella diskussioner uppfattas vara utvecklande för medlemmarna, och ger möjlighet att ta hem idéer till egen verksamhet. Att granskningsteamet följer upp att överenskomna åtgärder genomförs ökar chansen att de också genomförs.

Självvärderingsinstrument

Självvärderingsinstrumentet togs fram av en yrkesorganisationerna utsedd expertgrupp. Det bestod av tolv grundfrågor och fem återkommande underfrågor.

De tolv grundfrågorna gällde hur man säkerställer att:

1. Förskrivaren har fullständig och korrekt information om patientens läkemedelsanvändning.
2. Läkemedelsanvändningen är välmotiverad mot bakgrund av patientens sjukdomsbild och särskilda förutsättningar.
3. De läkemedel patienten använder inte interagerar på ett skadligt sätt.
4. Läkemedlens miljöpåverkan minimeras.
5. Patienten kan sköta sin läkemedelsbehandling.
6. Patientens läkemedelsanvändning följs upp och utvärderas.
7. Samarbetet med slutenvård och specialistvård fungerar.
8. Samarbetet med den kommunal hälso- och sjukvård fungerar.
9. Samarbetet med apotek fungerar.
10. Organisationer lär av negativa händelser.
11. Läkemedelsgenomgångar genomförs.
12. Om man har några metoder/ rutiner/riktlinjer som inte efterfrågats här och som bidrar till en säker läkemedelsanvändning.

Frågorna var försedda med ett antal vägledande exempel.

De fem underfrågorna lydde:

- a) Vilka metoder/rutiner/riktlinjer har ni?
- b) Hur skapar ni förutsättningar för efterlevnad?
- c) Hur mäter/kontrollerar ni graden av efterlevnad?
- d) Hur återför ni resultaten (av c) till medarbetarna?
- e) Vilka idéer har ni om åtgärder/förbättringar (a, b, c, d)?

Resultat

Identifierade förbättringsmöjligheter och styrkor

Vetenskaplig metod för att identifiera förbättringsmöjligheter och styrkor har varit kvalitativ innehållsanalys av återföringsrapporter samt kvantitativ analys av åtgärdsöverenskommelser.

De identifierade **styrkor** som både på primärvårdsenheter och regionalt kan bidra till ökad läkemedelssäkerhet kan sammanfattas så här:

- Klimat och verksamhetsledning med positiv attityd till förbättringsarbete
- Arbetsätt:
 - kollegial diskussion omfattande även förskrivningsmönster
 - erfarna distriktsläkare på Särskilda Boenden för Äldre
 - särskilda sjuksköterskor för multisjuka äldre
 - rutin att alltid bifoga medicinlista till remisser
- Tillgång till konsulter som geriatriker och kliniska apotekare
- Gemensam läkemedelslista mellan slutenvård och primärvård
- Regionala riktlinjer och ekonomiska incitament för läkemedelsgenomgångar

Identifierade **förbättringsmöjligheter på nationell och regional nivå** kan sammanfattas så här:

- Gemensam läkemedelslista regionalt/nationellt. När gemensam läkemedelslista finns krävs bättre rutiner för uppdatering av samtliga användare.
- Ökad kvalitet och kvantitet på läkemedelsberättelse och annan informationsöverföring mellan vårdgivare. Vid vårdplanering inkludering av läkemedelslista/-användning.
- Återrapportering av läkemedelsrelaterade sjukhusinläggningar

Identifierade **förbättringsmöjligheter på lokal nivå** var ofta av grundläggande art och kan sammanfattas så här:

- Bättre rutiner för korrekt uppdaterad läkemedelslista via regelbunden läkemedelsavstämning vid besök, samt efter mottagande av läkemedelsberättelse. Uppenbara brister inom detta område identifierades.
- Faktorer som påverkar att förskrivarens val av terapi är god och säker
 - Läkemedelsgenomgång
 - Uppföljning av förskrivning (på enheten och för varje patient)
 - Utbildning i geriatrik och farmakoterapi
- Patientens möjlighet att bidra till säkerheten kan förbättras genom tillhandahållande av korrekt ordinationslista samt information om indikation och maxdos.
- Uppföljning av avvikelser och av resultatmätning

En iakttagelse utifrån återföringsrapporterna var att attityder inom primärvård kan negativt påverka efterföljelse till redan existerande rutiner, genom att enskilda medarbetare tenderar att ”göra som de tycker” och att det medicinska ledarskapet uppfattas vara mindre uttalat än på sjukhuskliniker.

Överenskomna åtgärder

Av identifierade förbättringsmöjligheter har en del, som en början, tagits tillvara i de åtgärdsöverenskommelser som ingåtts mellan respektive verksamhetschef och teamledare. Ett urvalskriterium var att åtgärderna inte skulle vara mer omfattande, eller fler, än att de skulle vara fullt möjliga att genomföra och redovisa inom ett halvår. Antalet överenskomna åtgärder uppgår till sammanlagt till 38 stycken, 5 till 10 per vårdcentral.

- Ett uppenbart förbättringsområde är att få bättre bild om patienternas faktiska läkemedelsanvändning. Detta gäller såväl receptbelagda och receptfria läkemedel som naturläkemedel. Åtgärder handlar om att ta fram eller förbättra rutiner för att utföra läkemedelsavstämning, ständigt hålla patientens läkemedelslista aktuell samt att be patienten att inför besök ta med aktuell lista. Läkemedelsberättelser från sjukhuskliniker är ett anknytande förbättringsområde. En åtgärd handlar om att ge återföring till sjukhuskliniker på antal saknade och ofullständiga läkemedelsberättelser. I flera åtgärder efterlyses bättre IT-stöd i form av gemensam läkemedelslista, även i ljuset av vetenskap om att för full effekt detta kräver gemensamt ansvar för uppdatering.
- Ett annat förbättringsområde är att ”ge varje patient en rimlig chans att kunna sköta sin läkemedelsbehandling”. Åtgärderna handlar om att införa rutiner att indikation, och maxdos för vidbehovsläkemedel, anges på varje recept; att varje patient får information där det för varje läkemedel framgår hur och varför det ska tas, hur behandlingen ska följas upp, eventuella biverkningar att vara observant på, samt att distriktssköterska med patient går igenom vilka läkemedel som faktiskt används och hur de används.
- Att förskrivares kompetens inom geriatrik och farmakologi säkras genom fortbildning är ytterligare ett framträdande förbättringsområde.
- 10 av de 38 åtgärderna handlar om att uppnå en omfattning och kvalitet på enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar som svarar mot patienternas behov.
- I varje överenskommen åtgärd som avser rutiner ingår hur medarbetares följsamhet till dessa ska följas upp. Metoden är vanligen stickprov där man mäter före och efter rutinens införande, t ex andel recept av samtliga där indikation anges eller andel patienter som erhållit läkemedelslista med full information.

Genomförda åtgärder

Redovisning av genomförda åtgärder har erhållits från samtliga 5 vårdcentraler. Sammantaget har drygt 2/3 av överenskomna åtgärder genomförts inom överenskommen tid, dock i varierande grad mellan olika vårdcentraler. Åtgärder som kräver samarbete med andra aktörer har påbörjats men ofta ännu inte slutförts. Några åtgärder har hämmats av vakansproblem.

En mer detaljerad beskrivning av analys och resultat kommer att publiceras i en vetenskaplig artikel.

Resultatet av genomförda enkäter och intervjuer

Intervjuer

Totalt intervjuades 17 personer från deltagande vårdcentraler. Av dessa var 4 verksamhetschefer, 3 distriktsläkare, 2 apotekare, 3 distriktsköterskor på vårdcentral, 3 distriktsköterskor i kommun, 1 medicinskt ansvarig sjuksköterska och 1 arbetsterapeut (enhetschef). 2 vårdcentraler bidrog med många personer till intervjuerna. Intervjuerna genomfördes på respektive vårdcentral, förutom i 2 fall då de skedde via telefon.

Åtta granskare intervjuades: 2 distriktsläkare, 2 geriatriker, 2 medicinskt ansvariga sjuksköterskor, 1 apotekare och 1 farmaceut. Hälften av intervjuerna skedde via telefon och hälften via personligt möte.

Vid alla intervjuer ställdes samma frågor, enligt en framtagen intervjuguide:

- Vad var positivt med att delta i detta projekt?
- Vad var negativt med att delta i detta projekt?
- Hur uppfattade du de fyra stegen i processen? (självvärdering, granskning, feedback och överenskommelse om åtgärder)?
- Hur uppfattade du arbetet med övriga personalgrupper?
- Hur tror du att deltagandet i detta projekt kommer att påverka arbetet på din vårdcentral?
- Om du hade makten, hur skulle du organisera vården av de allra äldsta, mest sjuka?
- Något du vill tillägga?

Från både verksamheter och granskare lyftes projektets tvärprofessionella arbetssätt som något mycket positivt. Deltagare från vårdcentraler framförde att självvärderingen var ett bra instrument för att identifiera styrkor och svagheter i den egna verksamheten, men att den behöver förenklas/förtydligas. Detta argument framfördes även av granskarna. Vidare bör noggranna instruktioner ges både till vårdcentraler och till granskare om vad projektet innebär och vad som förväntas av deltagarna. Några deltagare uttryckte missnöje med att fokus i feedback från granskarna låg på en nivå utanför deras räckvidd. Arbetet tog också mer tid än förväntat, men som någon uttryckte det ”energi investerad nu får vi förhoppningsvis tillbaka i form av bättre fungerande rutiner och därmed spar vi tid”. Flera påpekade att ”detta är ingen engångsinsats utan ett arbete som måste fortgå”.

Intervjuer med deltagare från vårdcentraler analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och detta resulterade i 6 kategorier: Tvärprofessionellt samarbete, Fokus på förbättringsområden, Kunskapsutbyte, Besvikelse över fokus i feedback, Investera tid för att spara tid och Påverkan på arbetet. Utifrån dessa kategorier framträdde ett tema: ”Läkemedelssäkerhet är ett stort område och för att åstadkomma förbättringar måste tid investeras och olika professioner måste bidra”.

En mer detaljerad beskrivning av analys och resultat kommer att publiceras i en vetenskaplig artikel.

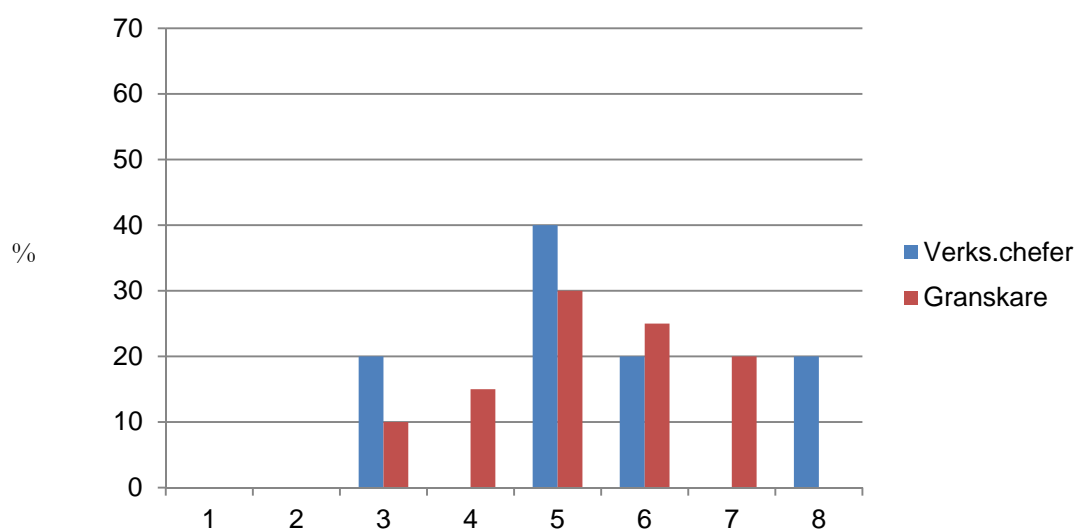
Enkäter

Enkäter skickades till alla 5 verksamhetschefer och alla 21 granskare, och med 100 % -ig svarsfrekvens. Verksamhetschefer uttryckte även här det tvärprofessionella arbetssättet som något positivt, så även att besvara självvärderingen. Granskarnas besök upplevdes på de flesta ställen som något positivt, även om en verksamhetschef antydde att de kände sig lite ifrågasatta.

Granskarna upplevde arbetet som givande, men poängterar att teamledaren får dra ett stort lass.

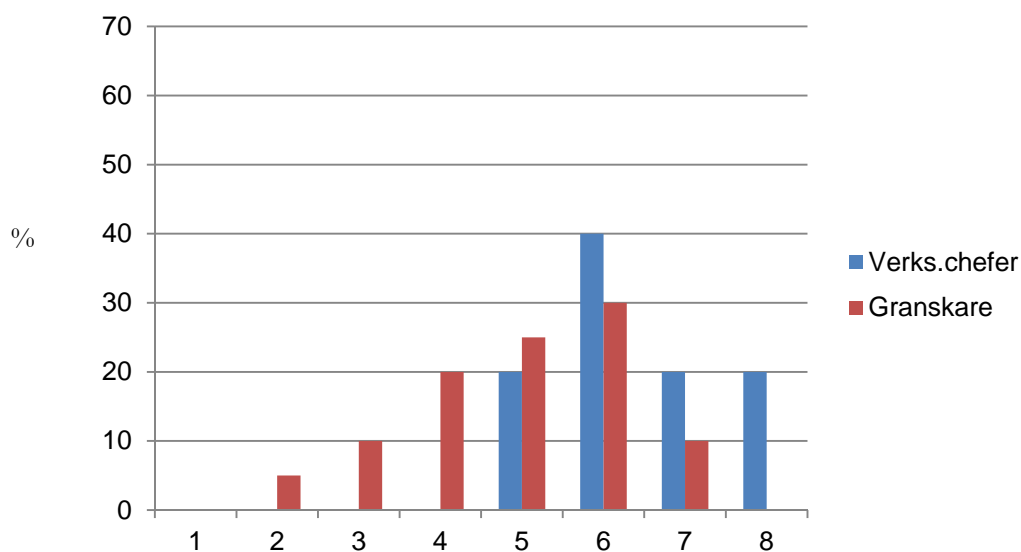
Självvärderingsinstrument

Påstående: Självvärderingsinstrumentet fungerade fullt tillfredställande för att identifiera styrkor och förbättringsmöjligheter. Markera på en skala 1 – 8, där högre tal indikerar stort instämmande i påståendet.



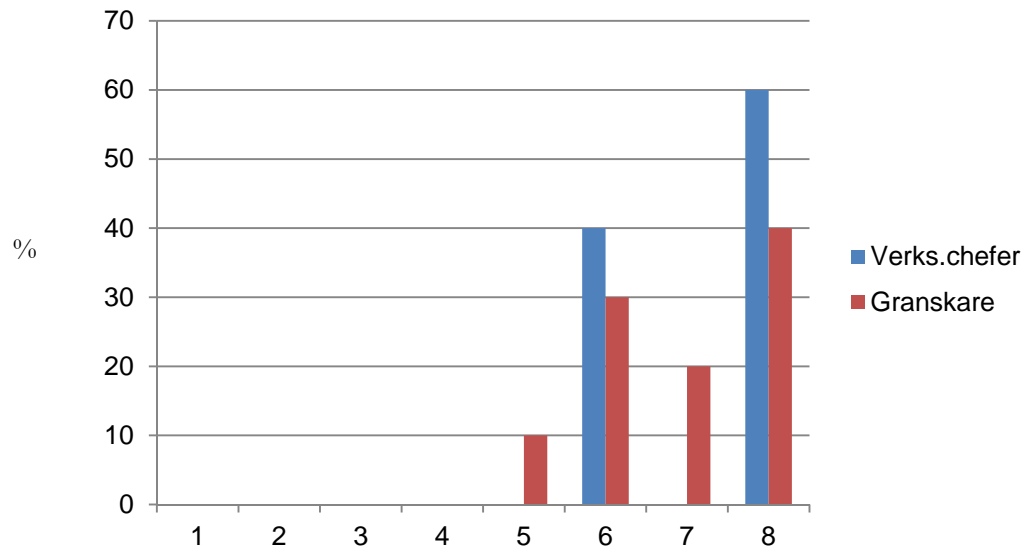
Självvärderingsrapport

Påstående: Självvärderingsrapporten (inkl. åtföljande bilagor) gav ett fullt tillfredsställande underlag för att kunna bedöma styrkor och svagheter. Markera på en skala 1 – 8, där högre tal indikerar stort instämmande i påståendet.



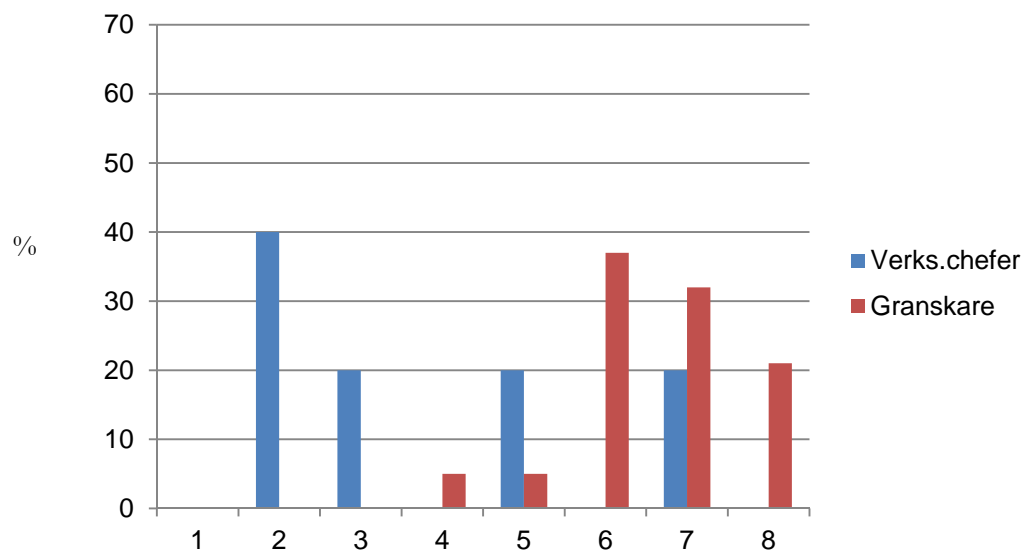
Platsbesök

Påstående: Jag upplevde att vi hade en bra och öppen dialog. Markera på en skala 1 – 8, där högre tal indikerar stort instämmande i påståendet.



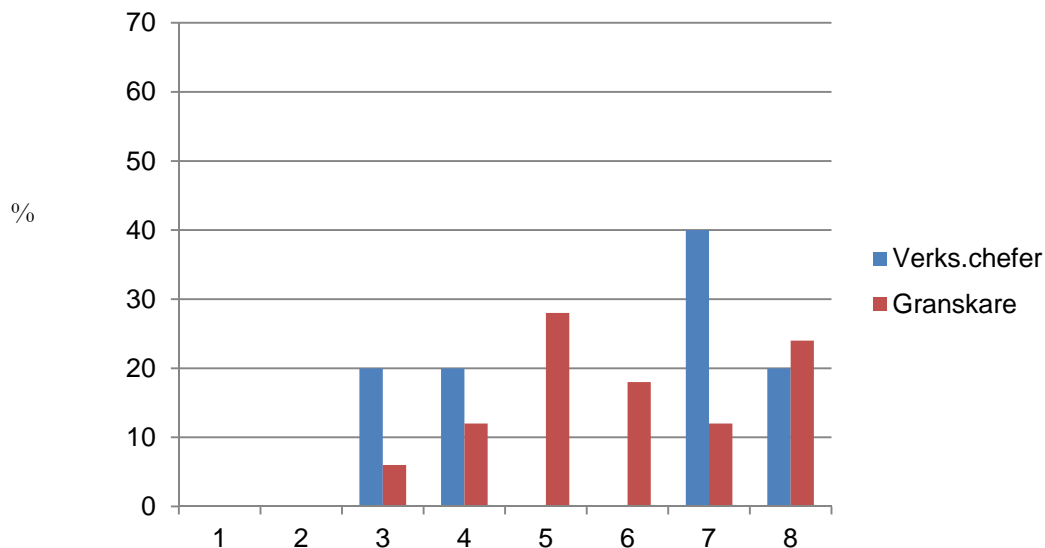
Återföringsrapport

Påstående: Granskningsteamet påpekade patientsäkerhetsbrister som verksamhetsledningen tidigare inte var medveten om. Markera på en skala 1 – 8, där högre tal indikerar stort instämmande i påståendet.



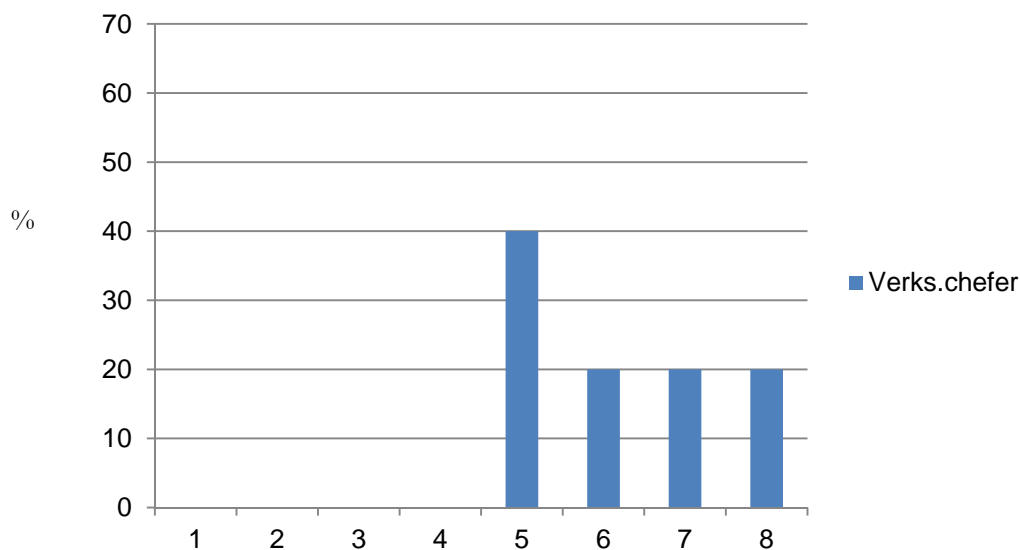
Överenskommelse om åtgärder

Påstående: Verksamhetsledningen och granskningsteamet blev utan svårighet överens om innehållet i åtgärdsöverenskommelsen. Markera på en skala 1 – 8, där högre tal indikerar stort instämmande i påståendet.



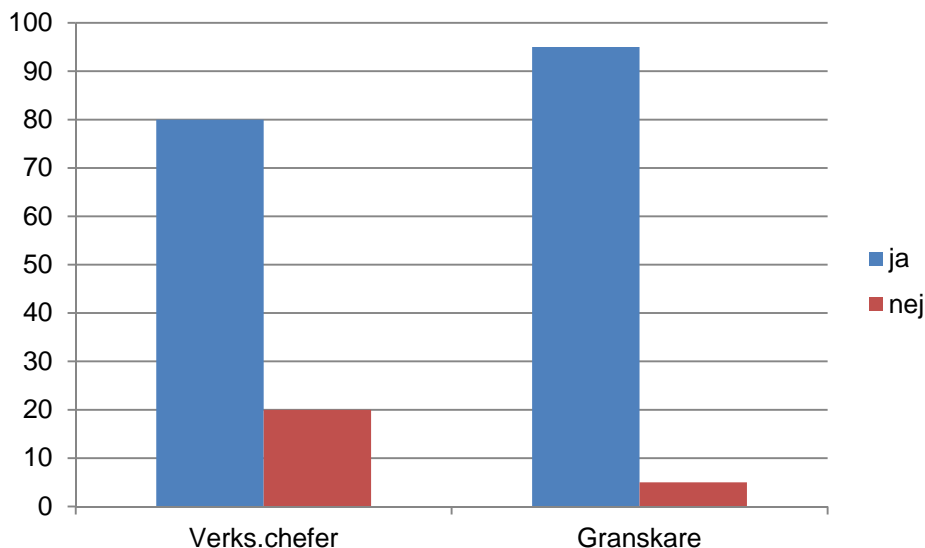
Ägarskap

Påstående: En bärande tanke/idé med projektet är att vårdcentralen själv äger både problemen och möjligheten/ansvaret att komma till rätta med dem. I vilken utsträckning lyckades granskarna förmedla denna tanke? Markera på en skala 1 – 8, där högre tal indikerar stort instämmande i påståendet.



Mallar för checklistor, PM m.m.

Fråga: Tycker du att det vore bra att ta fram mallar för checklistor, PM mm inom vissa områden/moment när det gäller säker läkemedelsanvändning i primärvård?



Effekter på läkemedelsförskrivning

Resultatet av planerad studie baserad på information i läkemedelsregistret kommer att redovisas separat så snart denna är klar. Studien kommer även att omfatta vårdcentraler i kontrollgrupp.

Ekonomi

Vid starten kostnadsberäknades pilotprojektet till totalt 1 850 tkr vilket har hållit med god precision. Den vetenskapliga utvärderingen svarar för 510 tkr. Huvudsakliga utgiftsposter har varit internat och seminarier, kompensation till verksamheter som medverkar med experter och granskare, samt resor och logi i samband med granskningsteamens platsbesök.

Totalt har 21 granskare, tre till fem per yrkesorganisation, medverkat. Tidsåtgången har varit cirka 7 arbetsdagar per granskare.

Självvärderingsinstrumentet togs fram av tvärprofessionell grupp med en expert från respektive yrkesorganisation. Tidsåtgången har varit ca tre arbetsdagar per expert.

Vårdcentralerna med samarbetspartners har medverkat på frivillig bas och utan ersättning.

Erfarenheter från pilotprojektet

- Fler förbättringsmöjligheter har identifierats än i de föregående projekten Säker Förlossning, ProtesRelaterade Infektioner Ska Stoppas (PRISS) samt Säker Bukkirurgi, och de är jämförelsevis av mer basal karaktär. Kanske är detta en följd av, eller en förklaring till, att gapet mellan önskvärt och aktuellt tillstånd är större vad avser säker läkemedelsanvändning än inom förlossningsvård, ledprotesoperationer och bukkirurgi.

- Metoden självvärdering/tvärprofessionell peer-review identifierar och konkretiserar ett stort antal förbättringsmöjligheter, både internt på vårdcentraler och i deras samarbete med apotek, kommunal hälso- och sjukvård och sjukhusvård, samt även på regional och nationell nivå.
- Metoden har utvecklats till stöd för verksamhetsledningarnas patientsäkerhetsarbete i sjukhusvård, vilkas förutsättningar är tämligen olika primärvårdens. I sjukhusvård handlar det om avgränsade vårdepisoder och det är vårdpersonal som i huvudsak svarar för behandling. I primärvård handlar det däremot ofta om långvariga och progredierande förlopp, vilka ofta medför allt mer komplicerad läkemedelsbehandling som patienten själv, eller med stöd av anhöriga eller kommunal hälso- och sjukvård, ska genomföra. En annan skillnad är att det i sjukhusvård handlar om samma organisation och huvudmannaskap. Verksamhetschefer på vårdcentraler hade generellt svårt att få med sig sina samarbetspartners för att svara på de frågor som skulle besvaras gemensamt, vilket möjligen kan bero på, och vara en indikation på, i grunden bristande samarbete/svaga nätverk kring patienten.
- Avsevärt färre gemensamma rutiner och arbetssätt redovisas i vårdcentralernas självvärderingsrapporter än från sjukhusklinikernas. Det synes som verksamheten på vårdcentraler i större utsträckning än på sjukhus vilar på enskilda medarbetares individuella färdigheter och förmågor, och med mindre stöd av gemensamma och av verksamhetsledning fastställda rutiner.
- Det är lika sparsamt på vårdcentraler som på sjukhuskliniker med systematisk uppföljning av i vilken grad medarbetarna följer fastställda rutiner, och följaktligen också på återföring av sådana mätresultat till medarbetarna.
- Grundfrågorna i instrumentet uppfattades vara relevanta och värdeskapande, men underfrågorna om vilka rutiner man har, och i synnerhet om hur man mäter medarbetarnas följsamhet till dessa upplevdes däremot som otydliga och svåra. Detta kan tyda på frustration över att man saknar sådana mätningar, eller brister i insikt om att de behövs - initiala reaktioner av motvilja som med tid kan övergå i det motsatta. Detta var fallet även i pilotprojektet där de ”besvärliga frågorna” lett fram till ett antal metoder, stickprov och enkäter, för att just mäta medarbetarnas följsamhet till verksamhetens gemensamma rutiner.
- En slutsats som kan dras av pilotprojektet är att verksamheten måste vara stabil och i tillräckligt god kondition för att kunna genomföra metoden på ett fullgott sätt. Likaså att stöd kan behövas för att få med vårdcentralens samarbetspartners samt genomförandestöd för förbättringsåtgärder, i synnerhet de som ligger utanför den egna verksamheten att besluta om.

Fortsatt utveckling

Projektet går nu över i nästa utvecklingsfas med tillvaratagande av vunna erfarenheter.

Målet är som tidigare att minska antalet läkemedelsrelaterade problem för patienten.

Utöver de sex yrkesorganisationer som samarbetat i pilotomgången ingår nu Region Skåne, Landstinget Sörmland och Stockholms Läns Landsting. SKL svarar för projektledning och för vissa övergripande kostnader, medan respektive landsting/region svarar för resten inklusive verksamhetsstöd till medverkande vårdcentraler.

Metoden prövas som en del i landstingens/regionens utvecklingsstrategier för säker läkemedelsanvändning och verksamhetsstöd till primärvården. Cirka 20 vårdcentraler kommer att ingå.

Försöket genomförs under år 2016, och metoden kommer efter utvärdering och förbättring erbjudas övriga landsting och regioner. Projektet hålls ihop nationellt tills dess att kompetensen är överförd.

/Pelle Gustafson och Torbjörn Schultz i samarbete med forskargruppen