

**Handläggare**

Anna Berglin (abn042)

**Fastställare**

Inger Bergström (ibm013)

**Gäller för**

Privata vårdgivare  
Primärvården

**Dokumenttyp**  
Rutin/Regel

**Giltigt till och med**  
2019-05-31

**Granskare**

Maria Alsén Lindström (man021)

**Fastställt**

**Reviderat**  
2017-06-01

**Diariern / Dokumentnr / Version**  
/100995 / Version A.K.

**Processägare**

Anna Berglin (abn042)

**Ytterligare information**

## Läkemedelsgenomgångar primärvården

Denna läns gemensamma rutin har tagits fram av terapigruppen Äldre inom Läkemedelskommittén i samverkan med medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i länets kommuner. Syftet är att beskriva ansvar och tillämpning av hur enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång i primärvården ska genomföras.

En läkemedelsgenomgång (LMG) enligt definition i Landstinget Västernorrland innebär en granskning av en individs sammantagna läkemedelsbehandling som omprövas och därefter utvärderas i samråd med ansvarig sjukvårdspersonal. Läkemedelsgenomgångar kan bidra till att läkemedelsrelaterade problem upptäcks, elimineras eller minskas samt till att främja kunskapsutveckling hos personalen.

Ett läkemedelsrelaterat problem (LRP) är; ”en händelse eller omständigheter som involverar läkemedelsbehandling som faktiskt eller potentiellt hindrar/interagerar med önskat hälsoutfall”<sup>1</sup>. För äldre multisjuka och vissa patientgrupper ska läkemedelsgenomgång ske enligt landstingets modell minst en gång per år<sup>2,3</sup>. Syftet med läkemedelsgenomgång är att öka kvaliteten och patientsäkerheten<sup>3</sup>.

### 1. Syfte och mål med läkemedelsgenomgångar för äldre

Nya läkemedel och nya behandlingsprinciper ger större möjligheter att behandla åldrandets sjukdomar. Omfattande läkemedelsbehandling medför ökad risk för läkemedelsrelaterade problem (LRP), t.ex. biverkningar, som kan leda till sjukhusinläggning, speciellt hos äldre (> 75 år) då känsligheten för läkemedel är ökad. Sköra äldre med flera sjukdomar är särskilt utsatta.

Tabell 1. Exempel på läkemedelsrelaterade problem (LRP).

Exempel på läkemedelsrelaterade problem	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- inaktuell behandling</li> <li>- avsaknad av indikation</li> <li>- läkemedel som inte används</li> <li>- indikation utan behandling</li> <li>- läkemedlet används inte enligt ordination</li> <li>- behandling ineffektiv</li> <li>- riskläkemedel</li> <li>- ej rekommenderat läkemedel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontraindikation</li> <li>- interaktion</li> <li>- olämplig läkemedelsform</li> <li>- under- överdosering</li> <li>- fel läkemedel</li> <li>- dubbelföreskrivning</li> <li>- biverkning</li> <li>- annat</li> </ul>

Det övergripande syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar (LMG) är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. LMG beskrivs i två former, enkel och fördjupad.

Enkel LMG innebär kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel inklusive receptfria och naturläkemedel. Syftet är att bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker, samt att skapa en korrekt och aktuell läkemedelslista.

Fördjupad LMG innebär systematisk analys, bedömning och omprövning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel utifrån hälsotillstånd och behov. Syftet är att lösa och förebygga LRP och att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling.

Det övergripande målet med LMG hos äldre är att färre drabbas av LRP.

#### Mätbara mål:

- användning av olämpliga läkemedel till äldre (ska minska)
- antalet läkemedelsgenomgångar i Västernorrland (ska öka)

Läkemedelskommittén har sedan flera år kvalitetsmål för äldre. Dessa framgår av teraporekommendationen "Mitt Läkemedel."

## 2. Ansvar

Verksamhetschefen på hälso-/vårdcentralen ansvarar för att det finns skriftliga lokala rutiner för enkel och fördjupad LMG och att utse ansvarig distriktsköterska/sjuksköterska som "Spindel i nätet" för arbetet med LMG.

Hälso-/vårdcentralernas verksamhetschefer i respektive kommun ansvarar för att tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) vid behov utarbeta samverkansrutiner för LMG i hemsjukvård och särskilt boende, där det tydligt framgår vem som ansvarar för vad vid LMG.

LMG ska göras under läkares ansvar, dock kräver inte alla arbetsuppgifter vid LMG läkar-expertis och läkaransvar. LMG ska utformas och genomföras i samråd med patienten om detta är möjligt. Vid behov ska läkaren samarbeta med andra läkare, apotekare, sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal.

## 3. Teamet runt läkemedelsgenomgång

Möjligheten att lösa LRP ökar när sjuksköterska och omvårdnadspersonal med kännedom om patientens hälsotillstånd och symtom medverkar vid LMG, särskilt när det finns ett ansvarsövertagande för läkemedelshantering eller när patienten inte kan redogöra för sin situation. Apotekare bidrar med specifik läkemedelskunskap och bör användas. Sjuksköterska kan t.ex. ansvara för att samordna planeringen inför LMG.

## 4. Tillämpning

Rutinen ska användas på alla hälso-/vårdcentraler, i hemsjukvården och på särskilda boenden för äldre, samt de kliniker som har läkaransvar för särskilda boenden.

Rutinen ska omsättas i lokala rutiner om behov finns och göras känd för personal som arbetar med LMG.

## 5. Enkel läkemedelsgenomgång

Ska leda till en korrekt och aktuell läkemedelslista samt bedömning om behandlingen är ändamålsenlig och säker. Uppenbara läkemedelsrelaterade problem som kan lösas direkt ska åtgärdas direkt.

### 5.1 Enkel läkemedelsgenomgång ska erbjudas:

- Alla patienter som är ordinerade fler än fem läkemedel vid:
  1. besök hos läkare i öppen vård
  2. påbörjad hemsjukvård
  3. inflyttning i särskilt boende (sådan boendeform eller bostad som omfattas av 18§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)).
- Alla patienter oavsett antal läkemedel med misstänkta eller konstaterade LRP.

Förutom besök i öppen vård ska en enkel läkemedelsgenomgång erbjudas även vid annan vårdkontakt med läkare, t.ex. vid receptförnyelse där kontakt med läkare inte funnits det senaste året.

### 5.2 Vad innebär en enkel läkemedelsgenomgång?

En kartläggning görs utifrån tillgänglig dokumentation och patientens egna uppgifter – utifrån patientsamtal där så är möjligt:

- vilka läkemedel som är ordinerade och varför
- i vilken styrka och dosering läkemedlen är ordinerade
- vilka av läkemedlen patienten använder
- vilka övriga läkemedel inklusive receptfria och naturläkemedel patienten använder stående och vid behov
- hur patienten använder läkemedlen, eventuella praktiska problem med hantering och följsamhet till ordinationen

Om patienten själv begär det eller inte själv kan lämna uppgifterna, bör dessa om möjligt inhämtas från närstående.

#### 5.2.1 Läkemedelsförteckningen

När patienten av olika skäl inte kan redogöra för sin läkemedelsbehandling kan förskrivare få information om uthämtade läkemedel från läkemedelsförteckningen via nödåtkomst (som dokumenteras i journalen)

(<https://www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/nationella-e-recepttjanster/lakemedelsfor-teckningen/lakemedelsfor-teckningen-for-forskrivare>).

Läkemedelsförteckningen ger information 15 månader bakåt från sökdatum vilka läkemedel patienten hämtat ut på samtliga apotek i Sverige. Den ska inte blandas ihop med "Mina sparade recept" som apoteken förser kunderna med och som beskriver vilka recept som finns kvar.

Läkemedelsförteckningen nås lättast via Pascal, detta gäller även för patienter som inte har dosrecept.

## Läkemedelsförteckningen – använd Pascal



Fig. 1. Åtkomst till läkemedelsförteckningen via Pascal.

### 5.3 Läkarmedömning och åtgärder

Läkaren ska vid enkel läkemedelsgenomgång:

- kontrollera att läkemedelslista/dosrecept är korrekt och sätta ut inaktuella läkemedel
- bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker (t.ex. finns interaktionsrisk, risk vid eGFR < 60 ml/min, olämpliga läkemedel)
- åtgärda och vid behov följa upp de LRP som kan lösas direkt
- erbjuda fördjupad LMG om det anses motiverat (t.ex. vid kvarstående LRP/omfattande läkemedelsbehandling)
- ge patienten en korrekt läkemedelslista/förteckning recept och anpassad information om vidtagna åtgärder samt orsak till dessa.

### 5.4 Läkarens dokumentation i patientens journal

I patientjournalen dokumenteras, i tillämpliga delar

- korrekt läkemedelslista, samt i löpande text användning av receptfria läkemedel samt naturläkemedel och kosttillskott.
- vilka läkemedel patienten använder
- vilka LRP som patienten har
- vilka läkemedelsförändringar och orsak till dessa samt övriga vidtagna åtgärder
- när och hur eventuell uppföljning ska göras
- om det är aktuellt med fördjupad LMG

För att dokumentera i NCS Cross att en enkel läkemedelsgenomgång är gjord görs registrering i läkemedelslistan med hjälp av knapp "läkemedelsgenomgång", nedre listen i läkemedelslistans startfönster, se fig.2.

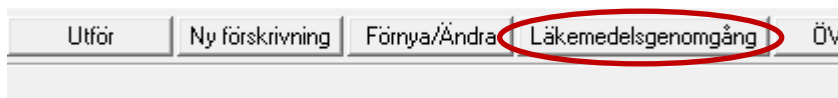


Fig. 2. Knapp läkemedelsgenomgång i NSC Cross.

I fönstret som öppnas när man klickar på denna knapp väljs "Ny" registrering i nedre listen. I det följande formuläret (se fig. 3) väljs enkel som också är defaultläget.

De LRP som uppmärksammas under den enkla läkemedelsgenomgången samt valda åtgärder för dessa dokumenteras i löpande text under sökord *Läkemedel* som finns under *Åtgärd*, se fig. 4. Här dokumenteras även när uppföljning ska ske och resultatet av denna. Således dokumenteras alla läkemedelsförändringar under ett och samma sökord för enklare spårbarhet. Exempel på LRP listas i tabell 1. Identifierade LRP bör prioriteras utifrån vilken ordning de ska åtgärdas/förändras. Beroende på åtgärderna kan det vara olämpligt att genomföra alla valda åtgärder/förändringar på en och samma gång.

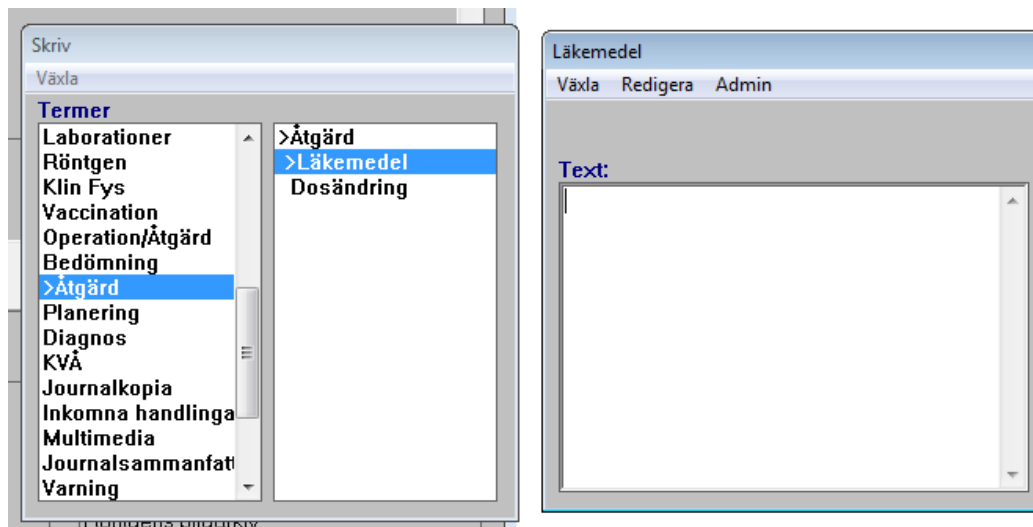


Fig. 4. Dokumentering av uppmärksammade LRP samt valda åtgärder och uppföljning dokumenteras under sökord *Läkemedel*.

## 6. Fördjupad läkemedelsgenomgång

En fördjupad läkemedelsgenomgång ska föregås av, eller inkludera, en enkel läkemedelsgenomgång. Det är en metod för djupare analys, omprövning och uppföljning av patientens fullständiga läkemedelsbehandling. En fördjupad läkemedelsgenomgång innebär ett teamarbete med ansvarig läkare, sjuksköterska, klinisk apotekare (enligt beskrivning nedan) och/eller patient.

### 6.1 Målgrupp

En fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas:

1. Efter en enkel läkemedelsgenomgång vid misstanke om kvarstående läkemedelsrelaterade problem.
2. Minst en gång per år för personer i:
  - a. Särskilt boende (boendeform eller bostad som omfattas av 18§ hälso- och sjukvårdslagen 1982:763).
  - b. Ordinärt boende, 65 år och äldre, med hemsjukvård.

Med hemsjukvård avses "Hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering." (Socialstyrelsens termbank).

### 6.2 Vad innebär en fördjupad läkemedelsgenomgång?

Vid en fördjupad läkemedelsgenomgång ska för varje ordinerat läkemedel:

- kontrolleras att det finns en indikation för läkemedlet
- behandlingseffekten värderas
- bedömas hur doseringen av läkemedlet förhåller sig till patientens fysiologiska funktioner
- utvärderas om läkemedlets biverkningar, risken för biverkningar eller risken för interaktioner är större än nyttan med läkemedlet
- nyttan värderas i förhållande till patientens övriga läkemedel och behandlingar

#### 6.2.1 Stöd vid arbete med fördjupad läkemedelsgenomgång

### 6.2.1.1 Symtomskattningsformulären PHASE-20 och PHASE-Proxy

Symtomskattningsformuläret PHASE-20 (PHArmacoTherapeutical Symptom Evaluation) används alltid vid en fördjupad läkemedelsgenomgång, för personer som kan medverka själv. De 20 frågorna används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar eller interaktionseffekter. PHASE-20 kan också användas för att utvärdera effekten av gjorda förändringar i läkemedelsbehandlingen över tid.

PHASE-20 är validerat och rekommenderas av Socialstyrelsen. Skalan är framtagen i samarbete mellan Läkemedelskommittén i Region Uppsala och FoU Äldre, Regionförbundet Region Uppsala.

Symtomskattningsformuläret fylls i av ansvarig sjuksköterska tillsammans med patient och/eller anhörig alternativt vårdtagarens kontaktperson. Bakgrundsuppgifter som aktuell vikt och längd, aktuellt plasmakreatinin, blodtryck i sittande och stående skall också fyllas i på formuläret.

Symtomskattningsformuläret Phase Proxy används istället då svår kognitiv svikt föreligger. Proxy betyder ombud och innebär att en annan person gör skattningen för personer som själva inte kan medverka i bedömningen.

### 6.2.1.2 Beräknad njurfunktion

Förekomsten av njursvikt ökar kraftigt med stigande ålder. Läkemedel som i huvudsak utsöndras via njurarna behöver därför dosjusteras vid nedsatt njurfunktion och detta är särskilt viktigt hos äldre.

Njurarnas funktion värderas via deras filtration, GFR. Filtrationen anges antingen i ml/minut som absolut GFR, eller normeras till en kroppsyta på 1,73 m<sup>2</sup>. Hos en ung och frisk vuxen ligger GFR på 100–130 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. GFR sjunker med stigande ålder. Från 40–50 års ålder sjunker GFR med cirka 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> per 10-årsperiod.

Bedömning av GFR görs i praktiken vanligen via beräkning av GFR utifrån P-kreatinin eller P-cystatin C. Skattning av filtrationsförmågan på detta sätt fungerar bäst i GFR intervallet 20-90 ml/min. Kreatinin är beroende av ålder, kön, muskelmassa och köttintag. Cystatin C är inte beroende av dessa faktorer, men påverkas av högdos kortison, tyroideasjukdom och malignitet.

Vid lägre värden på beräknat GFR fås en större säkerhet om man beräknar ett medelvärde utifrån Kreatinin och Cystatin-C, och aktuell patients kön, ålder, längd och vikt. Detta är extra viktigt vid hög ålder, undernäring, liten muskelmassa, manifest kärlsjukdom och diabetes. Lunds universitet tillhandahåller ett verktyg för beräkning av eGFR utifrån cystatin C och medelvärde av eGFR från cystatin C och kreatinin samt beräkning av absolut eGFR på <http://www.egfr.se/eGFRse.html>.

Se även behandlingslinje Nedsatt njurfunktion angående utredningsrutiner:  
<https://www.lvn.se/globalassets/delade-dokument/behandlingslinjer/njurar-och-urogenitala-systemet/nedsatt-njurfunktion-bhl.pdf>

SBU har gjort en utvärdering av olika metoder för beräkning av eGFR. Kalkylator med de olika formlerna kan laddas ner från SBU:

<http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/skattning-av-njurfunktion-/>.

Den tidigare vanliga formeln Cockcroft-Gault rekommenderas inte längre.

Mer utförligt om mätning och skattning av njurfunktion finns på Janusinfo:  
<http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden/Medicinska-njursjukdomar/Berakna-och-beakta-njurfunktionen-vid-val-och-dosering-av-lakemedel/>

#### 6.2.1.3 Bakgrundsinformation samt basprovtagning

På symtomskattningsformuläret fylls basfakta i: diagnoser, aktuell längd och vikt, blodtryck i sittande och stående (om möjligt), puls och plasmakreatinin.

Även Hb, kalium och glukos är lämpligt att ordinera inför en läkemedelsgenomgång. Utöver dessa prover kan läkaren även behöva ordinera andra prover beroende på patientens sjukdomsbild t.ex. s-digoxin om patienten använder digoxin mot hjärtsvikt och tyreoidastatus om patienten har läkemedel för sköldkörtelsjukdom.

#### 6.2.1.4 Stöd av kliniska apotekare

Möjlighet finns att få stöd av kliniska apotekare med fördjupade läkemedelsgenomgångar. Apotekaren dokumenterar sina förslag i NCS Cross i en apotekaranteckning förkortad ApA som sedan läkaren tar ställning till. En ansvarig sjuksköterska, "spindel i nätet", bör utses som håller kontakt med apotekaren och teamet för planering av arbetet.

Den kliniska apotekaren kan fysiskt vara på plats vid genomgång med teamet eller delta via telefon/video. Om inget fysiskt möte/telefon/video går att ordna kan en distansgenomgång genomföras där apotekaren e-postar avidentifierad information inför läkemedelsgenomgång till sjuksköterskan och/eller läkaren inför träff (apotekaranteckning läggs också in i NCS Cross). Läkemedelsgenomgång med fysiskt möte/telefon/video är att föredra då det ger möjlighet till ny uppdaterad information kring patientens tillstånd samt främjar kunskapsutveckling hos personalgruppen som helhet.

Via vårdvalet tillhandahålls en apotekare (uppdelad på två personer med 50 % vardera) med prioritet för patienter som flyttar in till SÄBO alternativt start av hemsjukvård och därutöver utifrån behov i respektive kommun för utvalda patienter på SÄBO alternativt för patienter >65 år med hemsjukvård. Patienter som är lämpliga för läkemedelsgenomgång med stöd av apotekare specificeras nedan.

#### Läkemedelsgenomgång med apotekare för patienter i särskilt boende

Lämpliga patienter för fördjupad läkemedelsgenomgång med apotekarstöd enligt önskemål från läkare, sjuksköterska, patient eller anhörig:



1. Inflyttning på SÄBO (i lämpligt skede, t.ex. efter 1-2 månader)
2. Många läkemedel och/eller misstanke om läkemedelsrelaterade problem (t.ex. otillräcklig behandlingseffekt, läkemedelsbiverkan, följsamhetsproblem, praktiska svårigheter vid läkemedelsanvändning).
3. Behov identifierat vid årskontroll; efter fallolycka eller fallriskbedömning.

#### Läkemedelsgenomgång och/eller läkemedelssamtal med apotekare för patienter > 65 år i hemsjukvård

Lämpliga patienter efter önskemål från läkare, sjuksköterska, patient eller anhörig:

1. Planerad uppstart av dosdispenserade läkemedel.
2. Många läkemedel och/eller misstanke om läkemedelsrelaterade problem (t.ex. otillräcklig behandlingseffekt, läkemedelsbiverkan, följsamhetsproblem, praktiska svårigheter vid läkemedelsanvändning).
3. Täta vårdkontakter (även sjuksköterskemottagningar och telefonrådgivning)
4. Inför inbokat läkarbesök/årsbesök (t.ex. multisjuka, kroniker, dos-/receptförnyelse).

För patienter i hemsjukvård är det önskvärt att apotekaren först har ett samtal med patienten på HC/VC utifrån läkemedelslista öppenvård (inklusive receptfria läkemedel, naturläkemedel) för att ta reda på vilka läkemedel patienten använder och hur läkemedlen intas samt identifierar ev. hanterings- och följsamhetsproblem). Därefter dokumenterar apotekaren läkemedelsgenomgången (i NCS-Cross) som sedan läkaren tar ställning till då hen träffar patienten vid ett besök några veckor senare.

### 6.3 Läkarens dokumentation i patientens journal

För att dokumentera i NCS Cross att en fördjupad läkemedelsgenomgång är gjord görs registrering i läkemedelslistan med hjälp av knapp "läkemedelsgenomgång", nedre listen i läkemedelslistans startfönster, se fig.2. I fönstret som öppnas när man klickar på denna knapp väljs "Ny" registrering i nedre listen. I det följande formuläret (se fig. 3) väljs fördjupad.

De läkemedelsrelaterade problem som uppmärksammas under den fördjupade läkemedelsgenomgången samt valda åtgärder för dessa dokumenteras i NCS Cross på samma sätt som vid en enkel läkemedelsgenomgång, i löpande text under sökord *Läkemedel* som finns under *Åtgärd*, se fig. 4. Här dokumenteras även när uppföljning ska ske och resultatet av denna. Således dokumenteras alla läkemedelsförändringar under ett och samma sökord för enklare spårbarhet. Exempel på LRP listas i tabell 1. Identifierade LRP bör prioriteras utifrån vilken ordning de ska åtgärdas/förändras. Beroende på åtgärderna kan det vara olämpligt att genomföra alla valda åtgärder/förändringar på en och samma gång.

## 7. Referenser

<sup>1</sup> PCNE classification V 4.00 Pharmaceutical Care Network Europe Foundation 2003.

<sup>2</sup> Vårdval Västernorrland. Regelbok 2017. Primärvård. 2016-06-29.

<sup>3</sup> Läkemedelsgenomgångar för äldre. Revisionsrapport, dec 2015.

## Relaterad information

[Rutin för hantering av gemensam läkemedelslista](#)