

”Tänk dig tio preparat på en kvart”

En studie av fyra
distriktsläkares
uppfattningar
kring äldre och
läkemedel



Ann-Mari Åslund-Östberg

Mars 2008

Förord

Varmt tack

Carina Löfström, organisationsforskare inom äldreområdet, FoU i Väst/GR som var min handledare i arbetet att skapa en rapport från de inspelade intervjuerna.

Rebecka Arman, doktorand vid Handelshögskolan/GU, som gav inspiration och stöd vid studiens start.

Elisabeth Hajtowitz, FoU-chef, FoU i Väst/GR, som gav förutsättningar för studien.

Mina fyra distriktsläkarkollegor som generöst delat med sig av sin yrkeserfarenhet i intervjuerna. ■

© FoU i Väst
Första upplagan maj 2008
Layout: Infogruppen GR

FoU i Väst GR

Sammanfattning

Sedan 1990-talet har läkemedelsanvändningen hos äldre i Sverige ökat, bland annat på grund av tillkomst av nya läkemedel. Samtidigt har det konstaterats negativa konsekvenser av hög läkemedelsanvändning hos gamla och även ökade kostnader för samhället.

Distriktsläkare förskriver två tredjedelar av alla läkemedel till äldre. I denna studie undersöktes distriktsläkares uppfattningar om medicinförskrivning till människor som var 75 år och äldre. Inom detta område finns relativt få undersökningar. Fyra erfarna distriktsläkare som arbetade i Västra Götalandregionen intervjuades under våren 2007. Intervjuerna spelades in och analyserades genom att kategorisera utsagorna. De kategorier som framförallt visade sig i materialet var kommunikation, kunskap, samarbetspartner, etik, ekonomi och läkarens personliga hållning. Kategorierna redovisas och diskuteras.

I studien framkom att följande faktorer underlättade läkemedelsbehandling:

- kontinuitet, att läkaren träffade patienten personligen både vid inledning och uppföljning av behandling
- att läkarna hade kompetenta medarbetare och kontinuitet även bland dem
- ändamålsenlig organisation och rutiner.

Möjlighet att inhämta ny kunskap var viktigt. Inom detta område fanns förbättringspotential. De intervjuade läkarna menade att dokumentationen borde kunna förbättras och effektiviseras.

Många problem beskrevs i studien men också möjligheter och glädje. Det kan noteras att äldre människor är en heterogen grupp. Hög ålder säger lite om en människas medicinska tillstånd och resurser men manar till extra uppmärksamhet vid medicinförskrivning. ■

Innehåll

INLEDNING	5
Syfte och metod	6
DISTRIKTLÄKARNAS BERÄTTELSE	7
Kommunikation.....	7
Muntlig kommunikation	7
Skriftlig kommunikation.....	7
Problembeskrivningar.....	8
Sammanfattning av avsnittet kommunikation.....	8
Kunskap och kompetens	8
Patienten.....	8
Journal	9
Kunskap om läkemedel.....	9
Problembeskrivningar.....	9
Sammanfattning av avsnittet kunskap och kompetens	10
Samarbetspartner	10
Problembeskrivningar.....	11
Sammanfattning av avsnittet samarbetspartner.....	11
Etik.....	11
Problembeskrivningar.....	11
Sammanfattning av avsnittet etik	12
Ekonomi	12
Sammanfattning av avsnittet ekonomi	12
Läkarens personliga hållning.....	12
Problembeskrivningar	13
Sammanfattning av avsnittet läkarens personliga hållning	13
Sammanfattning av kapitlet distriktläkarnas berättelser	13
SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION	14
Kunskap	14
Journal.....	15
Mötet med patienten.....	15
Tid.....	16
Ekonomi	16
Slutsatser	17
REFERENSER	18
BILAGA 1. INTERVJUFRÅGOR.....	19

Inledning

Under 1990-talet har läkemedelsanvändningen hos äldre i Sverige ökat. I snitt har multisjuka äldre som bor hemma 10 olika läkemedel och äldre i särskilda boenden, det vill säga sjukhem eller serviceboende, har 8-10 preparat (1). Om man har många svåra sjukdomar är det lätt att inse att flera olika läkemedel kan behövas. Hos äldre har man konstaterat faror med läkemedelsbehandling, 10-35 procent av alla patienter över 65 år som söker sjukvård akut har drabbats av sjuklighet som beror på läkemedel (2). Man räknar med att mellan 10 och 20 procent av alla akutinläggningar på sjukhus är läkemedelsrelaterade (3).

Andelen äldre i vårt samhälle ökar. År 2003 utgjorde de som var 75 år och äldre 9 procent av befolkningen samtidigt som de konsumerade 25 procent av alla läkemedel (1). Multisjuka äldre är högt prioriterade inom sjukvården, enligt nationella prioriteringsutredningen närmast efter personer med akuta livshotande sjukdomar (4).

Orsaker till ökat antal läkemedel bland äldre multisjuka bedöms vara nya läkemedel, nya behandlingsmöjligheter, brist på läkarkontinuitet, brist i dokumentation och rutiner för uppföljning och omprövning (1).

Man har således konstaterat att äldre multisjuka får mycket läkemedel vilket ibland medför nackdelar som lidande för den enskilde patienten men också kostnader för samhället i form av läkemedel och sjukvård.

Detta har resulterat i flera utredningar och en rad åtgärder. År 2004 publicerade Socialstyrelsen "Indikatorer för kvalitet i äldres läkemedelsanvändning", som skulle användas på gruppnivå (1) och i öppna redovisningar. År 2005 startade Läkemedelskommittéerna i landet en kampanj för säkrare läkemedelsanvändning hos äldre (5) med en mängd aktiviteter bland annat utbildning och riktlinjer (6). Under de senaste åren har två böcker på svenska kommit ut, som ger vägledning om

läkemedelsbehandling hos äldre. De heter "Äldres läkemedelsbehandling" (2) och "FAS UT 2" (7).

I Västra Götaland finns flera projekt för att få till stånd bättre läkemedelsanvändning hos äldre. Två exempel på det är ett "Äldresköterskeprojekt" i Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad samt ett projekt för "Förbättrad Utskrivnings-Trygghet" (FUT), som är ett samarbete mellan medicinkliniken NÄL och Primärvården Fyrbodal. Nationellt finns bland annat SÄLMA (= Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre).

Det har funnits och finns svårigheter att rekrytera personal för vård av äldre. Efter ÄDEL-reformen 1992 är läkare som tidigare anställda av landstinget/regionen, medan sjuksköterskor och övrig personal som arbetar i olika typer av boenden och i patientens hem, är anställda av kommunen. Det har funnits brist på sköterskor och läkare varför bemanningsföretag har anlåtats. Dessa nödlösningar är kostsamma och ger inte den kontinuitet som är viktig för vård av äldre där vårdssituationen ofta är komplex.

Distriktsläkare hjälper äldre människor på vårdcentraler, i hemsjukvård och på sjukhem. Hur läkarinsatserna i hemsjukvård och på sjukhem är organiserade skiljer sig mycket. Vårdcentraler belägna i samma kommun kan välja olika organisationsmodeller.

Distriktsläkare förskriver två tredjedelar av alla läkemedel till äldre (8). Det är inte alltid distriktsläkaren som initierar behandlingen, men distriktsläkaren förlänger medicineringen och har därmed ansvar för den. ■

Syfte och metod

Distriktsläkaren har en nyckelroll vid medicinförskrivning till äldre. Deras arbete inom vård av äldre är samtidigt sparsamt undersökt och beskrivet. Det fanns därför en önskan att studera erfarenheter hos praktiskt verksamma distriktsläkare, att undersöka vilka faktorer som var betydelsefulla vid medicinförskrivning till människor som var 75 år och äldre samt vad som kunde underlätta och även belysa eventuella hinder och svårigheter¹. För att kunna få en så rik och mångfasetterad bild som möjligt valdes kvalitativ metodik med intervjuer.

Multisjuka äldre får hjälp av flera professioner där samarbete och samarbetsformer har stor betydelse. I tidigare studier från FoU i Väst/GR har brukare (9) och personal inom hemtjänst och särskilda boenden (10) intervjuats. I detta sammanhang ansågs intervjuer med distriktsläkare värdefullt. Författaren till denna studie är distriktsläkare sedan 25 år och var våren 2007 delvis anställd vid FoU i Väst/GR då denna studie påbörjades.

Till studien utvaldes för intervju fyra erfarna distriktsläkare som författaren kände sedan tidigare, två kvinnor och två män med minst 10 års yrkesverksamhet, ålder 48 till 62 år. Intervjuerna gjordes under våren 2007. Alla distriktsläkarna var fast anställda vid olika arbetsplatser. De arbetade i tre olika kommuner i Västra Götaland. Alla arbetade i offentlig primärvård. Två av dem hade bytt arbetsplats, vårdcentral, under det senaste året. De två övriga hade haft nuvarande tjänst mer än fem år. En läkare arbetade på en arbetsplats där man tog hjälp av så kallade stafettläkare från bemaningsföretag.

Ett frågeformulär utarbetades (se bilaga) men följdes inte strikt eftersom studien var kvalitativ. Intervjuerna spelades in, skrevs ut och analyserades sedan genom att kategorisera utsagor i olika framträdande områden.

Med flera läkare menas i det följande två, de flesta tre och alla menas alla fyra de intervjuade läkarna.

Varje kategori avslutas med problematisering och sammanfattning. ■

¹I Västra Götalandsregionen hade det sedan några år pågått ett flervetenskapligt samarbete till stöd för forskning och kunskaps-spridning på området. Detta nätverks medlemmar representerade FoU i Väst/GR, Västra Götalandsregionens Läkemedelsenhet, Apotekets FoU-stab, FoU-enheten för Göteborgs primärvård och Göteborgs universitet: Institutionen för socialt arbete och Sahlgrenska Akademin (avdelningen för Geriatrik och avdelningen för Socialmedicin). Nätverksgruppen kallades KOALA: Kommunikation, Organisation och Attityder kring äldres Läkemedelsanvändning. Vid gruppens möten diskuterades problemområden som skulle vara värda att fördjupa studier kring.

Distriktsläkarnas berättelser

I det här kapitlet presenteras intervjuerna med distriktsläkarna. De kategorier som framträdde som viktigast vid medicinförskrivning till personer 75 år och äldre var kommunikation, kunskap, samarbetspartners, etik, ekonomi och läkarens personliga hållning.

Kommunikation

”Många inblandade på scenen”

Muntlig kommunikation

Kommunikation torde vara distriktsläkarens viktigaste arbetsredskap och redovisas här som muntlig och skriftlig kommunikation. I läkarens vardag finns olika typer av kommunikation vilket kompletterar men också komplicerar arbetet. Uttalanden om muntlig kommunikation var dubbelt så många som skriftlig kommunikation.

Patienten

De flesta poängterade att många äldre var pigga, visste vilka mediciner de hade och varför. Denna markering var viktig för att motverka schablonbilder av äldre som ju är en heterogen grupp.

Alla framhöll mötet ”öga mot öga” med patienten som viktigt för att bättre kunna förstå och även förklara ”så att patienten är med på noterna och förstår ändamålet”. I mötet med patienten fanns även ickeverbal kommunikation, det vill säga man såg det som var svårt att fånga i ord, hörde tonfall och såg minspel.

Att känna patienten sedan tidigare, det vill säga kontinuitet, ansåg alla var värdefullt. Viktiga omständigheter för att få till stånd ett bra möte, som var en förutsättning för ett gott arbete, var tid, trygghet för alla inblandade och att det var ordning och reda. Vid medicinordination ville man gärna ge både muntlig och skriftlig ordination. Det var positivt om ytterligare någon var med och hörde

vad som sades.

Vid uppföljning tyckte samtliga läkare att det var bäst att själv träffa patienten och med egna ögon och öron bilda sig en uppfattning om behandlingens effekt. Alla hade inte den möjligheten på grund av tidsbrist. En av läkarna använde gärna telefon vid uppföljning och ringde själv upp patienten på avtalad tid. Vinsten var bättre kontroll och patienterna blev nöjda. Telefonuppföljning förutsatte mentalt välbevarade patienter med tillräcklig hörsel och att läkaren hade tid. En av de intervjuade betonade vikten av att patienten inte lämnades ensam med problem om en medicinförändring inte skulle fungera.

Anhörig

Alla läkarna nämnde kontakter med anhöriga. Bland anhöriga fanns olika attityder till medicin, en del ville ha medicin kvar, andra var mer positiva till färre mediciner och sa till exempel ”behöver verkligen mamma alla dessa tabletter?”. Då patientens hälsa försämrades var samtal med anhöriga viktigt för planering av vården under livets sista tid. Anhöriga fanns med som informationslämnare och stöd till patienten men var också personer med egna synpunkter och behov.

Ingen nämnde problem med anhörigkontakter vilket enligt min egen erfarenhet förekommer. Problemen kan till exempel vara olika uppfattningar mellan anhöriga om vad som var bäst för den sjuke eller om anhörigas önskan inte stämmer överens med den sjukes. Tid för att få till stånd möte med anhöriga nämndes inte heller som problem vilket kan förvåna eftersom tidsbrist var ett problem.

Skriftlig kommunikation

Journalhandlingen var viktig för att få kunskap om patientens medicinska historia samt följa sjukdoms- och behandlingsförlopp.

Läkemedelsberättelser i slutanteckningar från

sjukhus uppskattades. Där angavs vilka mediciner som tagits bort, satts in och varför under vårdtiden på sjukhus. Detta var relativt nytt och användes inte av alla sjukhuskliniker.

Medicinlistor fanns i många varianter: exempelvis utskrivna från vårdcentralens datormedicinlista, utskrivningsmeddelande från sjukhus, Apodos och Apotekets medicinlista som patienten erbjöds vid medicinköp. Den sistnämnda nämndes som mest informativ av en av läkarna. Apodos uppskattades även om det ansågs krångligt.

En av läkarna poängterade vikten av att skriva ut allt som fast medicin, det vill säga den medicin som patienten tog regelbundet för ett år så att patienten inte behövde kontakta vårdcentralen snart igen. Detta underlättade för patienten, avlastade vårdcentralens telefon och läkaren. Alla kunde på så sätt vara vinnare.

E-recept som sändes elektroniskt till Apoteket upplevdes positivt, underlättande och smidigt. En läkare sa: ”Det är inte en massa lappar. Jag känner mig trygg att det kommer till Apoteket i en version och sedan inte fladdrar runt”.

Det finns fler sätt patienter kommunicerar med distriktsläkare, till exempel brev, e-mail och fax men det nämndes inte i intervjuerna vilket kan bero på att äldre patienter inte använder dem så ofta.

Problembeskrivningar

Tidsbrist nämnde de flesta som problem för att genomföra medicinförändring och uppföljning. En läkare angav inte tidsbrist, vilket sannolikt berodde på att den läkaren hade en annan typ av tjänst med mer inflytande över sin arbetstid.

En av läkarna berättade om erfarenhet av oreda i journalen vilket beskrevs ”skapa onödig och felaktig förskrivning”. En annan av de intervjuade berättade om svårighet att finna uppgifter om när och varför medicin satts in.

Alla läkarna berättade om problem när olika medicinlistor inte stämde överens och kanske inte heller stämde med slutanteckning från sjukhus. Det tog tid att bringa klarhet.

Alla hade upplevt att det kunde bli en lojalitetskonflikt för patienten när de ville ändra medicin insatt av en annan läkare, framförallt om läkaren som satt in preparatet haft stor auktoritet för patienten eller var specialist på sjukhus. En av

läkarna uppgav att det var problematiskt att ändra kollegors ordination ”sätta sig över det någon annan gjort”.

Att inte kunna motivera patienter att ta medicin beskrevs som problem. Extra stort blev problemet om medicinen skulle kunna förhindra handikapp, exempelvis kortison som förhindrar synnedläggelse vid inflammation i tinningartär.

Vid samtal genom tolk fanns problemet om man kunde lita på tolken.

Sammanfattning av avsnittet kommunikation

Kommunikation var således en viktig förutsättning för diagnos och behandling. I mötet med de sjuka och deras anhöriga dominerade samtalet, den muntliga kommunikationen. I kontakt med andra vårdgivare dominerade skriftlig kommunikation som inte alltid var tillförlitlig och behövde granskas noga. Problem som beskrevs var tidsbrist, svårighet att finna viktiga fakta i journalhandlingar, svårigheter i ordinationsprocessen och vid tolksamtal.

Kunskap och kompetens

”Vår unika kunskap kring människan med kropp och själ är förutsättningen för att vi skall göra rätt medicinska bedömningar när det gäller läkemedel.”

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall läkaren handla enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Kunskap inom medicin utvecklas, en del föräldras och gamla arbetssätt behöver omprövas. Att inhämta och utveckla kunskap och kompetens är centralt inom läkaryrket. Kunskap om patienten ur olika aspekter är nödvändig för distriktsläkaren.

Patienten

Samtal med patienten framhöll alla som viktigt för att få kunskap om den sjuke. Om man träffats flera gånger var möjligheten större att förstå patientens personlighet, värderingar och syn bland annat på läkemedel. I bästa fall uppstod förtroende. Kommunikation var således en viktig väg till kunskap som nämnts tidigare.

Genom samtalet försökte läkaren förstå hur patienten tog sin medicin. För att få klarhet i pa-

tientens medicinintag användes olika strategier. En läkare räknade tillsammans med patienten hur många piller det blev vid olika tidpunkter under dagen, man tittade på recept och apotekens medicinlistor. Ibland kunde anhöriga vara till hjälp. Var och en av intervjupersonerna hade sina egna knep.

Journal

Ordning och god struktur i journalen angavs som viktig för att få kunskap om patientens sjukhistoria och tidigare behandling.

Kunskap om läkemedel

”Tänk dig tio preparat på en kvart”

FASS användes som en viktig kunskapskälla om läkemedel och ”lulästes”. Alla de intervjuade var medvetna om att i stort sett alla läkemedel som användes inte var utprovade på äldre och att man inte hade full kunskap om vad som hände i en gammal kropp och speciellt inte om interaktioner. Även om interaktionsregister fanns i de datorer som användes insåg man att alla interaktioner inte var kända. Detta ledde till försiktighet och man började med små doser. En av de intervjuade sa: ”Tänk dig en gammal tant, nästan inga muskler kvar, då är kreatinin (mått på njurfunktion) hur grovt som helst och säger inte så mycket”.

Riktlinjer från läkemedelskommittéer uppfattades som positivt liksom utbildningsaktiviteter även om de var av varierande kvalitet. Den medicinska kunskapen ökade liksom antalet läkemedel. En av de intervjuade sa ”jämför FASS 1970 och nu. Det är inte bara preparaten som blivit fler utan även dokumentationen”. Det är mer att hålla reda på!

Personlig erfarenhet upplevdes värdefullt: positiva erfarenheter av att människor blivit bättre efter medicinutsättning beskrevs som ett stöd vid medicinförändring. En av de intervjuade berättade: ”Jag har sett en hel del som blivit så pigga av att man satt ut medicin och det styrker mig. Jag blir glad över det och känner att det ger mig råg i ryggen att våga pröva saker”. Upplevelser av hur det ”gått snett” ledde till försiktighet.

Aktuella trender beskrevs som ett stöd. En av läkarna sa ”jämfört med hur det var för 20 år sedan är det ju tidens tand, så är det mer okej att

sätta ut medicin, det är modernt, så tänker vi nu. Det är klart att det är ett stöd”.

Problembeskrivningar

Kunskapsbrist beskrevs som problem. De flesta läkemedel var inte testade på äldre. Risker, biverkningar och interaktioner var otillräckligt kända men även nyttan. Det fanns önskemål om bättre indikatorer och att finna andra sätt att behandla och följa upp, känsligare och bättre sätt än vi har nu.

Flera önskade mer egen kunskap och efterlyste lättillgängliga kunskapssammanställningar där man lätt kunde slå upp.

Vilka mediciner tog patienten i verkligheten? Hur var följsamheten? Patientens verkliga medicinintag var ett vanligt problem. Det stämde inte alltid med läkemedelslistor och många fallgropar beskrevs. Patienten trodde sig ta medicinen korrekt, men gjorde det inte. Patienten tog apodosläkemedel, det vill säga medicin delade i påsar från Apoteket och även sina tidigare mediciner ur burkar. Medicin glömdes bort. Naturpreparat och annan självmedicinering förekom.

Att olika vårdgivare gav medicin utan kunskap om patientens samlade medicinering var ett problem. Orsaken kunde vara att förskrivande läkare inte visste att det fanns flera vårdgivare vilket patienten trodde att läkaren visste.

Datorjournalen kunde vara svår att överblicka, exempelvis när preparat sattes in och varför, ändringar i dosering och biverkningar. Vid hembesök saknades datorjournal vilket var en nackdel.

Om inte möjlighet fanns att följa upp, exempelvis på grund av tidsbrist beskrevs risk för underförskrivning och mer konservativ hållning till patientens läkemedel.

Generikabyte, det vill säga byte till billigare preparat med samma innehåll men med annat namn på Apoteket, ledde till svårigheter för patienterna och felmedicinering.

Ensamboende patienter ingav speciell oro både vid nyinsättning och utsättning av preparat. Det fanns ingen nära som kunde bistå vid problem. En av läkarna berättade om en gammal dam som fått ny medicin. ”Hon sprang runt i stan i nattlinne i tjugo graders kyla. Andra människor hittade henne och ledde hem henne”.

Sammanfattning av avsnittet kunskap och kompetens

Det fanns mycket kunskap men ändå saknades kunskap. Den medicinska kunskapen kunde delas upp i:

- den kunskap de intervjuade hade
- den kunskap de trodde fanns
- den kunskap de var omedvetna om
- den kunskap ingen idag känner till.

Medvetenheten om detta gjorde att man försökte vara mycket uppmärksam. De intervjuade upplevde att erfarenhet gav stöd. Behov fanns av att söka kunskap på ett enkelt sätt.

För kunskap om patienten var patient-läkar-kontinuitet, tid, anhöriga, goda medarbetare och bra journaler viktiga. Många svårigheter fanns bland annat att få klarhet i hur patienten tog sin medicin. Alla intervjuade hade egna knep. Social kunskap var viktig. Det fanns särskild oro för ensamboende patienter. Journalhandlingen var viktig men problematisk på grund av bristande struktur med svårighet att finna viktiga fakta och ibland fanns också felaktigheter.

Samarbetspartners

Den sjuke åldringen fick hjälp av flera olika yrkesgrupper som alla var viktiga för vården. Här redovisas de intervjuades erfarenheter.

Undersköterskan nämndes av alla som en viktig kunskapskälla om patienten. Utdelande av medicin till patienten var i de intervjuade läkarnas område delegerat till undersköterskor på sjukhem och i hemsjukvård. Undersköterskorna såg hur lätt patienten hade att svälja olika preparat, vad som spottades ut och hur patienten mådde. En av läkarna berättade ”undersköterskan sitter och kämpar med den gamle som inte får i sig de jättestora Alvedontabletterna som smakar pest”.

På vårdcentralen kunde undersköterskan förmedla information, som patienten glömt nämna till läkaren men kom ihåg efter besöket.

Sjuksköterskan var en viktig samarbetspartner, uppfattades ha mer tid och ”kunde ta in andra delar” än läkaren. Man var beroende av sköterskorna, vilka individer de var, vilka kunskaper

de hade och hur man kunde lita på deras bedömningar. Om man inte litade på sköterskan gjorde läkaren fler besök hos patienten. Kontinuitet var viktig så att sköterskan kände patienten, övrig personal och läkaren.

På vårdcentral kunde uppföljning av medicinändringar delegeras till sköterskor som ibland hade specialistkompetens inom något område exempelvis astma, diabetes, hjärtsvikt eller äldresjuksköterska. Även i hemsjukvård och på sjukhem fanns möjlighet att delegera uppföljning till sjuksköterskor. Erfarenheterna av detta varierade beroende på förtroende för sköterskornas kompetens. Det framkom exempel på stor tacksamhet mot sjuksköterskor både för att de bidrog till bättre kvalitet i patientvård samt avlastade och stödde läkaren.

Läkare på sjukhus hade de intervjuade distriktsläkarna olika mycket kontakt med. En av dem uppgav täta kontakter 4-5 gånger/vecka via telefon, vilket fungerade väl. Om distriktsläkaren inte nådde den som söktes fanns möjlighet att ringa upp distriktsläkaren på mobiltelefon, vilket gjordes för det mesta. En av distriktsläkarna skrev frågebrev till sina kollegor på sjukhuset för att inte störa dem och ge dem tid att fundera. Det fungerade bra. Patienterna fick snabbare hjälp än om de hamnade i remisskö. Inom områden där distriktsläkarens kunskap var mindre valdes telefon. En av distriktsläkarna beklagade ”synnerligen bristande samarbete” med sjukhuskollegor och angav att det berodde på situationen på sjukhuset, vilket inte var samma sjukhus som för de övriga tre distriktsläkarna.

Apotekare hade en av distriktsläkarna positiva erfarenheter av vid två samarbetsprojekt. Ett projekt var riktat mot problempatienter. Apotekaren pratade först med patienten, gick igenom intag av medicin och hälsokostpreparat, noterade möjliga biverkningar vilket sedan serverades läkaren. Syftet med projektet var främst att spara pengar, men läkaren sa ”jag lärde mig en del”. Vid det andra projektet gick läkarna på vårdcentralen gemensamt tillsammans med apotekare igenom preparatgrupper i Läkemedelskommitténs rekommendationslista och kunde samtidigt se sin egen förskrivning. Skillnader mellan den egna medicinförskrivningen, kollegornas och rekommendationslistan diskuterades. Det resulterade i att vårdcentralens lä-

kemedelskostnader var lägre jämfört med övriga vårdcentralers i området samtidigt som man hade goda resultat på kvalitetsparametrar.

En av läkarna önskade mer kontakt med apotekare framförallt vid årsgenombgång av läkemedel hos patienter på sjukhem och sa ”apotekare är viktiga. De kan så mycket som vi inte utnyttjar. Nu kommer de i efterhand och påpekar saker och ting. Det hade varit bättre om vi kunde det redan innan vi skrev”.

Problembeskrivningar

Många personer fanns runt patienten och det hände att de uppgifter läkaren fick var motstridiga.

Det förekom att olika personer i personalgrupperna förmedlade sina egna uppfattningar till patient och anhöriga. En läkare berättade ”Det kan vara lite jobbigt när man förstår att undersköterskorna har väldigt klar uppfattning att den här gamle mannen eller kvinnan får alldeles för mycket medicin, skulle absolut inte ha så mycket piller och förmedlar det till både till den gamle och de anhöriga”.

Flera läkare hade önskemål om att ha undersköterska med vid ronder och årlig medicinförnyelse vilket hade motarbetats av sjuksköterska.

Telefonsamtal under stress, exempelvis under jour, beskrevs som en risksituation, som kunde resultera i onödig eller felaktig medicinförskrivning. En för läkaren okänd patient kunde presenteras av en obekant sköterska. Om patienten hade feber förekom det att antibiotika skrevs ut per telefon, vilket sannolikt inte skulle gjorts om läkaren hade haft möjlighet att undersöka patienten. Flera berättade om situationer där det gått för fort och en medicin satts in, vilket vid mer eftertanke inte var helt motiverat.

Hemsjukvård beskrevs av en läkare som veterinärmedicin; tillsammans med en sköterska gicks många patienter och besvär igenom fort vilket ledde till många beslut på kort tid. Läkaren sa ”Min uppfattning är att hemsjukvård är för styvmoderligt behandlad på många enheter. De mest sjuka patienterna får inte den vård de skulle behöva”.

Arbetssterapeuter och sjukgymnaster nämndes inte vilket kanske berodde på att kontakten med dem oftast skedde via sköterska eller remiss.

Sammanfattning av avsnittet samarbetspartner

Distriktsläkarna samarbetade således med flera yrkesgrupper kring vård av äldre multisjuka patienter vid ronder, gemensamma besök hos patienten, telefonsamtal, fax och remisser. Hur samarbetet gick till, vilka som var med, kompetens och personlighet hos samarbetspartners varierade.

Hemsjukvård beskrevs som speciellt problematisk på grund av den organisation som fanns med tidsbrist och liten möjlighet för läkaren att själv träffa patienten. Telefonkonsultation under jour var också en problemsituation speciellt om läkaren varken kände patient eller sköterska.

Samarbetet med kollegor på sjukhus varierade mycket och även samarbetsformer. De intervjuade försökte finna egna, fungerande lösningar men brister fanns.

Etik

”Två kapitel, när skall man börja, när skall man inte börja, när skall man sluta, är det för tidigt, är det för sent”

Brytpunkten diskuterades, det vill säga när och hur man vid livshotande sjukdomar skulle dra ner på medicin som patienten hade mindre aktuell nytta av.

Medicinering i livets slutskede togs upp, till exempel hur man avstår från antibiotika och dropp i samråd med patient och anhöriga och hur man samtalar med patienten, anhöriga och personal om det.

En av läkarna nämnde ekonomi som en faktor vid ställningstagande till om tveksam medicinsk behandling skulle fortgå eller avbrytas.

Problembeskrivningar

Det etiska problem som nämndes av de flesta var så kallade riskläkemedel, det vill säga preparat som förebygger sjukdomar senare men kunde ge biverkningar nu. När det var lämpligt att avstå från att sätta in dem och när de skulle sättas ut diskuterades av flera. En av de intervjuade sa ”Om någon nått 75 års ålder har de överlevt. Då tycker jag att det börjar bli oetiskt att behandla risker men det

är oerhört svårt att sätta ut något och så tänker jag att vad har jag för rätt att sätta mig över och sätta ut något som denna person fått. Jag tycker det är jobbigt.”

Sammanfattning av avsnittet etik

Det finns många etiska problem vid vård av äldre människor. Här nämndes profylaxläkemedel, värdering av nytta och risker och medicinsk vård vid livets slut. Inom dess områden finns idag inga enhetliga riktlinjer. Man sökte varsamt bästa möjliga lösning i varje enskilt fall om möjligt tillsammans med patienten och anhöriga samt övrig personal.

Ekonomi

”Finns det ett billigare preparat så väljer jag det. Det är min utgångspunkt”.

Under de senaste åren har höga läkemedelskostnader diskuterats livligt inom och utanför vården.

Alla valde gärna billigaste preparatet av samhällslojalitet mer än för att hålla nere vårdcentralens medicinkostnader. Man ville att pengarna skulle ”räcka till den totala hälso- och sjukvården i Sverige” som en av de intervjuade sa. Om någon ville ha det dyraste preparatet sa en av läkarna ”det är väl dumt att lägga pengarna hos någon annan, när vi kan behålla pengarna i vården” vilket var ett argument som hade effekt.

Problembeskrivningar

Generikabytte på Apoteket kunde förvirra och leda till felmedicinering, vilket berörts tidigare (sidan 9).

En läkare berättade om en patient, som inte hade råd att köpa ut dyr medicin.

Ekonomi var den kategori som berördes minst av de intervjuade.

Sammanfattning av avsnittet ekonomi

De ekonomiska problem som beskrevs var således på patientnivå och på samhällsnivå. Trots att samhället har rabattsystem förekom det att människor inte hade råd att köpa den medicin läkaren rekommenderade. Samhällets besparing, solidaritet med samhället var argument för kostnadseffektiv medicinförskrivning för de intervjuade läkarna.

Läkarens personliga hållning

”Äldre får mer läkemedel samtidigt som jag blivit mer skeptisk mot vad jag håller på med.”

Den sista kategorin gäller läkarens personliga inställning och attityder till läkemedelsbehandling hos äldre.

Alla intervjuade ansåg att de hade en viktig uppgift att se över de äldres medicinering och ställa frågan ”behövs det här?” eller som en läkare uttryckte det ”göra en aktiv städning i medicinlistan” vid årlig receptförnyelse.

Underlättande faktorer för att sätta ut läkemedel var om patienten ändå inte tog medicinen. En läkare sa ”alla vill inte ha medicin till varje pris”. Stöd från anhöriga och personal gjorde det också lättare att sätta ut medicin. En läkare berättade: ”så fort det börjar röra psykiatri och oro och mediciner runt den delen så är de (=personalen) väldigt rädda. Då får man inte röra någonting egentligen”. I de fallen var inte personalen ett stöd. När det gällde patientens egen uppfattning om mediciner kunde den variera. Flera berättade att patienten egentligen ville bli av med medicin medan andra gärna ville ha sin medicin kvar.

Om patienten redan hade många mediciner fanns hos läkaren en extra tvekan att lägga till ytterligare ett preparat. Helst önskade en av läkarna ”väl beprövade läkemedel som funnits ett tag på marknaden”.

De tre äldsta läkarna framhöll att de med åren blivit allt mer försiktiga med läkemedel, framförallt nya som alltid är ofullständigt kända. De var mer sparsmakade, mer vaksamma. En av dem sa ”Jag tänker inte bara en gång innan jag ger en gammal människa medicin utan gärna två kanske tre gånger”.

Alla var medvetna om diskussionen i samhället och inom vården om äldre och läkemedel. Man upplevde att kunskap om svårigheter med läkemedelsbehandling hos äldre hade ökat hos läkare men även hos patienter, deras anhöriga och övrig sjukvårdspersonal.

”Man kan åstadkomma mycket med medicin” sa en av de intervjuade. Flera framhöll glädjen över bra läkemedel, exempelvis vid hjärtsvikt och

depression och glädjen över att se gamla patienter förbättras. En av de intervjuade poängterade ”att gammal inte är detsamma som sjuk”.

Problembeskrivningar

Som svårigheter vid översyn av medicinering nämndes brist på tid, svårighet att följa upp medicinförändringar speciellt som det kunde ta lång tid innan såväl positiva som negativa effekter märktes.

Det tog tid att lära känna patienten och dennes sjukhistoria. Hos en ”ny” patient gjordes färre medicinförändringar.

Sammanfattning av avsnittet läkarens personliga hållning

Nöjda blev alla läkarna när patienten var nöjd, mådde bättre och inte hade biverkningar. Man var också nöjd om man lyckades minska på medicineringen under förutsättning att patienten mådde bra. Om medicinkostnaden blev lägre var det positivt. En av de intervjuade sammanfattade ”det är inte bara att sätta ut, men det är en viktig del av det hela”.

Alla de intervjuade läkarna uppfattade att deras roll var viktig i läkemedelsbehandling av äldre, ett arbete som påverkas av många. Belöningen i arbetet var förbättrade och nöjda patienter.

Sammanfattning av kapitlet distriktsläkarnas berättelser

I detta kapitel har de fyra distriktsläkarnas berättelser redovisats. Sammanfattningsvis utkristalliserades sex kategorier. Kategorierna kommunikation och kunskap hade flest problembeskrivningar, ekonomi minst. De övriga kategorierna var samarbetspartner, etik och läkarens personliga hållning.

Olika aspekter av tid, framförallt brist på tid och frågor kring dokumentation/journalhantering beskrevs i flera kategorier.

I kategorin kommunikation framhölls att många äldre var pigga och att äldre var en heterogen grupp. Muntlig kommunikation var viktigast med patienter, anhöriga och nära medarbetare, skriftlig kommunikation användes vid kontakt med

andra vårdgivare tidigare och aktuella.

För att få kunskap om patienten var samtalet och kontinuiteten viktiga faktorer. Svårigheter som beskrevs var att få klarhet i patientens verkliga medicinintag och den generella kunskapsbrist som vi lever med trots stora medicinska framsteg. Hur ny kunskaps sprids och föråldrad sorteras bort var andra problem.

Viktigaste samarbetspartners var sjuksköterskor, undersköterskor och läkare på sjukhus. Olika modeller för samarbete, för och nackdelar beskrevs samt möjligheter och svårigheter.

De etiska problem som beskrevs handlade främst om vård i livets slutskede och hur förebyggande mediciner hanterades hos äldre.

Ekonomi var man medveten om som problem.

Den sista kategorin var läkarens personliga hållning. De intervjuade läkarna förstod sin viktiga roll för läkemedelsförskrivning till äldre. Många problem beskrevs men också glädjen över nya bättre läkemedel och förbättrade, nöjda patienter. ■

Sammanfattning och diskussion

Idetta sista kapitel skall resultatet av studien sammanfattas och diskuteras.

Studien är en ögonblicksbild av processer i ständig förändring. Patienten, den medicinska kunskapen, olika personalgruppers personliga och professionella utveckling, samhällsklimat, ekonomi, organisation och politik förändras. När och hur dessa förändringar sker vet vi inte, men vi vet att de sker och påverkar varandra och vården av äldre.

I denna studie valdes erfarna distriktsläkare. Man kan fråga sig vad yngre läkare med kortare yrkeserfarenhet hade valt att berätta om läkemedelsbehandling till äldre? I det följande skall några områden diskuteras som i studien framkom som speciellt viktiga och problematiska.

Kunskap

”Tidigare var beprövad erfarenhet ett självklart kvalitetsbegrepp inom läkarkåren, men så är det inte längre om inte erfarenheten är evidensbaserad (11).” Evidensbaserad medicin har brister: de sjukaste får inte delta i studier eftersom de har flera ”störande” mediciner, är man för ung eller gammal utesluts man, så studierna speglar inte hela befolkningen. Många viktiga livsfrågor går inte att testa eftersom de är subjektiva. Värderingen av nytta kan vara svår och starkt beroende av hur den enskilde patienten reagerar vilket är något man inte fullt ut kan förutse (11). Detta var alla de intervjuade läkarna väl medvetna om.

Den medicinska kunskapsutvecklingen med förbättrade möjligheter till diagnostik och behandling samt nya bättre läkemedel var en källa till tillfredsställelse för de praktiserande läkarna,

men det kan vara svårt för ny kunskap att nå fram till patienten, föråldrade behandlingsmetoder och preparat kunde dröja kvar.

I denna studie framkom önskemål om att snabbt kunna få tillgång till tillförlitlig information. Internet borde vara och är en guldgruva, men problem finns. Information är spridd och inte alltid tillförlitlig. Alla läkare är inte vana att söka kunskap via Internet. Sökande kan ta tid och tid är en stor bristvara. Kanske kan en äldrevårdsportal så småningom utvecklas och vara till praktisk hjälp för läkare till äldre patienter. Läkare inom nästan alla medicinska specialiteter möter gamla människor.

Det är väl känt att ständig kunskapsutveckling är nödvändig för att kunna utföra arbetet som läkare. Det mått på vidareutbildning som ofta används är antal kursdagar per läkare och år, vilket Läkarförbundet följer kontinuerligt för olika medicinska specialiteter. Tyvärr minskar både intern och extern utbildning för distriktsläkare (12). Orsaker till detta torde vara bemanningsproblem i Primärvården, överbelastning och kanske även brist på pengar.

Varje patientmöte kan erbjuda viktiga erfarenheter för läkaren, erfarenheter som kan vara svåra att kvantifiera. Alla de intervjuade hade strategier för att klara av besvärliga situationer. Hur sprids praktiskt vardagskunnande? I primärvården finns på vissa ställen kollegiala grupper, så kallade FQ grupper för bland annat interkollegialt lärande. Föreläsningar kan vara värdefulla, men är det inte alltid. Få har möjlighet till egna studier på arbetstid. Äldre kollegor har berättat om olust när de inte känner att de är riktigt uppdaterade, vilket kan bidra till att de slutar i förtid. Hur vidareutbildning

sköts är således en nyckelfråga för vård av äldre och även rekrytering av personal. Detta är ett stort ansvar för arbetsgivare och läkare.

Vidareutbildning och datorjournal nämndes vid intervjuerna som problem. Det är generella problem i sjukvården, inte bara vid vård av äldre men är uppenbara även här.

Journal

Problem med datorjournalen beskrivs i denna studie, som många gånger tidigare (1). Sjukhus, vårdcentral och kommuner har olika journalsystem vilka dessutom ser olika ut på olika platser i Sverige. Samma saker dokumenteras på olika sätt, vilket tar mycket tid. Problem med svåröverskådliga journaler är ett generellt problem i svensk sjukvård, hos gamla människor med ett långt liv, lång sjukhistoria och flera vårdgivare blir problemen extra tydliga och tidsödande. Vid varje informationsöverföring finns risk för missuppfattning och fel. Fel skall enligt Socialstyrelsen anmälas som avvikelser men hur följs avvikelserna upp och vilka blir konsekvenserna?

De intervjuade läkarna hade inte tillgång till primärvårdsdatorjournal vid hembesök och inte heller under jourtid, vilket var en klar nackdel, speciellt för de svårast sjuka patienterna som inte själva kunde redogöra för tidigare behandling och vid dödsfall. Om patienten lades in akut på sjukhus fredag kväll gick det inte att få tillgång till primärvårdsjournalen förrän måndag morgon. Detta är exempel på informationsglapp som orsakar svårigheter i medicinsk vård, kanske onödigt och förlängd sjukhusvård som inte gagnar patienten. Den nya patientdatalag som planeras från 2008-07-01 ger hopp om förbättring. Den föreslår en sammanhängande elektronisk patientjournal som följer patienten och är tillgänglig för alla hälso- och sjukvårdsinstanser i hela landet (14).

Överskådliga journalsystem med läkemedelsberättelser och bra sökfunktioner önskas. I dagens sjukvård används mycket läkar-, sköterske- och sekreterartid till dokumentation, mycket dubbelarbete, ofta producerat under stor tidspress vilket kan påverka kvaliteten. Dokumentation är viktigt men har samtidigt låg status. Den borde kunna effektiviseras genom smarta, gärna gemensamma journalsystem, till exempel en patient, en journal.

Det borde finnas möjligheter till stora tidsvinster och bättre kvalitet, vilket borde ha positiva ekonomiska konsekvenser. God journalskrivning förutsätter utbildning och uppföljning. Detta kräver tid, som man troligen tjänar in i med råge i senare led. Utveckling av datorjournalen pågår ständigt och den är en viktig grund för god vård och kvalitetsuppföljning. Förhoppningarna inför framtiden är stora på smart dokumentation som ger bättre kvalitet, mindre dubbelarbete och dessutom frigör tid för flera personalkategorier.

Mötet med patienten

Det personliga mötet med patienten beskrev alla de intervjuade som viktigt för diagnostik, behandling och uppföljning så att behandlingen kunde skräddarsys. I de flesta fall kunde en förtroendefull relation växa fram. Information från andra yrkesgrupper var värdefull, men det fanns kvaliteter i läkarens möte med patienten som inte kunde fås via andra, exempelvis den känslomässiga kontakten och observationer som var viktiga för läkaren, men kanske svåra att ge ord.

En läkare beskrev hur mötet mellan patient och läkare rationaliserats bort i hemsjukvård med negativa konsekvenser för patienter. Hur synliggörs det? Ett hembesök kan ta lång tid. Kan de ekonomiska ersättningssystem som finns nu bidra till att läkarbesök hos svårt sjuka blir färre? Finns andra skäl? Hur garanteras de svårast sjuka som vårdas hemma en god vård?

I en kvalitativ studie från västsverige studerades distriktsläkares tankar om medicinförskrivning och evidensbaserad medicin i fokusgrupper. Den studien fokuserade inte på äldre patienter utan på alla åldersgrupper. Nyttan för patienten framträdde som den viktigaste kategorin, andra kategorier handlade om tid och expertkunskap (13). Alla dessa områden visade sig vara viktiga även i denna intervjustudie.

Ordinationsprocessen var central och omgärdad av många svårigheter. När man listat ut vilken läkemedelslista som var mest korrekt var det ändå inte säkert att patienten tog sin medicin just så! I arbetet med att ta reda på hur patienten tar sin medicin kan man få en uppfattning om patientens kognitiva förmåga vilket även det är viktigt. Att tillsammans med patienten komma fram till lämp-

ligt behandlingsval kan ta tid men det är viktigt ”att patienten är med på noterna” annars kan det bli tokigt. Kan detta vara en orsak till att det så ofta blir fel vid läkemedelsanvändning hos äldre? Vilken roll spelar begynnande demens?

I denna studie framkom att organisationen har stor betydelse för samarbetet kring den äldre multisjuka patienten. Den är avgörande för att få till stånd ett bra möte med den sjuka patienten och för kontinuitet.

I media beskrivs ofta felbehandlingar och vårdmisslyckanden. Det goda arbetet som utförs inom vård av äldre ses i första hand av de närmast berörda, kan ibland sprida sig som gott rykte eller ”Dagens ros” i lokaltidning, vilket värmer. Detta tycks inte tillräckligt för att locka fler att arbeta inom vård av äldre, ett komplext och på många sätt svårt arbete, fler incitament behövs.

Tid

I studien framkom att brist på tid kunde påverka vilken behandling som valdes och hur uppföljningen gjordes. Tid var således en nyckelfråga. Tid behövdes för möte med patienten, ta del av tidigare sjukhistoria, diagnostik, val av lämplig behandling tillsammans med patienten och ibland anhöriga samt för uppföljning. Tid behövdes också för att kunna följa med i medicinsk kunskapsutveckling.

Kvalitetshöjande och tidsbesparande var läkar-kontinuitet, kunniga och kompetenta medarbetare med kontinuitet också i detta led, bra arbetsorganisation och rutiner. Bättre dokumentationsrutiner och journalsystem skulle kunna spara tid.

Hur stort inflytande har distriktsläkaren över sin arbetstid? Det kan variera mycket beroende på hur arbetsorganisationen och ekonomi ser ut på läkarens arbetsplats. Hur mycket deltar läkarna i utvecklingsarbete för vård av äldre? Hur stor del av arbetstiden krävs för att ta hand om löpande arbete och akuta tillbud? Finns någon tid avsatt för utvecklingsarbete?

Under senare år har sjuksköterskan inom äldreomsorgen fått allt mer administrativa uppgifter och ansvar för allt fler patienter. Sjuksköterskan har kommit ett steg bort från de äldres medicineri genom Apodos, som innebär att Apoteket delar medicin i påsar, istället för som tidigare, sjuksköterskan. Medicingivning har delegerats till

undersköterskor. Det är därför viktigt att undersköterskan med sin kunskap om patienten är med vid läkarronder och om möjligt vid läkarbesök. Förhoppningsvis är multiprofessionellt samarbete värdefullt och utvecklande för alla inblandade.

Ekonomi

I intervjuerna var ekonomi den kategori som berördes minst. Ingen av läkarna hade vid intervjun kostnadsansvar. Där de arbetade låg budgeten på vårdcentralnivå. Kostnader för äldre kunde inte särskiljas från andra kostnader. Ansvar för ekonomi låg en bit bort från deras vardag även om deras arbete gav pengar till deras arbetsplats eller orsakade kostnader genom prover, läkemedel med mera. Själva kunde de inte se ekonomiska konsekvenser av olika handlingsval. Detta kan förklara det begränsade intresset för ekonomi. Ett exempel nämndes där man genom regelbundna strukturerade möten med apotekare kunde sänka vårdcentralens läkemedelskostnader. Hur länge varar en sådan effekt? Varför sprids inte denna metodik?

I Västra Götaland har varje vårdcentral ett avtal med en beställarnämnd. Vårdcentralen får kapiteringsersättning, det vill säga en summa pengar för varje patient knuten till vårdcentralen och äldre brukar ha högre kapiteringsersättning. Läkarbesök ersätts, hembesök kan ge högre ersättning till vårdcentralen än ett patientbesök på vårdcentralen. Vilken ersättning vårdcentralen får och vilka krav beställarnämnden har påverkar utformningen av vården. Att finna ekonomiska incitament som gynnar kostnadseffektiv vård av hög kvalitet kan vara svårt. Det är lätt att mäta kostnader för laboratorieprov, röntgen och andra undersökningar samt läkemedel. Det är svårare att följa upp positiva effekter som att patienten blir bättre och behöver färre återbesök, vilket således ger vårdcentralen lägre inkomster. Om patienten får behandling på vårdcentral och slipper inläggning på sjukhus är det en samhällsekonomisk vinst, men kan öka vårdcentralens kostnader. Patientens tillfredsställelse och trygghet försöker man värdera genom enkäter under avgränsad tid, men de svårast sjuka och dementa kan inte svara på enkäter. Antal besök, telefonsamtal och brev kan mätas men inte innehållet i kontakten. Resulterade läkarbesöket i

att patienten kände sig bättre? Eller hamnade den nyinköpta medicinburken öppen i ett skåp? Nya bättre metoder för uppföljning behövs men de skall inte vara tidsödande för vårdpersonal och öka den redan stora administrativa bördan.

Slutsatser

I denna studie har fyra erfarna distriktsläkare intervjuats om sin uppfattning och erfarenhet av läkemedelsbehandling av människor 75 år och äldre. Eftersom studien är liten bör de slutsatser som dras nedan ses som tentativa.

- De sex kategorier som framförallt visade sig i materialet var kommunikation, kunskap, samarbetspartner, etik, ekonomi och läkares personliga hållning.
- Underlättande faktorer för behandling var om läkaren kände patient och personal, det vill säga kontinuitet, om läkaren kunde träffa patienten personligen både vid inledning och uppföljning av behandling, hade kompetenta medarbetare, bra arbetsorganisation och rutiner. Allt detta var tidsbesparande.
- Bra struktur för kunskapsinhämtning var nödvändig både för att hjälpa patienter med akuta problem och mer långsiktigt.
- Dokumentation borde kunna förbättras och effektiviseras, vilket skulle underlätta vården och frigöra arbetstid för läkare och andra personalgrupper.
- Många problem beskrevs men också möjligheter och glädje som man kunde dela med patient, anhöriga och övrig personal vid ett gott behandlingsresultat.
- Åldern säger lite om en människas medicinska tillstånd och resurser men är en signal till extra uppmärksamhet. Vård av äldre är en kvalificerad och komplex arbetsuppgift med många utmaningar. ■

Referenser

1. Socialstyrelsen (2004), Indikatorer för utvärdering av kvalitet i äldres läkemedelsanvändning.
2. Kragh A (red) (2005), Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedcinering, Lund: Studentlitteratur.
3. Hulter-Åsberg K (2007), Viktigt att läkare kvalitetssäkrar läkemedelsbehandling av äldre. Läkartidningen 2007, nr 1-2:40-42.
4. Socialstyrelsen (1995), Vårdens svåra val, SOU 1995:5.
5. Bra gehör för LOK:s nationella kraftsamling. Läkemedel i förändring. Nyhetsbrev från Sveriges Kommuner och Landsting, 2006; (30):13.
6. Medicinska Riktlinjer Västra Götalandsregionen (2007), Läkemedel och äldre.
7. Lundgren C (2007), FAS-UT Att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling, Umeå: Läkemedelskommittén i Västerbottens läns landsting.
8. Allmänmedicinskt Forum (2006), Symposier i sammandrag, Astra Zeneca.
9. Arman, Rebecka, FoU i Väst/GR Alingsåsstudie under arbete
10. Björkdahl, Sofia (2007), Upplevelser och uppfattningar om äldres läkemedelsanvändning bland brukare och personal Att ha full koll eller gapa och svälja, Ett Magisterarbete inom Biovetenskapliga läkemedelsprogrammet vid Sahlgrenska Akademin.
11. Strang Peter (2007), "Livsglädjen och det djupa allvaret" Natur&Kultur s.92.
12. Distriktsläkaren (2007), nr5/2007 s 7.
13. Skoglund I, Segersten K, Björkelund C (2007), GP's thoughts on prescribing medication and evidence-based knowledge: The benefit aspect is a strong motivator. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007; 25:98-104.
14. Dagens Medicin (2008), "Journaler skall kunna följas via nätet" Nr 6/2008 s.12.

Bilaga 1. Intervjufrågor

Frågor om distriktsläkares medicinförskrivning till äldre, 75+, våren 2007.

1. Ser Du några problem med förskrivning av läkemedel till äldre, 75+?
2. Läkemedelsförskrivning
 - A. Vad anser Du är god läkemedelsförskrivning?
 - B. Vad underlättar?
 - C. Finns hinder?
3. Hur får Du veta vilka mediciner patienten tar och hur?
4. Vilka överväganden gör Du vid nyinsättning av medicin?
Vad underlättar? Finns något som försvårar?
5. Vilka är Dina överväganden vid utsättande av medicin?
Finns något som underlättar utsättning?
6. Vilken betydelse har omständigheterna vid patientmötet för medicinförskrivning?
Vad underlättar? Hinder?
7. Påverkas läkemedelsval av den uppföljning som finns/väljs?
8. Finns etiska frågor Du brukar fundera över vid läkemedelsförskrivning till äldre?
9. Hur fungerar Din samverkan med andra professioner vid läkemedelsförskrivning till äldre?
Vad är till hjälp? Hinder?
10. Påverkar ekonomisk överväganden Din läkemedelsförskrivning?
11. När känner Du tillfredsställelse med äldres läkemedelsbehandling?
12. Har Din syn på läkemedelsförskrivning till äldre förändrats under Din tid som distriktsläkare?
13. Vad har vi inte pratat om som Du anser viktigt för Din läkemedelsbehandling av äldre?



FoU*väst* **GR**

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET
Besök Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 00
Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@grkom.se • **www**.grkom.se/fouivast