



Slutrapport

Rätt läkemedel



Slutrapport
Rätt läkemedel

2(39)
Diariernr:
Dok.nr:

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

Dokumenthistorik

Version	Datum	Kommentar	Handläggare

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

 Version: 1.0
Mallversion 0.4

1 Innehåll

2	UPPFATTAT RESULTAT I FÖRHÅLLANDE TILL FÖRVÄNTNINGAR PÅ PROJEKTET	4
3	SAMMANFATTNING	5
4	BAKGRUND.....	6
4.1	SYFTE, EFFEKTMÅL, PROJEKTMÅL.....	6
4.2	PROJEKTORGANISATION	8
4.3	HISTORIK.....	10
4.4	ANVÄNDA METODER.....	11
5	PROJEKTETS RESULTAT KONTRA PROJEKTMÅL.....	13
5.1	EFFEKTMÅL.....	13
5.2	PROJEKTRESULTATET.....	15
5.3	TIDPLAN.....	18
5.4	KOSTNADER.....	19
6	ERFARENHETER AV PROJEKTARBETET	19
6.1	FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGAR OCH REKOMMENDATIONER.....	21
7	UPPFÖLJNING AV EFFEKTMÅL	23
8	BILAGOR.....	25
8.1	BILAGA 1, KVALITATIV UPPFÖLJNING AV LÄKEMEDELSBERÄTTELSE	25
8.2	BILAGA 2, RESULTAT FRÅN UPPFÖLJNINGSSAMTALEN	26
8.3	BILAGA 3 MALLAR, SÖKORD OCH BLANKETTER I COSMIC I PROJEKT RÄTT LÄKEMEDEL	33

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

 Version: 1.0
Mallversion 0.4

2 Uppfattat resultat i förhållande till förväntningar på projektet

Måluppfyllnad av projektresultatet?				
Dåligt	Någorlunda	Bra	Mycket bra	Utmärkt
Höll tidplanen?				
Dåligt	Någorlunda	Bra	Mycket bra	Utmärkt
Höll ekonomin?				
Dåligt	Någorlunda	Bra	Mycket bra	Utmärkt
Höll kvaliteten?				
Dåligt	Någorlunda	Bra	Mycket bra	Utmärkt
Rätt resurser i tillräcklig mängd?				
Dåligt	Någorlunda	Bra	Mycket bra	Utmärkt
Projektorganisation				
Dåligt	Någorlunda Inte helt fungerande m styrgrupp och få deltagare i den.	Bra	Mycket bra Projektgruppens organisation.	Utmärkt
Projektstyrning				
Dåligt	Någorlunda	Bra	Mycket bra	Utmärkt (modellen)
Kommunikation inom och externt projektet				
Dåligt	Någorlunda	Bra Externt och med styrgrupp.	Mycket bra Internt i projektgruppen.	Utmärkt
Din bedömning av framgång i projektet				
Dåligt	Någorlunda	Bra	Mycket bra	Utmärkt

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

3 Sammanfattning

Projektet har i stort sett hållit tidplanen för införandet med undantag av att många uppföljningssamtal försenades. Det förklaras av byte av projektledare två gånger under projektets senare del, oförutsedd frånvaro av delprojektledare men också av att många verksamhetschefer varit svåra att nå för bokning av uppföljningssamtal. Detta ledde till beslut om senarelagd tidpunkt för projektslut (31 maj 2015 i stället för 31 december 2014). Slutrapporten bygger på en delslutrappport skriven av den första projektledaren, Carina Skoglund i maj 2014.

Arbetet i projektgruppen har varit effektivt med mycket kompetenta och engagerade projektdeltagare. Det har varit en fördel med lokala delprojektledare då dessa har "lokalkännedom" och förankring vilket skapat en legitimitet. Svårigheter med deltidsuppdrag är att då det som regel är fasta tider för att arbeta med projektet, medför det minskad flexibilitet för att till exempel träffa verksamheten. Region Östergötlands projektmodell har varit en mycket bra modell att följa.

En framgångsfaktor har varit tillgången till implementeringsexpert ihop med den samlade erfarenheten från projektdeltagarna i utformningen av införandeplanen. Ytterligare framgångsfaktor är att verksamhetschefen har haft rollen att vara tydlig i att detta ska införas på enheten och att delprojektledarna har varit stöd i införandet. Uppföljningssamtalen med alla verksamheter har fyllt en viktig funktion för att fånga upp förbättringsmöjligheter samt att komplettera och förtydliga tidigare information till verksamheten.

Projektmålen är i stort sett uppfyllda. Informations- och utbildningstillfällen har genomförts på kliniker och vårdcentraler enligt planen. Dock framkom det i samband med uppföljningssamtalen att många enheter inte var klara med sina lokala rutiner för läkemedelsgenomgång och –berättelse. Enheterna behöver också påminnas om att KVÅ-koda samt hitta rutiner för vårdadministratörer och sekreterare att utföra momentet. Uppföljning av antalet genomförda läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser mätt via KVÅ-kod visar att antalet har ökat stadigt under projektets gång men att det är en bit kvar till målet med andelen utskrivna patienter från slutna vård som får en läkemedelsberättelse. Det finns en stor variation mellan kliniker, på vissa kliniker får nästan samtliga patienter en läkemedelsberättelse medan på några kliniker inga patienter alls. Samma sak gäller för enkel läkemedelsgenomgång i primärvården.

Komplexiteten med många olika projekt med samtidigt breddinföranden utan en samlad bild av vilka de pågående projekten är, har varit en svårighet. Det behövs många gånger en interaktion mellan olika projekt vilket inte har varit möjligt. Önskvärt är att ha en samlad bild av vilka projekt som pågår inom ämnesområdet för att främja samverkan i aktiviteter, till exempel utbildning, som många gånger är gemensamma. Att slå ihop flera utbildningar till ett tillfälle kan, förutom att spara tid för både verksamheten och projekten, ge verksamheten större möjlighet att se sammanhanget än att bara få delarna, som det många gånger är idag.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

4 Bakgrund

Läkemedel är ett känt riskområde såväl i Östergötland som nationellt. Läkemedel kan orsaka sjuklighet som förutom patientens lidande också orsakar stora kostnader. Studier visar att 10-35 % av alla patienter över 65 år som söker sjukvård akut har drabbats av läkemedelsrelaterad sjuklighet (Socialstyrelsen 2010). Ungefär var femte äldre patient som söker sjukvård har biverkningar eller ogynnsamma effekter av sin läkemedelsbehandling. Den vanligaste orsaken är felaktig eller inaktuell ordination och bristande uppföljning (SBU 2009). När flera vårdutförare och vårdgivare samverkar kring patientens läkemedelsbehandling ställer det höga krav på tydlighet i kommunikation och informationsöverföring samt följsamhet till bestämda rutiner.

Läkemedel är ett prioriterat område i Region Östergötlands Målbild 2015. Nationella patientsäkerhetsstrategin samt överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre hade nationella indikatorer för läkemedel till och med år 2014. En viktig utgångspunkt för projektet är Socialstyrelsens författning 2012:9 om ändring i föreskrifterna och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården med krav på läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse.

4.1 Syfte, effektmål, projektmål

Syftet med projekt Rätt läkemedel är att införa regionövergripande arbetssätt och strukturer för att minska risken för undvikbara läkemedelsrelaterade problem. Projektet ska ge förutsättningar för en säkrare läkemedelsbehandling. Strukturer för detta är bland annat systematisk läkemedelsgenomgång, upprättad läkemedelsberättelse och korrekt läkemedelslista till patienten samt till andra vårdutförare och vårdgivare. Att patienten och vårdutförare får strukturerad information om läkemedelsbehandlingen ger större möjligheter till att läkemedelsbehandlingen får avsedd effekt och nytta för patienten.

Uppdragsgivare är vårddirektör och chefläkare Martin Magnusson.



Slutrapport
Rätt läkemedel

7(39)
Diariernr:
Dok.nr:

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

Effektmål

Minskad förskrivning av andelen olämpliga läkemedel till äldre - tre indikatorer. Mätning 2015.

Indikatorer från överenskommelsen om Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Målvärde beslutades 13 maj 2014 och är en minskning från andelen i januari 2014.

Patientupplevd kvalitet avseende läkemedel. Mätning 2015 och 2016.

PUK index för frågorna om läkemedel i alla nationella patientenkäter.
Målvärde: 10 % förbättrat PUK index i varje enkät.

Andel utskrivna patienter från slutenvården med läkemedelsberättelse mätt via KVÅ-kod.

Målvärde: > 50 % december 2015.

Mot bakgrund av att många enheter inom slutenvård inte fått in rutinen att KVÅ-koda beslutade styrgruppen den 3 juni 2015 att ändra målvärdet från > 75 % till >50 %. Dessutom läggs frasen "mätt via KVÅ-kod" till i effektmålet.

Projektmål

P1: Publicerade riktlinjer; Läkemedelsgenomgång, enkel och fördjupad samt Läkemedelsberättelse respektive Ansvar för den samlade läkemedelslistan.

P2: Införd metod och rutiner för läkemedelsberättelse till patient och övertagande vårdutförare/vårdgivare.

P3: Införda rutiner för läkemedelslista till patient och övertagande vårdutförare/vårdgivare.

P4: Införd metod och rutiner för enkel- respektive fördjupad läkemedelsgenomgång.

P5: Infört utbildningsmaterial för kompetensutveckling av nya medarbetare såväl som kontinuerlig kompetenssäkring för läkare och sjuksköterskor avseende läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse.

P6: En införd modell för kvantitativ uppföljning av följsamheten till regionövergripande riktlinjerna på lokal och landstingsövergripande nivå

P7: En införd modell för kvalitativ uppföljning av följsamheten till regionövergripande riktlinjerna på lokal och landstingsövergripande nivå.

P8: Förslag för uppföljning, analys och initiering av åtgärder avseende inrapporterade läkemedelsavvikelser i Synergi.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

 Version: 1.0
Mallversion 0.4

4.2 Projektorganisation

Projektgrupp

Namn	Roll i projektet	Omfattning	Ordinarie funktion/organisation
Carina Skoglund	Projektledare t o m 2014-05-16 Uppdrag enl. projektmodellen. Ansvarig för aktiviteter gällande framtagande av riktlinjer, uppföljning, patientmedverkan, förvaltningsmodell för projektet och Läkemedelsavvikelser i Synergi. Delprojektledare för genomförande i västra länsdelen.	100 %	Verksamhetsutvecklare UPE
Salumeh Bastami	Projektledare 2014-05-19 - 2015-09-30 Samverkan med DP framför allt i centrala länsdelen enligt införandemodellen. Sakkunnig generellt inom läkemedelsområdet. Kvalitativ uppföljning.	40 % från dec 2013 (varav 20 % t o m 30/6) 50 % hösten 2014.	Apotekare/ verksamhetsutvecklare UPE
Eva Malmberg	Projektledare 22 oktober 2014 till och med projektets slut. Sakkunnig generellt inom läkemedelsområdet och utgör ett stöd i t ex sakfrågor till delprojektledarna. Utformning av riktlinjer och mallar, utbildare i metod, framtagande av utbildning.	10 % april-maj 2013, därefter 20 %. 40 % fr o m 1 november 2014.	Apotekare Klinisk farmakologi, DC
Emma Halme	Dokumentation inkl. termer i Cosmic (i samverkan med Termgruppen). Utbildning lokal förvaltning. Kontaktperson till ITC och bevakning av andra projekt t ex IX3.	10-15 % t o m juni 2014.	Verksamhetsutvecklare UPE

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

 Version: 1.0
Mallversion 0.4

Namn	Roll i projektet	Omfattning	Ordinarie funktion/organisation
Elisabeth Gustafsson	Delprojektledare (DP) östra länsdelen. Ansvarar för genomförandet i länsdelen. Dialog med klinikledning, lägger upp tidplan för införande i länsdelen, stöd vid införandet såsom information/utbildning med fokus på metoden (lokal förvaltning utbildar i Cosmic), uppföljning av införandet enl införandemodellen.	40 % t o m sept 2014. se sept	Apotekare NSÖ
Matilda Markström	Delprojektledare (DP) centrala länsdelen.	40 % under 2013 och 2014 med undantag 80 % sept 2014, 60 % okt 2014	Sjuksköterska NSC
Ulf Rosenqvist	Sakkunnig metod och "ambassadör".	5-10 %	Överläkare MSK NSV
Salvatore Ascione	Medverka i planering av införandet inom primärvården. "Ambassadör".	5-10% från mars 2014	Distriktsläkare VC Vikbolandet NSÖ
Vakant (Tillsattes aldrig)	Sakkunnig metod. Medverka i planering och införandet inom primärvården. Hemsjukvårdsperspektiv.	10-20 %	Distriktsköterska/sjuksköterska
Siv Carlfjord	Sakkunnig implementering		Postdoktor Linköpings universitet IMH
Adj Bodil Knuthammar	Sakkunnig/strateg kommunikation.	Avropas vid behov fr o m feb 2014	Kommunikatör Kommunikationsenheten
Adj Göran Carlzon	Framtagande kommunikationsplan, "Goda exempel"	10 -15 % HT 2013 ca 5 % VT 2014	Kommunikatör Erichs Communications AB

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

4.3 Historik

Pilotstudie

En pilotstudie genomfördes vårvintern 2013 och det var innan projektet var igång med projektgrupp och styrgrupp. Arbetsgruppen som tagit fram förslaget till riktlinjer för läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse, sökord för dokumentation i Cosmic samt drivit pilotprojektet upplöstes i samband med utvärderingen av piloten och projekt Rätt läkemedel övertog resultatet från piloten. Utifrån detta reviderades och fastställdes riktlinjerna och sökorden. En modifierad variant av förstudie genomfördes av projektledaren på våren 2013. Projektgruppen startade skarpt i augusti 2014 och började då med att tidsplanera och ta fram bland annat införandemodell och material för utbildning i metod.

Deltagare i projektgrupp

Det var omöjligt att få delprojektledare från västra länsdelen varpå projektledaren tog uppdraget inom tidsramen som var avsatt tid som projektledare. Resursberäkningen visade att centrala länsdelen med fler enheter behövde mer än 40 % för att klara tidplanen varför den avsatta resursen på 20 % för västra länsdelen plus ytterligare 20 % från december 2013 i huvudsak lades på införandet i centrala länsdelen med en apotekare från Utvecklings- och patientsäkerhetsenheten.

När det var dags att ta in deltagare från primärvården var det också svårt. I projektgruppen ingick en distriktläkare som i huvudsak var med på distans men projektet lyckades inte att få med någon distriktsköterska eller sjuksköterska i projektgruppen.

Aktiviteter/leveranser

Alla aktiviteter har inte införts utifrån de ursprungliga idéerna, till exempel lathund i fickformat, då pilottest visade att det för tillfället inte fanns behov av det. En lathund i större format finns publicerad på hemsidan.

Kommunikationsplan för Samordningsgrupp Läkemedel i Östergötland togs bort som aktivitet/leverans enligt beslut i styrgruppen den 17 december 2013. Detta med anledning av att projektets kommunikationsplan var försenad bland annat beroende på att den externa kommunikatören behövde tid för att sätta sig in i sakområdet samt få förståelse för Region Östergötlands struktur. Under projektets senare del har istället en intern kommunikatör anlitats.

Privata vårdgivare

Initialt "glömde" projektet bort att räkna in alla vårdgivare med vårdavtal som var berörda av läkemedelsgenomgångar. En anledning till detta var att projektet inte kände till alla vårdgivare och

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

visste inte hur projektet i kunde få information om vilka som skulle ingå. Det var mer av en slump i samband med annat uppdrag som dessa identifierades. Konsekvens av detta blev att dessa vårdgivare inte fick information lika tidigt i införandet som verksamheter inom Region Östergötland.

KVÅ-kodning

Initialt var det inte känt att det skulle komma nya åtgärds-koder (KVÅ-koder) varför det hade tagits fram fasta val i kronologiska journalen i Cosmic i syfte att kunna följa upp kvantitativt. När det för projektet blev känt att koder från Socialstyrelsen för läkemedelsgenomgång skulle införas från årsskiftet påbörjades samarbete med Sjukdomsklassifikationsgruppen och förslag till riktlinje togs fram. Då blev det också känt att det skulle finnas åtgärds-kod för läkemedelsberättelse. Vidare skapades för Östergötland en åtgärds-kod för förberedelse av läkemedelsgenomgång för sjuksköterskans och apotekares åtgärds-kodning. I samband med detta togs de fasta valen i kronologiska journalen bort. CI-rapporter över antal åtgärds-koder fanns redan och kompletterades från årsskiftet med de nya åtgärds-koderna och beställning lades på att få på andel. Det har dröjt med att få de nya CI-rapporterna, men precis i samband med projektets slut blev rapporterna klara. Långsam handläggning för skapande rapporter är ett generellt problem har inte kunnat påverkas av projektet. Byten av projektledare har sannolikt också bidragit till att projektet inte drivit på ordentligt.

4.4 Använda metoder

Projektmodell

Region Östergötlands projektmodell har varit mycket bra att följa och har till stor del följts förutom WBS, nättdiagram och osäkerhetsanalys då utbildning i metodiken skedde efter projektstart. Projektet kunde naturligtvis ha genomfört detta vid ny beräkning av resurser men valde att fortsätta med den metod vi hade från början. Om vi hade haft det med från början hade sannolikt del av resursfördelningen sett annorlunda, till exempel att mer tid lagts under tidig höst 2013 på den som var ansvarig för framtagande av utbildningsmaterial så att det hade funnits utbildningsmaterial tidigare under hösten.

IT-stödet Antura samt alla mallar enligt projektmodellen har använts i syfte att underlätta det administrativa projektarbetet och skapa ordning och reda.

Det genomfördes ingen förstudie innan projektbeslut dock genomfördes en modifierad variant, under våren innan projektgruppen bildades. Omvärldsbevakning (till exempel andra pågående projekt) var en väsentlig del i förstudien och mycket bra underlag till projektplanen.

”Projektdirektiven” kom först och sedan ”förstudien” och det var då redan bestämt med resurser,

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

 Version: 1.0
Mallversion 0.4

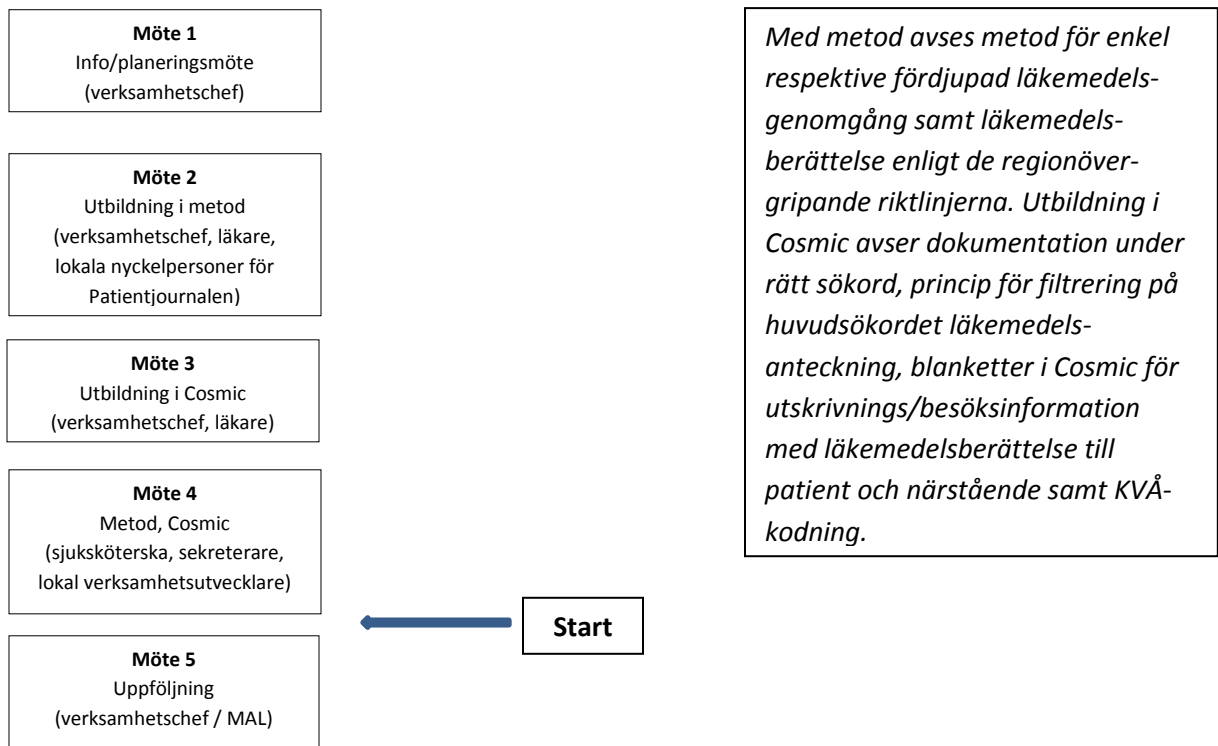
detta ändrades under hösten utifrån den resursberäkning som gjordes. Tidredovisning för varje enskild deltagare har inte gjorts och det hade varit bra om inte annat för framtida beräkning av liknande projekt.

Många delar till exempel förslag till riktlinjer, pilottest av sökorden i Cosmic var gjort eller påbörjade innan projektstart och projektet "övertog" detta arbete. Detta var både bra och mindre bra. Mycket bra att arbetet var påbörjat och flera sakkunniga som deltog i det arbetet sedan ingick i projektgrupp eller referensgrupp. Mindre bra var att piloten mest blev ett test av Cosmic och inte så mycket av riktlinjerna, vilket projektet hade behövt. Vidare att projektledaren inte hade deltagit i de diskussioner som förts och som i delar "levde" kvar. Det hade varit bra om en ny pilot hade genomförts men där hade projektet tiden mot sig. Vissa delar har dock testats i liten skala, till exempel lathund, dikteringsmall och mall för uppföljningssamtal.

Projektet startade innan det fanns en styrgrupp vilket inte var optimalt. Styrgruppen har också varit ofullständig avseende mottagare, vilket inte varit bra då det behövts för kommunikation i olika forum till exempel på centrumnivå.

Införandemodell

Flödesschema införandemodellen:



Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

 Version: 1.0
Mallversion 0.4

Övrigt

Strategin i projektet har varit att vara lyhörd för verksamhetens behov men samtidigt att vara tydlig med att varje verksamhet inte får förändra vare sig metod eller dokumentation utifrån sin egen verksamhets rutiner. Projektet har tagit till sig verksamhetens synpunkter och dokumenterat synpunkterna dels för att kunna omvärdera och förändra under projektets gång, men också för att samla in synpunkter och förmedla vidare till förvaltningen för Patientjournalen och förvaltningen av processer för läkemedelsgenomgångar och –berättelse. I projektet har det varit en öppenhet med information på hemsidan som kan underlätta, till exempel länkar till aktuella riktlinjer och bildspel.

5 Projektets resultat kontra projektmål

5.1 Effektmål

Minskad förskrivning av andelen olämpliga läkemedel till äldre- 3 indikatorer. Mätning 2015
Indikatorer från överenskommelsen om Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.
Målvärde beslutades 13 maj 2014 och är en minskning från andelen i januari 2014.

Olämpliga läkemedel, andel personer ≥75 år i Östergötlands län	jan 2014	9,7 %
	jan 2015	9,2 %
Antiinflammatoriska läkemedel, andel personer ≥75 år i Östergötlands län	jan 2014	2,1 %
	jan 2015	1,9 %
Antipsykotiska läkemedel, andel personer ≥75 år i Östergötlands län	jan 2014	1,8 %
	jan 2015	2,0 %

Arbetet med att minska andelen olämpliga läkemedel för äldre var i delar påbörjat innan projektet startade. Dessa effektmål utgår från nationella satsningen Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre varför resultatet som mäts 2015 inte enbart kan tillskrivas detta projekt. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser gällande läkemedelsbehandlingar 2014 ligger Östergötland sämre till jämfört med genomsnittet för riket när det gäller andel personer >75 år med olämpliga läkemedel. För antiinflammatoriska läkemedel och antipsykotiska läkemedel tillhör Östergötland däremot de landsting som har allra lägst andel. Under senare år har användningen av dessa läkemedel stadigt minskat. Ett exempel är att andelen olämpliga läkemedel i riket har minskat från



Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

14 till 8,5 % i riket mellan åren 2005 och 2013. Det är möjligt att det finns en nedre "gräns" för vilken nivå som kan uppnås och att vissa landsting eller regioner börjar närma sig den nivån.

Patientupplevd kvalitet avseende läkemedel. Mätning 2015 och 2016.

PUK index för frågorna om läkemedel i alla nationella patientenkäter.

Målvärde: 10 % förbättrat PUK index i varje enkät.

Resultaten från kommande patientenkäter som besvaras hösten 2015 respektive 2016 kommer att studeras. PUK-index för de läkemedelsrelaterade frågorna har hittills legat sämre för Östergötland jämfört riket. Detta gäller främst frågan *Berättade läkaren för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?* De två andra frågorna i enkäten som rör läkemedel är *Frågade läkaren eller någon annan ur personalen dig om andra läkemedel som du använder* och *Förklarade läkaren eller någon annan ur personalen varför du skulle ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?*

En förutsättning för att nå målet är att verksamheterna utvecklar sitt arbetssätt. Många verksamheter har tidigare gjort en genomgång av läkemedelslistan utan att patienten varit närvarande och bedömt att de genomfört en läkemedelsgenomgång. Nya metoden kräver att det görs i dialog med patienten och därmed bör resultatet avspeglas med ett högre värde i patientenkäterna. Möjligtvis kan det bli svårare att förbättra index för frågan som rör biverkningar, eftersom projektet inte specifikt lyft fram samtal med patient kring biverkningar.

Andel utskrivna patienter från slutenvården med läkemedelsberättelse mätt via KVÅ-kod.

Målvärde: > 50 % december 2015.

Mätning på regionövergripande nivå är gjord för april 2015 och andelen var 22 %. I samband med kvalitativ uppföljning av läkemedelsberättelse i samband med markörbaserad journalgranskning jan – juni 2014 bestämdes andelen utskrivna patienter med läkemedelsberättelse till 33 %. Mätningen baserades då i stället på skrivna läkemedelsberättelser till patient sparad som journalanteckning i Cosmic. Under samma period kunde andelen skrivna läkemedelsberättelser mätt via KVÅ-kod bestämmas till 12 %. I samband med uppföljningssamtalen framkom att många opererande enheter skriver läkemedelsberättelser utan att KVÅ-koda. Detta sammantaget talar för att det skrivs fler läkemedelsberättelser än vad den kvantitativa uppföljningen via KVÅ-kod visar.

Att nå målet för läkemedelsberättelse kräver aktiva verksamhetschefer som regelbundet följer upp att läkemedelsberättelser skrivs. Det har inte varit möjligt för enskild enhet att få ut data på andel förrän maj 2015.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

5.2 Projektresultatet

P1: Publicerade riktlinjer; Läkemedelsgenomgång, enkel och fördjupad samt Läkemedelsberättelse respektive Ansvar för den samlade läkemedelslistan.

Genomfördes i juni 2013 och därefter har ytterligare två riktlinjer tillkommit; Enkel läkemedelsgenomgång inom hemsjukvård samt KVÅ-kodning av Läkemedelsgenomgång, enkel- och fördjupad samt Läkemedelsberättelse.

P2: Införd metod och rutiner för läkemedelsberättelse till patient och övertagande vårdutförare/vårdgivare.

Samtliga enheter har fått utbildning i metod för läkemedelsberättelse enligt införandeplanen. Uppföljningssamtal har genomförts på samtliga enheter inom slutenvård där det är krav på läkemedelsberättelse. Samtalen visade att 53 % av enheterna har upprättat en lokal rutin för läkemedelsgenomgång och –berättelse. I samband med uppföljningssamtalen framkom att flera enheter inte förstått syftet med en lokal rutin och många verksamhetschefer visste inte hur de skulle få tillgång till mallen för lokal rutin. Förhoppningsvis har fler enheter upprättat lokal rutin efter uppföljningssamtalen.

Enligt resultat från markörbaserad journalgranskning jan – juni 2014 hade läkemedelsberättelse skrivits till 33 % av granskade patienter. Några kliniker hade fortfarande inte fått utbildning vid tidpunkten för journalgranskningen, och det kan inte förväntas att dessa kliniker skulle skriva läkemedelsberättelse. Några av de granskade patienterna skrevs sannolikt inte ut från slutenvård till hemmet eller Säbo utan de flyttades över till annat sjukhus. Dessa patienter förväntades inte få en utskriven läkemedelsberättelse i samband med byte av sjukhus. Motsvarande siffra hämtad från CI (KVÅ-kodning) var 12 %. Att flera kliniker skrev läkemedelsberättelse till patient utan att KVÅ-koda kan vara en förklaring till den stora diskrepansen mellan mätning via journalgranskning och KVÅ-kodning.

Andelen läkemedelsändringar som motiverades i läkemedelsberättelsen var 56 %. I samband med granskningen skulle motiveringen finnas i själva rutan för Läkemedelsberättelse för att det skulle räknas som att det fanns en motivering till aktuell läkemedelsändring. Det är möjligt att motiveringen i vissa fall framgick på annat ställe i blanketten *Utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse* till exempel under *Vårdförlopp*.

P3: Införda rutiner för läkemedelslista till patient och övertagande vårdutförare/vårdgivare.

Samtliga enheter har fått utbildning i metod för läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse enligt införandeplanen, med undantag för en vårdcentral där utbildning inte har genomförts för sjuksköterskor och sekreterare. I samband med att en läkemedelsgenomgång eller läkemedelsberättelse görs ingår det att uppdatera läkemedelslistan och överlämna ett exemplar till patient och närstående. I samband med kvalitativ utvärdering av läkemedelsberättelse jan – juni 2014 var rutan "uppdaterad läkemedelslista bifogad" ikryssad i 72 % av fallen då läkemedelsberättelser skrevs.

P4: Införd metod och rutiner för enkel- respektive fördjupad läkemedelsgenomgång.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

Samtliga enheter har fått utbildning i metod för enkel- respektive fördjupad läkemedelsgenomgång enligt införandeplanen, med undantag för en vårdcentral där utbildning inte har genomförts för sjuksköterskor och sekreterare. Uppföljningssamtal har genomförts på samtliga enheter utom fyra stycken. Samtalen visade att 53 % av enheterna har upprättat en lokal rutin för läkemedelsgenomgång och –berättelse. I samband med uppföljningssamtalen framkom att flera enheter inte förstått syftet med en lokal rutin och många verksamhetschefer visste inte hur de skulle få tillgång till mallen för lokal rutin. En del enheter hade uppfattningen att det inte behövdes någon lokal rutin för till exempel läkarna utförde samtliga moment.

P5: *Infört utbildningsmaterial för kompetensutveckling av nya medarbetare såväl som kontinuerlig kompetenssäkring för läkare och sjuksköterskor avseende läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse.*

E-utbildningar för enkel- respektive fördjupad läkemedelsgenomgång samt läkemedelsberättelse är klara och kommer att publiceras på Kompetensportalen senast den 1 september 2015. E-utbildningen Enkel läkemedelsgenomgång tar högst 20 minuter, Fördjupad läkemedelsgenomgång högst 15 minuter och Läkemedelsberättelse högst 15 minuter. Samtliga utbildningar innefattar metod enligt riktlinjen samt dokumentation och KVÅ-kodning i patientjournalen. Det finns ett antal kontrollfrågor att svara på och kommentarer till svarsalternativen. E-utbildningarna vänder sig i första hand till nyanställda som inte har kännedom om det regionövergripande arbetssättet. Vid större ändringar i e-utbildningen kan de även användas som kontinuerlig fortbildning då de är relativt korta och då det är möjligt att göra endast en utbildning, till exempel den för läkemedelsberättelse.

P6: *En införd modell för kvantitativ uppföljning av följsamheten till de regionövergripande riktlinjerna på lokal och landstingsövergripande nivå.*

Färdig modell för kvantitativ uppföljning med åtgärds-koder (KVÅ-koder) fanns från och med årsskiftet 2013/14. Det dröjde dock till maj 2015 innan CI-rapporterna för andel patienter var färdiga. Fördröjningen av CI-rapporterna för andel patienter har medfört att verksamheterna inte helt har kunnat följa resultatet effektivt till exempel via Lean-tavlor. Dessutom blev det svårare för delprojektledarna att få en bra dialog kring följsamheten till riktlinjerna i samband med uppföljningssamtalen.

I CI-rapporten för andel patienter som fått enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång i öppen vård relaterar man antalet läkemedelsgenomgångar till antalet öppenvårdskontakter med läkare. Förvaltningen behöver följa upp vad som avses med öppenvårdskontakter och om administrativa vårdkontakter är inkluderade.

Ett stort ansvar vilar på verksamhetscheferna att följa upp följsamhet till både metod och dokumentation inklusive KVÅ-kodning. En del verksamheter hade ingen tidigare rutin att åtgärds-koda och dessa har upplevt större svårigheter. Vidare har en del uppfattat att uppföljningen inte är för deras egen verksamhetsuppföljning utan som ett "ovanifrån beslut" kopplat till ekonomisk ersättning. Detta kan förmodligen i delar tillskrivas att nya åtgärder med strukturerad

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

uppföljning ofta kopplas till ekonomisk ersättning samt att projektet inte lyckats förmedla syftet med resultatuppföljningen. I samband med uppföljningssamtalen framkom att en del kliniker skriver läkemedelsberättelse till majoriteten av utskrivna patienter, men att KVÅ-kodning för Läkemedelsberättelse inte sker. Projektets modell för kvantitativ uppföljning visar då ett falskt lågt värde. Det ska sägas att verksamhetschefer också välkomnat att det på ett enkelt sätt går att få fram rapporter över enhetens följsamhet till att till exempel skriva ut blanketten för utskrivningsinformation med läkemedelsberättelser.

Den stora diskrepansen mellan andelen utskrivna patienter med läkemedelsberättelse då andelen bestämdes genom att titta på KVÅ-kodning via CI respektive att titta på sparade blanketter för Utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse via journalgranskning, tyder på att många enheter skriver läkemedelsberättelse till patient utan att KVÅ-koda. Den allmänna uppfattningen fick även projektledaren i samband med uppföljningsmötena.

I samband med uppföljningssamtalen identifierades någon enstaka enhet som KVÅ-kodade för läkemedelsberättelse då det skrevs i epikrisen utan att läkemedelsberättelse skrevs till patienten, vilket ger ett falskt för högt värde. Det är viktigt att riktlinjen för KVÅ-kodning av läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse blir känd så att alla uppfyller kriterierna för att KVÅ-koda.

P7: En införd modell för kvalitativ uppföljning av följsamheten till riktlinjerna på lokal och regionövergripande nivå.

Kvalitativ uppföljning av läkemedelsberättelse testades första halvåret 2014 i samband med markörbaserad journalgranskning på sjukhusnivå samt lokal granskning inom NSÖ. Styrgruppen beslutade i december 2014 att den förstnämnda modellen kommer att användas efter projektets slut men att ett halverat antal journaler (540 stycken per år) kommer att granskas i samband med markörbaserad journalgranskning på sjukhusnivå. Modellen bestämmer andel läkemedelsändringar med motivering i epikrisen, andel läkemedelsberättelser med plan för uppföljning av läkemedelsändringar samt andel läkemedelsberättelser med ikryssad ruta "uppdaterad läkemedelslista bifogad" som ett mått på om patienten erhållit en läkemedelslista (bilaga 1).

Annan kvalitativ uppföljning har inte varit möjlig att genomföra inom ramen för projektiden utan i det förslag till förvaltning av processer för läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse som projektet tagit fram, står att förvaltningsledaren bevakar metoder för kvalitetsgranskning av läkemedelsgenomgång. Tack vare finansiering från en nationell forskningsfinansier kommer ett doktorandprojekt med syfte att utvärdera implementeringen av de regionövergripande riktlinjerna för läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser att genomföras. Doktoranden är antagen vid Avdelningen för Samhällsmedicin, IMH, Linköpings universitet. Projektet förser doktoranden med data (efter godkännande från verksamheterna) men doktorandprojektet kommer att genomföras på egen hand och efter att projekt Rätt läkemedel har avslutats.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

P8: Förslag för uppföljning, analys och initiering av åtgärder avseende inrapporterade läkemedelsavvikelser i Synergi.

Förslaget är att det integreras i projektet gällande kvalitetssäkring av läkemedelshantering. Förslag är lämnat till styrgruppen i april 2014 och fortsatt handläggning med införande är överlämnad till Samordningsgrupp Läkemedel i Östergötland (SLÖ) 13/5 2014 och därmed är det projektresultatet uppfyllt.

5.3 Tidplan

Kommunikationsplanen

Det har varit en del avvikelser från kommunikationsplanen. Dels blev hela planen fördröjd och det får i stora delar tillskrivas att projektet inte beräknade tillräckligt med tid för den externa kommunikationen att sätta sig in i såväl ämnesområdet som regionens struktur. Genomgång av 1177 med komplettering av regionövergripande information har fördröjts bland annat för att kunna synka detta med patientmedverkan och revidering av broschyren *Att tänka på dina läkemedel*. "Goda exempel" med publicering på Lisa har fördröjts då det har varit svårigheter att boka tid med intervjupersonerna samt missförstånd hur aktiviteterna skulle genomföras. Totalt tre reportage har publicerats på Lisa, vilket är något färre än planerat. Ytterligare en avvikelse från kommunikationsplanen är att få eller inga kontakter med media har tagits. En bidragande orsak till det är byte av projektledare vid två tillfällen samt att en av delprojektledarna var frånvarande under projektet senare del.

Införandet i verksamheterna

I huvudsak har planen för införandet följts. Projekttiden förlängdes dock och pågick till och med maj 2015 i stället för december 2014, detta mot bakgrund av byte av projektledare två gånger samt oförutsedd frånvaro för en av delprojektledarna. Under 2015 arbetade endast projektledaren i projektet. Ett stort antal uppföljningsmöten på både kliniker och vårdcentralen blev försenade i ena länsdelen på grund av detta. Det resulterade i att många uppföljningsmöten genomfördes nästan ett år efter utbildningstillfällena i stället för två månader som planerat. Införandet har gått långsammare än planerat på de opererande enheterna på US. Det har uppstått frågor kring ansvar för patientens läkemedelslista och några verksamhetschefer från dessa enheter deltog i samband med ett extra diskussionsmöte med ordförande i läkemedelskommittén och projektledaren. Hösten 2014 gjordes en förändring av tidplanen utifrån andra projekt och projektet valde att påskynda införandet i primärvården.

Tidsåtgången har varierat och mer tid har gått åt i perioder framför allt för de med flexibel arbetstid i sitt ordinarie uppdrag och således möjlighet att ha möten alla arbetsdagar. Mest tid har generellt

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

sett gått till att få tag på verksamhetschefer och boka tid för möten. Det är sårbart att ha deltidspartagare som är bundna till särskilda dagar och det gäller att ha back up så att annan i projektet kan ta möten på de andra veckodagarna, om verksamheten inte kan erbjuda annan tid.

Vidare har det varit avvikelser från planen för utbildning i Cosmic och då framför allt avseende privata utförare som inte har samma organisation som Region Östergötland och där projektet initialt bara utgick från Region Östergötland, vilket var felaktigt. Projektet har då haft extrainlagd utbildning för privata utförare vilket möjliggjordes tack vare flexibilitet hos projektets utbildningsansvarige.

5.4 Kostnader

En grov uppskattning av kostnaderna för projektet visar på ett litet överskott. Kostnaden för interna resurser (projektledare och medlemmar i projektgruppen) blev något lägre än beräknat, detta trots att projekttiden förlängdes. Detta förklaras delvis av lägre kostnad (tid) för projektledare under projektets sista år. Kalkylen för bland annat utbildning, resor och konferenser var i överkant. Vissa delar har projektledaren erhållit i samband med tjänsten på ordinarie arbetsplats. Kostnaden för extern kommunikator blev högre än kalkylen beroende på att det tog längre tid än beräknat att ta fram kommunikationsplanen. Under projektets sista år utnyttjades intern kommunikator från Kommunikationsenheten vilket innebar lägre kostnader än beräknat. Under 2013 fanns inte möjlighet att samarbeta med Kommunikationsenheten på grund av begränsade resurser.

6 Erfarenheter av projektarbetet

Projektmodellen, projektgruppen

Att följa projektmodellen har gett en styrka med strukturen och det har underlättat med alla dokumentmallar. Antura har varit mycket bra att använda och ha alla dokument samlade, att kunna se ärenden och aktiviteter och att få ut rapporter med alla kommentarer och därmed få en bra bild av införandets olika delar. Alla projektdeltagare och styrgruppsdeltagare har dock inte utnyttjat Antura i önskad omfattning varför många dokument ändå skickats via e-post. Antura har varit en förutsättning för att projektet skulle kunna leva vidare i samband med byte av projektledare två gånger.

Det har varit en fördel med lokala delprojektledare (DP) då dessa har "lokalkännedom" och förankring vilket skapar en legitimitet. Att ha lokala DP innebar också färre resor och därmed mer tid åt projektet. Svårigheter med deltidsuppdrag är att det då som regel är fasta tider för att arbeta

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

med projektet vilket medför minskad flexibilitet för att träffa verksamheten och sårbarhet vid frånvaro att hitta nya mötestider.

Det har varit en kompetent och engagerad projektgrupp med en bra kombination av kompetenser och en bra gruppdynamik för stöd i sakfrågor och vid hinder. Det hade varit önskvärt med mer aktiv läkarmedverkan i projektgruppen. Samarbetet har varit mycket bra men har företrädesvis skett via mejl vilket inte möjliggör mer fruktsamma diskussioner och lösningar i samband med att frågor diskuteras på projektmöten. Tanken med aktiv läkarmedverkan var också att dessa skulle fungera som ambassadörer vid träffarna med läkarna, där det ibland funnits behov av någon med erfarenhet av enkel läkemedelsgenomgång kunnat ge konkreta tips. Verksamhetscheferna har generellt sett tagit stort ansvar då metoderna och strukturen har ifrågasatts men har kanske inte alltid själva haft kompetensen att kunna besvara vissa frågor och kunnat ge konkreta exempel från vardagen. Dock har medicinskt ansvarig läkare eller klinikens kontaktperson (främst läkare) ofta kunnat besvara frågor. 70 % av tillfrågade enheter svarade att stödet från delprojektledaren varit bra. Några enheter uttryckte att de efterlyste "goda exempel" från andra verksamheter på rutiner för läkemedelsgenomgångar. Det är möjligt att en läkare som ambassadör hade kunnat tillgodose det önskemålet.

Införandemodellen

Införandemodellen fördelat på fyra till fem möten och dess innehåll med stöd i implementeringsforskningen bedöms som framgångsrik. I samband med uppföljningssamtalet ställdes frågan *Hur ser du på införandet?* 75 % av enheterna svarade att det har fungerat bra medan 25 % ansåg att det kunde ha gjorts annorlunda. Några påpekade att de hade önskat att vara mer delaktiga i själva upplägget av projektet. Att delprojektledaren kom till enheten och diskuterade på plats ansåg flera vara en styrka. Likaså att informationen var uppdelad på flera möten. Många enheter valde dock av tidsskäl att slå samman möte 2 och 3. Uppföljningsmötet med verksamhetschefen eller medicinskt ansvarig läkare ansåg flera vara speciellt värdefullt – det blev ett bra tillfälle att ställa frågor samt att förtydliga rutiner för till exempel dokumentation och KVÅ-kodning.

Det hade nog rent strategiskt varit bättre att börja breddinförandet i primärvården men nu tvingades projektet att börja i sjukhusvården dels med anledning av krav på läkemedelsberättelser i nationella satsningen för patientsäkerhet och dels på grund av hemsjukvårdsreformen.

41 % av tillfrågade enheter kände att de inte haft något inflytande alls över införandet och lika stor andel upplevde att de i någon mån haft inflytande. Ungefär hälften av alla tillfrågade svarade dock att de trots allt är ganska nöjda eller helt nöjda med det inflytande de har haft. En del påpekade att tiden inte tillåter att engagera sig allt om projektet och att det ibland kan vara bra att regionövergripande rutiner skapas. Projektgruppen hade dock gärna sett större inslag av läkar- och



Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

sjuksköterskemedverkan och projektledaren lade mycket tid på att hitta representanter utan önskvärt resultat. Mer resultat från uppföljningssamtalen finns i bilaga 2.

Övrigt

Att anlita externa kommunikatörer har både för- och nackdelar. En fördel kan vara att de inte hade vissa förutfattade bilder av Region Östergötland, medan det var en nackdel att de inte var insatta i organisationen och det hade varit en fördel om viss förkunskap funnits om sakområdet. Att inhämta denna kunskap fördröjde i delar arbetet med kommunikationsplanen och därmed att komma igång med aktiviteterna som i vissa avseenden skulle igång mycket tidigare.

Det har varit tidskrävande att vädja till verksamhetschefer att frikoppla medarbetare för att arbeta i projektet. Generellt är det svårt att koppla loss medarbetare från ordinarie verksamhet. Svårigheten hänger sannolikt ihop med att många projekt bedrivs samtidigt och att alla ska bemannas med medarbetare från vårdverksamheten. Överlag har det tagit en hel del resurser i anspråk att få kontakt med chefer och boka tider för utbildning, vilket medfört att tiden för införandet från start till slut för vissa enheter har varit väldigt lång.

Det har varit mycket bra samverkan med Termgruppen och systemförvaltningen för Patientjournalen. Det har varit mycket bra att ha en projektdeltagare med Cosmic- och verksamhetskunskap som handlagt IT-frågorna. Erfarenheter och förbättringsförslag för Cosmicdelen återfinns i *Mallar, sökord och blanketter i Cosmic i projekt Rätt läkemedel* bilaga 3. Resultat från uppföljningssamtalen gällande Cosmicfrågor finns i bilaga 2.

Det hade varit bra att ha tidredovisning och stämma av kontinuerligt. Det har varit ett personligt ansvar att fördela sin tid och alla har tagit fullt ansvar för detta men det hade varit enklare att räkna ut resurstillgång kontinuerligt.

6.1 Förslag till förbättringar och rekommendationer

Komplexiteten med många olika projekt med samtida breddinföranden utan en samlad bild av vilka de pågående projekten är, har varit en svårighet. Det behövs många gånger en interaktion mellan olika projekt men om det inte är känt vilka det är, blir det svårt. Önskvärt är att ha en samlad bild av vilka projekt som pågår inom ämnesområdet för att främja samverkan i aktiviteter som många gånger är gemensamma, till exempel utbildning. Att slå ihop flera utbildningar till ett tillfälle kan, förutom att spara tid för verksamheten och projekten, ge verksamheten större möjlighet att se sammanhanget i stället för varje del för sig.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

Många samtidiga projekt som ska ut i verksamheten innebär också mycket information som ska ut och då inte minst via cheferna. Det är önskvärt med mer enhetliga rutiner för informations-spridning och stöd i hur information bäst ska spridas och finnas tillgänglig. I samband med uppföljningssamtalen underströk flera verksamhetschefer att enheten var involverad i för många projekt samtidigt vilket resulterade i tidsbrist och att de inte kände sig nöjda med projektresultaten.

Bättre projektöverblick och samordning kan förhoppningsvis utvecklas med projektkontor på både region- och på centrumnivå. Antura kan förmodligen också underlätta så att det går att se när andra projekt till exempel påbörjar breddinförandet och vilka utbildningsinsatser som ska genomföras.

Det hade varit bra med en bättre samverkan med till exempel med Samordningsgrupp Läkemedel i Östergötland (SLÖ) redan från projektstart med en tydlig struktur för informationsöverföring. Projektledaren har upplevt att många beslut fattats inom SLÖ som har inverkat eller kunde ha inverkat på projektet, till exempel uppföljning av läkemedelsindikatorer och utbildningsstrategi.

En regionövergripande rutin bör finnas avseende beställning av CI- rapporter och hur man som beställare ska skriva sin beställning så beställningen prioriteras utifrån rätt fakta. Detta har i alla fall varit oklart för detta projekt.

Det har varit krångligt att veta vilka alla privata vårdgivare är, vilka av dessa som har krav på sig att följa regionens riktlinjer och ska delta i breddinförandet samt hur deras organisation ser ut för till exempel informationsspridning. Det bör finnas en regionövergripande rutin för vem projektledaren kan kontakta för att få dessa uppgifter. Det behövs även en organisation för privata vårdgivare avseende informationsspridning och utbildning i Cosmic. Det är resurskrävande om breddinförande hos privata vårdgivares måste särbehandlas jämfört med införande i verksamheter inom Region Östergötland. Vidare är det inte optimalt att centrumen har olika "policy" avseende vilket stöd i form av utbildning i Cosmic de kan bistå privata vårdgivare med.

Tätare dialog med beställaren och regelbundna styrgruppsmöten med god närvaro kan utvecklas.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

7 Uppföljning av effektmål

Uppföljning på verksamhetsnivå (centrum- och klinikinivå) ska ske av linjeorganisationen, vid behov med stöd av förvaltningsledaren.

- **Utvalda läkemedelsindikatorer**

Mätning i januari 2015 och därefter årligen i januari.

- ✓ Andel personer 75 år och äldre och som ordinerats och uthämtat minst ett av de läkemedel som omfattas av Socialstyrelsens indikator preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger (dvs. långverkande bensodiazepiner, läkemedel med betydande antikolinerga effekter, tramadol och propiomazin). (Se Socialstyrelsens indikatorbeskrivning, bilaga 1 för mer specifik beskrivning).
- ✓ Andel personer 75 år och äldre som ordinerats och uthämtat antiinflammatoriska läkemedel (NSAID).
- ✓ Andel personer 75 år och äldre som ordinerats antipsykotiska läkemedel.

Regionövergripande uppföljning och analys av effektmålen ska ske av förvaltningsledare i samarbete med chefläkarfunktionen och klinisk farmakologi. Uppgifterna hämtas från <http://kvalitetsportal.se/Start.aspx>. Egna regionövergripande rapporter ska skapas och distribueras av förvaltningsledaren.

- **Patientupplevd kvalitet avseende läkemedel.**

PUK index för frågorna om läkemedel i alla nationella patientenkäter. Uppgifterna hämtas från <http://npe.skl.se/Default.aspx>. Mätning årligen.

- **Andel utskrivna patienter från slutenvården med läkemedelsberättelse mätt via KVÅ-kod**

Ingår i regiondirektörens verksamhetsplan och kan tas fram av förvaltningsledaren. Mätning i december 2015 och därefter årligen i december. Projektet har tagit fram en rapport i Cosmic Intelligence "Sluten vård – läkemedelsberättelse och läkemedelsgenomgång".

¹ Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm 2010

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

Övrig uppföljning (utöver effektmål)

- **Uppföljning av KVÅ-kodning**
Övergripande uppföljning av KVÅ-kodningen för läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse kommer finnas tillgänglig via BI.

Förvaltningsledaren har vid behov ansvar för utveckling av lämpliga rapporter för uppföljning/analys/återkoppling av resultat i samråd med chefläkarfunktion och produktionsenhet.

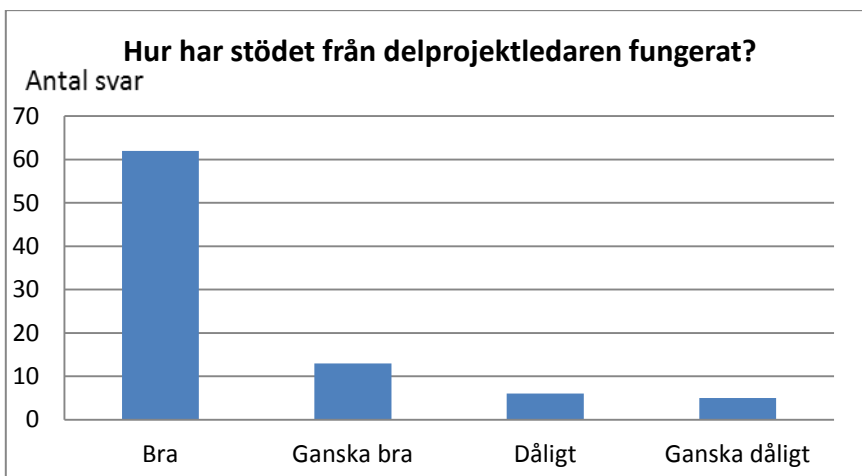
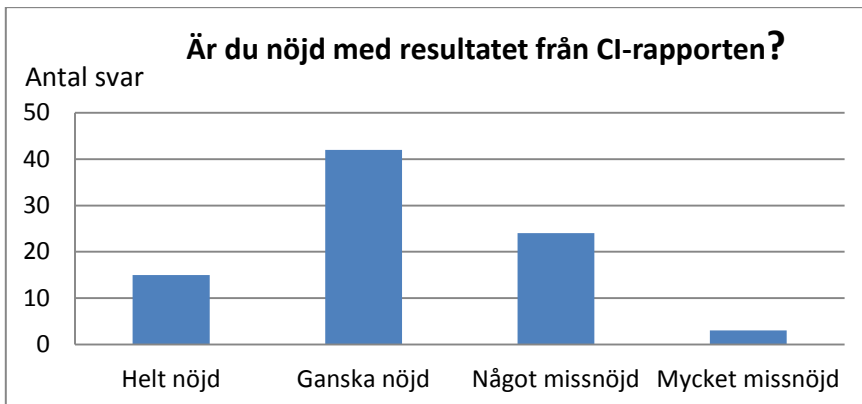
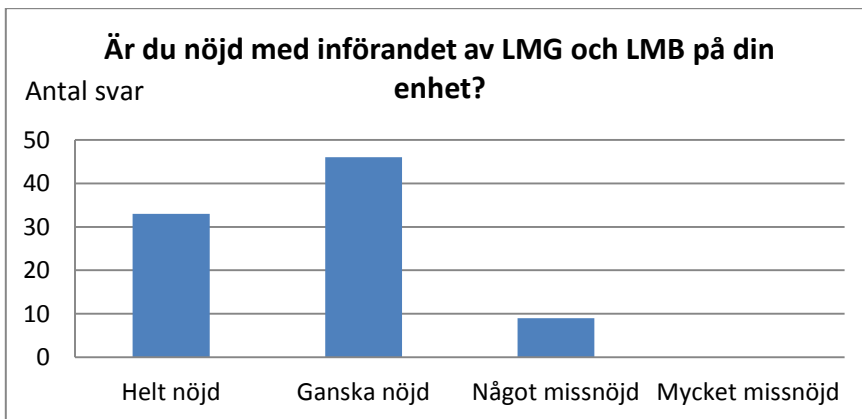
- **Kvalitetsgranskning av läkemedelsberättelse (LMB)**
Uppföljning av kvalitén bör ske av verksamheten. Övergripande kvalitetsuppföljning av LMB kan göras av förvaltningsledaren.
- **Kvalitetsgranskning av läkemedelsgenomgång (LMG)**
Projektet har inte tagit fram metod för detta. Förvaltningsledaren bevakar metoder för kvalitetsgranskning av LMG.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutarapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

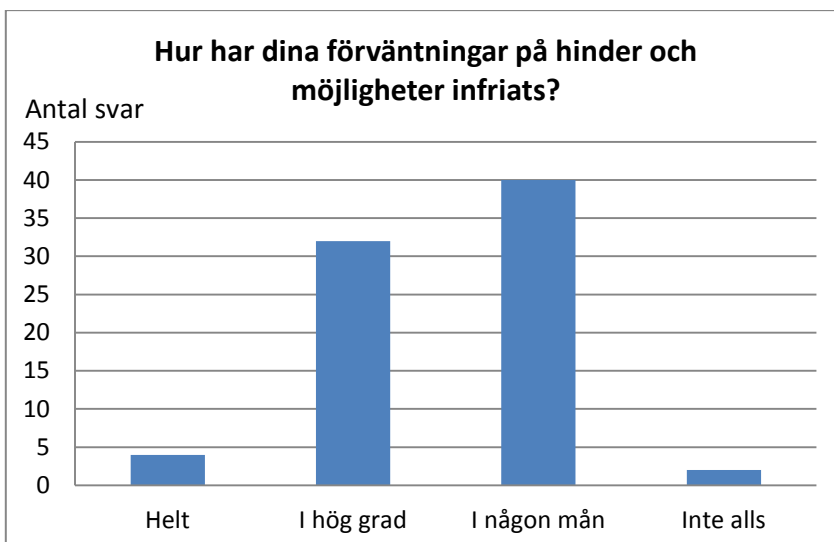
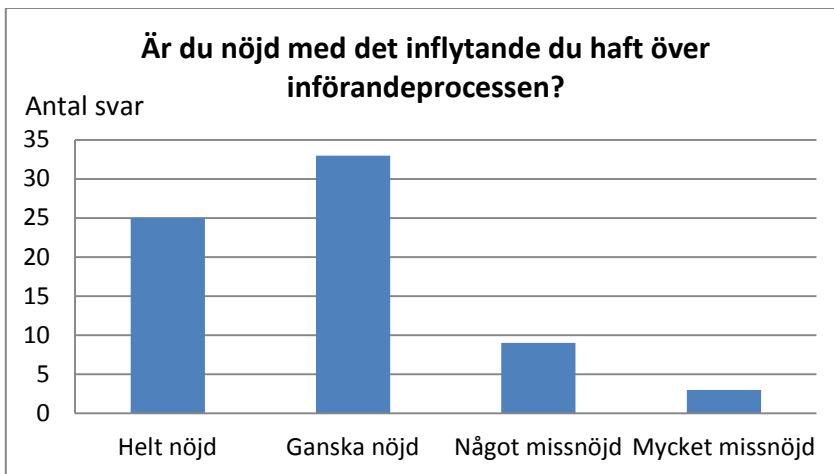
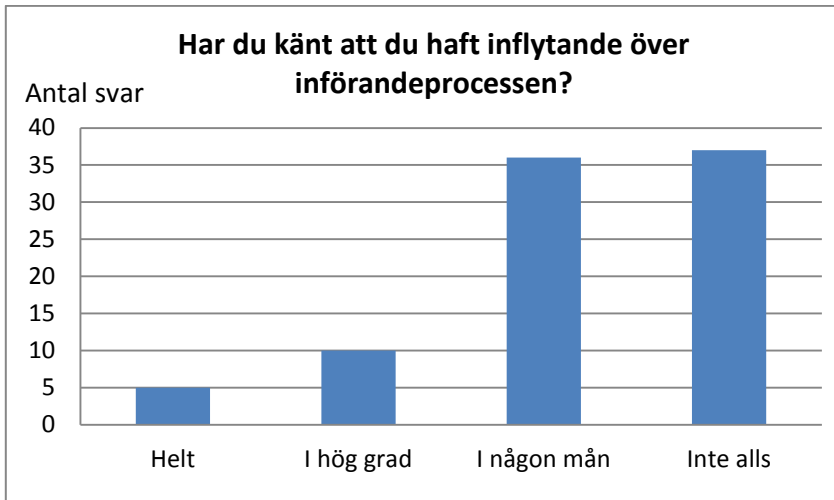
8.2 Bilaga 2, resultat från uppföljningssamtalen



Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

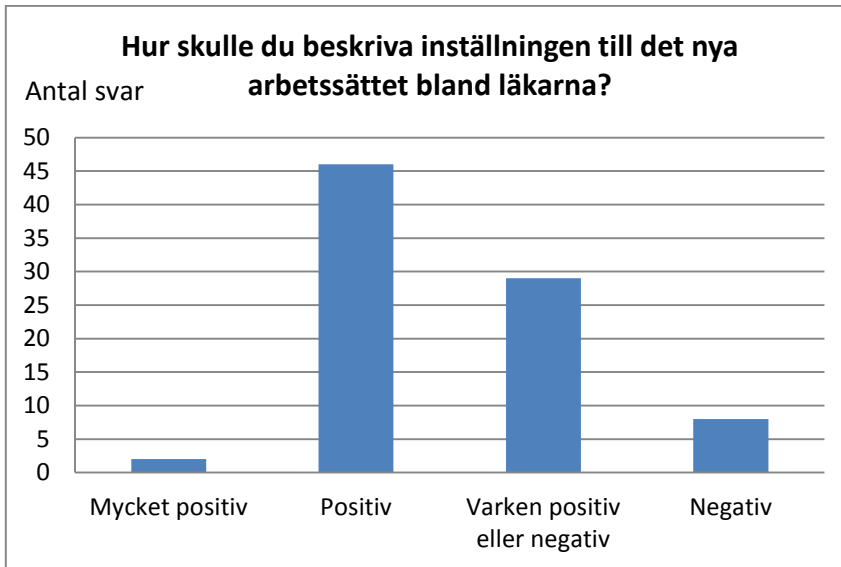
Version: 1.0
Mallversion 0.4



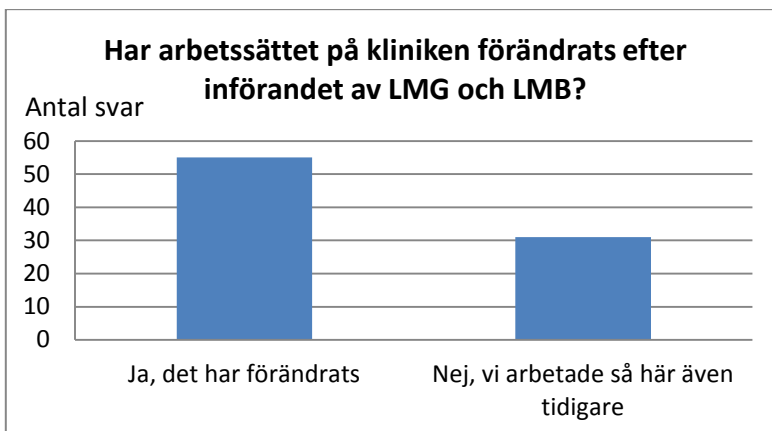
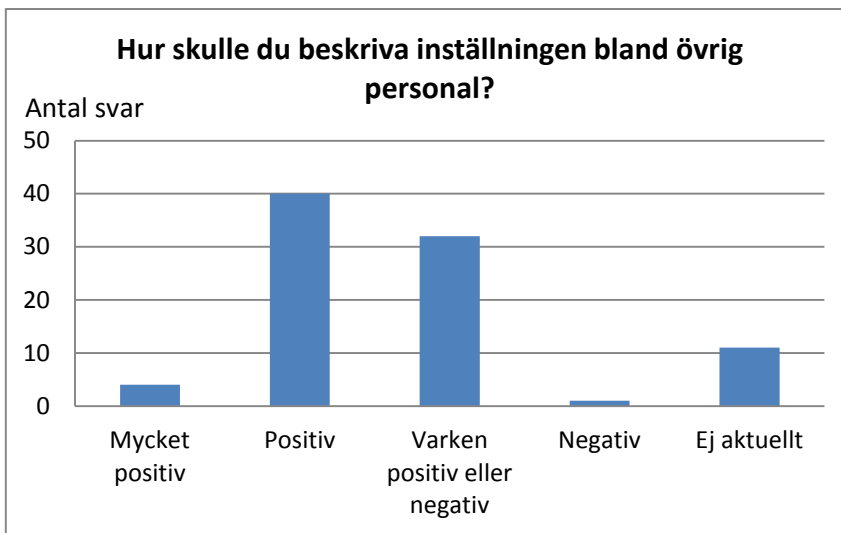
Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4



Man inser att det är viktigt med läkemedelsgenomgångar och många arbetade med det sedan tidigare. Man är mer negativ till dokumentationen och KVÅ-kodning, det tar för mycket tid.



”Vi arbetade med LMG tidigare, det nya är det strukturerade dokumentationssättet”:

”Vi rensar mer i läkemedelslistor”.

”Vi har skapat nya rutiner för bl. a. årskontroller”.

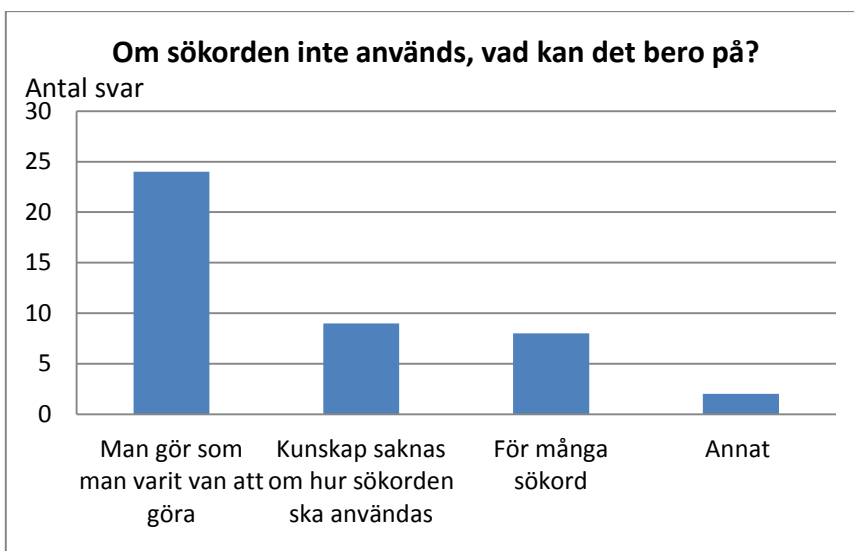
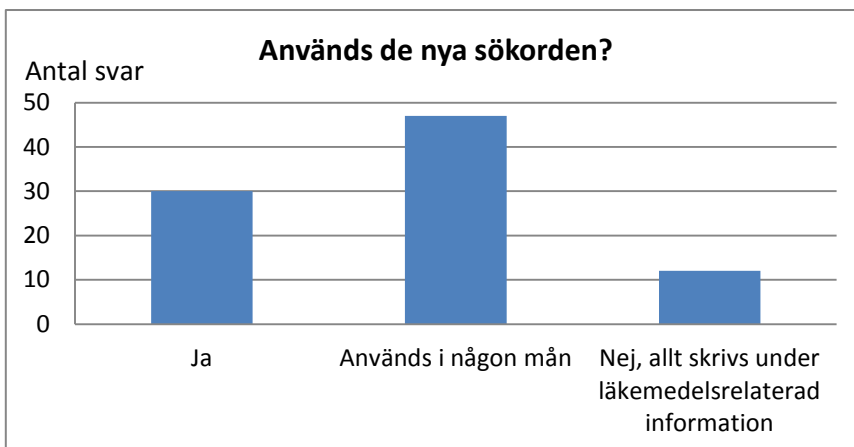
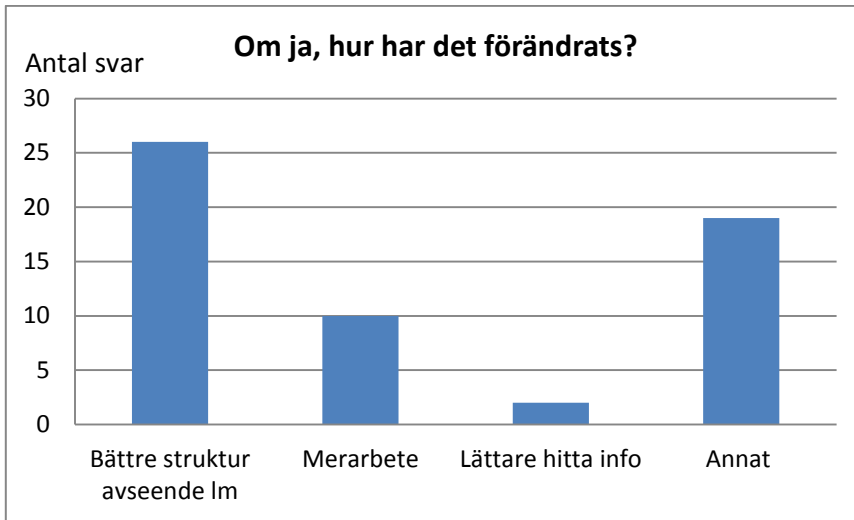
”Dsk gör förberedelse till LMG och läkarna tänker till lite mer”.

”Ökat medvetenhet kring läkemedelslistans riktighet bland flera yrkeskategorier”.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

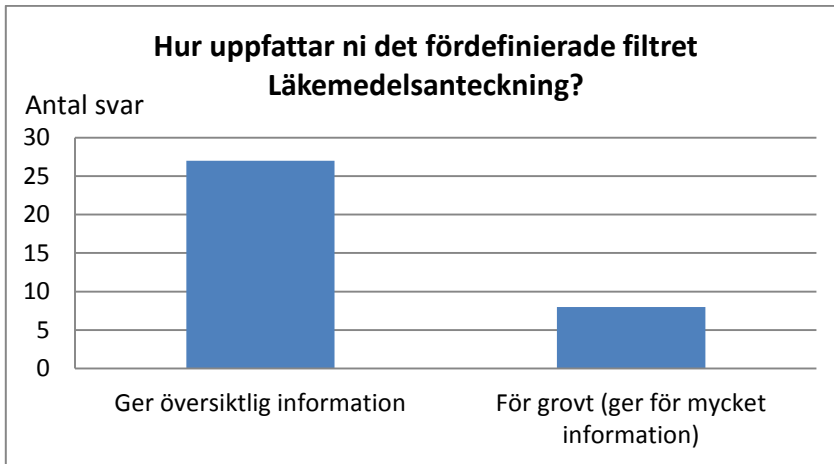
Version: 1.0
Mallversion 0.4



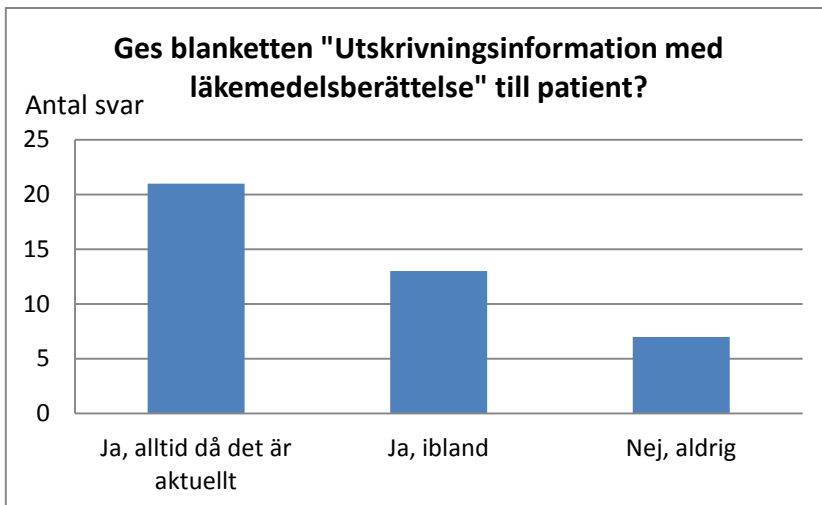
Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

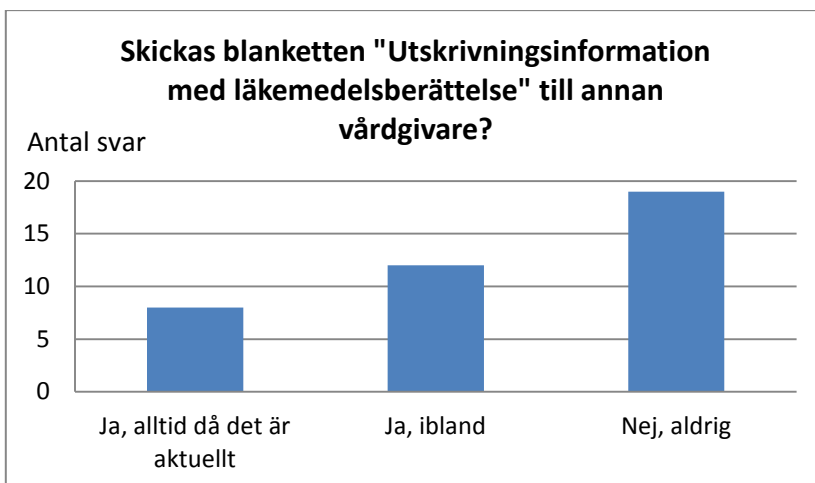
Version: 1.0
Mallversion 0.4



Endast 35 svar av 89 tillfrågade.
Många av de tillfrågade kunde inte svara på frågan eftersom man inte visste att det finns ett filter med namnet Läkemedelsanteckning.



Diagrammet visar endast svaren från kliniker med sluten vård.

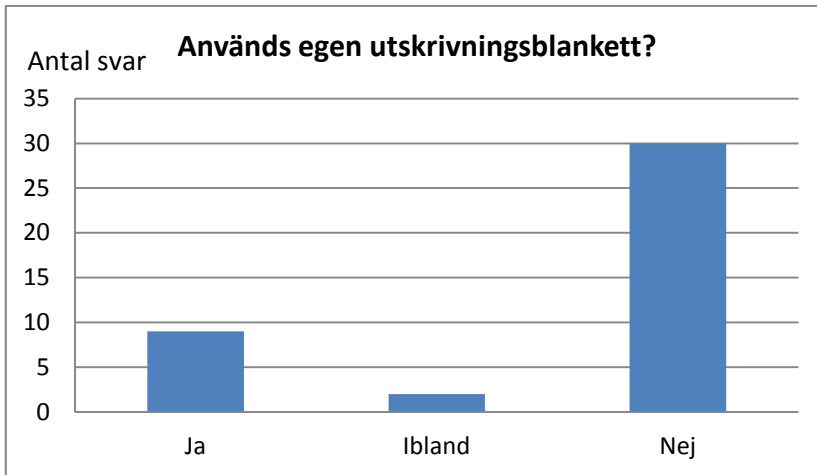


Diagrammet visar endast svaren från kliniker med sluten vård.

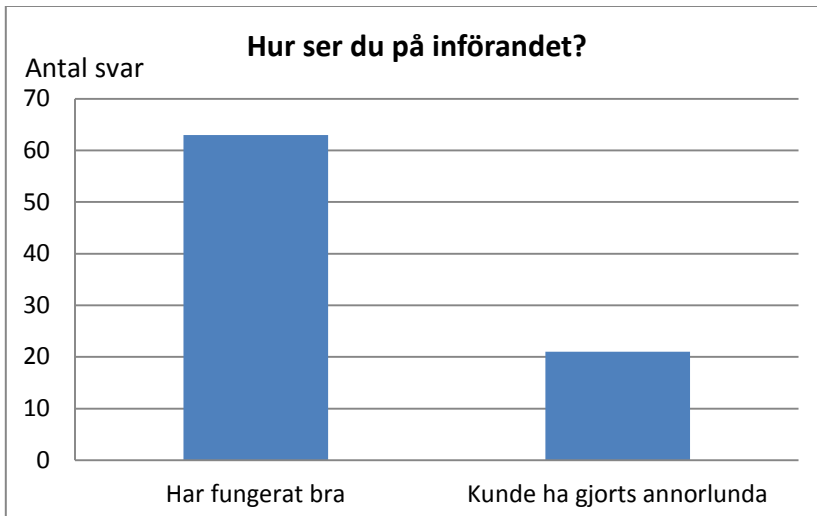
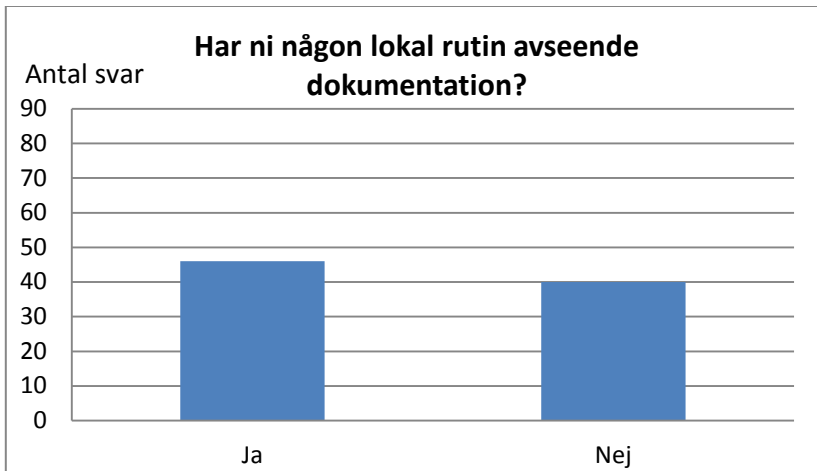
Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4



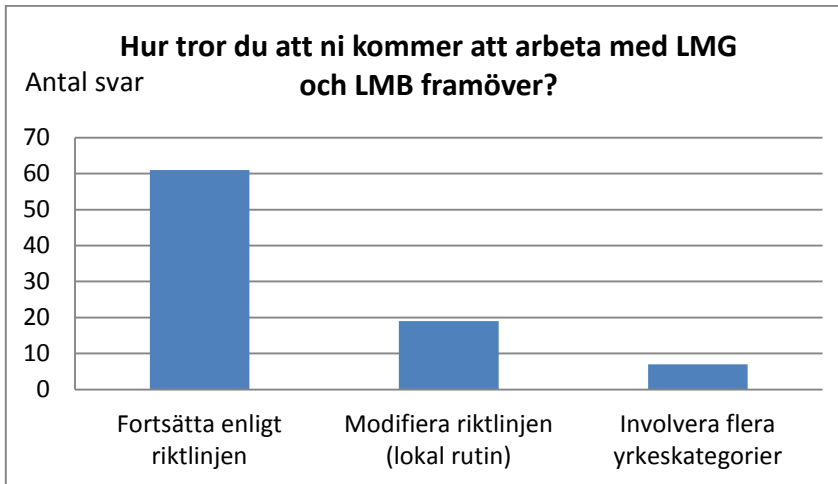
Diagrammet visar endast svaren från kliniker med sluten vård.



Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4



Finns det något annat du vill tillägga?

"Bra med uppföljning och stöd, skapar motivation att arbeta vidare med det"

"Detta är väldigt bra för patienten"

"Det här är bra, det tvingar alla läkare att ta sitt ansvar"

"Vi är förändringströtta även om vi är medvetna om att förändringarna ska leda till bättre verksamhet. Det är många saker som ska införas samtidigt"

"Vi har arbetat med detta länge"

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

8.3 Bilaga 3 Mallar, sökord och blanketter i Cosmic i projekt Rätt läkemedel

Upprättat av: Emma Halme- projekt Rätt läkemedel 2014-05-07 version 1.0
Översyn/revision: Eva Malmberg – projekt Rätt läkemedel 2015-06-30 version 2.0

Mallar, sökord och blanketter i Cosmic i projekt Rätt läkemedel

Bakgrund och syfte

Uppdraget har syftat till att underlätta vårddokumentationen i patientjournalen så att det matchar Region Östergötlands riktlinje Läkemedelsgenomgång, enkel- och fördjupad samt läkemedelsberättelse (LiÖ 2013-670). För att kunna ge en strukturerad information till patient och vårdutförare samt kunna följa upp densamma, har nya sökord lagts till i patientjournalen. Sedan piloten våren 2013 finns nya sökord i flera gemensamma mallar i journalen men inte i alla, vilket har och kommer inventeras vid införandet. Sökorden har samlats under ett låst rubriksökord – Läkemedelsanteckning.

Läkemedelsanteckning

- Enkel läkemedelsgenomgång
- Skäl till förändring i läkemedelsbehandling
- Läkemedelsberättelse
- Fördjupad läkemedelsgenomgång
- Läkemedelsrelaterad information

Genomförda åtgärder

Vid inventeringen av mallar där sökorden behöver finnas, har projektet sett över om det redan förekommer liknande sökord. Detta har skett genom att delprojektledaren, via av verksamhetschef utsedd kontaktperson, har efterfrågat sökords- och mallanvändning utifrån en framtagen checklista. Enstaka inaktuella läkemedelsspecifika sökord har tagits bort för att minska dubbeldokumentation och öka följsamheten. Innan ett sökord har tagits bort har projektet kontrollerat annan användning av sökordet, t ex på annan klinik. Kvarstår ett behov som inte täcks

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

upp av de nya sökorden har projektet sett även över behovet av mer specifika sökord. Det sökord som hittills har tagits bort är "läkemedelslista genomgången" med anledning av att detta är ett steg som ingår i en läkemedelsgenomgång.

Filterfunktion och uppdaterade blanketter

För att snabbt och lätt kunna hitta informationen om läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse har ett snabbfilter skapats, även det vid namn "Läkemedelsanteckning". I filtret ingår ovan nämnda sökord samt de sökord som tas bort för att bibehålla historiken på det som redan dokumenterats på sökordet innan det togs bort. I filtret ingår även blanketterna "Utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse" (för slutenvård) och "Besöksinformation med läkemedelsberättelse" (för mottagningsbesök). Blanketterna innehåller information om vårdtiden eller besöket och har ersatt blanketten "Utskrivningsinformation", som tagits bort för att säkerställa att utskrivningsinformationen även omfattar en läkemedelsberättelse.

Autofyllnad av blankett

I blanketterna skapades initialt en funktion där det som dokumenteras på sökordet *läkemedelsberättelse* går över i blanketten. Detta för att underlätta för de läkare som skriver direkt i patientjournalen och därmed slippa skriva samma information två gånger. Funktionen fungerade bra så länge blanketterna fanns inuti mallen. Funktionen försämrades då alla blanketter förflyttades till blankettarkivet vilket innebar att varje gång blanketten öppnas så följer den senast sparade anteckning med i blanketten. Om läkaren då inte valt att dokumentera själv innan han/hon öppnar blanketten så blir det en gammal anteckning som går över.

Beslut taget av verksamhetsrådet den 15 april 2014: att funktionen tills vidare tas bort då det är en patientsäkerhetsrisk samt att projektet rekommenderat det och att den ursprungliga funktionen återställs.

Utbildning och mallar

Nyckelpersoner och Lokala förvaltare har fått utbildning i nya funktioner, sökord och blanketter i patientjournalen, dvs i hur strukturen för sökorden ser ut, vilka sökord som är nya och hur de ligger i olika mallar. Nyckelpersoner och Lokala förvaltare har även fått se funktionen för det nya filtret samt hur de hittar blanketterna och hur blanketten används. För att stödja de nya arbetssätten i patientjournalen har dikteringsmall och manual skapats och finns tillgängliga via Läkemedelsportalen.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

Kommande behov och handläggning

Några punkter som behöver följas upp är:

- Granskning av användningen av de nya sökorden vs de gamla som finns kvar, t ex läkemedelsrelaterad information i syfte att se över om det som ska dokumenteras står på rätt plats för utsökbarhet samt om läkemedelsrelaterad information bör delas upp i mer specifika sökord anpassade efter behov som kvarstår. En inventering av användningen av sökordet är gjord via Lokal förvaltning på NSC och omfattar både slutenvård och öppenvård.
- Manual för dokumentation i Cosmic uppdateras då funktioner ändras som påverkar dokumentation av läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser. Systemförvaltningen för patientjournalen genomför ändringar i manualen samt publicerar på Lisa upp uppdrag av förvaltningsledaren.
- Något som behöver följas upp via funktionen för vårddokumentation (nyttillsatt uppdrag som ej är klart ännu juni 2014) är den lista för exempel på dokumentation under sökord "*läkemedelsrelaterad information*" som finns i Antura. Listan ska användas som ett stöd i vad vårdverksamheten ska och inte ska dokumentera i löpande text under sökordet *läkemedelsrelaterad information* samt ge förslag till där viss information ska stå istället. Listan och uppgiften huruvida sökordet ska användas och finnas kvar, blir en framtida fråga för kommande vård-dokumentationsgrupp.

Förslag till förbättringsåtgärder

- Funktionen för att få texten från sökord "*läkemedelsberättelse*" att gå över i blanketten så som det fungerat när blanketterna låg i mallar, behöver ses över. Det är tänkt att utvärderas om funktionen bör vara kvar och om man kan åtgärda det på annat sätt så att funktionen i så fall bibehålls. I en utvärdering kan det komma fram att funktionen ändå inte underlättar då de flesta dikterar och om de inte dikterar så vill man ändå inte skriva på samma sätt i journalen som till patienten i blanketten. Detta måste förstas utvärderas innan man tar ställning till funktionen i Verksamhetsrådet.
- Behov finns hos vissa kliniker t ex ortoped- och kirurgklinik att få fraskoder som kan bidra till standardinformation till patienten som kan dokumenteras i en utskrivningsanteckning i journalen och kopieras till blanketten "Utskrivnings-

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

information/Besöksinformation med läkemedelsberättelse”. Detta skulle säkerställa att patienter som genomgår standardingrepp får samma typ av information. Frågan är delvis lyft med objektägarna och ska lyftas i verksamhetsrådet i samband med att önskemål om att skapa egna blanketter med läkemedelsberättelse kommit in. Behöver bevakas.

- Att skapa egna blanketter i Cosmic för utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse ska lyftas i Verksamhetsrådet, där man även vill besluta hur hantering av nya blanketter ska ske inom Region Östergötland. Flera enheter använder egna blanketter som inte finns i Cosmic och på så sätt är det inte möjligt att följa upp alla läkemedelsberättelser som görs. Att få med standartexter kan innebära att behovet av att skapa egna blanketter med läkemedelsberättelse minskar, det har redan under införandet kommit in beställningar och önskemål på egna blanketter. Behöver bevakas. I samband med uppföljningssamtalen svarade 21 av 41 enheter med slutenvård att de alltid ger blanketten *Utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse* till patient då det är aktuellt. Tretton enheter svarade de använde blanketten ibland och sju enheter svarade att de aldrig använder blanketten. Nio av dessa 41 enheter uppgav att de alltid använder egen utskrivningsblankett och två enheter att de använder egen blankett ibland.
- Privata vårdgivare vill inte ha regionens logotype på blanketten eller kontaktuppgifter till regionen utan önskar få med sina egna uppgifter. Oklart hur vi ska och kan gå vidare i frågan men det kan ingå i den frågeställning som diskuteras ovan, dvs hur ska regionen hantera behov av nya blanketter.
- Förslag om det centralt kan styras att det i kallelser till mottagningsbesök läggs till en text att patienterna tar med den läkemedelslista som de använder idag. Som förvaltningen av innehållet i kallelserna ser ut idag är det upp till varje mottagning att ta med den här texten, den lokala administratören har behörighet att ändra och lägga till. Om något ska gå ut centralt är det via Kommunikationsenheten som man tidigare har tagit beslut. Det finns troligtvis inga tydliga riktlinjer för vem som beslutar vad som kan stå och gälla generellt för alla kallelser. Emmas bedömning är att, eftersom detta kan handla om specifika kallelser och inte generellt, bör det vara ett beslut som varje klinik fattar men att man i så fall rekommenderar en standardtext så att det anges med samma skrivning. För att få hjälp med att formulera en standardtext till en kallelse har man tidigare vänt sig till Kommunikationsenheten. Det vore en fördel om man i samarbete med patient och verksamhet och Kommunikationsenheten kunde ta fram ett förslag till text.

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

- Dagkirurgen i Finspång önskar att få ett tillägg av sökorden i den enda mall de använder för vårddokumentation i patientjournalen "*Operation allmän*". Då de inte använder Cosmic läkemedelsmodul önskar de i samma mall samtidigt få dokumentera vilka läkemedel patienten tar, något som inte följer Region Östergötlands policy för dokumentation av läkemedel. Mallen är dessutom generell och kan innebära att fler anammar "fel" arbets sätt i patientjournalen. Objektägarna har fått frågan och kommer att ta beslut i frågan.
- Mallarna "*Rådgivning RGS webb*" och "*Rådgivning*" har kompletterats med sökorden utifrån ett tydligt önskemål från primärvården. Man behöver ta reda på av vårdverksamheten om även mallen *Team* ska kompletteras med läkemedelssökorden.
- Utvärdering av att sökord "*Uppföljning läkemedelsbehandling*" eventuellt blir tillagt i filtret Läkemedelsanteckning: Man behöver göra en genomgång och titta på användningen av sökordet innan det kan tas ett beslut om att lägga till det i filtret. Detta på grund av hur sökordets informationsinnehåll eventuellt påverkar befintliga läkemedelsrelaterade sökord som ingår i filtret. Det projektet sett är att en del "gamla" sökord kan innebära dubbeldokumentation. Kan detta sökord användas av fler när man vill följa upp en läkemedelsbehandling? Generellt ska det anges under enkel läkemedelsgenomgång eftersom man gör en ny genomgång. Användningen av sökordet måste undersökas innan ärendet kan gå till objektsägarna för beslut.
- Nedan är frågor ställda till landstingsjuristerna om man får plocka ut goda exempel ur Cosmic gällande:
 - a. Att via sjukhusövergripande Markörbaserad journalgranskning plocka ut och avidentifiera en läkemedelsberättelse (vilket är en från läkaren ifylld blankett). Det ska inte gå att koppla tillbaka till vare sig patient eller vårdande enhet. Inom funktionen för markörbaserad journalgranskning på sjukhusnivå ingår redan ett granskningsuppdrag utifrån slumpmässigt valda vårdtillfällen att granska bl.a. om en läkemedelsberättelse är gjord. Det som blir skillnaden är att man skriver ut och avidentifierar några exempel för att delge vid utbildning etc.
 - b. Att via KVÅ-kod för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång ta fram persondata och granska journalen med avsikt att hitta ett bra exempel på dokumenterad läkemedelsgenomgång som avidentifierats. Får man gå tillväga på det sättet samt krävs särskild behörighet eller kan det rymmas inom ett journalgranskningsuppdrag?

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrapport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

Juristerna rekommenderar att arbete med goda exempel som tas från patientjournalen ska bedrivas inom varje enskild vårdenhet.

Reflektion – utvärdering

- En stor utmaning har varit att ta beslut i innehållsrelaterade frågor, som när ett sökord ska användas och inte och i vilken mall och för vilken yrkeskategori det är lämpligt.
- Dialogen mellan delprojektledare och vårdverksamhet är inte alltid lätt trots upprättande av en checklista för att underlätta inventeringen.
- Uppdelningen att utbilda i sökord och blanketter respektive metod för sig, har inte alltid fungerat optimalt då nyckelpersoner och lokala förvaltare har uttalat ett behov av en samlad bild och att få se dokumentation och metod som en helhet i en första introduktion. Utbildningen i Cosmic har ofta varit deras första forum med information kring projektet. Det har varit tydligt när nyckelpersonerna kommit till utbildningen för sökorden och blanketterna så började de direkt fundera på hur de ska anamma arbetsätten och när det ska göra läkemedelsgenomgångar osv. Det är första gången de hör om projektet och det blir enligt dem i omvänd ordning och de får inget helhetsgrepp. Svårt att tillgodogöra sig Cosmicutbildningen när det är en massa metodfrågor som är oklara. Förbättringsförslaget är att ha med en resurs från projektet som kan ge bakgrund och svara på metodfrågor.
- Beslut via beställaren och verksamhetsrådet har vid ett tillfälle inte återkopplats till projektet utan kommunicerats direkt till förvaltningen för patientjournalen som inte har ett förvaltningsuppdrag där ännu. Konsekvensen blev att projektet fick efterhandsinformation om att ett beslut tagits och att det åtgärdades av förvaltningen och det mycket snabbt i anslutning till en ledighet där förvaltningen inte hade kunskap om att vissa dokument skulle uppdateras så som manualen för verksamheten vilket projektet har som uppgift att göra, förutom att ta ärendehantering som det finns etablerade kommunikationsvägar för som nu förvaltningen tog över. Ansvarig för Cosmic i projektet fick åtgärda manualen då man dagen efter utfärdad åtgärd i kopia meddelats att förändringen gjorts. En förändring måste vara förankrad och det är viktigt att man planerar för den så att de personer som genomför förändringen också finns i tjänst. Det måste vara tydligt vem som gör vad under projektet och under förvaltning.
- När det gäller de privata vårdgivarna så har utbildningen i Cosmic varit svår att samordna. För regionen finns utsedd Lokal förvaltning på varje centrum med

Framtagen av: Eva Malmberg, bygger på
delslutrappport maj 2014 av Carina Skoglund.
Godkänd av: Martin Magnusson

Datum: 2015-06-30

Version: 1.0
Mallversion 0.4

uppgift att stötta i funktioner i Cosmic, men detta saknas för de privata vårdgivarna. Därför har antalet utbildningar överskridit ursprunglig plan. Ett åtgärdsförslag skulle kunna vara att utnyttja befintliga forum mer där även privata vårdgivares kontaktpersoner bjuds in, t ex på möten för lokala nyckelpersoner för patientjournalen alternativt möten för lokala förvaltare och att man bjuder in privata vårdgivare.

- Ett problem med befintliga Lokala förvaltare är t ex att ett centrum åtar sig uppgiften att vidareutbilda nyckelpersoner medan vissa inte anser sig ha det uppdraget vilket kan försvåra för liknande projekt. Här kan man bara luta sig mot att det centralt ska vara deras uppgift och det finns en uppdrags-beskrivning men önskemålet är att det ska vara tydligt i linjen då man i varje projekt inte ska behöva ta diskussion om det.
- En annan problematik som också uppstått i projektet har varit när de nya sökorden lagts till i mallar som är övergripande och generella. Då sker en förändring i mallen för fler kliniker än de som infört hittills och som visserligen kommunicerats ut via patientjournalens informationsbrev men som tyvärr inte alla läser. Det innebär att för de kliniker som inte infört arbetssättet förekommer sökord som riskerar att användas felaktigt. Det blir även svårt att ändra rutiner för användningen av sökorden om de redan börjat använda sökorden utan att ha fått utbildning. Svårt att komma med förbättringsförslag.

Revisionshistorik

2015-06-30 Eva Malmberg:

Dokumentet har aktualiserats efter läget i samband med att projektet avslutas.