

Bedre medicinanvendelse på plejehjem

- et implementeringsprojekt
Resume og konklusioner

April 2012



Pharmakon

Milnersvej 42 – 3400 Hillerød
Tel 4820 6000
www.pharmakon.dk

Bedre medicinanvendelse på plejehjem - et implementeringsprojekt

Resume og konklusioner

April 2012

Forfattere: Mira El-Souri, Joan Agine, Jens Egsgaard, Hanne Herborg, Jessie Kjærsgaard, Karen Pedersen, Kirsten Pultz, Mie Riise, Charlotte Rossing, Birthe Søndergaard

2012

Bedre medicinanvendelse på plejehjem – et implementeringsprojekt
Resume og konklusioner

© Pharmakon, april 2012

ISBN 978-87-91598-60-9

Pharmakon

Milnersvej 42
DK-3400 Hillerød
Denmark

Tel +45 4820 6000
Fax +45 4820 6062

www.pharmakon.dk

Forord

Dette resume indeholder en kort præsentation af projektet ”Bedre medicinanvendelse på plejehjem” med konklusioner og læringspointer. For en mere omfattende præsentation af projektets indhold og en mere detaljeret fremstilling af resultaterne henvises til rapporten.

I projektet blev der udviklet og afprøvet modeller for samarbejde mellem aktørerne på lægemiddelområdet, apotek, plejehjem og almen praksis med det formål at sikre effektiv håndtering af lægemiddelrelaterede fund. Lægemiddelrelaterede fund kan eksempelvis være bivirkninger, uhensigtsmæssig anvendelse, overdoseringer m.m.

Desuden var det projektets delmål at teste den kortsigtede effekt af modellerne for samarbejdet om bedre medicinanvendelse på plejehjem.

Projektets afprøvning forløb i perioden december 2009 - maj 2011 i Københavns Kommune, og maj 2010 – maj 2011 i Horsens Kommune.

Resumeeet henvender sig til beslutningstagere med ansvar for implementering af lægemiddelbehandlinger, der bliver tilbudt på plejehjem. Desuden henvender det sig til de faggrupper, der varetager lægemiddelbehandlingen og den daglige omsorg for beboere på plejehjem.

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Danmarks Apotekerforening og Københavns Kommune. Pharmakon, Apotekernes Uddannelsescenter, har fået tildelt ansvar for udførelsen af delelementer af projektet.

Projektet er finansieret af Apotekerfonden af 1991.

Tak til beboere og deltagere fra plejesektor, apoteker, almen praksis og kommunale ressourcepersoner, som har bidraget til projektets gennemførelse.

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resume	5
Kapitel 1 - Baggrund	5
Fokus på medicinomsorg og samarbejdsmodeller	5
1.1 Formål og delmål.....	5
1.2 Organisering, finansiering og anmeldelser	6
Kapitel 2 - Design og enheder	7
2.1 Design	7
2.2 Enheder	7
Kapitel 3 - Resultater.....	8
3.1 Afprøvning og implementering af medicinomsorg	9
3.2 Udvikling og implementering af lokale samarbejdsmodeller.....	10
3.3 Kortsigtede virkninger	12
Kapitel 4 - Diskussion	13
4.1 Diskussion af samarbejdsmodeller	13
4.2 Diskussion af resultater fra medicinomsorg.....	14
4.3 Diskussion af metode	14
Kapitel 5 – Konklusion og læringspointer	15
Referenceliste	16

Resume

Kapitel 1 - Baggrund

Ældre beboere på plejehjem er oftest medicinbrugere, og mange er polyfarmacipatienter, hvilket betyder, at de er i behandling med flere lægemidler. Der er i de senere år dokumenteret betydelige problemer med kvaliteten af lægemiddelanvendelsen for ældre i behandling med flere lægemidler. Hos ældre beboere, der medicineres med støtte fra plejehjem, er der ligeledes dokumenteret kvalitetsproblemer i medicinbrugen, både generelt og for særlige patient- og lægemiddelgrupper.

Klinisk farmaci er dokumenteret som en egnet mekanisme til løsning af kvalitetsproblemer ved lægemiddelanvendelse og vil kunne anvendes til at støtte implementering af teknologier til bedre lægemiddelanvendelse, fx Personlig Elektronisk Medicinprofil (PEM), dosisdispensering og interaktionskontrol.

I dette projekt blev der bygget videre på erfaringer gjort i projektet ”Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem”, hvor der blandt andet blev arbejdet med udviklingen af ydelsen Medicinomsorg. Formålet med ydelsen var at kvalitetssikre lægemiddelanvendelse hos ældre beboere på plejehjem og i hjemmepleje samt sikre, at der blev opfanget problemer og implementeret relevante løsninger for beboere og samfund. Projektet blev afprøvet i Hillerød Kommune og på Plejehjemmet Ørbygaard i Rødovre Kommune^{1,2}.

Medicinomsorg blev defineret i projektet ”Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem” som en gennemgang af beboerens medicinering og en medicindialog i samarbejde mellem det medicinansvarlige plejepersonale og apoteket¹.

Efterfølgende kunne beboerens praktiserende læge tage stilling til, om der skulle gennemføres en lægelig medicingennemgang, dels med observationer fra det medicinansvarlige plejepersonale, dels med anbefalinger fra en klinisk farmaceutisk gennemgang gennemført på apotek som grundlag.

Ud over medicinomsorg omfattede projektet ”Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem” et kompetenceløft af plejepersonalet og kvalitetssikring af medicin håndtering på plejehjem.

Fokus på medicinomsorg og samarbejdsmodeller

På ovenstående baggrund blev det vurderet hensigtsmæssigt at afprøve en model, hvor der i samarbejde mellem farmaceut og det medicinansvarlige plejepersonale drages omsorg for de ældre beboeres medicin, og hvor beboernes praktiserende læge blev inddraget ved lægemiddelrelaterede fund, som krævede hans/hendes vurdering.

Samarbejdsmodellen skulle samlet sikre, at ældre beboere, som vurderes at have behov for medicinomsorg, blev identificeret, og at medicinomsorgen blev implementeret. Modellen kunne således understøtte lægens medicingennemgang i form af observationer fra det medicinansvarlige plejepersonale og anbefalinger fra den gennemførte medicinomsorg. Samarbejdsmodellen skulle udvikles i flere versioner, så disse blev tilpasset de lokale forhold.

1.1 Formål og delmål

Formålet med projektet var at udvikle og teste modeller for et godt og effektivt samarbejde mellem aktørerne på medicinområdet; almen praksis, plejehjem og apotek.

Projektets delmål:

- at udvikle og implementere konkrete, lokale samarbejdsmodeller mellem plejehjem, apotek og praktiserende læge vedrørende medicinomsorg til opfangning, vurdering og løsning af lægemiddelrelaterede fund
- at gennemføre en evaluering, som belyser modellernes implementerbarhed og deres evne til at forbedre kvaliteten af lægemiddelbehandlinger.

Problemstillinger

Projektets evaluering skulle svare på følgende spørgsmål:

A. Evaluering af interventionens implementerbarhed

- I hvilket omfang kan den afprøvede, overordnede samarbejdsmodel vedrørende medicinomsorg gennemføres i praksis, og med hvilket ressourceforbrug?

B. Evaluering af interventionens effekt

- Hvordan kan samarbejdsmodellen vedrørende medicinomsorg påvirke lægemiddelanvendelse samt personaletilfredshed?

1.2 Organisering, finansiering og anmeldelser

Projektet blev gennemført i et samarbejde mellem Københavns Kommune og Danmarks Apotekerforening.

Projektledelse og -styring blev henlagt til Danmarks Apotekerforening. Pharmakon havde ansvar for udvalgte delelementer.

Ansvar for projektets gennemførelse og faglige kvalitet blev forestået af en styregruppe bestående af:

- Sundhedsfaglig chef, Danmarks Apotekerforening (Projektansvarlig)
Indtil april 2010: *Lotte Fønnesbæk*, cand.pharm.
Fra april 2010: *Birthe Søndergaard*, cand. pharm., ph.d.
- Sundhedschef, Københavns Kommune *Jens Egsgaard*
Souschef, Københavns Kommune *Jessie Kjærsgaard*
- *Joan Agine*, Sundhedsfaglig specialkonsulent, Københavns Kommune
- *Hanne Herborg*, Udviklingschef, cand.pharm., Pharmakon
- *Charlotte Rossing*, Afdelingsleder, cand.pharm., ph.d., Pharmakon.

Følgende konsulenter blev tilknyttet projektet:

- *Mie Riise*, cand.pharm., Kredskonsulent, Danmarks Apotekerforening
- *Karen Pedersen*, cand.pharm., Kredskonsulent, Danmarks Apotekerforening.

Projektet blev finansieret af Apotekerfonden af 1991 og er blevet anmeldt til Datatilsynet.

Kapitel 2 - Design og enheder

2.1 Design

Projektet var et implementeringsprojekt, hvilket vil sige, at interventionen og samarbejdet i projektet blev løbende udviklet og tilpasset de forskellige kontekster. I projektet blev lokale modeller for samarbejde mellem apotek, plejehjem og almen praksis om ydelsen Medicinomsorg udviklet og afprøvet. Formålet med at bruge dette design var at opnå den bedst mulige læring og optimering af samarbejdsmodellerne vedr. ydelsen.

Virkningsevaluering (Realistic Evaluation)^{3,4} blev benyttet som analysemetode til at samle projektets resultater og anskue sammenhængen mellem aktiviteter, præstationer og de kortsigtede virkninger af samarbejdsmodellerne vedrørende ydelsen i de forskellige settings.

Til vurdering af implementerbarhed blev følgende data indsamlet: registreringer fra apotek og plejehjem om lægemiddelrelaterede fund, anbefalede interventioner, henvendelser til praktiserende læge, lægemiddelændringer implementeret af læge, medicingennemgange gennemført af læge som resultat af medicinomsorg samt tidsforbrug.

Desuden blev der indsamlet data ved projektets afslutning vedrørende tilfredshed blandt plejepersonale, farmaceuter og praktiserende læger.

Ud over udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller angående medicinomsorg indgik en undersøgelse af interventionens kortsigtede virkning som led i projektet. Der blev derfor indsamlet data vedrørende de inkluderede beboeres lægemiddelanvendelse ved start og slut. Til vurdering af kvaliteten af lægemiddelbehandlingen blev der benyttet en række lægemiddelindikatorer¹. Lægemiddelindikatorerne blev udviklet og afprøvet i projektet "Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem"¹.

2.2 Enheder

For at udvikle og afprøve samarbejdsmodellerne angående ydelsen blev følgende plejeenheder og apoteker inkluderet:

Plejeenheder:

Horsens Kommune: Plejecenter Lindehøj og Præsthøjgården

Københavns Kommune: Plejecentret Hørgården og Peder Lykke Centret

Apoteker:

Horsens: Horsens Løve Apotek, Horsens Svane Apotek og Horsens Søndergades Apotek

København: København Sønderbro Apotek

Desuden var lægepraksis i de to kommuner blevet inviteret til at være en del af samarbejdsmodellen.

Der var opstillet et mål for antal inkluderede beboere i Horsens på 100 og i København på 200 beboere.

De inkluderede beboere skulle være over 65 år, bruge flere lægemidler (3+) og være i behandling med mindst et lægemiddel inden for de udvalgte lægemiddelgrupper psykofarmaka og analgetika.

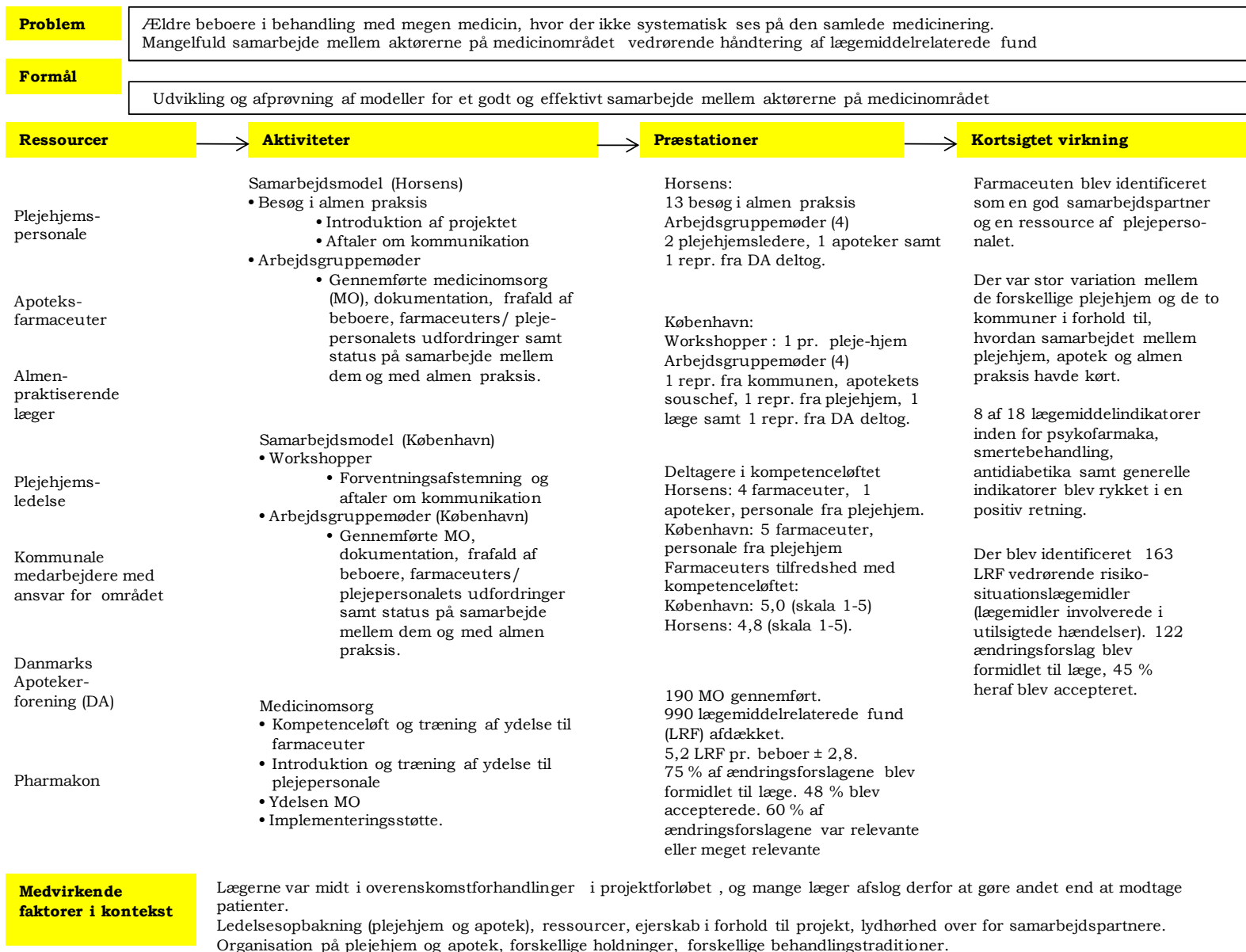
Repræsentanter fra kommunerne, Danmarks Apotekerforening (DA) samt forskere fra Pharmakon deltog i arbejdsgrupper, som havde til formål at støtte implementeringen af de lokale samarbejdsmodeller.

¹ Lægemiddelindikatorer er defineret som målbare variable, som der er evidens for eller konsensus om, og som er anvendelige til at fastlægge graden af kvaliteten og dermed ændringer i kvaliteten af lægemiddelordinationerne

Kapitel 3 - Resultater

Virkningsevaluering blev anvendt som evalueringsmetode.

Nedenstående figur giver et samlet billede af de ressourcer, der var tilgængelige i projektet, hvilke aktiviteter, der blev afprøvet, samt implementerbarheden af aktiviteterne og de kortsigtede virkninger. De enkelte elementer i figuren vil blive præsenteret i de følgende afsnit.



Figur 1: Overblik over projektets ressourcer, aktiviteter, præstationer samt den kortsigtede virkning af aktiviteterne i projektet

Bedre medicinanvendelse på plejhjem - et implementeringsprojekt

Resume og konklusioner

©Pharmakon 2012

3.1 Afprøvning og implementering af medicinomsorg

3.1.1 Kompetenceløft for farmaceuter og plejehjem

Kompetenceløftet blev designet med det formål at udbygge og opdatere farmaceuternes faglige viden i forhold til farmaceutisk omsorg, medicinsk behandling inden for projektets sygdoms- og lægemiddelgrupper, generel farmakoterapi i forhold til ældre samt viden inden for kommunikation og samarbejde. Desuden fik farmaceuterne mulighed for at møde plejepersonalet, træne ydelsen sammen med dem og etablere et godt udgangspunkt for det videre samarbejde.

Plejepersonalet fik et kompetenceløft inden for kommunikation og samarbejde og forståelse for de problemstillinger farmaceuterne finder i forhold til beboernes medicinering.

I København deltog 5 farmaceuter i kompetenceløftets fem dage. 7 plejehjems personale deltog fra det ene plejehjem, og 4 fra det andet, samt to repræsentanter fra Københavns Kommune i kompetenceløftets tredje dag. Kompetenceløftet blev evalueret til 5 (på en skala fra 1-5, hvor 5 er meget godt) af 3 farmaceuter.

I Horsens deltog 4 farmaceuter samt en apoteker i kompetenceløftets to første dage, og herudover deltog 7 plejepersonale på den tredje dag. De første 2 dage af kompetenceløftet blev evalueret til 4,8 af alle 4 farmaceuter og apotekeren. Den anden del af kompetenceløftet, hvor plejepersonalet også deltog, blev evalueret til 4,7 af 12 deltagere.

3.1.2 Ydelsen Medicinomsorg

Beboere med behov for ydelsen blev identificeret ved medicinomsorg (MO). Deres medicinering blev gennemgået systematisk, og der blev identificeret lægemiddelrelaterede fund (LRF) samt mulige løsninger. Plejepersonale og apotek skulle herefter vurdere de LRF. De aftalte, til hvem og hvordan de skulle formidle ændringsforslag i forhold til beboernes medicin til praktiserende læge. Hvis der skulle foretages ændringer, blev der fulgt op på resultatet af disse.

Der blev inkluderet 266 beboere. I alt fik 190 beboere MO, 118 i København og 72 i Horsens. Der blev i gennemsnit fundet 5,2 LRF pr. beboer. Der blev identificeret flere LRF pr. beboer i København end i Horsens, hhv. 5,8 og 4,7.

75 % af de ændringsforslag, som fremkom ved MO, blev forelagt lægen. Af de samlede besvarelser viste det sig, at 48 % af ændringsforslagene blev accepteret. Der var større acceptrate i Horsens (56 %) end i København (46 %).

Ændringsforslagene blev af lægerne vurderet som relevante eller meget relevante ved 60 % af de samlede besvarelser.

Det viste sig, at ved 62 % af MO blev flere end tre ændringsforslag pr. MO forelagt til lægen. Det viser, at der var meget at rette op på i beboernes medicinske behandling. Der er tendens til at jo færre ændringsforslag pr. MO, desto større sandsynlighed for, at lægen accepterer det enkelte forslag.

Ved 36 % af de besvarede lægeblanketter angav lægerne, at det ville være relevant at gennemføre en lægelig medicingennemgang på baggrund af oplysninger fra MO.

Tidsregistreringer på apotek og plejehjem viste, at der blev gennemsnitligt brugt 82 minutter pr. MO på apotek og 64 minutter på plejehjem. Dokumentationsopgaven lå hos apoteket.

Gennemsnitligt har de praktiserende læger brugt 9,6 minutter pr. beboer på kommunikationen vedrørende beboernes medicin i projektet.

3.2 Udvikling og implementering af lokale samarbejdsmodeller

Apotekets rolle var at gennemføre MO i samarbejde med plejehjem efter manual for "Medicingennemgang på plejehjem og i hjemmepleje". Som udgangspunkt stod plejehjemmet for en efterfølgende dialog med læge. Apoteket stod desuden for at følge op på de aftaler, der blev lavet.

Plejehjemmenes rolle var at identificere ældre i målgruppen for MO, indsamle samtykke, opdatere beboernes medicinoversigt, således at den blev opdateret i forhold til receptmedicin, håndkøbsmedicin, naturlægemidler, kosttilskud, samt hvis der evt. var foretaget medicinafstemning. Plejehjemmene skulle desuden sende et udfyldt symptom- og diagnoseskema, samt deltage i en medicindialog med apoteket om beboernes medicin og evt. efterfølgende dialog med læge.

De praktiserende lægers rolle i forhold til MO var, at de skulle tage stilling til de forelagte LRF af MO og deres relevans samt at tage stilling til, om de skulle handle i forhold til forslag, eller om de evt. skulle gennemføre en lægebaseret medicingennemgang.

Tilfredsheden blandt plejepersonalet blev afdækket ved fokusgruppeinterview i de enkelte plejehjem. Et spørgeskema om tilfredshed og vurderede effekter blev sendt ud til 65 læger, hvoraf 30 (46 %) valgte at besvare det. Et lignende spørgeskema blev sendt til farmaceuterne. Tre valgte at besvare (33 %).

3.2.1 Udvikling af lokal samarbejdsmodel i Horsens

Den lokale samarbejdsmodel mellem apotek og plejehjem i Horsens blev etableret i forbindelse med kompetenceløftet ved projektstart.

For at etablere et samarbejde med beboernes praktiserende læger blev der gennemført en besøgsrunde til alle praktiserende læger. Formålet med besøgsrunden var at gøre projektet og ydelsen MO synlige for de praktiserende læger for derigennem at opnå tillid til MO fra almen praksis.

For at følge op på de lokale aftaler og på projektets fremdrift blev der afholdt arbejdsgruppemøder kvartalsvis, hvor plejehjemsledelse, en kredsconsulent fra Danmarks Apotekerforening (DA) samt en apoteker deltog. Formålet med møderne var at drøfte projektets fremgang og følge op på praktiske udfordringer løbende. Kredsconsulenten stod for afholdelse og afrapportering af møderne.

Kredsconsulenten fra DA tilbød implementeringsstøtte til farmaceuterne under hele projektføreløbet. Farmaceuterne kunne kontakte kredsconsulenten for afklaring af tvivlsspørgsmål vedrørende samarbejdet med hhv. plejehjem og almen praksis.

3.2.2 Implementerbarhed af og tilfredshed med lokal samarbejdsmodel i Horsens

Plejepersonalesynspunkter og tilfredshed

Der var stor tilfredshed med samarbejdet med apoteket. Plejepersonalet anså MO som en god anledning til, at beboernes medicinering og behandling generelt blev revurderet. Farmaceutens faglighed blev synlig for plejepersonalet.

Plejepersonalet sagde, at det organisatoriske omkring MO kørte godt. Der var stor tilfredshed med ydelsen blandt plejepersonalet, som følte at have fået et kompetenceløft i forhold til dialogen med lægen. De følte også, at de blev mere aktive i forhold til dialogen med lægen om beboernes medicin. De følte, at indsatsen stod mål med tidsforbruget, og at de alle sammen lærte noget. Nogle sagde, at de fremover ville ringe til farmaceuten, hvis de havde spørgsmål om medicinen.

Implementerbarhed dokumenteret ved arbejdsgruppemøder

Referater fra de 4 arbejdsgruppemøder dokumenterer, at samarbejdet mellem apotek og plejehjem kørte godt. Farmaceuterne oplevede, at det var vigtigt at involvere plejepersonalet i verificeringen af de LRF og i, hvilke løsninger egnede sig til beboeren, og som ikke før var blevet afprøvet. Der blev aflagt besøg hos 13 lægepraksis; 2 afviste at få besøg. Besøgene blev foretaget af en apoteker og en plejhjemsleder. De sagde, at honorering fyldte meget hos lægerne, men at de generelt følte, at besøgene hjalp med at få afklaret apotekets rolle i projektet, og at apoteket kunne figurere som underleverandør.

Lægernes synspunkter og tilfredshed i Horsens

18 læger fra Horsens (60 % af lægerne fra Horsens) valgte at besvare spørgeskemaet om tilfredshed og vurderede effekter.

I forhold til det generelle indtryk af projektet og ydelsen viste spørgeskemaundersøgelsen, at: (n=2) 11 % var positive, (n=8) 44 % var neutrale og (n=1) 6 % var negative.

Generelt viste undersøgelsen, at lægerne i Horsens var overvejende neutrale over for apotekets rolle i projektet. Undersøgelsen viste, at lægerne havde et godt samarbejde med plejepersonalet, og kun en lille andel af dem (11 %) anså MO i samarbejde med plejepersonale for at være en del af apotekets professionelle opgave.

3.2.3 Udvikling af lokal samarbejdsmodel i København

Den lokale samarbejdsmodel mellem apotek, plejehjem og almen praksis blev etableret i forbindelse med en workshop pr. plejehjem. Deltagerne var læger, farmaceuter og plejepersonale.

For at følge op på de lokale aftaler blev der afholdt arbejdsgruppemøder kvartalsvis med repræsentanter fra de to københavnske plejehjem, almen praksis, apotek, Danmarks Apotekerforening og Pharmakon. Møderne tog udgangspunkt i en fast dagsorden, hvor fokus var på implementering og løsning af praktiske problemstillinger vedr. projektet. Kredskonsulenten fra DA stod for afholdelse og afrapportering af møderne.

Kredskonsulenten fra DA tilbød implementeringsstøtte til farmaceuterne under hele projektførløbet. Farmaceuterne kunne kontakte kredskonsulenten for afklaring af tvivlsspørgsmål vedrørende samarbejdet med hhv. plejehjem og almen praksis.

Implementerbarhed af og tilfredshed med lokal samarbejdsmodel i København

Plejepersonales synspunkter og tilfredshed

Der var generel tilfredshed med samtalerne med farmaceuterne. Der kom gode snakke, hvor de følte, at farmaceuten havde styr på lægemidlerne, mens de selv bidrog med kendskabet til beboernes helbredstilstand. Samtalerne blev oplevet som faglig sparring og farmakologisk opdatering. Plejepersonalet på plejehjem B oplevede det dog utilfredsstillende, hvis farmaceuterne fokuserede for meget på det farmakologiske og ikke var gode til at lytte til personalet og deres kendskab til beboerens helbredstilstand.

På plejehjem B var der generel mangelfuld implementering af samarbejdet mellem apoteket og plejehjem. Plejepersonalet sagde, at de var overbeviste om, at nogle af problemstillingerne vedr. samarbejdet med apoteket kunne tages i opløbet, hvis ledelsen deltog i arbejdsgruppemøderne.

Implementerbarhed dokumenteret ved arbejdsgruppemøder

4 arbejdsgruppemøder blev afholdt, hvor repræsentanter fra Københavns Kommune, apotekets souschef, kvalitetskoordinator og udviklingssygeplejerske på plejehjem A, en praktiserende læge, en repræsentant fra Pharmakon og kredskonsulenten deltog.

På plejehjem A syntes personalet, at samarbejdet med apoteket var godt kørende, og at der var tilfredshed og engagement til at gennemføre MO. Der var repræsentanter fra dette plejehjem på alle arbejdsgruppemøder.

Ingen repræsentanter fra plejehjem B deltog i de første to arbejdsgruppemøder. Det blev vurderet, at der var behov for en selvstændig indsats over for dette plejehjem for at få et samarbejde op at stå. Derfor blev der aftalt et særskilt møde med plejehjemmets ledelse, hvor en repræsentant fra kommunen og DA deltog.

Apoteket blev orienteret om, at personalet på plejehjem B var utilfreds med de medicindialoger, hvor farmaceuten blev opfattet som belærende og for lidt lyttende. Dette blev formidlet videre til apotekets ledelse, som tog en snak med farmaceuterne om det.

Lægernes synspunkter og tilfredshed i København

12 læger fra København (34 % af lægerne fra København) valgte at besvare spørgeskemaet.

I forhold til det generelle indtryk af projektet og ydelsen viste spørgeskemaundersøgelsen, at: (n=5) 42 % var positive, (n=2) 17 % var neutrale, og (n=2) 17 % var negative.

Lægerne i København var overvejende positive i forhold til apotekets rolle. Flere læger udtrykte ønske om at kommunikere med farmaceuterne direkte. 42 % af de københavnske læger anså MO i samarbejde med plejepersonale for at være en del af apotekets professionelle opgave.

Farmaceutsynspunkter og tilfredshed

Alle tre farmaceuter, der besvarede spørgeskemaet, var generelt positive i forhold til projektet.

Alle tre farmaceuter var enige eller delvis enige i:

- at de har fået et kompetenceløft på ældreområdet og følt sig faglig rustet til at gennemføre MO
- at de har oplevet en nærmere kontakt med plejehjems-personale igennem projektet, og at det har været nyttigt at få løftet plejepersonalets kompetencer i forbindelse med medicineringsprocessen på plejehjemmet
- at der har været gensidig anerkendelse mellem de praktiserende læger og apotekspersonalet.

3.3 Kortsigtede virkninger

3.3.1 Lægemiddelanvendelse

For at vurdere lægemiddelanvendelsen af de beboere, der modtog MO sammenlignes medicin-listerne ved projektstart og ved projektets afslutning. Hertil bruges lægemiddelindikatorer som indikatorer for behandlingernes kvalitet. Kun de beboere, der modtog MO og havde en medicin-liste ved projektstart og en medicinliste ved projektets afslutning blev inkluderet i undersøgelsen. Dette gælder for 171 beboere; 106 beboere i København og 65 beboere i Horsens.

8 af 18 indikatorer inden for psykofarmaka, antidiabetika, smertestillende midler samt generelle indikatorer bevægede sig i en positiv retning.

3.3.2 Risikosituationslægemidler

Der blev foretaget en analyse af de LRF, hvor lægemidlet tilhørte risikosituationslægemidler. Risikosituationslægemidler⁵ er lægemidler, som faktisk har ført til forebyggelige utilsigtede hændelser af alvorlig karakter.

Det var tydeligt, at risikosituationslægemidler tilhørende antidepressiva, antitrombotiske midler og lægemidler tilhørende NSAID-gruppen i højere grad blev accepteret af lægen. Dog viser den gennemsnitlige acceptrate vedrørende risikosituationslægemidler på 45 %, at der ikke er forskel på acceptraten i forhold til forslag, der vedrører andre lægemidler. Her var acceptraten på 48 %. Det vil sige, at alvorlighedsgraden af de lægemidler, som ændringsforslagene vedrørte, ikke umiddelbart spillede en rolle i forhold til, hvorvidt de blev accepteret af lægen.

Kapitel 4 - Diskussion

4.1 Diskussion af samarbejdsmodeller

4.1.1 Samarbejde mellem apotek og plejehjem

På et enkelt plejehjem blev der ikke til fulde implementeret en model, som fungerede for plejehjemmet. Projektet blev ikke prioriteret af plejehjemmet; apoteket leverede ikke den aftalte ydelse, og da der opstod problemer, blev der ikke fra parternes side fundet en løsning, der var tilfredsstillende. Dette afspejler antageligvis, hvad der netop vil ske i praksis, såfremt et tiltag ikke har den nødvendige ledelsesmæssige overvågenhed, der sikrer, at der tilføres ekstra ressourcer, såfremt der opstod problemer.

Ledelsen på dette plejehjem havde fra starten tvivl om, hvordan ydelsen kunne bidrage positivt til plejehjemmets dagligdag. Det har været svært at få plejehjemmet til at deltage i diverse implementerings tiltag i projektperioden.

På dette plejehjem har 2 læger ca. 60 % af plejehjemmets beboerne, og dette lægehus er beliggende tæt på plejehjemmet. Lægerne kommer ca. 2 gange om ugen på plejehjemmet for at tilse deres patienter. Det betyder i praksis, at plejehjemmet ikke på samme måde som andre plejehjem har haft et behov for adgang til lægemiddelfagligt personale for at opnå en tryghed ved beboernes medicinering. Der har ikke været et behov for kvalitetssikring af beboernes medicinering, som ellers ses på andre plejehjem.

Dette viser, ligesom det er set i mange andre projekter, at et samarbejde kun kommer op at stå, såfremt der er et ønske og behov for samarbejde hos parterne⁶. Lydhørhed og kommunikation er her altafgørende for implementering af ydelserne og samarbejde samt for løsning af eventuelle konflikter, der måtte opstå undervejs.

På de resterende 3 plejehjem blev samarbejdet om MO mellem apotek og plejehjem godt modtaget. Plejehjemmet oplevede, at apoteket bidrog positivt i forhold til beboernes medicinering, og plejehjemmene havde fået øjnene op for en lægemiddelfaglig kompetence, de ikke tidligere havde set.

Tidligere forskning har vist at et samarbejde mellem apotek og plejehjem styrkes yderligere ved, at apoteket tilbyder en flerdimensionel intervention som f.eks. den, der blev leveret i "Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem"¹. Her blev der leveret et kompetenceløft af plejepersonalet i forhold til viden om medicin og medicinhåndtering, en kvalitetssikringsydelse af medicinhåndteringen ud over MO. Interventionen og samarbejdet med apoteket var her mere synlige for plejepersonalet, hvis tilfredshed med samarbejdet var utvetydig stor på alle 4 deltagende plejehjem.

4.1.2 Samarbejde med almen praksis

Når der ses på de samlede resultater, herunder effekten på lægemiddelbehandlingen, giver denne undersøgelse ikke en så stærk forbedring af lægemiddelbehandlingen, som det er set i andre studier, hvor en mere integreret kliniskfarmacyydelse er leveret, indeholdende kvalitetssikring af medicinhåndtering og kompetenceløft af plejepersonale ud over MO^{1,2}.

Acceptraten i Horsens (56 %) var højere end i København (46 %), hvilket dels kan skyldes, at medicindialogen i Horsens foregik i højere grad som en kvalificering af de forslag, farmaceuten kom med, dels at der ved projektstart blev foretaget besøg af alle berørte almene praksis i Horsens for at gøre projektet mere synligt og samarbejdet lettere at etablere. Noget andet, der kunne forklare den højere acceptrate i Horsens end i København var, at beboerne havde et større forbrug af medicin i Horsens og flere problematiske behandlingsregimer ifølge lægemiddelindikatorerne; dette ville formentlig også øge sandsynligheden for, at farmaceuterne identificerede flere relevante LRF.

Undersøgelse af lægernes tilfredshed viser dog, at lægerne i København var generelt mere positive over for apotekets rolle i MO end lægerne i Horsens. Det kan skyldes, at lægerne i København som udgangspunkt var mere positive.

4.2 Diskussion af resultater fra medicinomsorg

Der er en relativt højere andel af LRF, end der tidligere er set^{1,2,6,7,8}. Dette kan skyldes, at der i dette projekt var fokus på at se på den samlede medicinering, inklusiv naturlægemidler og håndkøbslægemidler.

Der var flere læger ind over behandlingen af beboerne. Det kunne eksempelvis være speciallæger på ambulatorier eller psykiatere. Som udgangspunkt formidledes evt. ændringsforslag til beboerens praktiserende læge. Hvis det ikke var den praktiserende læge, der havde ordineret det lægemiddel, ændringsforslaget omhandlede, ville den praktiserende læge ikke acceptere forslaget. Det ville påvirke acceptraten i en negativ retning.

Et stort antal ændringsforslag er blevet forelagt lægen pr. MO, og der er tilsvarende få forelagte forslag, der er blevet accepteret pr. MO. Det kan tyde på, at opgaven om at prioritere, hvilke ændringer i beboernes medicin skulle implementeres først, blev overlagt til lægen. Som udgangspunkt skulle dette ske i medicindialogen mellem farmaceut og plejepersonale. Plejepersonalets omsorgsmæssige observationer blev brugt for lidt i forhold til at prioritere, hvad der skulle forelægges lægen. Det kan tyde på, at der i visse tilfælde blev lavet en teknisk medicingennemgang⁹.

4.3 Diskussion af metode

Dette projekt var designet som et implementeringsprojekt, hvor fokus var på implementering af og samarbejde om en allerede udviklet ydelse.

Det betød, at det, der blev lagt stor vægt på, var etableringen af samarbejdsmodellerne samt implementeringen af ydelsen. Der var løbende sparring med apotekerne og støtte til at levere ydelsen, og der blev etableret arbejdsgrupper til at sikre, at samarbejdet mellem parterne kørte.

Der blev som del af evalueringen gennemført en effektundersøgelse af lægemiddelanvendelse. Hertil blev relevante lægemiddelindikatorer benyttet. Antallet af beboerne var dog ikke tilstrækkelig til at kunne drage solide konklusioner. For et klarere billede af, hvad ydelsen bidrog med i forhold til de enkelte beboere, skal man kigge på de identificerede LRF, de foreslåede og de accepterede interventioner og ikke mindst de beskrevne cases, som findes i rapporten.

Det blev valgt at benytte virkningsevaluering for at danne et samlet overblik over projektets anvendte aktiviteter, ressourcer, præstationer og virkninger. Virkningsevaluering og programteori bidrog med et overblik over de mekanismer, der ligger til grund for konstruktionen af ydelsen og aktiviteterne i projektet.

Kapitel 5 – Konklusion og læringspointer

Konklusion

- Der blev gennemført 190 medicinomsorg på plejehjemsbeboere i København og Horsens.
- Der blev identificeret gns. 5,2 lægemiddelrelaterede fund blandt plejehjemsbeboerne, som ikke tidligere har været identificeret, hvoraf 75 % blev forelagt læge. Af de besvarelser, der blev modtaget fra lægen, viste det sig, at 48 % af ændringsforslagene blev accepteret.
- 60 % af henvendelserne til almen praksis blev vurderet som relevante eller meget relevante.
- De største acceptrater sås ved ændringsforslag vedrørende risikosituationslægemidler tilhørende NSAID, blodfortyndende medicin og antidepressiva. Acceptraterne var på hhv. 86 %, 50 % og 47 %.
- Der blev udviklet lokale samarbejdsmodeller mellem parterne på medicinområdet (plejehjem, apotek og almen praksis).
- Farmaceuten blev identificeret som en god samarbejdspartner og en ressource af plejepersonalet.
- Der var variation mellem de forskellige plejehjem og de to kommuner i forhold til, hvordan samarbejdet mellem plejehjem, apotek og almen praksis havde kørt. Erkendelse af behov for samarbejde, ledelsesopbakning både på apotek og på plejehjem, styrket indsats i forhold til etablering af samarbejde og opbygning af dialog mellem samarbejdspartnerne er vigtige faktorer i den forbindelse.
- Det synes vigtigt, at der løbende arbejdes med samarbejdet og kommunikationen mellem parterne for at opnå et godt samarbejde om medicinomsorg, herunder at afstemme forventninger til hinanden og følge op, når det går skævt.
- Det er vigtigt, at plejepersonalet bidrager med deres omsorgsmæssige viden om beboeren for, at ændringsforslagene kan blive mere kvalificerede.

Læringspointer

- Behovsafdækning på plejehjem er afgørende for at levere en ydelse, der opleves relevant. Det er væsentligt at undersøge, hvilke behov de enkelte plejehjem har, og være lydhør over for dette.
- Ledelsesopbakning er en forudsætning for organisatorisk forankring af ydelser.
- Kommunikation om samarbejdet er afgørende for en succesfuld implementering, specielt når der opstår problemer.
- Der er flere behandlere, der ordinerer medicin til ældre plejehjemsbeboere. Eventuelle ændringsforslag, der vedrører et lægemiddel, som er ordineret af en anden læge end den, apoteket/plejehjemmet henvender sig til, vil betyde, at forslaget ikke accepteres. Det vil påvirke acceptraten.
- En kliniskfarmacydelse indeholdende kompetenceløft af personale, kvalitetssikring af medicineringsrutiner og medicinomsorg, har i andre projekter vist en øget effekt og fastholdelse af intern kompetence om medicin på plejehjemmet.

Referenceliste

- 1 Rossing C, El-Souri M, Herborg H, Pultz K, Aagaard Thomsen L. Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem. Et udviklings- og pilotprojekt for en kontrolleret undersøgelse. Evalueringsrapport. Pharmakon 2010.
- 2 Rossing C, El-Souri M, Herborg H, Pultz K, Aagaard Thomsen L. Bedre brug af medicin på plejehjem – Ørbygaard. Arbejdsrapport. Pharmakon 2010.
- 3 Larsen-Dahler Peter, Krogstrup Hanne Katrine. Nye Veje i Evaluering. Odense: System Academic, 2003.
- 4 Pawson, Pay, Tilley, Nick. Realistic Evaluation. London: SAGE Publications, 2002.
- 5 Rapport om lægemidler involveret i alvorlige utilsigtede hændelser. København: Lægemiddelstyrelsen, 2011
- 6 Knudsen P, Rossing C. Temarapport: Tværgående analyse af projekter om medicingennemgang i Danmark. Hillerød: Pharmakon; 2008.
- 7 Dam P, Herborg H, Pultz K, Radin M, Rossing C. Det gode ældre liv – medicinering og medicinindtagelse. Et innovationsprojekt med Plejecentret Sølund. Danmarks Apotekerforening, Nørrebro Apotek og Pharmakon; 2011.
- 8 Søndergaard B, Herborg H, Knudsen P, Rossing C. Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer. Hillerød: Pharmakon; 2006.
- 9 Aagaard Thomsen L, Herborg H, Rossing C. Modeller for medicingennemgang i den danske primære sundhedssektor. Pharmakon 2011.