

Evaluering af Farmaceutisk indsats i almen praksis



Evaluering af Farmaceutisk indsats i almen praksis
©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2013

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Kvalitetsdokumentation
Faglig leder Pernille Bjørnholt Nielsen eller konsulent Jon Hadsund
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

Tlf.: 74814000
E-mail: cfk@rm.dk
Hjemmeside: www.cfk.rm.dk
Rapporten kan downloades fra www.cfk.rm.dk under udgivelser

Indholdsfortegnelse

1 BAGGRUND	4
2 FORMÅL	4
3 KONKLUSION	4
4 DATAGRUNDLAG	7
5 LÆSEVEJLEDNING	9
6 RESULTATER FOR DE FIRE EVALUERINGSTEMAER	9
Tema 1 Ændringer i arbejdsgange i almen praksis	10
Tema 2 Hvad har været brugbart?	11
Tema 3 Arbejdes der med medicinafstemning og medicingennemgang?	14
Tema 4 Tilrettelæggelsen af indsatsen	19

1 Baggrund

Region Midtjylland har gennemført projektet "Farmaceutisk indsats i almen praksis", som er et projekt finansieret af Sundhedsstyrelsens puljemidler for forstærket indsats over for borgere med kroniske sygdomme. Projektperioden har været 2009-2013 og varetages af Nære Sundhedstilbud, Kvalitet og Lægemedler. Projektet inkluderer alle 19 kommuner i regionen og godt 400 ydernumre, hvoraf 134 har deltaget.

Indsatsen består af et tilbud om farmaceutisk bistand til den enkelte praktiserende læge ved et møde i klinikken (møde 1) af cirka 1,5 times varighed og derefter et vidensnetværksmøde på 2,5 time (møde 2) med deltagelse af de praktiserende læger i et geografisk afgrænset område. På sidstnævnte møde indgår både faglige oplæg og workshoparbejde. Det er primært læger og ikke klinikpersonale, der deltager på møde 2.

Nære Sundhedstilbud, Kvalitet og Lægemedler og styregruppen for projektet har ønsket at gennemføre en evaluering af indsatsen, og CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har fra sommeren 2013 været involveret i processen herfor.

Polyfarmacipatienter er defineret som patienter, der har indløst recepter på seks eller flere tilskudsberettigede lægemidler inden for en given seks måneders periode.

2 Formål

Evalueringen har til formål at belyse følgende temaer.

1. Ændringer i arbejdsgange i almen praksis
2. Hvad har været brugbart?
3. Arbejdes der med medicingennemgang og medicinafstemning?
4. Tilrettelæggelsen af indsatsen

Evalueringen er baseret på kvalitative interviews gennemført af CFK samt svarerne fra to kvantitative spørgeskemaer, som er udarbejdet af Nære Sundhedstilbud, Kvalitet og Lægemedler og godkendt af styregruppen for projektet. Herudover er data for medicinordination udtrukket fra Region Midtjyllands register. Yderligere har Klinisk Farmakologisk Afdeling (KFA), Aarhus Universitetshospital leveret data for deres telefonrådgivning.

I nedenstående afsnit er konklusioner på tværs af de fire temaer opsummeret, hvorefter afsnit 6 gennemgår de enkelte evalueringstemaer hver for sig.

3 Konklusion

Indsatsen består af de kliniske farmaceuters besøg i almen praksis og efterfølgende fælles møde med en gruppe af praktiserende læger inden for samme geografiske område. Indsatsens væsentligste udbytte har været, at understøtte det arbejde og de arbejdsgange almen praksis i mange tilfælde allerede har udviklet og arbejder med i relation til varetagelse af medicingennemgang og håndtering af recepter i forskellige kliniske sammenhænge til deres patienter. Projektet har i væsentlig grad bidraget til at skærpe og bevare fokus på emnet og dermed bidraget til, at rationel farmakoterapi udgør et væsentligt indsatsområde i almen praksis.

Især har første møde givet almen praksis en bekræftelse på, at det de gør, er hensigtsmæssigt. Samtidig har det givet øget fokus på egne arbejdsgange i klinikken. For især de praksisser, der har deltaget sidst i projektperioden, har det været muligt at drage nytte af input fra andre praksisser via farmaceuternes inddragelse af erfaringer fra deres øvrige besøg. Blandt de deltagende praksisser er udbyttet især koblet til øget fokus på medicinering af den enkelte patient en gang om året, brug af medicinlister, viden om farmaceuterne/farmakologerne, hjælp til Fælles Medicinkort (FMK), større interesse for hinandens arbejdsopgaver og den tværfaglige tilgang internt i klinikken.

Det gennemsnitlige antal månedlige henvendelser til telefonrådgivningen hos Klinisk Farmakologisk Rådgivning er steget lidt i indsatsperioden, men hvorvidt det er deltagende eller ikke deltagende praksisser, der ringer ind, kan ikke dokumenteres. Telefonkontakten til farmaceuterne (Nære Sundhedstilbud) opleves ikke at være steget markant ifølge farmaceuterne og de interviewede praksisser. Der er derved ikke belæg for at konkludere, at telefonisk kontakt til farmakologer eller de involverede farmaceuter er en arbejdsgang i almen praksis, som er blevet opprioriteret i perioden.

I forhold til hvad der har været brugbart for almen praksis, fremgår det først og fremmest af spørgeskemaerne, at flere har fået redskaber og tips til at komme i gang med medicinafstemning og medicingennemgang. Lægerne tilkendegiver samtidig, at der er blevet lagt planer for indsatserne i praksis. De er blevet inspireret og flere har givet udtryk for, at deres praksispersonale har haft stort udbytte af mødet. Hjælp til FMK er også hyppigt nævnt. Blandt de interviewede er der dog flere, som giver udtryk for, at de ikke har fået ny viden eller redskaber til brug i hverdagen. Det handler mere om at få understøttet eksisterende viden – en styrkelse af et fokus, de allerede har haft.

Spørgeskemaerne bekræfter at en stor del af lægerne, har opstillet mål for medicinafstemning og medicingennemgang. Derudover har en vis andel samtidig formuleret og implementeret en procedure for medicinafstemning og systematisk medicingennemgang, og der arbejdes således med medicinafstemning og medicingennemgang. Hvor stor en andel, der allerede gjorde dette før projektets start vides ikke og derved kan der heller ikke konkluderes, hvorvidt indsatsen har forårsaget ændringer i arbejdet. De kvalitative interviews vidner om, at indsatsen har været med til at øge fokus på området.

Region Midtjyllands opgørelse af indløste recepter på tilskudsberettede lægemidler viser, at antallet af polyfarmacipatienter overordnet er faldet for de deltagende læger, mens det overordnede antal polyfarmacipatienter stort set er uændret for de læger, der ikke har deltaget i projektet. Antallet af patienter i behandling med 16 eller flere lægemidler er imidlertid faldet mest blandt de almen praktiserende læger, som ikke har deltaget i indsatsen, hvilket umiddelbart kan virke overraskende. Det kan der imidlertid være flere forklaringer på, og det er i den forbindelse værd at medtænke, at polyfarmacipatienter registres ved tilskudsberettiget medicin, som er ekspederet i perioden. Har en patient som resultat af medicingennemgangen fået udleveret et andet mere passende præparat tæller både det først ordinerede præparat og det nye præparat med i registreringen, hvis det er givet inden for samme tidsperiode. I forhold til antallet af polyfarmacipatienter kan indsatseffekten på den baggrund tænkes at være "forsinket" og først slå fuldt igennem ved målinger, der tidsmæssigt ligger længere væk fra indsatsdeltagelse. For deltagende praksisser, der via deltagelse ved møde 2 havde afsluttet indsatsforløbet før sidste

målepunkt i udtræksperioden (1. - 2. kvartal 2013), er der således et større fald i antallet af polyfarmacipatienter end for ikke deltagende praksisser. Hvorvidt dette skyldes indsatsen, FMK eller andre tiltag i regionen, kan evalueringen ikke fastslå.

Interviewene bekræfter, at et øget fokus på medicinering og medicinafstemning har haft tendens til at reducere antallet af polyfarmacipatienter for de adspurgte praksisser, men det nævnes samtidig, at seponering ikke altid er en konsekvens af medicingennemgangen.

Gennemgående er det konklusionen, at forløbet ikke har ændret på konkrete arbejdsgange i almen praksis, men har skabt øget fokus og opmærksomhed på området.

Fra interviewene fremgår det, at flere af de deltagende læger har svært ved at huske det konkrete indhold af vejledningen ved møde 1 og 2, og de har derfor svært ved at pege på konkrete gevinster af projektet. Lægerne har generelt svært ved at skelne projektets interventioner og vejledning fra tilsvarende råd og vejledning fra andre regionale indsatser, hvor farmaceuter er involveret. Det samlede indtryk af interviewene med klinikpersonalet svarer til lægernes vurdering, men de har generelt endnu vanskeligere ved at erindre det konkrete indhold. Sidstnævnte er naturligvis mest udtalt de steder, hvor besøgene ligger længst tilbage tidsmæssigt. For dataindsamlingen har det betydet, at der er gennemført færre fokusgruppeinterviews med klinikpersonalet end planlagt.

I forhold til tilrettelæggelsen af indsatsen og det fremtidige samarbejde mellem regionen og almen praksis ser læger og klinikpersonale gerne, at projektets tilbud fortsætter, men interviewpersoner vurderer, at hyppigheden ikke må være mere end én gang hvert eller hvert andet år. De vurderer også, at tidsrammen for møderne er passende. Det opleves som nødvendigt at arbejde med at fastholde fokus, da der er mange konkurrerende dagsordener i almen praksis. De oplever, at der har været en god balance mellem konkret input fra farmaceuternes side og egen mulighed for, at få drøftet de emner, som den enkelte praksis finder mest relevant. Nogle læger og klinikpersonale finder det relevant, at klinikpersonalet deltager i både interne og eksterne møder om emnet. Farmaceuterne mener, at møde 2 risikerer at give manglende mening for lægerne, hvis det faglige niveau sænkes, af hensyn til relevansen for klinikpersonalet.

Af interviewene fremgår det, at forsætter tilbuddet, fortrækker almen praksis at farmaceuterne møder med en relevant og aktuel fastsat dagsorden, som meget gerne må udsendes i forvejen, så der er tid til forberedelse og eventuel kommentering/supplering før mødet. Dog er sandsynligheden for større forberedelse nok begrænset, da flere samtidig giver udtryk for, at de ikke forbereder sig inden møde 1, men for nogen er det vigtigt, at de har muligheden herfor. Det er overvejende vurderingen, at udbyttet af projektet ikke kan stå mål med en eventuel egenbetaling herfor.

På det generelle plan efterspørger lægerne meget tydeligt samarbejde, hvor udbyttet forenkler deres hverdag. Det skal være direkte anvendeligt og tilpasset deres hverdag i klinikken, hvilket kræver en vis indsigt i klinikken. Klinikpersonalet giver udtryk for, at det er fordelagtigt at tage udgangspunkt i cases. Det samme gælder lægernes vurdering af møde 2. Brug af patientcases som indgang til mere generelle drøftelser vurderes derved, at være en god fremgangsmåde. Lægerne vurderer generelt, at det er møde 2, som de har fået mest ud af i forløbet.

4 Datagrundlag

Evalueringen er baseret på kvalitativt såvel som kvantitativt datamateriale. Det kvalitative datamateriale er indhentet igennem fokusgruppeinterviews og individuelle telefoninterviews. Det kvantitative datagrundlag for evalueringen udgøres af svarerne fra to spørgeskemaer med både åbne og lukkede svarmuligheder samt dataudtræk fra Region Midtjyllands register over medicinordinerer. Herudover har Klinisk Farmakologisk Afdeling (KFA), Aarhus Universitetshospital leveret data for deres telefonrådgivning.

Spørgeskemaer

De praktiserende læger har i forbindelse med møde 2 besvaret et spørgeskema med deres umiddelbare vurdering af møde 1 og 2. Cirka fire uger herefter fik lægerne tilsendt et spørgeskema med mulighed for at give korte tekstevalueringer af deres arbejde med medicinafstemning og medicingennemgang. Se bilaget hvor skemaerne er vedlagt. Det er lægerne som har udfyldt begge spørgeskemaer. Disse svar indgår sammen med interviewmaterialet, som datagrundlag for vurderingen af, hvorvidt møderne har bidraget til at nå de opstillede mål med indsatsen. I spørgeskemaet indgår der kvalitative udsagn om mødernes givtighed, hvilket også indgår i vurderingen.

Spørgeskemaerne er udarbejdet af Nære Sundhedstilbud, Kvalitet og Lægemidler og godkendt af styregruppen for projektet. De blev udarbejdet og indsamlet før nærværende evaluering blev igangsat.

Der indgår svar fra 199 læger, som har besvaret spørgeskemaet på møde 2, og 185 læger som har indsendt det efterfølgende skema elektronisk. Det giver en svarprocent på henholdsvis 72 og 67 procent. I alt har 276 læger deltager fordelt på 134 ydernumre.

Dataudtræk

Fra Region Midtjylland er der indhentet tal for antallet af polyfarmcipatienter blandt de deltagende læger og de læger, som ikke deltager. Data er trukket fra CSC afregningssystem via Nære Sundhedstilbud. Data er baseret på registreringer af ekspederede recepter på tilskudsberettiget medicin fra apotekerne i den givne periode. Det er ikke et succeskriterium, at data viser en nedgang i antal lægemidler over en given periode, da dette ikke i sig selv er et udtryk for bedre kvalitet i medicineringen, hvorfor dette mål derfor ikke kan stå alene. Der er i databehandlingen hovedsageligt blevet fokuseret på patienter i behandling med et særligt højt antal lægemidler, hvor grænsen er sat ved 16 eller flere lægemidler inden for den givne periode. Grænsen ved de 16 lægemidler er valgt for at følge opgørelserne, som farmaceuterne bruger i deres kvartalsrapporter. Data er trukket for perioden fra 1. kvartal 2012 til 2. kvartal 2013.

Klinisk Farmakologisk Afdeling (AUH) har leveret dataudtræk om anvendt telefonrådgivning. Dette dataudtræk viser, hvem og til hvad telefonrådgivningen bliver anvendt og der skelnes ikke mellem deltagende og ikke deltagende praksis. Udtræksperioden er fra 1. januar 2011 til 30. september 2013.

Interviews

Der var planlagt fem fokusgruppeinterviews med de involverede faggrupper. Et med farmaceuter/farmakologer, to med læge samt to med klinikpersonale. Der er kun afholdt ét fokusgruppeinterview med klinikpersonale. Da det ikke var muligt at samle nok deltagere til to interviews. Udfordringen har været at finde mulige deltagere inden for en rimelig overkommelig geografisk radius (maksimum 30 min. kørsel). Der var rigtig mange blandt klinikpersonalet, der ikke ønskede at deltage. Blandt lægerne har det samtidig været en udfordring at få dem til at deltage. Tabel 1 viser antal fremmødte deltagere¹. Grundet stor frafaldsprocent, er der skrevet log af de erfaringer, som er gjort i forsøget på at komme i kontakt med almen praksis. Begrundelserne for ikke at deltag har primært været, at lægerne ikke mente, at de havde tid. Samtidig fremgår det også, at en del ikke husker møderne, og derfor ikke mener, de ikke har noget relevant at bidrage med, hvilket ligeledes ligger til grund for afslag.

Udgangspunktet for valg af interviewpersoner til fokusgrupperne blev fordelt efter følgende kriterier; geografisk spredning, solo- eller flermåndspraksis og spredning i forhold til hvem af farmaceuterne, der havde været på besøg. Der indgår i interviewmaterialet seks flermåndspraksisser, otte solopraksisser og to samarbejdspraksis, der dog fungerer som solo praksis. Interviewdeltagerne er geografisk spredt over regionen og de læger, der er interviewet er valgt, så de ikke kommer fra de samme klinikker, som de sygeplejersker og sekretærer, der er interviewet. Dette er gjort for at sprede dataindsamlingen ud over så mange forskellige praksisser som muligt. De fire farmaceuter har besøgt forskellige klinikker, og der indgår data fra klinikker, hvor de fire alle er repræsenteret, for at sikre at data ikke udelukkende er baseret på en enkelt farmaceuts indsats.

¹Udover de fremmødte læger, var fokusgruppeinterviewene planlagt med deltagelse af to læger, som på dagen ikke deltog alligevel.

Ved fokusgruppeinterviewet med farmaceuter og farmakologer var der syv mulige deltagere fordelt på de fire farmaceuter og tre farmakologer, som har indgået i projektet. Alle var inviteret og tre farmaceuter og en farmakolog deltog.

Fordi der var frafald af læger og klinikpersonale til fokusgruppeinterviewene, blev der indsamlet ekstra data via telefoninterviews. De udgør i alt seks interviews. Tabel 1 viser fordelingen af interviews.

Tabel 1 Interviewmateriale

	Antal interviews	Antal deltagere
Fokusgruppeinterview med læger	2	6*
Fokusgruppeinterview med klinikpersonale	1	4 (2 sekretærer, 2 sygeplejersker)
Fokusgruppeinterview med farmaceuter og farmakologer	1	4 (3 farmaceuter, 1 farmakolog)
Supplerende telefoninterview med læger	3	3
Supplerende telefoninterview med klinikpersonale	3	3 (2 sekretærer, 1 sygeplejerske)
I alt	10	20

Der er lavet forskellige interviewguides til de forskellige faggrupper, men med en stor kerne af de samme spørgsmål. Formålet har været at afdække, om de forskellige roller har givet varieret udbytte af forløbet.

Alle interviews er blevet transskriberet og behandlet inden for rapportens temaer. Interviewene er gennemført fra oktober til december 2013.

5 Læsevejledning

I det efterfølgende præsenteres resultaterne fra det kvantitative datamateriale og de kvalitative interviews. Der bliver anvendt citater fra interviews med angivelse af, om det fx er læge eller klinikpersonale, som udtaler sig, samt om udtalelsen kommer fra et fokusgruppeinterview eller telefoninterview. Ved reference til vurderingen blandt dem, som i høj grad har stået for gennemførelsen af projektet nemlig farmaceuterne og farmakolog (der deltog kun en i interviewet), anvendes fællesbetegnelsen *farmaceuterne*, givet at de har været enige i synspunktet.

6 Resultater for de fire evalueringstemaer

Først opridses resultaterne generelt hvorefter hvert tema uddybes.

Gennemgående er konklusionen, at forløbet ikke har ændret på arbejdsgangene konkret i almen praksis. Indsatsen har givet en øget fokusering på et emne, der betragtes som aktuelt. Det har givet mere fokus på medicineringen og medicinhåndteringen. Øget opmærksomhed på området opleves af nogen som en virkning i sig selv. Eksempelvis når patienten ringer ind, bliver der nu lige slået op og det italesættes, hvad patienten bruger af medicin, fordi emnet har været på dagsordenen.

Farmaceuterne mener, at et udbytte af projektet er øget kendskab til farmaceuterne. Dette kendskab slår ikke ud i øget kontakt til farmaceuterne eller til telefonrådgivning på KFA, men interviewene bekræfter, at det opleves som positivt med personligt fremmøde, da afstanden opleves som kortere og en opringning i tvivlstilfælde derfor er mere sand-synlig.

Blandt de interviewede fra almen praksis er det især lægerne, der har kendskab til farmaceuterne og til Klinisk Farmakologisk Rådgivning, hvilket de også havde før deltagelse i projektet.

Udbyttet af deltagelsen handler derudover især om et øget fokus på medicinering af den enkelte patient årligt, medicinlister, støtte til brug af FMK og mere opmærksomhed på hinandens arbejdsopgaver i klinikken. Data fra spørgeskemaerne vidner om, at flere har fået ideer til at komme i gang og få lagt planer for medicinafstemning og medicingennemgang. Blandt de interviewede er det dog ikke opfattelsen, at de har fået nye redskaber.

Samtidig vurderer flere læger, at det er nødvendigt at arbejde med at fastholde fokus, da der er mange dagsordener i almen praksis.

Almen praksis' anvendelse af tid på projektet har for interviewpersonerne drejet sig om at møde op til møde 1 og 2, hvilket cirka udgør fire timer i alt. Der er brugt meget lidt tid på forberedelse eller opfølgning i forbindelse med indsatsen. Nogle giver dog eksempler på, at de har arbejdet med medicingennemgang, som en del af deres daglige opgaveløsning.

Flere har svært ved at erindre i detaljer, hvad møderne har omhandlet, fx beskrives det mere i generelle termer som strukturering af arbejdet med polyfarmacipatienter. Billedet forplumres af, at flere har haft besøg af farmaceuterne i anden sammenhæng, hvorved de har svært ved at skelne det ene besøg fra det andet. Dog kan følgende opsummeres på tværs af interviewene og de supplerende datakilder.

Tema 1 Ændringer i arbejdsgange i almen praksis

Et grundlæggende vilkår for indsatsen er, at der foregår mange andre tiltag på samme tid i regionen. At FMK er blevet taget i brug i samme periode betyder, at de praktiserende læger har været nødt til at lave medicingennemgange, og flere mener, at det er FMK, der er årsagen til øget fokus herpå. For mange praksisser har overgangen til FMK imidlertid primært forgået sidst i projektperioden (efteråret 2013).

Deciderede ændringer mener almen praksis ikke, at de har fortaget foranlediget af projektet, men nogle mener, de har strammet op omkring medicineringen og er blevet bedre til at fastholde fokus herpå. Eksempelvis i tilfælde hvor patienten ringer til klinikken, og hvor personalet så tager fat og tjekker, om det er tid til kontrolbesøg.

Opkald til telefonrådgivningen

Klinisk Farmakologisk Afdelings opgørelse af telefonrådgivningens rekvirenter viser, at antallet af henvendelser fra almen praktiserende læger i perioden 1. januar 2012 til 30. september 2013 er større end for perioden før indsatsopstarten (1. januar 2011 til 31.

december 2011). Telefonrådgivningen har således i gennemsnit modtaget syv månedlige henvendelser fra almen praktiserende læger i indsatsperioden, mens telefonrådgivningen i året op til indsatsens opstart i gennemsnit modtog tre månedlige henvendelser fra almen praktiserende læger.

På baggrund af registreringerne er det desværre ikke muligt at skelne mellem almen praktiserende læger, der henholdsvis har deltaget og ikke deltaget i projektet. Registreringerne tillader endvidere ikke entydigt at placere mellem 20-28 procent af henvendelserne i forhold til hvilken region, opkaldet kommer fra. I begge perioder udgør henvendelserne fra Region Nordjylland dog en lille andel af det samlede antal henvendelser, mens Region Midtjyllands andel af det samlede antal henvendelser er større i indsatsperioden end før indsatsen blev iværksat (henholdsvis 74 % og 63 %). Det øgede antal henvendelser fra almen praktiserende læger synes på den baggrund at stamme fra Region Midtjylland, men omfanget eller hvorvidt henvendelserne er ansporet af deltagelse i den farmaceutiske indsats, tillader datamaterialet fra Klinisk Farmakologisk Afdeling ikke at bedømme.

Interviewene vidner heller ikke om øget telefonkontakt. Det er ikke oplevelsen, at Telefonrådgivningen hos Klinisk Farmakologisk Afdeling er steget markant i projektperioden, og det er heller ikke oplevelsen blandt farmaceuterne, at de kontaktes væsentligt mere.

Tema 2 Hvad har været brugbart?

Generelt oplever almen praksis, at besøget ved møde 1 er en bekræftelse på, at det de gør, er hensigtsmæssigt og helt i orden. For nogle er det samtidig en afklaring i forhold til egen forretningsgang sammenlignet med andre praksisser i Region Midtjylland, og hermed er der øget fokus på receptens gang gennem klinikken.

Flere af de interviewede giver udtryk for, at de ikke har fået ny viden eller redskaber til brug i hverdagen. Det handler mere om at få understøttet eksisterende viden. En styrkelse af et fokus, de allerede har haft.

I spørgeskemaerne fremgår det dog, at flere har fået redskaber og tips til at komme i gang med medicinafstemning og medicingennemgang. Lægerne tilkendegiver samtidig, at der er blevet lagt planer for indsatserne i praksis. Mange læger har følt sig inspireret og flere har givet udtryk for, at deres praksispersonale har haft stort udbytte af mødet. Hjælp til FMK har også været hyppigt nævnt i spørgeskemabesvarelsenerne.

Den generelle tilbagemelding er positiv, dog har der også været mere kritiske tilbagemeldinger, hvor hovedpointen er, at lægerne vurderer, at mødet gav begrænset udbytte.

I stikordsform kan følgende aspekter fremhæves, som udbytte af deltagelsen på tværs af interviewene og de hyppigste begrundelse i spørgeskemaerne

Organisatorisk og arbejdsmiljømæssigt

- Synliggørelse af tværfaglig tilgang
- Øget interesse for hinandens arbejdsgange i almen praksis (klinikpersonalet)

- Større arbejdsglæde hos klinikpersonale
- Bekræftelse af, at det de allerede gør, er i orden
- I en solopraksis er det oplevelsen, at det er rart, at der kommer nogen udefra og giver sparring.

Medicinering og medicingennemgang samt ny viden

- Specielt fokus på medicineringen en gang om året
- Møde 1 bidrager til, at der bliver talt om ting, som der ellers ikke ville blive taget fat i. Der bliver vendt nogle problematikker, som klinikpersonalet sidder med i hverdagen
- Nyheder som er kommet på banen
- Ny viden (især møde 2) og praktiske råd
- Brug af devices i forbindelse med lungemedicin
- Hjælp til FMK
- Tips til optimering af medicinbehandling.

Arbejdsgange

- Repetition og opdatering af arbejdsprocedure (klinikpersonalet)
- Øget fokus og bevidsthed på medicinering og polyfarmacipatienter gør det lettere at arbejde med for klinikpersonalet
- Redskaber til at komme i gang med medicinafstemning og medicingennemgang, fx brug af medicinlister hos lægerne, herunder ideer til systematisk revision af medicinliste (se uddybning nedenfor)
- Fokus på egne rutiner og vaner i relation til polyfarmacipatienter.

Lægerne har ikke gjort brug af kollegial sparring om emnet uden for egen praksis. Der er enkelte eksempler på, at de har sparret med hinanden internt i forhold til at få ryddet op i medicineringen, eller at klinikpersonale og læge har sparret om medicinering af patienter, der "shopper rundt".

Viden om, hvor hjælp kan hentes

- Mere opmærksomhed på at farmaceuterne kan bruges og kontaktes for hjælp fx i forhold til patienter med for meget kolesterol i blodet
- Fået et nummer på farmakologen, som kan kontaktes ved behov (læger).

Udlevering af medicinlister modtages forskelligt. Et eksempel er, at det vækker en interesse, for at gennemgå egne patienter, hvis det fremgår, at de får 15 præparater eller mere, samt en vilje til at få tjekket, om der er styr på, hvorvidt der gives de rette præparater, og hvorvidt alle er nødvendige. For andre er erfaringen med medicinlisterne, at det er spild af tid. Det begrundes med, at patienterne figurerer som polyfarmacipatienter, fordi al deres medicin registreres uden at det bruges. Derved sås der tvivl om gyldigheden af data. Det problematiseres, at listen viser hvem, der *kunne* få for meget og ikke hvem, der faktisk gør det. Har patienten afprøvet flere forskellige præparater, idet vedkommende ikke har kunnet tåle de første, der blev udskrevet, tæller alle ordinationer med, selvom det reelt betyder, at det ene præparat har erstattet det andet.

Både hos farmaceuterne og lægerne nævnes skemaet med risikolægemidler til ældre over 65 år, som et konkret skema, der har kunnet anvendes.

"Jeg synes, det er rigtig godt, at en ude fra kommer og fortæller lidt nyt hist og pist. De gange jeg har oplevet at være til møder med [xx], så synes jeg også, hun formår at sætte gang i nogle diskussioner, så vi alligevel formår at få rørt ved nogle ting i klinikken, altså hvor vi måske kan sidde og snakke om konkrete patienter, hvor vi har haft noget, der kunne ligne det."

(fokusgruppe, klinikpersonale)

"Så det er rigtig godt for vores praksispersonale og være med til sådan et møde, hvor man sådan lige bliver rustet bedre til at kunne sige, også sådan stå, stå fast rent fagligt og sige; jamen det skal du ikke, for det er det samme præparat, der er i de to her, ikke også. Du skal kun have den ene osv. Det er helt fint."

(fokusgruppe, læge)

"ja, blive bekræftet i at noget man gør er godt, og man kan justere eller finpudse det på forskellig vis ik'. Det synes jeg da er fint"

(telefoninterview, læge).

"Det er vigtigt, at alle i en praksis har den samme linje i det, for at det skal lykkes."

(telefoninterview, læge)

"Man kunne også som sekretær, også bare sidde og sige Hallo! Og så give dem en tid på torsdag ikke også, der er jo mange forskellige, men det giver jo en meget større glæde, at man er en del af det hele."

(fokusgruppe, klinikpersonale)

Konkrete eksempler på hvad praksis har arbejdet med

- Et sted har de i handleplanen skrevet, at de ønsker at gennemgå en patient hver og har taget resultaterne med til næste personalemøde
- Polyfarmacilisten er brugt, hvor de eksempelvis er startet med at gennemgå de ældste patienter først.

Generelt er der meget få, som kan huske noget om en handleplan. Et eksempel er, at den blev hængt op på opslagstavlen, men ikke rigtig brugt efterfølgende. Farmaceuterne har haft listen med til møderne, men det virker ikke til at have været et væsentlig redskab ved møderne.

"som nu at ændre ordinationsvaner, som at sige, hvilke mål sætter du dig? Det har vi ikke været gode til. Vi har været meget tilbageholdende. Det her det var første skridt til at sige, nu har vi en handleplan. Så tror vi skal være bedre til at arbejde med handleplaner på en eller anden vis, eller lave en aftale inden vi går derfra om, hvad er det så du vil gøre. Det er den spæde start på at blive lidt mere konkrete inden vi går derfra."

(fokusgruppe, farmaceuter/farmakolog)

Egenbetaling

Interviewdeltagerne er blevet spurgt, om de ville deltage igen, hvis de selv skulle finansiere det. Flere blandt klinikpersonalet giver udtryk for, at de ikke tror på en tilmelding, hvis klinikken selv skal betale. Nogle læger giver udtryk for, at det ikke betyder noget, mens andre lægger vægt på, at en eventuel deltagelse vil afhænge af prisniveauet, og hvorvidt indholdet er nyt, og ikke blot en gentagelse.

Nogle blandt klinikpersonalet giver udtryk for, at de generelt er glade for besøg af farmaceuterne, men at møde 1, var lidt spild af tid med begrundelse i, at det var uinteressant, og det skema som var medbragt ikke umiddelbart var noget, de kunne se brugt i hverdagen. Et andet tilsvarende indtryk er, at der på møde 1 blev talt om noget, de allerede var i gang med, men at der i stedet var et ønske om noget andet.

Et tredje synspunkt kommer fra en læge, der klart vurderer, at tiden var godt givet ud med begrundelse i timingen, da klinikken aktuelt stod med en udfordring som omhandlede dette. Vedkommende ville godt have brugt kursusmidler på deltagelsen i det givne tilfælde. Det vigtige for lægerne er, at tilbuddet kommer på et tidspunkt, hvor der er et konkret behov for ydelsen i klinikken, hvorved økonomien bliver mindre afgørende i denne sammenhæng.

Tema 3 Arbejdes der med medicinafstemning og medicingennemgang?

I interviewene er der flere som giver eksempler på, at de har arbejdet med medicin-gennemgang ved at lade patienterne tage en indkøbspose med, hvori de har samlet al den medicin, de tager. Klinikpersonalet har så haft medicinlisten til sammenligning, således at det patienten tager kan præsenteres, når patienten kommer ind til lægen, som det vedkommende reelt skal tage. Dette er dog ikke nødvendigvis en effekt af indsatsen, da de er startet før de deltog i *farmaceutisk indsats*.

Flere har allerede været i gang med at implementere systematisk medicinafstemning og medicingennemgang, fx i form af årsrecepter, som gennemgås eller årskontrol af patienter med kroniske sygdomme. Et fokus de har haft før projektstart, men et styrket fokus ved at deltage, og som en af lægerne siger, er det en nødvendighed at fastholde et kontinuerligt fokus herpå.

"...fordi jeg allerede meget tidligt har været meget optaget af, at der sker mange fejl. Og derfor tror jeg virkelig, at det er vigtigt at holde fokus på, at man får kigget medicinen igennem igen og igen, for at sige det lige ud. Og det tror jeg, de kan bidrage med på den måde, at de får fokus på, at man skal altså få kigget efter om medicinen passer sammen."

(telefoninterview, læge)

Tabel 2 viser svarfordelingen på de lukkede spørgsmål i spørgeskemaet, som blev sendt fire uger efter 2. møde. Over halvdelen af de deltagende praksisser svarer, at de har opstillet konkrete mål for medicinafstemning. Medregnes den andel, der svarer "delvist" på spørgsmålet, er der i alt 88 procent, som har opstillet konkrete mål for medicinafstemning. Heraf svarer 25 procent, at målene er blevet opfyldt. 72 procent svarer, at målene delvist er blevet opfyldt, mens tre procent svarer, at de opsatte mål ikke er blevet opfyldt.

Lægerne fremhæver, at medicinafstemning typisk sker i forbindelse med årskontrol, plejehjemsbeboere, sektorovergange/indlæggelser samt hjemmebesøg, og at medicinafstemning sker hyppigere for patienter med kroniske sygdomme og patienter, der anvender mange lægemidler.

I forhold til medicingennemgang svarer 58 procent, at praksis har opstillet konkrete mål herfor. 34 procent svarer delvist, og der er således i alt 92 procent, som svarer, at der helt eller delvist er opstillet konkrete mål for medicingennemgang. Heraf svarer 27 procent, at

målene er blevet opfyldt. 69 procent svarer, at målene delvist er blevet opfyldt, mens fire procent svarer, at de opsatte mål ikke er blevet opfyldt.

Tabel 2. Spørgeskemabesvarelser efter 2. møde

	Ja	Delvist	Nej	Antal Svar
1. Har praksis i løbet af processen opstillet konkrete mål for medicinafstemning?	51 %	37 %	12 %	185
1a. Er målene blevet opfyldt?	25 %	72 %	3 %	151
2. Har praksis opstillet konkrete mål for medicingennemgang?	58 %	34 %	8 %	184
2a. Er målene blevet opfyldt?	27 %	69 %	4 %	157
3. Har praksis formuleret og implementeret en procedure for medicinafstemning og systematisk medicingennemgang?	36 %	42 %	22 %	185

På spørgsmål 3 (Tabel 2) svarer 22 procent, at de ikke har formuleret og implementeret procedurer for medicinafstemning og systematisk medicingennemgang, mens henholdsvis 36 procent og 42 procent svarer, at de har eller delvist har formuleret og implementeret en procedure for medicinafstemning og systematisk medicingennemgang.

Dertil bliver der spurgt i et åbent spørgsmål, om de i almen praksis har oplevet særlige udfordringer i løbet af processen. Der er på dette spørgsmål flere besvarelser, der ligner hinanden, og ofte fremhæves det, at det er svært at afse tiden, at arbejdsbyrden er stor, eller at det er en travl hverdag. Samtidig er der dog også flere, som ikke har oplevet særlige udfordringer i løbet af processen og allerede var godt i gang med FMK. Desuden nævnes det, at der er manglende eller for krævende kommunikation mellem sektorer, at processen er langsommelig at implementere, at FMK er langsommelig, og at der har været tekniske problemer.

Falder andelen af polyfarmacipatienter generelt?

For perioden januar 2012 til juli 2013 er antallet af polyfarmacipatienter opgjort halvårligt på baggrund af Nære Sundhedstilbuds udtræk fra CSC afregningssystemet. Antal lægemidler og en eventuel nedgang heri er ikke i sig selv udtryk for bedre kvalitet i medicinering, hvorfor fokus i det efterfølgende primært er på patienter, der har indløst recepter på et særligt højt antal tilskudsberettiget lægemidler (16 eller flere forskellige lægemidler).

Tabel 3 viser udviklingen i polyfarmacipatienter per lægepraksis i Region Midtjylland. Tallene er baseret på 386 ydernumre fra praktiserende læger, hvoraf 128 har deltaget i indsatsen. Overordnet er der i udtræksperioden et mindre fald i antallet af polyfarmacipatienter (0,6 patient). Tabellen viser, at det er antallet af patienter i behandling med mere end 10 lægemidler, der er faldet, mens antal patienter i behandling med mellem 6-10 lægemidler er steget en smule. Eksempelvis er antallet af polyfarmacipatienter i behandling med 16 eller flere lægemidler faldet med seks procent, mens antallet af polyfarmacipatienter i behandling med mellem 6-10 lægemidler er øget med en procent.

Tabel 3 Polyfarmacipatienter per lægepraksis (alle praktiserende læger)

	1. - 2. kvartal 2012	3. - 4. kvartal 2012	1. - 2. kvartal 2013	Ændring
6 eller flere lægemidler	280,2	273,1	279,6	-0,6 (0 %)
6-10 lægemidler	225,1	219,9	226,4	1,3 (1 %)
11-15 lægemidler	45,7	44,1	44,3	-1,3 (3 %)
16 eller flere lægemidler	9,4	9,1	8,9	-0,6 (6 %)

Note: Almen praktiserende læger med udgået ydernummer og/eller ufuldstændige registeroplysninger for hele udtræksperioden er ekskluderet.

I tabel 4 er det gennemsnitlige antal polyfarmacipatienter opgjort for almen praktiserende læger, der henholdsvis har deltaget og ikke-deltaget i projektperioden. Tabellen viser, at antallet af polyfarmacipatienter overordnet er faldet for de deltagende læger, mens det overordnede antal polyfarmacipatienter stort set er uændret for de læger, der ikke har deltaget. I forhold til patienter i behandling med mere end 10 lægemidler er billedet imidlertid mere broget. Antallet af polyfarmacipatienter i behandling med 16 eller flere lægemidler er således faldet mest (0,6 patient/7 procent) blandt de almen praktiserende læger, som ikke har deltaget i indsatsen. Modsat er antallet af polyfarmacipatienter i behandling med 11-15 lægemidler faldet mest (1,8 patient/4 procent) blandt almen praktiserende læger, som har deltaget i den farmaceutiske indsats.

Tabel 4 Polyfarmacipatienter per lægepraksis fordelt på projektdeltagelse

	1. - 2. kvartal 2012		3. - 4. kvartal 2012		1. - 2. kvartal 2013		Ændring	
Deltager	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
6 eller flere lægemidler	290,7	275,4	281,9	269,2	289,0	275,5	-1,7 (1 %)	-0,1 (0 %)
6-10 lægemidler	233,0	221,5	225,6	217,4	233,5	223,3	0,5 (0 %)	1,8 (1 %)
11-15 lægemidler	47,4	44,8	46,7	42,9	45,6	43,7	-1,8 (4 %)	-1,1 (2 %)
16 eller flere lægemidler	10,3	9,0	9,6	8,9	9,9	8,4	-0,4 (4 %)	-0,6 (7 %)

Note: Almen praktiserende læger med udgået ydernummer og/eller ufuldstændige registeroplysninger for hele udtræksperioden er ekskluderet.

Blandt deltagerne i den farmaceutiske indsats er der imidlertid stor forskel på, hvor langt i indsatsforløbet de almen praktiserende læger var ved udgangen af udtræksperioden. Samtidig vil indsatseffekten være "forsinket" i det omfang patienterne som resultat af medicingennemgangen får udleveret et andet mere passende præparat, da både det først ordinerede præparat og det nye præparat tæller med i registreringen for den pågældende tidsperiode. Indsatseffekten må således forventes at være størst for de deltagende læger, som har deltaget i møde 2 og dermed afsluttet indsatsforløbet før sidste målepunkt i udtræksperioden (1. - 2. kvartal 2013).

I tabel 5 er ændringen i antallet af polyfarmacipatienter derfor opgjort særskilt for deltagende almen praktiserende læger tilhørende kommuner, hvor møde 2 var afholdt med udgangen af 2012, og en eventuel indsatseffekten i forlængelse heraf må forventes størst.

Kategorien "Afsluttet" indeholder alle praksisser, som har deltaget i møde 2 inden 1.-2. kvartal 2013. Kategorien "Uafsluttet" inkluderer deltagende praksisser, som deltaget i møde 2 efter 2012 og "Ikke deltaget" er alle de praksisser, som ikke har deltaget i indsatsen.

Tabel 5 Ændring i antal polyfarmacipatienter per lægepraksis fordelt på projektdeltagelse og indsatsafslutning

Indsatsforløb	Afsluttet		Uafsluttet		Ikke deltaget	
	Patienter	Procent	Patienter	Procent	Patienter	Procent
6 eller flere lægemidler	-3,8	-1 %	-1,0	0%	0,1	0 %
6-10 lægemidler	1,1	0 %	0,3	0 %	1,8	1 %
11-15 lægemidler	-3,0	-5 %	-1,4	-7 %	-1,1	-2 %
16 eller flere lægemidler	-1,9	-14 %	0,1	1 %	-0,6	-7 %

Note: Almen praktiserende læger med udgået ydernummer og/eller ufuldstændige registeroplysninger for hele udtræksperioden er ekskluderet.

Tabellen viser ikke overraskende, at indsatseffekten er klart størst for de deltagende læger, som har afsluttet indsatsforløbet før sidste målepunkt i udtræksperioden (1. - 2. kvartal 2013). For denne deltagergruppe, er det gennemsnitlige antal polyfarmacipatienter i behandling med 16 eller flere lægemidler således faldet med næsten 14 procent eller to patienter (fra 13 til 11,1 patient per lægepraksis) fra 1.-2. kvartal 2012 til 1. - 2. kvartal 2013. I forhold til polyfarmacipatienter i behandling med 11-15 lægemidler er det ligeledes blandt deltagende læger, som havde deltaget i møde 2 med udgangen af 2012, hvor patientantallet nominelt er faldet mest. Det gennemsnitlige antal polyfarmacipatienter er således reduceret med tre patienter (fra 56,2 til 53,2 patient per lægepraksis) for denne gruppe, hvilket er en reduktion på fem procent.

I den forbindelse skal det dog bemærkes, at det gennemsnitlige antal polyfarmacipatienter ved første målepunkt (1. - 2. kvartal 2012) var omkring en femtedel større for de almen praktiserende læger, der har deltaget i de med udgangen af 2012 afsluttede indsatsforløb. Gruppen, der har oplevet det største fald i antallet af polyfarmacipatienter, er altså også gruppen, der ved første målepunkt i udtræksperioden havde det største nominelle reduktionspotentiale.

Dette er illustreret i tabel 6, der viser, at de deltagende lægepraksisser med afsluttet indsatsforløb i 2012 ved første målepunkt i udtræksperiode i gennemsnit havde 53 flere polyfarmacipatienter end de øvrige praksisser. Tabellen viser desuden, at forskellen er størst i forhold til patienter i behandling med henholdsvis 11-15 lægemidler og mere end 16 lægemidler.

Tabel 6 Polyfarmacipatienter per lægepraksis 1. - 2. kvartal 2012 fordelt på afsluttede indsatsforløb

	Lægepraksisser med afsluttet indsatsforløb	Øvrige lægepraksisser	Forskel
6 eller flere lægemidler	329	276	53 (19 %)
6-10 lægemidler	260	222	38 (17 %)
11-15 lægemidler	56	45	11 (24 %)
16 eller flere lægemidler	13	9	4 (44 %)

Note: Almen praktiserende læger med udgået ydernummer og/eller ufuldstændige registeroplysninger for hele udtræksperioden er ekskluderet.

Sammenfattende synes de almen praktiserende lægers indsatsdeltagelse således at medføre seponering (i hvert fald på det lidt længere sigt) frem for tilføjelser af medicinske præparater. Hvorvidt dette så er fordi, at deltagerne i projektet i højere grad har benyttet sig af medicingennemgang efter projektet eller om de eksempelvis har haft større reduktionspotentiale, kan ikke dokumenteres gennem udtræksdata. Interviewene bekræfter dog, både blandt klinikpersonalet og lægerne, at der er flere, som får seponeret medicin i forbindelse med medicingennemgangen. Flere giver samtidig udtryk for, at der først tages fat i de patienter med flest lægemidler, eller dem der er ældst. Det er sandsynlighed for et vist overlap herimellem, da de ældste oftest er dem med mange ordinerede lægemidler. Yderligere er der også nogle som mener, at antallet af lægemidler kan stige som konsekvens af mere korrekt behandling.

Desuden kan det ikke konkluderes, i hvor høj grad FMK har haft indflydelse på reduktionen af polyfarmacipatienter. Overgangen til FMK har for mange praksisser dog hovedsageligt været sidst i projektperioden (efteråret 2013) og ligger altså efter det sidste målepunkt i udtræksperioden. Patienterne med mange medicinske præparater antages at bevæge sig nedad i udtræksperioden, så polyfarmacipatienter med 16 eller flere lægemidler, flytter til gruppen med 11-15 lægemidler og patienter med 11-15 lægemidler bevæger sig mod gruppen med 6-10 lægemidler, hvorfor vi ser en fremgang af patienter i netop denne gruppe. Dette kan muligvis skyldes, at polyfarmacipatienterne ikke kan undvære mere medicin, end der allerede er blevet reduceret med.

Tovholder

Praktiserende læge er tiltænkt en tovholderfunktion, hvilket blandt andet Forløbsprogrammerne for patienter med kroniske sygdomme i Region Midtjylland beskriver (Fx Forløbsprogramgruppen for Hjertekar, Region Midtjylland (2013), Forløbsprogramgruppen for type 2 diabetes, Region Midtjylland (2012)). Lægerne mener generelt ikke, at projektet har styrket deres rolle som tovholder. Det er indsatsen simpelthen ikke stor nok til.

"Det tror jeg projektet er for lille til at sige, at det styrker min rolle som tovholder, men altså en mursten, det kræver ... altså alle murstenene er nødvendige i et hus, så den undergraver det ikke, men om det er udgangspunktet for en tovholderfunktion, ved jeg nu ikke, men det er da en sten i huset."

(telefoninterview, læge)

Tema 4 Tilrettelæggelsen af indsatsen

I forhold til organisering og processen omkring indsatsen er der følgende tilbagemeldinger fra spørgeskemaerne og interviewene.

Organisering og deltageles ved møde 1

Nogle deltagere har haft 1-times møde andre 1,5 time. Det er generelt vurderingen, at længden har været passende både blandt almen praksis og farmaceuterne.

Enkelte steder har det ikke været alle fra klinikken, som har deltaget (læger, sekretærer og sygeplejersker), men det vurderes stadig at være en god intension at samle hele klinikken til møde 1. Det er den generelle vurdering, at det virker godt, at farmaceuten kommer med en dagsorden. Nogen synes denne kunne være med emner, der så kunne vælges ud fra. En åben dagsorden og fri indmeldelse med emner foretrækkes ikke. Det synes som en uoverskuelig opgave for nogen.

Lægerne giver udtryk for, at de ikke har forberedt noget inden, hvilket de heller ikke mener, er realistisk. De deltager dermed med en forventning om, at farmaceuten kommer med dagsorden og input.

Farmaceuterne har selv en overvejelse om, hvorvidt der måske var for meget på dagsordenen, i forhold til hvor meget input den enkelte kan kapere på 1-times møde. Et forbedringsforslag går på at målrette fokus mere og gå mere i dybden, så det ikke virker for overfladisk. De interviewede deltager giver dog ikke eksplicit udtryk for, at der har været for meget på dagsordenen. Nogle har svært ved at lige at pinpointe highlights fra mødet, hvilket måske kan hænge sammen med, at fokus har været mere bredt frem for at gå i dybden med udvalgte aspekter.

Formen på møde 1

En dialog med mulighed for at vælge emner til og fra foretrækkes klart frem for et undervisningsprogram. Især er der en bekymring for at et standardiseret undervisningsprogram ikke ordentligt kan dække solo- og fleremandspraksis. Hvis der skal arbejdes mere med samarbejdet mellem sygehus og almen praksis, er der forslag om, at det er på lægeniveau, dette foregår.

Farmaceuterne oplever det som positivt for samarbejdet, at de kan komme med et budskab uden at skulle forklare og uddybe begrundelserne bag, og at de samtidig kommer med et klart budskab om, hvad lægerne skal gøre. De oplever, at almen praksis stoler på, at det er korrekt information de kommer med. Farmaceuterne oplever det som en tillids-erklæring om, at farmaceuterne og farmakologerne har styr på det.

"Når vi kommer ud i praksis, og siger vi foreslår, at det er det her i bruger, siger de ikke og hvad har du så af dokumentation for det? Det er en tillidserklæring. Vi bliver ikke ret tit krydsforhørt: Hvor har du det fra?"

(fokusgruppe farmaceuter/farmakolog)

Det personlige fremmøde har en betydning. At der kommer et ansigt på og bliver skabt en personlig relation, betyder noget for villigheden til at kontakte farmaceuterne igen. Samtidig med at det foregår i egen praksis, bliver det for almen praksis mere afslappet. En

læge mener, at det giver en større villighed til at deltage aktivt, end hvis det er en større forsamling af læger, der fælles skal drøfte en problematik. Nærhed og personlig kontakt betyder noget for samarbejdet, og villigheden til efterfølgende at tage kontakt til farmaceuterne ifølge lægen. Afstanden opleves herved som mindre. Dette går fint i spænd med et mere teoretisk syn, hvor fx forskning inden for relationel koordinering ved Jody Hoffer Gittel (Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet, Munksgaard; 2012) viser, at der er sammenhæng mellem kvalitet i sundhedsvæsenet og relationer.

Farmaceuterne og farmakologen oplever, at det giver noget til drøftelserne, at det er en udefra, som kommer og samtidig en person med anden faglig baggrund. Argumenterne herfor er, at det virker fremmende for dialogen og vedkommende kan stille sig mere neutral ved ikke at blive mistænkt for pr. definition at stå på den ene eller anden side i det tværfaglige setup. Samtidig åbner det for muligheden for, at der kan stilles nogle andre spørgsmål, end hvis en læge sidder over for en anden læge.

"At det er mere lovligt at spørge, det her medicin, hvordan er det lige det er? Der bliver stillet nogle andre spørgsmål."

"En anden måde at sige til sin chef, det er måske ikke den smarteste måde at gøre det på, nu kan du selv høre, hvad hun siger."

(fokusgruppe farmaceuter/farmakolog)

Samtidig stilles der dog spørgsmålstegn ved, om det er omkostningseffektivt, og i forhold til fremtidig samarbejde vurderes emnet at være afgørende for om det kan "betale sig" at møde op personligt.

Indholdet på møde 1

Generelt mener de interviewede læger og klinikpersonale at emnerne på møde 1 er relevante. Dagsordenen, der har været sendt ud forinden har haft følgende fire emner:

1. Arbejdsgange ved medicinbestilling
2. Overblik over fast medicin
3. FMK (fælles medicinkort) og jeres praksis
4. Medicingennemgang

Farmaceuterne giver udtryk for, at dagsordenen har været udgangspunktet, hvor de enkelte punkter er tilpasset i situationen. Lægerne tilkendegiver, at det er positivt med muligheden for at få gode råd, men at der samtidig også er nogle begrænsninger i farmaceuternes viden alt afhængigt af den kliniske situation, fordi de ikke har den kliniske baggrund.

En lille andel af de læger, der har besvaret spørgeskemaerne, mener ikke, at møde 1 er relevant og at mødet sagtens kan skæres væk. Flere giver også udtryk for, at det nærmere er praksispersonalet, som har lært noget af møde 1, nærmere end det er lægen. Figur 1 (side 22) understøtter opfattelsen af, at møde 2 netop i højere grad har lægernes interesse.

Mulighed for at spejle sig i andre praksis

En del af interviewpersonerne har været med i projektperiodens sidst del i 2013 og giver udtryk for, at de har fået noget ud af at høre eksempler på, hvordan tingene kører i andre praksisser. Denne del underbygges af farmaceuternes udsagn, som vidner om, at de har fået erfaring undervejs i projektet, og de praksisser, der har fået besøg sidst i forløbet, derved har kunnet drage nytte heraf. Det gælder også viden om FMK.

"Det der var skønt var, at hun [farmaceuten] ved, hvordan det er i en hulen masse andre praksisser. Fortalte om ting der kunne foregå i flermåndspraksis. Hvor der er 4-6 læger og med nogle godkendelsesprocedurer, hvor man som personale skal godkende... vi kunne sige aha, det der kunne vi lige overveje, eller det der bør vi implementere hos os."

(telefoninterview, klinikpersonale)

Organisering og deltagelse ved møde 2

Farmaceuterne vurderer, at møde 2 skal have en maksimal længde på 2,5 time. Det er sidst på dagen, og alle er trætte. Der er nogle kommentarer om, at det tekniske udstyr ikke var helt optimalt i forhold til at kunne se ordentligt.

Der er flere blandt de interviewede klinikpersonaler, der uafhængigt af hinanden faktisk har deltaget i møde 2, enten helt eller delvist af bevidste eller tilfældige grunde. Nogle blandt klinikpersonalet mener, at de bør deltage ved møde 2. Et argument er, at der er stor læring ved, at der tages fat i cases, og at de indgår som et team i hverdagen. En anden melding er, at selve workshoparbejdet ikke gav mening på grund af for højt fagligt niveau, hvorfor vedkommende ikke deltog til denne del. Farmaceuterne og farmakologen mener, at møde 2 kun skal være for læger, da det er for svært at ramme et fagligt niveau, som spænder fra sekretærer over sygeplejersker til læger. Det er vurderingen, at der er risiko for at oplægget ikke bliver målrettet nok.

"Det er noget, der handler om det fælles arbejde i praksis og ikke selve konsultationen inde ved lægen, så synes jeg helt klart alle skal være med, fordi det er et fælles arbejde man udfører...der er jo mange ting, som vi måske forbereder, som så gør det nemmere, når de så kommer ind til lægen. Fx. at der er ryddet op, og vi har tjekket og set deres medicin, så de ikke skal bruge tid på det, så kan de måske bruge tid på, er der måske overhovedet grund til at de får det her? Flere opgaver ryger også, i hvert fald nede ved os, over til sygeplejerskerne."

(fokusgruppeinterview, klinikpersonale)

"Jeg syntes også, det var "øv" ikke at skulle med til det møde sammen med lægerne. Det synes jeg faktisk. Altså fordi, jeg føler alligevel, at vi er et team i lægehuset, ikke også. Og vi arbejder for det samme. Så med mindre der har været nogle helt konkrete ting, som var rent lægestof, så syntes jeg faktisk, det var for dårligt, at vi ikke skulle med i det, i det forum der.... jeg ville gerne have været med, fordi jeg synes, jeg er ligeværdig i forhold til det, til det arbejde, vi udfører omkring det her. Det er mig, der sidder og fanger patienterne i telefonen. Og skriver breve til dem, når det er sådan, at de skal komme, ikke også.."

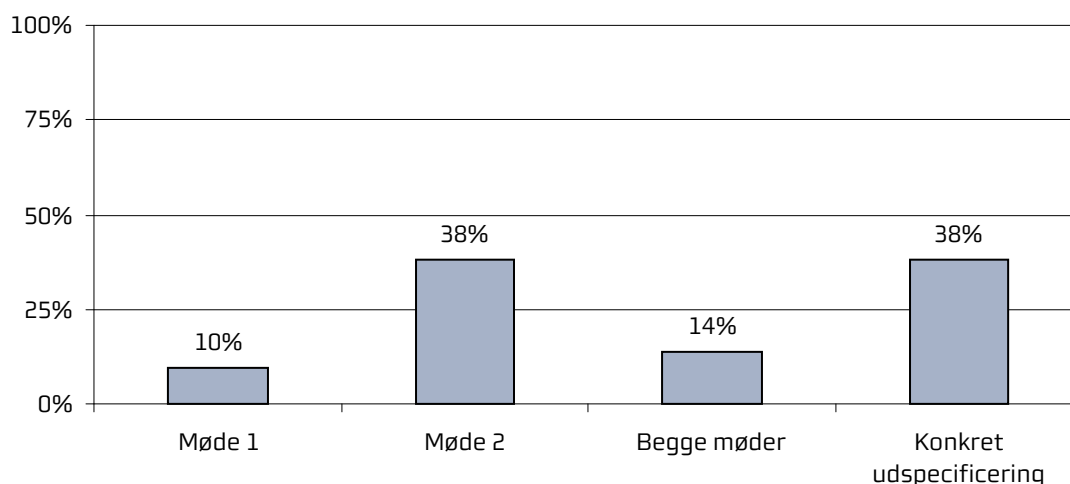
(fokusgruppeinterview, klinikpersonale)

"Det er lagt efter lægernes behov, for det er jo også dem der laver denne her medicingennemgang, og det er lidt svært, hvis der er noget personale, som ikke helt er med på det samme niveau. Så skal man sænke niveauet, og så bliver det spild af tid for lægerne."

Indholdet på møde 2

I det spørgeskema, som lægerne fik udleveret efter møde 2, bliver lægerne spurgt om, hvilke dele af det samlede forløb, der har været mest brugbart. Knap 40 procent svarer, at det mest brugbare var møde 2 jf. figur 1. I den forbindelse er det dog relevant at bemærke, at det er lægerne, som har besvaret på spørgsmålet. Hvorvidt klinikpersonalet deler lægernes opfattelse er altså ikke undersøgt kvantitativt.

Figur 1. Hvilke dele af det samlede forløb er mest brugbart for dig?



En femtedel mener, at de kunne have undværet den praktiske del i forbindelse med workshoppen. Flere foreslår at møde 2 kunne samles med møde 1 og samtidig foregå i egen praksis.

Et eksempel på udbytte ved møde 2 som fremhæves, er den nyeste viden inden for stoffer i forbindelse med blodfortyndende behandling, hvor det har givet deltageren en fornemmelse af at have fået noget konkret at gå hjem med.

Et andet indtryk er, at farmakologen var meget vidende og havde en god praksis-tilgang, hvilket ansporer villigheden til at ringe efterfølgende, hvis der er brug for hjælp.

Det fremgår af spørgeskemabesvarelsene, at det er positivt med cases, nogle ønsker endda flere cases på programmet. Der efterspørges redskaber og viden som meget effektivt kan tages i brug med det samme. Et eksempel er, at der ikke udleveres meget teksttungt materiale, men mere en pixi-variant.

"men det er så også det der med, at man bliver fastlåst i nogle bestemte præparater man bruger, og det er lidt tilfældigt, hvordan man får det præsenteret ved vores kurser for det handler faktisk om, for nogle er kurserne er jo medicinalbetalte og dermed fremhæver de jo deres egen, uden at man får sådan et nuanceret billede og der var det jo egentligt rigtig rart, at man får en farmaceut ind i den retning."

(telefoninterview, læge)

Jeg tror det var, hvis man ville lave det her igen,[...] hvor man siger, her ved regionen bare, at det er billigere at gøre sådan og sådan og så komme med den der ordentlige dokumentation; hvordan, hvorfor, hvordan skifter man over, ... ja, så man kommer hele vejen, så man får sådan en værktøjskasse, så man kan sige, at den der den køber jeg, den kan jeg gå hjem og bruge i morgen. Så kan jeg begynde at skifte om. Altså det skal være så brugbart, at når jeg ser en patient i morgen, hvor den her problematik, den har stået på i lang tid og i mange år, jamen så har jeg fået løsningen til det."

(fokusgruppe, læge)

Kontekst for fremtidigt samarbejde

For at forstå vilkårene for fremtidigt samarbejde er det relevant at præcisere den kontekst samarbejdet på nuværende tidspunkt foregår i. Historikken for samarbejdet mellem almen praksis og regionen er et grundlæggende vilkår, også for denne indsats i almen praksis, hvor lægerne har fået tilbuddet om deltagelse. Nogle læger møder dermed regionen med en vis skepsis og tvivl om agendaen bag tiltag. Samtidig har der i perioden været konflikt og endelig overenskomst er pt. ikke på plads mellem lægerne og regionen. Dernæst spiller FMK en rolle.

Farmaceuterne mener dog ikke, at de har oplevet negative effekter af konflikten, og de har kun haft enkelte aflysninger begrundet i konflikten. Nogle læger svarer også i spørgeskemaet, at de har deltaget i både møde 1 og møde 2 – trods konflikten.

Mange steder har de været i en proces med overgang til FMK, hvilket har betydet, at en oprydning i systemerne har været nødvendig, det giver i sig selv et øget fokus på medicineringen. Klinikpersonalet giver samtidig udtryk for, at FMK har gjort det nemmere at danne sig et overblik over medicineringen. Dernæst fremgår det af besvarelserne, at de tekniske udfordringer og processen med FMK har været en udfordring for nogen.

I en hverdag, hvor almen praksis skal forholde sig til mange forskellige arbejdsområder, kan det synes som ét emne blandt så mange andre. Dette er en del af de vilkår, som projektet er underlagt.

Spørgeskemaerne vidner om, at det kan være svært at afse tid til deltagelse

"Det kan bare ikke dukke op til hver personalemøde eller til hver frokost, for det er der også 117 andre ting, der skal, og det her er jo en lille bitte ting i sådan en stor ting i en helt masse ting. Almen praksis - det er jo sindssygt mange ting, og især også når vi er mange slags personale, og hvordan skal vi håndtere det?"

(fokusgruppe, klinikpersonale)

"Nu er der guidelines for dit og dat og alle kommer glad og siger, nu er der nye guidelines, har du hørt det, har du hørt det, ikke, ja, tillykke. Kan du lave min arbejdsdag om af den grund, for det skal jeg nok efterhånden få tilpasset, men det er ikke noget jeg sådan kaster mig frem, vil jeg sige, nu laver jeg om. Der er sådan en fuldstændig mangel på indlevelse i vores arbejdsdag, der blokerer mig. Jeg forsøger at lade være med at sige og ødelægge det gode budskab, de kommer med, men det kniber virkeligt."

(fokusgruppe, læge)

"Der kommer 10 mennesker, der synes, at hver deres sten er lige den mest spændende her i verden og hvis man fokuserer på den, så kan jeg da godt se, så ser verden da godt nok

frygtelig ud, for der er da både løbere på den her, og den har ikke været dækket ordentligt, men når vi kigger på hele huset, så er det malet så det meste ser rimelig godt ud. Og det er lidt den fornemmelse... og klager over, at den ene sten det er egentligt et problem. Når der kommer en og prøver at fortælle, nu skal du godt nok også passe lidt på med de der mavesyretabletter[...]."

(fokusgruppe, læge)

Dernæst er der flere læger, som gør opmærksom på, at regionstiltag, som Kronikerkompasset har været en blandet oplevelse at deltage i for lægerne. Dette begrundes blandt andet med en kritik i forhold til at skulle forberede sig til møderne, en oplevelse af at spille tiden osv. Dette kan have haft betydning for, at ikke så mange er mødt op til møde 2, vurderer lægerne.

"Folk har tænkt, hvis det er ligesom kronikerkompasset, så gider vi edermame ikke. Det er den ene ting, tror jeg, og den anden ting tror jeg er, at der er nogen, der har tænkt, det der med regionen laver noget lige efter det her konfliktværk, de kan fandme glemme det, kan de. Så nogen har valgt det fra sådan rent principielt."

(fokusgruppe, læge)

Manglende fornemmelse for almen praksis og den hverdag de står i, synes at være en barriere for samarbejdet. Det er ikke nødvendigvis koblet op på selve besøgene fra projektet, men mere en grundlæggende holdning. Samtidig er det vigtigt, at pointere måden budskabet formidles på, Nogle har den oplevelse, at regionen kommer med forskellige signaler, og hvorvidt det er kvalitet eller økonomi, der er i fokus, kan være svært at gennemskue. Der siges fx:

"hver gang der er kommet et eller andet fra regionen om lægemidler, så har det været et eller andet om, at vi skal spare, og I skriver det forkerte ud, og I skriver for meget ud, og så kommer vores fagorganisation og siger, I skriver for lidt ud, og det er for dårligt, at de ikke får "statiner" alle sammen"

(fokusgruppe, læge)

"Hun var positiv og fornuftig, og der var ikke noget med, sådan synes vi, I skal gøre det ude i regionen. Hun var helt dernede, så når man lige fandt ud af, at hun var ikke typisk, som man oplever regionen. Hun var egentlig kanon."

(fokusgruppe, læge)

"Men jeg tror bare at noget af min frustration, når jeg møder regionen, det er, at det er så nemt at sidde ved et skrivebord og sige, nåh, men skal vi ikke sige 10, og så sender man det ud og så problematiserer man helt vildt over det, men det samme kan man sige ved en, der får tre præparater... sådan noget skal regionen ikke komme med alt for meget med og sende nogle ting ud, hvor det ikke dur, fordi i min verden har I ikke særligt meget at komme med, hvor man kan sige, jeg kan ikke bruge det til noget, og det er misvisende. Så gider jeg ikke, at bruge jer som den der gode samarbejdspartner."

(fokusgruppe, læge)

Fremtidigt samarbejde

Lægerne efterspørger meget tydeligt samarbejde, hvor udbyttet forenkler deres hverdag. Klinikpersonalet giver udtryk for, at det er fordelagtigt for dem at tage udgangspunkt i cases. At bruge patientcases som indgang til mere generelle drøftelser, vurderes at være godt. Besøg i klinikken skal ikke forekomme oftere end en gang om året.

Klinikpersonalet giver udtryk for, at de ikke ønsker at blive målt på, om de tager imod tilbuddene. De vil have lov til at sige nej flere gange i træk uden det har konsekvenser. Blandt lægerne bliver det nævnt, at de føler, at de nogle gange må sige ja til nogle tilbud for ikke at være alt for afvisende, da det ligger i luften, at de kan risikere at regionen går ind og siger, at de skal.

Nogle er forbeholdne over for at skulle forberede for meget inden, hvilket de ikke mener, de får gjort. Andre mener, at det er nødvendigt med en vis grad af forberedelse, hvis farmaceuten skal være forberedt, når hun kommer ud, hvilket kræver, at klinikken sender noget til hende på forhånd. Et forslag går på at kunne sende en liste med de tre ting, der er mest presserende i klinikken i forhold til medicinen, som farmaceuten kan forholde sig til forinden et møde.

Der gives eksempler på meget brugbart input fra andre læger, som har afprøvet et tiltag i egen praksis og fået det til at lykkes, og kan levere en direkte brugbar beskrivelse af tiltaget. Det gør det nemt, hurtigt og relateret til hverdagen hos lægerne, hvilket efterspørges. Det pointeres, at det er essentielt, at det ikke er en læge, som kun er i praksis 3 timer om ugen, men en som kender hverdagen. Det er dog samtidig ikke et krav, at det er en læge som underviser.

Farmaceuterne mener i god tråd hermed, at de forslag de skal komme med, skal være mindet på klinikken. Samtidig ønsker de at inddrage almen praksis tidlig i tilrettelæggelsen af processen for et fremtidigt samarbejde, herunder få dem mere med til at lave udviklingsarbejde i fællesskab.

"De der skemaer, det er vigtigt, at der er fokus på at gøre tingene enkelte. Hvis man skal have praktiserende læger til at lave en ændring, skal det være sådan, at hans hverdag bliver mere enkelt. De der skemaer er et eksempel på at gøre tingene funktionelle implementerbare, det er det, der skal være fokus på."

(telefoninterview, læge)

I stikordsform kan følgende ønsker formuleres på baggrund af interviewene.

Konkrete ønsker til regionen

- At farmaceuterne kan fungere som leddet mellem sygeplejersken og lægen. Når sygeplejersken har set på et antal cases vil lægen gerne have, at hun kan sende dem online til en farmaceut, der så giver en tilbagemelding på det til lægen. Især i tilfælde med interaktioner. Et forslag går på, at der kunne være 5 dages respit. Der ønskes ikke en løsning, hvor der bruges ressourcer på transport via personlige besøg
- Hjælpen skal være meget direkte fx som link på praksis.dk
- Klare budskaber om fx årlig gennemgang eller medicin håndtering, hvor der ved udskrivelse eller andre overgange mellem sektorerne laves en gennemgang af medicinen (FMK imødekommer en del af denne problematik)
- Ikke nye procedurer, men hjælp der kan gøre det daglige arbejde nemmere, hurtigere, smartere, billigere eller bedre
- Der efterspørges en samlet liste med hvilke lægemidler, der kræver opfølgning med hvilke blodprøver, der skal tages hvornår. Det vil være et konkret initiativ, som vurderes at kunne hjælpe praksis i hverdagen
- Nogle ønsker honorering for arbejdet (ud over de timer de får betaling for ved deltagelse i projektet).

Evaluering af Farmaceutisk indsats i almen praksis Bilag 1 og 2





Dato 31-08-2011

Steen Vestergaard-Madsen

Tel. +45 78412103

Steen.Vestergaard-

madsen@stab.rm.dk

1-31-72-320-08

Skabelon for tilbagemelding om status for praksis' arbejde med systematisk medicingennemgang for polyfarmacipatienter med kronisk sygdom

Din praksis har deltaget i kursusforløbet om systematisk medicingennemgang. Efter § 2 aftalen vil du få udbetalt et honorar på 5.000 kr. for deltagelse i forløbet og udfyldelse af nedenstående status for jeres implementering.

Side 1

1. Har praksis i løbet af processen opstillet konkrete mål for medicinafstemning ?
 - a. Ja
 - b. Delvist
 - c. Nej

Hvis ja,

- d. angiv hvilke mål _____
- e. Er målene blevet opfyldt: Ja/delvist/nej

2. Har praksis opstillet konkrete mål for medicingennemgang ?
 - a. Ja
 - b. Delvist
 - c. Nej

Hvis ja,

- d. angiv hvilke mål _____
- e. Er målene blevet opfyldt: Ja/delvist/nej

3. Har praksis formuleret og implementeret en procedure for medicinafstemning og systematisk medicingennemgang?
 - a. Ja
 - b. Delvist
 - c. Nej

4. Har praksis oplevet særlige udfordringer (organisatorisk, teknisk, fagligt) i løbet af processen?
-

Syddjurs Kommune

Evaluering af forløbet "Sæt fokus på medicinen – få besøg i din praksis"

1. Ydernummer: _____

2. Hvad fik du ud af mødet, som foregik i praksis?

3. Hvad fik du ud af mødet i dag?

4. Hvilke dele af det samlede forløb er mest brugbart for dig?

5. Er der noget i det samlede forløb, som du kunne have undværet?

6. Har du andre kommentarer?

