

Evaluering

**Lægemiddelenheden
Nordjyllands Amt**

2003-2005



Indholdsfortegnelse:

1.0 Indledning	Side 3
2.0 Rapportens opbygning	Side 4
3.0 Konklusion	Side 5
3.1 Hovedkonklusion	Side 5
3.2 Delkonklusion	Side 5
3.2.1. LME aktivitetsrapport	Side 5
3.2.2 De praktiserende lægers tilfredshed med LMEs indsats	Side 5
3.2.3 Statistisk undersøgelse	Side 6
4.0 Baggrund og formål med LME	Side 8
5.0 Delrapport 1 – årlig statusnotat	Side 9
6.0 Delrapport 2 – analyse af praktiserende lægers tilfredshed med LMEs indsats	Side 17
7.0 Delrapport 3 – evaluering af statistisk analyse	Side 26
Referencer	Side 28

Bilag

Bilag 1	Beslutning i sundhedsudvalget
Bilag 2	Afrapportering af statistisk undersøgelse
Bilag 2a	Datagrundlag
Bilag 2b	Ordiprax
Bilag 2c	Landsdata
Bilag 3	Side 127+128 fra rapport om Institut for Rationel Farmakoterapi
Bilag 4	Notat fra LME om praksisbesøg
Bilag 5	Brev til læger, som har fravalgt besøg
Bilag 6	Projektbeskrivelse ”Styr på medicinen”
Bilag 7	Metode
Bilag 8	Resultat af spørgeskemaundersøgelse

1.0 Indledning

Denne rapport er en evaluering af Lægemiddelenheden (LME) i Nordjyllands Amt, en funktion under kvalitetsenheden for almen praksis i Nordjylland. Baggrunden er en beslutning i sundhedsudvalget 28. januar 2002, se bilag 1. Der var initialt betydelige rekrutteringsproblemer blandt de praktiserende læger, hvorfor Lægemiddelenheden først startede arbejdet 1. august 2003 og har siden arbejdet på at fremme rationel ordination af medicin i almen praksis i Nordjyllands Amt. Rationel ordination er i udgangspunktet defineret som:

- at patienten får den rigtige medicin.
- at patienten får den rette mængde medicin.
- at patienten tager medicinen som foreskrevet.
- at man bruger det billigste af sammenlignelige produkter.

Med udgangspunkt i Sundhedsudvalgets beslutning blev følgende indsatsområder fastlagt ved enhedens start:

- Aflæggelse af individuelle besøg hos praktiserende læger i Nordjyllands Amt.
- Udsendelse af nyhedsbreve.
- Udsendelse af ordinationsstatistikker.
- Afholdelse af temamøder om farmakoterapeutiske områder.
- Skabelsen af samarbejde med sekundærsektor omkring lægemiddelordination.

Denne rapports formål er at evaluere, hvordan indsatsen er blevet gennemført, om den gennemførte indsats har indfriet de mål, der blev sat, og at give et bud på, hvorfor indsatserne har virket eller ej. Medicinordinationsområdet er et kompliceret felt med mange påvirkninger og mange aktører, og det kan være vanskeligt entydigt at pege på en sammenhæng mellem indsats og resultat, ligesom det vil frembyde vanskeligheder i det hele taget at måle rationel ordination.

2.0 Rapportens opbygning

Center for Kompetence Udvikling har derfor valgt at opdele evalueringsrapporten i 3 dele:

- 1) Aktivitetsrapport for årene 2003-2005, udarbejdet af LME.
- 2) Center for Kompetence Udviklings analyse af Lægemiddelenhedens indsatser, hvor indsatser beskrives og vurderes.
- 3) Center for kompetence Udviklings analyse af: en statistisk undersøgelse af indsatsen omkring kolesterolnedsættende medicin (bilag 2)

Med udgangspunkt i disse tre dele mener Center for Kompetence Udvikling at kunne opnå den bedst mulige beskrivelse og vurdering af Lægemiddelenhedens indsatser.

Evalueringen knytter sig altså ligeledes til 3 forskellige punkter, nemlig;

- 1) om Lægemiddelenheden har opfyldt de forventninger til aktiviteter, der lå i det oprindelige beslutningsgrundlag,
- 2) hvorvidt de praktiserende læger ud fra spørgeskemaundersøgelse fra 1. besøgsrunde udtrykker tilfredshed med den rådgivning Lægemiddelenheden yder,
- 3) hvorvidt man kan se nogle ændringer i ordinationspraksis hos de praktiserende læger.

3.0 Konklusion

3.1 Hovedkonklusion

Center for Kompetence Udvikling kan på baggrund af rapportens forskellige dele overordnet konkludere, at:

- 1) de oprindeligt planlagte indsatser i meget vid udstrækning er gennemført
- 2) Lægemedlenhedens konsulenter er fagligt veludrustede
- 3) besøg af Lægemedlenhedens konsulenter i meget høj grad skaber refleksion over egen ordinationspraksis hos de praktiserende læger.
- 4) der kan ses ændringer af ordinationspraksis indenfor den kolesterolnedsættende medicin hos de læger, der har modtaget besøg af Lægemedlenhedens konsulenter
- 5) der kun i ringe grad er skabt samarbejde omkring ordination mellem primær- og sekundærsektor.

3.2 Delkonklusioner

3.2.1 LMEs aktivitetsrapporter

Aktivitetsrapporten viser, at de i det oprindelige oplæg udlagte aktiviteter i meget vid udstrækning er udført. Kun omkring skabelsen af samarbejde mellem primær- og sekundærsektor er forventningerne ikke indfrieede.

3.2.2 De praktiserende lægers tilfredshed med LMEs indsats

Praksisbesøg:

Om brugen af ordinationsstatistikker i besøget:

- 91 % finder, at de statistiske data omkring statinbehandling var anvendelige i besøgets diskussion, og 9 % finder dem i lav grad, eller slet ikke anvendelige.
- 84 % finder, at de statistiske data omkring depressionsbehandling var anvendelige, mens 14 % finder dem i lav grad, eller slet ikke anvendelige.

Konsulentens rolle:

- 98 % erklærer sig enige i, at konsulenten gav sig tid til at lytte.
- 79 % angiver, at de ikke følte besøget som en kontrol og 14 % følte kun lav grad af kontrol
- 99 % er enige i, at lægemiddelkonsulenten var velforberedt.

Igangsæt refleksion om egen praksis:

- 94 % erklærer sig enige i, at have fået større indsigt, som kan anvendes i dagligdagen
- 24 % erklærer sig enige i, at ikke var noget nyt

Ændringer i ordinationsadfærd:

- 92 % er enige i at have fået redskaber, som kan bruges i hverdagen
- 89 % er enige i at have fået inspiration til at ændre noget i klinisk praksis

Da nyhedsbreve og faglige møder anses som aktiviteter, der understøtter ovenstående er der ikke særskilt konkluderet på effekten af disse indsatser.

3.2.3 Den statistiske undersøgelse

- 1) I det samlede ordinationsniveau er der signifikant forskel i ændringen i antal definerede døgn-doser (DDD) af statiner mellem de to grupper på et 5 % signifikansniveau i perioden efterår 2003 til efterår 2004. Læger, der havde modtaget besøg udskrev flere DDD af statiner, end læger, der ikke havde modtaget besøg. For perioden efterår 2004 til forår 2005 kan der dog ikke påvises signifikante forskelle.
- 2) I forhold til ændring i ordinationer af simvastatin, som på daværende tidspunkt var den billigste behandling, kan der påvises signifikant forskel på læger, der har haft besøg og læger, der ikke har. Således udskriver de læger, der har haft besøg flere DDD, end læger, der ikke har haft besøg. Generelt udskriver begge grupper mere.
- 3) Der er ingen signifikant forskel i ændring af antal personer, der behandles med statiner mellem læger, der har haft og læger, der ikke har haft besøg. Det samme kan siges for behandlingen med simvastatin.
- 4) Antallet af personer i behandling med statiner er i Nordjyllands Amt steget med 38,2 %, mod 32,3 % på landsplan. Antallet af personer i behandling med simvastatin er i Nordjyllands Amt steget med 95,2 %, mod 68,4 % på landsplan.

Konkluderende kan siges, at såvel gruppen af ikke-besøgte, som gruppen af besøgte har været opmærksom på udvidelsen af målgruppen for behandlingen. Derimod har gruppen af de besøgte læger i signifikant højere grad øget doseringen, så den når behandlingsmålene. Stigningen i anvendelsen af det billigste produkt er derudover signifikant større hos gruppen af besøgte læger.

Derudover viser undersøgelsen, at man i Nordjyllands Amt i forhold til parametrene "stigning i antallet af personer i behandling" og "stigning i antallet af personer i behandling med simvastatin" ligger markant højere end i det øvrige land.

4.0 Baggrund og formål for Lægemedlenheden

Økonomiudvalget godkendte på sit møde den 28. januar 2002 oprettelse af en lægemedlenhed i Nordjyllands Amt. (Bilag 1)

Der var to hovedårsager til oprettelsen:

1) Gode erfaringer fra andre amter i forhold til sammenhængen mellem oprettelse af en lægemedlenhed og de overordnede udgifter på området. Således lå Frederiksborg Amt, Københavns Kommune og Ringkøbing Amt 5-6 % under landsgennemsnittet i medicinudgifter pr. borger efter oprettelsen af velfungerende lægemedlenheder. Endvidere var der også i disse amter gode erfaringer med de faglige og kvalitetsmæssige aspekter.

2) Et ønske om optimering af lægemeddelordinationen. Forskellige undersøgelser af ordinationen viste, at denne ofte ikke var hensigtsmæssig. Dette gjaldt for eksempel på følgende områder:

- ordination af lægemidler i tilfælde, hvor ordination ikke er hensigtsmæssig i forhold til patientens symptomer
- brug af dyre lægemidler, hvor der findes ligeså gode billige alternativer
- manglende ordination af lægemidler

Altså en indsats både i forhold til kvalitet i ordinationer og i forhold til bedst mulig udnyttelse af de økonomiske ressourcer.

Indtil oprettelsen havde området været varetaget af den amtslige lægemeddelkonsulent. Holdningen var, at denne bemanning var for lille i forhold til den prioritering, man ønskede.

Generelt var der fra starten fokus på, at Lægemedlenheden skulle skabe opmærksomhed på området i den enkelte læges dagligdag, og i den forbindelse mere fungere som inspirator og sparingspartner end kontrollant. For at imødegå denne udfordring har hovedfokus fra Lægemedlenheden fra starten været de Personlige EfteruddannelsesBesøg (PEB) (Bilag 3+4). Mange af Lægemedlenhedens øvrige aktiviteter knytter sig til arbejdet med at gøre disse så succesfulde som muligt.

5.0 Delrapport 1: Årlige Statusnotater

Udarbejdet af LME

Overordnet om indsatsen

Vi har valgt kronologisk at redegøre for aktiviteterne dels for at tydeliggøre kompleksiteten af opgaverne, dels for at understrege udviklingen i enheden. Den faglige og pædagogiske kompetence hos konsulenterne er vokset betydeligt, ligesom de praktiserende læger i tiltagende grad ser LME som en relevant sparringspartner. Vi ønsker fortsat at arbejde med PEB som vores hovedydelse, men ønsker herudover at styrke indsatsen omkring samarbejdet med sekundærsektor. Herudover ønskes yderligere understøttelse af udviklingen af kompetencer omkring rationel farmakoterapi i den enkelte praksis, og det overvejes at initiere arbejdet omkring en basisliste i region Nord. For at forankre LMEs arbejde yderligere kunne nedsættelse af en egentlig styregruppe for ordningen overvejes.

Aktiviteter 1. august - 31. december 2003:

Udarbejdelse af succeskriterier og af idegrundlag

Der er udarbejdet et idegrundlag samt et internt dokument om succeskriterier.

Opbygning af projektrum: "lægemiddelenheden"

Vi har i LME valgt projektrum, som det fremtidige IT-samarbejdsorgan. Projektrummet, der fungerer under nja.dk, er en stor styrkelse af ordningen. Alle ansatte i LME har adgang til projektrummet fra en hvilken som helst computer. Der er her mulighed for fælles arkivering af relevante artikler, links, mødeindkaldelser, referater, undervisningsmateriale, kommende aftaler og løbende diskussion af relevante temaer. Ligeledes registreres alle aftaler om praksisbesøg på projektrummet.

Månedlige møder

Varighed på 2-3 timer.

Møderne har følgende formål:

- udarbejdelse af fælles undervisningsmateriale
- gennemgang af relevante statistikker
- gennemgang af relevant materiale fra andre amter
- udarbejdelse af nyhedsbrev
- fælles forum for udveksling af erfaringer fra praksisbesøg

- idé-forum for kommende aktiviteter

Praksisbesøg

Vi er ca. 1. november 2003 startet praksisbesøg.

Der er indtil nu aflagt besøg hos 23 læger. Evalueringsskemaerne er selvklart ikke gennemarbejdet, men der er et tydeligt mønster:

- de praktiserende læger finder lægemiddelkonsulenterne godt fagligt forberedt
- de praktiserende læger ønsker at modtage besøg igen
- der er ingen af de besøgte læger, der har oplevet besøget som kontrol.

Faglig oprustning

Er foregået løbende:

- månedlige diskussioner om budskaber og udvælgelse af emner – til det første besøg: kolesterolsænkende medicin og depression. Der udarbejdes 1-2 klare budskaber for hvert emne.
- 2-dages besøg på IRF med systematisk uddannelse i evidensbaserede undersøgelser og konklusioner på områderne
- udarbejdelse af fælles læsemateriale på områderne. Materialet består af relevante artikler nationalt og internationalt og danner baggrund for udvælgelse af budskaber
- gennemgang af amtets statistikker på området
- hjemmestudier på de udvalgte områder. Alle læser relevant materiale og udbyder interessante artikler/studier på projektrummet.

Kommunikationsmæssig oprustning

Der blev 7. oktober 2003 afholdt kursusdag med psykolog Berit Sander, hvor temaet var:

- træning i mødet med en ligeværdig kollega
- hvordan afleveres budskaber til kollegaer med størst mulig effekt
- coaching

Udarbejdelse af evaluerings skemaer

Der er udarbejdet evalueringsskemaer til de læger, der modtager besøg.

Udsendelse af nyhedsbrev – november 2003.

Aktiviteter for 2004:

Afslutning af 1. besøgsrunde

Emnerne var: statiner, antidepressiva og begrænsning af Ejs-brug på recepter.

Der blev i alt aflagt besøg hos 243 (74,2 %) læger. Langt de fleste besøg blev aflagt i foråret 2004, de sidste august 2004. Lægernes oplevelse af besøgene blev evalueret i spørgeskemaform. Spørgeskemaet kan ses som bilag 8.

Indbydelse og opstart af 2. besøgsrunde

Besøgene startede ca. 1. november – 2. besøgsrunde vil blive afrapporteret i aktivitetsrapporten for 2005.

Månedsmøder

I alt 10 i 2004. Månedsmøderne er centrale i LMEs virke og indeholder bl.a.:

1. Udarbejdelse af nyhedsbreve

Kan ses på www.lme.nja.dk

2. Løbende evaluering af budskaber og statistikker til almen praksis.

Konsulenternes gode og mindre gode oplevelser under Personlige EfteruddannelsesBesøg (PEB).

3. Udvalgelse og forberedelse af emner til 2004-05.

Emnerne blev:

- Rygerlunger = KOL herunder brug af lungefunktion og fokus på rygestop
- Smertestillende behandling med NSAID (gigtmidler): Med fokus på dosisreduktion, seponering og fravalg af COX-2
- Udarbejdelse af statistikker, materiale og budskaber til 2. besøgsrunde.

4. Udarbejdelse af projektbeskrivelse for "Styr på medicinen"

Et projekt, der er inspireret af APO-auditundersøgelsen om praksispersonalets rolle i medicinfornyelsen. Projektets 1. fase er afrapporteret i 2005, se dette.

5. Nyt om rationel farmakoterapi

- artikler
- nyt fra andre lægemiddelenheder

6. Ordiprax:

Et webbaseret redskab, hvor ordinationsvaner kan sammenlignes amterne i mellem og den enkelte praksis kan sammenlignes med amtsgennemsnit.

Programmet har været anvendt til:

- analyse af ordinationsvaner i Nordjylland

- dokumentation i nyhedsbreve
- som forberedelse til besøg i de enkelte praksis, idet LME i 2004 fik adgang til den enkelte praksis' ydelsesmønster
- at stimulere den enkelte praksis til selv at bruge Ordiprax.

LME har i efteråret 2004 afholdt møde med Kjeld Vægter, Ordiprax' udvikler, for at øge kendskabet til funktionerne i Ordiprax. Ordiprax kan ses på www.ordiprax.dk

7. Møde med apoteker Lintner, Frederikshavn:

- Gennemgang af medicintilskudssystemet og apotekernes rolle i rationel farmakoterapi
- Apotekernes rolle i Ej s-faldgruber i tolkning af ej S-statistikker.

8. Forberedelse af besøg i København.

Ønsker til mødet med Frederiksborg Lægemiddelenhed.

Indhold til mødet med medicinalfirmaet Pfizers administrerende direktør Karin Verland, uddannelseskoordinator, den medicinske direktør og flere key account managers:

- at diskutere industriens rolle i rationel farmakoterapi
- at diskutere industriens strategier for at øge gennemslagskraft hos læger under PEB
- at diskutere det fremtidige samarbejde: faldgruber og spændingsfelter.

Møder LME har deltaget i

- møde i de decentrale efteruddannelsesgrupper 26. marts 2004. LME blev præsenteret for gruppelederne og et muligt fremtidigt samarbejde diskuteret.
- præsentation af LME på PLO-N's forårsmøde.
- deltagelse i IRF-kurser om:
 - benzodiazepiner
 - hjerte-karsygdom
 - hormoner
- deltagelse i IRF's årsmøde i Kolding.
- møde om statiner i Lægekredsforeningens række af efteruddannelsesmøder.
- møde med embedslægeinstitutionen om analgetikaforbrug i Nordjylland.

Uddannelsesaktiviteter for ansatte i LME

Tur til København 2. - 3. september 2004:

2. september kl. 9-12: møde hos Pfizer

2. september kl. 13-17: møde med Frederiksborgs amts lægemiddelenhed

3. september kl. 9-14: møde/kursus hos IRF med faglig opdatering af emneområder til næste besøgssrunde.

Temadag med psykolog Birgit Sander 2. marts 2004. Kommunikationstræning.

Halvdags temamøde med konsulent Rikke Autzen, CVU: Meyer-Brigs personlighedsstrukturer – teori og kommunikationstræning.

Andre opgaver i LME

Den amtslige lægemiddelkomite – Jørgen Peter Ærthøj er repræsentant i komiteen.

Medicingennemgang for ældre polyfarmacipatienter – Jørgen Peter Ærthøj og Kirsten Nielsen har deltaget i projektudarbejdelse og i styregruppen for projektet.

Aktiviteter for 2005:

Afslutning af 2. besøgsrunde

Der blev i alt aflagt besøg hos 235 læger (72,5 %)

Emnerne var:

- KOL (rygerlunger)
- NSAID (smertestillende ikke-morfika)
- Opfølgning på tidligere emner

Langt de fleste besøg blev aflagt i foråret 2005, de sidste august 2005.

Konsulenternes indtryk fra møderne, indsamlet på månedsmøderne:

- at PEB forløber i positiv tone. Vi har "fået foden indenfor"
- at der hos kolleger var stor tilfredshed med det medbragte statistiske materiale
- at emnerne ikke egnede sig ret godt til kvantitative evalueringer
- at konsulenterne har opnået langt større sikkerhed i mødet med kolleger.

Vi har valgt ikke at gennemføre egentlig tilfredshedsundersøgelse, men der er udsendt spørgeskema til læger, der ikke ønskede besøg (bilag 5).

Månedsmøder

Indtil nu 7 møder i 2005. Månedsmøderne er centrale i LMEs virke og indeholder bl.a.:

1. **Udarbejdelse af nyhedsbreve** - kan ses på www.lme.nja.dk
2. **Løbende evaluering** af budskaber og statistikker til almen praksis.

Konsulenternes gode og mindre gode oplevelser under Personlige EfteruddannelsesBesøg (PEB).

Der foregår løbende justering af budskaberne.

3. Udvalgelse og forberedelse af emner til 2005-06.

Emnerne blev:

- hypertension (forhøjet blodtryk)
- osteoporose (knogleafkalkning)
- psykofarmaka til gamle, specielt de nye adfærdsregulerende antipsykotika
- opsamling på tidligere budskaber

Udarbejdelse af statistikker, materiale og budskaber til 3. besøgsrunde.

4. Indbydelse og opstart af 3. besøgsrunde.

Besøgene startede ca. 1. november 2005. Der er indkommet ønske om besøg fra 206 læger, hvilket findes særdeles tilfredsstillende efter 1. rundsending af invitation.

Der bliver udsendt fornyet invitation til restgruppen i foråret 2006, 3. besøgsrunde vil blive afrapporteret i aktivitetsrapporten for 2006.

5. Udarbejdelse af projektbeskrivelse for "Styr på medicinen".

Pilotprojekt gennemført i alle konsulenternes praksis, se afrapportering - bilag 6.

Er 1. oktober udbudt til 7 praksis mhp. at indhente erfaringer før tilbuddet gives til flere praksis i 2006. Der er enighed om, at vi har fundet et koncept, der kan supplere LME's arbejde i interesse-rede praksis.

6. Nyt om rationel farmakoterapi.

Læsning af artikler.

Udover relevant forberedelse til vores besøgsrunde har vi haft specielt fokus på:

- betablokkere, nye kolesterolstudier, Ascot-studiet og NSAID
- BOB-projektet i Roskilde – der er diskuteret en mulig implementering af samme koncept i Nordjylland i 2006. Vi vil dog afvente afklaringen af de pågående overenskomstforhandlinger
- nyt fra andre lægemiddelenheder

7. Ordiprax:

Løbende brugt i orienteringen af ordinationsmønstre både for den enkelte praksis og på amtsplan.

8. Forberedelse af besøg i København.

Relevante afklarende spørgsmål til IRF.

Møder og kurser LME har deltaget i:

- *Hanstholmmødet 20. - 21. maj 2005.* Mødet var arrangeret af Nordjyllands Lægekredsförening. Vi præsenterede dels LME, dels data fra pilotprojektet "Styr på medicinen".
- *IRF-møde Årsmøde 29. - 30. april 2005.*

- *Projektlederkursus på Center for Kompetence Udvikling 17. marts 2005 kl. 9-17 – opfølgingsdag 7. juni 2005 kl. 14-18.* Arrangeret af Nord-KAP i et samarbejde mellem Praksiskonsulentordningen og LME. Kursustilrettelæggelse: Center for Kompetence Udvikling og Jørgen Peter Ærthøj.
- Én læge deltog i kursus i "Rationel brug af Psykofarmaka" 27. september 2005 i Nyborg.
- Én læge deltog i kursus i "Kardiovaskulær Farmakologi" 13. oktober 2005 i Skørping.
- Jørgen Peter Ærthøj deltager i forberedelsen af nordjysk praksisdag 2006. Vi forestår 2 timers undervisning i "Styr på medicinen".

Møde i København: Kan indsatsen evalueres?

Projektgruppen for LME og vicekontorchef i Sygesikringen, Birthe Rusholt har deltaget i møde hos Amtsrådsforeningen den 11. oktober 2005 vedrørende evaluering af lægemiddelenhedernes arbejde. DSI ønsker landsdækkende opgaver på området. Der blev efterlyst kvalitative metoder til vurdering af PEB som redskab.

Jørgen Peter Ærthøj og Kirsten Nielsen deltog desuden i møde den 10. oktober 2005 i IRF for amtslige lægemiddelkonsulenter vedrørende forskellige decentrale initiativer.

Vi fremlagde foreløbige resultater fra "medicingennemgang hos ældre polyfarmaci-patienter."

Jørgen Peter Ærthøj deltog i møde i Apotekerforeningen den 10. oktober 2005 for at præsentere foreløbige data fra samme projekt.

Uddannelsesdage for konsulenter i LME

Tur til København 1. - 2. september 2004.

1. september 2005 kl. 9-15: kursus og opdatering af emneområder for næste besøgsrunde hos IRF.

1. september 2005 kl. 16-18: møde med lægemiddelenheden i Roskilde med præsentation af projektet: "**Bedst og Billigst**".

2. september 2005 kl. 9-14: arbejdsmøde om budskaber til 3. besøgsrunde.

Andre opgaver i LME

Den amtslige lægemiddelkomite – Jørgen Peter Ærthøj er repræsentant i komiteen.

Medicingennemgang for ældre polyfarmaci-patienter – Jørgen Peter Ærthøj og Kirsten Nielsen deltager fortsat i styregruppen for projektet. Endelig rapport foreligger omkring 1. december 2005.

Evaluering

Materiale til evaluering og det løbende samarbejde med Center for Kompetence Udvikling er forestået af Nord-KAP.

Med henblik på en kvantitativ evaluering af data fra første besøgsrunde har Kirsten Nielsen og Jørgen Peter Ærthøj deltaget i møder med Center for Sundheds Statistik, Institut for Matematisk Fag, Aalborg Universitet.

På baggrund af det statistiske materiale er der udarbejdet en rapport, der indgår i den samlede evaluering.

6.0 Delrapport 2: Analyse af LMEs indsats:

Indledning

En dialog mellem styregruppen for evalueringen af Lægemiddelenheden og Center for Kompetence Udvikling i projektets opstart mundede ud i en beslutning om, at evalueringsprojektets primære realistiske mål er at opbygge den stærkest mulige argumentation for sammenhænge – eller mangel på sammenhænge – mellem projektets indsatsområder og de praktiserende lægers ordinationsmønstre. (Læs mere om metoden i bilag 7).

Ud fra dette kriterium er det besluttet at benytte metoden virkningsevaluering i forbindelse med Center for Kompetence Udviklings analyse af Lægemiddelenhedens indsatser.

“Virkningsevaluering tager udgangspunkt i tydeliggjorte og eksplicite forestillinger om hvorfor og hvordan en given indsats virker. Disse forestillinger kaldes for programteorien. Programteorien giver forklaring på, hvordan indsatsen omsættes til resultater (...) Virkningsevaluering bygger således bro mellem processer og resultater”. Dahler-Larsen og Krogstrup i “Nye veje i evaluering”, 2003.

Til beskrivelse og evaluering af Lægemiddelenhedens indsatser er følgende data anvendt:

- Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger, som har modtaget besøg af en konsulent fra Lægemiddelenheden (bilag 8).
- Aktivitetsrapporter fra Lægemiddelenheden.
- Interview med lederen af Lægemiddelenheden.
- Interview med den amtslige lægemiddelkonsulent.

Programteori for Lægemiddelenheden¹

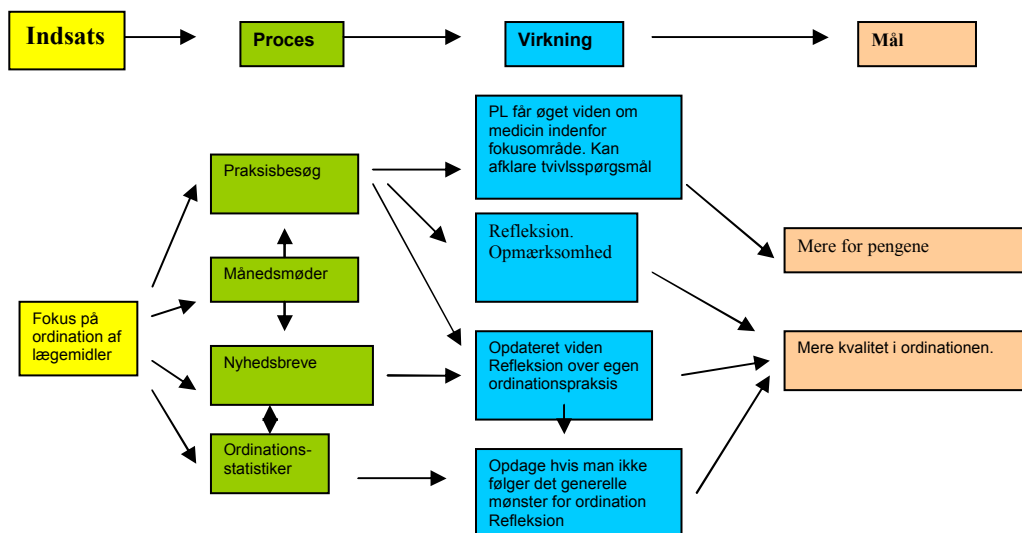
Indsats: Sætte fokus på ordination af lægemidler i Nordjyllands Amt.

Som tidligere beskrevet, var det gode erfaringer fra andre amter, der gjorde, at man valgte at sætte fokus på ordinationen af lægemidler. De forventede effekter skulle kunne ses både økono-

¹ Alle resultater i dette afsnit bygger på den tidligere omtalte spørgeskemaundersøgelse

misk og kvalitetsmæssigt, således at man både mindskede udgifterne til ordination og fik større sikkerhed for, at patienter fik den medicin, de havde brug for.

Programteorien for Lægemedelenheden er søgt illustreret i nedenstående diagram:



Processer

I forbindelse med oprettelsen af Lægemedelenheden, blev der lagt op til følgende tiltag:

1. aflæggelse af **P**ersonlige **E**fteruddannelses**B**esøg = PEB hos de alment praktiserende læger i Nordjyllands Amt.
2. Udsendelse af nyhedsbreve med aktuelle farmakoterapeutiske emner.
3. Udsendelse af ordinationsstatistikker, der viser den enkelte lægepraksis' ordinationsvaner.
4. Afholdelse af temamøder med gennemgang af farmakoterapeutiske emner.

Programteori for Praksisbesøg

Grundlæggende i programteorien for hele Lægemedelenheden ligger, at der er store gevinster at hente både sundhedsfagligt og økonomisk i relativt små adfærdsændringer hos de praktiserende læger.

Praksisbesøgene er Lægemedelenhedens kerneydelse og udgør som sådan rygraden i den samlede indsats for Lægemedelenheden. (se bilag 4 for udførlig beskrivelse af praksisbesøg).

Et helt centralt punkt for indsatsen omkring praksisbesøg er antagelsen om, at det personlige møde giver bedst mulighed for, at den viden Lægemedelenheden besidder, kommer i anvendelse i flest mulige praksis. Det antages, at man ved det personlige møde kan tilpasse sin viden og fremlæggelsesmetode til den enkelte praktiserende læges behov, og derigennem skabe grobund for, at den formidlede viden rent faktisk giver anledning til en ændret ordinationsadfærd. Denne antagel-

se er underbygget i en rapport fra Institut for Rationel Farmakoterapi udgivet i år 2000: "Personlige EfteruddannelsesBesøg – og andre metoder til kvalitetsudvikling af lægemiddelordinationer" (se bilag 3).

Samtidig lægges der op til at skabe refleksion hos den praktiserende læge, således at hele ordinationsproblematikken kan få en større del af lægens opmærksomhed i det daglige. Også dette antages bedst at kunne lade sig gøre ved det personlige møde.

Samlet forestiller man sig således, at man ved at målrette formidling og rådgivning til den enkelte læge, ændrer man bedst eventuelle uhensigtsmæssige ordinationsmønstre.

Indsatsens implementering og virkning

Udvælgelse af fokusområder

Lægemiddelkonsulenter vælger én gang om året 2-3 fokusområder på baggrund af forskellige overvejelser omkring områdernes vigtighed. Disse overvejelser kan dels tage udgangspunkt i ordinationsstatistikker, som viser, at der er tale om meget forskellige ordinationsmønstre hos forskellige praktiserende læger, dels i generelle overvejelser omkring et områdes størrelse. Derudover kan det have noget at gøre med et områdes økonomiske tyngde, således at det vurderes, at der kan være en markant økonomisk gevinst ved at sætte ind netop dér. Et eksempel på dette er valget af kolesterolnedsættende medicin, som vælges på baggrund af ophør af patent på et bestemt produkt og nye guidelines, der udvidede målgruppen for behandlingen.

Efter udvælgelsen af fokusområder sætter man sig i Lægemiddelenheden grundigt ind i områderne gennem selvstudier, månedlige møder og undervisning på Institut for Rationel Farmakoterapi.

Invitationer

Alle læger i Nordjyllands Amt tilbydes herefter at få besøg af en lægemiddelkonsulent og der følges op på invitationen med rykkere til de henvendelser, som ikke besvares. 253 ud af 326 læger takkede ja til tilbuddet i 2003/2004. Det svarer til, at 78 % af de praktiserende læger modtog besøg af en lægemiddelkonsulent.

Statistikker

Få dage inden besøget aflægges sendes statistikker over den praktiserende læges ordinationspraksis indenfor fokusområderne til den praktiserende læge, så der er et fælles udgangspunkt for snakken til konsulentens besøg.

Virkning

47 % finder, at de statistiske data omkring statinbehandling var anvendelige i besøgets diskussion, 44 % finder dem moderat anvendelige, og 9 % finder dem i lav grad eller slet ikke anvendelige.

33 % finder, at de statistiske data omkring depressionsbehandling var anvendelige, 51 % finder dem moderat anvendelige, mens 14 % finder dem i lav grad eller slet ikke anvendelige.

Selve besøget

Der lægges i besøgene vægt på, at samtalen tager form som en sparring mere end en instruktion eller information. Lægemedelkonsulenterne har således i forberedelsesfasen deltaget i kursus om coaching, fordi det generelt har været et udgangspunkt at forsøge at give den praktiserende læge indflydelse på besøgets indhold. Dette udfra en betragtning om, at de praktiserende læger har forskellige udgangspunkter og forskellig viden indenfor områderne. Man må således være parat til at tilpasse indholdet til den enkeltes udgangspunkt, for at sikre det bedst mulige resultat for den enkelte læge.

Virkning

- *98 % erklærer sig helt eller delvist enige i, at konsulenten tog sig tid til at lytte.*
- *79 % angiver, at de ikke følte besøget som kontrol og 14 % følte kun lav grad af kontrol.*
- *31 % erklærer sig helt enige i, at have fået større indsigt, som kan anvendes i dagligdagen, 63 % erklærer sig delvist enige.*
- *24 % erklærer sig helt eller delvist enige i, at "der var intet nyt for mig".*
- *30 % erklærer sig helt enige i, at have fået redskaber, som kan bruges i hverdagen, 62 % er delvist enige.*
- *36 % er helt enige i at have fået inspiration til at ændre noget i klinisk praksis, 53 % er delvist enige.*

I besøget tages udgangspunkt i den ordinationsstatistik, den praktiserende læge har fået tilsendt.

Månedsmøder

Hver måned mødes Lægemedelenheden. Som et fast punkt indgår udveksling af erfaringer fra besøgene. Derudover følges op på udviklinger inden for medicinalområdet med litteratursøgning og gennemgang af evidensbaserede artikler. Såfremt en eller flere konsulenter har deltaget i faglige møder eller undersøgt et bestemt område, fremlægges dette for de øvrige konsulenter. Ligeledes informerer den amtslige lægemedelkonsulent om udviklingen i ordinationsmønstre, som kan danne baggrund for nye tiltag.

Virkning

- *99 % af de adspurgte mente, at konsulenten var fagligt velforberedt og god til at formidle budskaberne.*

Opsummering

I praksisbesøgene har vægten været lagt på Lægemiddelenhedens evne til at formidle, til at skabe ændret adfærd og refleksion. Her viser undersøgelsen, at så godt som alle opfatter konsulenten som velforberedt, og at 94 % erklærer sig enige eller delvist enige i at have fået større indsigt, som kan anvendes i dagligdagen.

Konsulentens rolle i besøgene har været sparringspartner mere end rådgiver eller kontrollant. Her så vi, at kun 6 % opfatter besøget som en kontrol.

Center for Competence Udvikling vurderer, at man ud fra de to forskellige spørgeskemaer kan sandsynliggøre, at de i programteorien udtrykte antagede virkninger, har vist sig at holde stik.

Nyhedsbrevet

Indsatsens implementering og virkning

Lægemiddelenheden udgiver 4-6 gange om året et nyhedsbrev. Nyhedsbrevet udsendes både elektronisk og i papirversion, og beskæftiger sig med temaer, som er oppe i tiden.

Indholdet retter sig mod:

- a) Evidens. Nyhedsbrevet omtaler nye forskningsresultater indenfor medicinalområdet, blandt andet nyt syn på behandling med eksisterende medicin og forskning indenfor ny medicin.
- b) Økonomi. Der omtaltes forskelle i priser på sammenlignelige produkter. Derudover fremhæves forskelle i ordinationspraksis mellem for eksempel forskellige amter i Danmark.

Nyhedsbrevet følger samme tankegang som besøgene i praksis. Således er det i lige så høj grad målet at skabe refleksion og undren, som at informere om ny forskning. Ved at påpege tendenser i ordination, håber man at kunne pirke til den praktiserende læges nysgerrighed og få ham/hende til at se på sin egen ordinationspraksis med nye øjne.

Programteori for Nyhedsbrevet

Grundlæggende i programteorien for nyhedsbrevet er en antagelse om, at øget viden om specifikke områder kan føre til ændring af eventuel uhensigtsmæssig ordinationspraksis.

Som tidligere nævnt, har de antagede virkninger af udsendelsen af nyhedsbrevet været tæt forbundne til virkningerne af besøgene i praksis. Den overordnede målsætning for nyhedsbrevet kan således siges at være at supplere praksisbesøgene i forsøget på at skabe en øget opmærksomhed på ordinationsproblematikken i praksis generelt. Derudover antages det at kunne formidle viden også til de læger, som ikke ønsker besøg i egen praksis af en lægemiddelkonsulent.

Virkning

Center for Kompetence Udvikling har i sin evaluering af Lægemiddelenheden valgt ikke at analysere effekten af nyhedsbrevet særskilt. Dette valg er truffet ud fra en betragtning om, at nyhedsbrevet er en del af en vifte af tiltag. Der foreligger ikke nogle undersøgelser af nyhedsbrevets effekt, og det er Center for Kompetence Udviklings holdning, at en isoleret undersøgelse af effekterne af nyhedsbrevet ville være for ressourcekrævende i forhold til de forventede resultatets brugbarhed i en samlet evaluering af Lægemiddelenhedens arbejde.

Ordinationsstatistikker

En stor del af den amtslige lægemiddelkonsulents arbejde drejer sig omkring udfærdigelse af statistikker over medicinalforbrug i almen praksis. Dette arbejde er en af grundstenene i Lægemiddelenhedens arbejde. Disse statistikker anvendes i arbejdet omkring udvælgelse af fokusområder, i forbindelse med praksisbesøgene, hvor den enkelte læges ordinationspraksis indenfor fokusområderne sendes, og i forbindelse med nyhedsbrevet, hvor der påpeges tendenser i forhold til andre amter, eller markante forskelligheder mellem forskellige praktiserende læger.

Statistikkerne er opgjort for den enkelte praksis, og er korrigerede for køns- og alderssammensætning i forhold til sammensætningen på amtsplan. Der er ofte lavet opgørelse på både antal personer i behandling, behandlingspriser og mængdeforbrug. Disse parametre er alle sammenholdt med niveauet for alle praktiserende læger i Nordjyllands Amt.

Der findes endvidere en total liste over alle ordinerede præparater af praksis i den pågældende periode.

Endelig udregnes der et besparingspotentiale for praksis for de områder, hvor Lægemiddelenheden anbefaler billigere, men ligeså kvalificerede præparater.

Virkning

Ordinationsstatistikernes virkning skal derfor ses i, at de er en forudsætning for det øvrige arbejde, sådan som det også fremgår af programteorien. Som tidligere fremhævet finder en stor del af de besøgte læger statistikkerne anvendelige i forbindelse med praksisbesøget – 91 % finder dem enten anvendelige eller moderat anvendelige.

Samarbejdet med sekundærsektoren

Den oprindelige tanke omkring understregningen af vigtigheden af et samarbejde med sekundærsektoren.

I det oprindelige oplæg til etablering af Lægemiddelenheden figurerer samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor som et vigtigt emne. Blandt andet nævnes arbejdet med at udvikle en tværsektoriel rekommendationsliste, som en opgave for Lægemiddelenheden. Antagelsen her er,

at en fælles politik omkring ordination af lægemidler vil lette arbejdet med at opnå højere grad af rationel ordination. Blandt andet antages man at kunne imødekomme det problem, der kan opstå, hvis de praktiserende læger på grund af egen rekommendationsliste skal ændre medicintype hos en patient, der kommer fra sekundærsektor.

Implementering og virkning

Der har været afholdt forskellige møder med sekundærsektoren, blandt andet har der været kontakt til Sygehus Himmerland. Forskellige modeller har været diskuteret omkring opnåelse af fælles rekommendationslister.

Møder med sygehus Himmerland omkring forskellige modeller: a) Fælles rekommendationsliste, b) adgang til praktiserende lægers ordinationsliste for sygehuslæger, og c) krav om evidens i forbindelse med ordination fra sygehuslæger.

Virkning

Der er endnu ikke opnået fælles aftaler imellem de to sektorer.

En væsentlig del af forklaringen på dette er dog, at samtidig med oprettelsen af Lægemiddelenheden, er der på centralt plan startet et omfattende arbejde med udarbejdelsen af rekommendationslister. En fremtidig udarbejdelse af en lokal liste for Nordjyllands Amt afventer dette arbejde. Endvidere er en samlet amtlig lægemiddelenhed for sekundærsektor først oprettet i 2005.

Temamøder

Lægemiddelenheden har i Lægerekredsforeningens efteruddannelsesregi deltaget i et tværsektorielt aftenmøde om behandling af forhøjet kolesterol. Herudover har Lægemiddelenheden haft indlæg på møde om rationel farmakoterapi med præsentation af de første resultater af projektet "styr på medicinen". Der har også været aktivitet omkring udbredelse af kendskabet til Lægemiddelenheden i de decentrale efteruddannelsesgrupper og på praktiserende lægers faglige organisations (PLO-N) årsmøde.

Inspireret af en landsdækkende audit udført af APO Odense har Lægemiddelenheden lavet projektet "styr på medicinen". Konklusionen på den landsdækkende audit var, at der er betydelige muligheder for kvalitetsforbedringer i receptfornyelsesprocedurerne i den enkelte praksis, og at praksispersonalet spiller en stor rolle i implementering af rationel farmakoterapi.

Med henblik på at indhente erfaringer med at lade den enkelte praksis (både praksispersonale og læger) udvælge indsatsområder, har hver af konsulenterne i egen praksis udvalgt at sætte fokus på bestemte ordinationsområder. Disse erfaringer er samlet i en rapport, der danner en skabelon

for, hvordan man i praksis kan sætte fokus på sin egen ordination. Modellen bliver i øjeblikket implementeret i 7 praksis i Nordjylland (Projektbeskrivelse er vedlagt som bilag 6).

Implementering og virkning

Indsatsen har indeholdt deltagelse i arrangementer omkring den kolesterolsænkende medicin, præsentation af resultater fra projektet "styr på medicinen", og præsentation af Lægemiddelenheden for lederne af de decentrale efteruddannelsesgrupper.

Virkning

Afholdelse af temamøder knytter sig dels til tilegnelse af ny viden og dels til udvikling af forhold til oplagte samarbejdspartnere. Der er altså her tale om begreb, som dækker over en bred vifte af tiltag, som virkningsmæssigt må ses i en større sammenhæng i forbindelse med den samlede vurdering af indsatser.

Virkingen af, at den enkelte praksis får mulighed for, under Lægemiddelenhedens konsulents vejledning at sætte fokus på udvalgte områder i egen praksis kan endnu ikke vurderes, idet der er tale om pilotprojekt.

Opsummering

I afrundingen af denne evalueringsproces er kodeordet de i Virkningsevaluering centrale spørgsmål: "Gør vi det, vi tror, vi gør?" og "Har det, vi gør, det resultat, vi tror det har?"

Konsulentens rolle

Den oprindelige tanke bag konsulentens rolle som facilitator og sparringspartner var som nævnt, at man bedre kunne målrette sig den enkelte læges situation og ønsker. Dette udfra en forestilling om, at man på den måde bedst kunne trænge igennem med sit budskab. Her kan man sige, at næsten alle besøgte (99 %) oplever konsulenten som velforberedt og lyttende, og at kun en lille del oplever besøget som en kontrol. På området omkring konsulentens rolle, kan det således konkluderes, at det konsulenterne planlagde at gøre, også rent faktisk er det, der bliver oplevet af den enkelte læge i praksis. De forskellige indsatser omkring forberedelsen af praksisbesøgene må altså antages at have haft den formodede virkning.

Formidlingen

I forhold til formidlingen af det valgte budskab er virkingen knap så entydig. Således konstaterede knap en fjerdedel, at der ikke var noget nyt i lægemiddelkonsulentens budskab. Dog må man her medtage, at 94 % erklærer sig enige eller delvist enige i at have fået "større indsigt, som kan anvendes i dagligdagen", og at 92 % angiver at være enige eller til dels enige i at have fået redskaber, som kan anvendes i dagligdagen.

Konklusion på praksisbesøg

På den baggrund må man konkludere, at indsatsen omkring praksisbesøgene i vid udstrækning har fået den antagede virkning.

Samarbejdet med sekundærsektor

Der er endnu ikke lavet bindende aftaler med sekundærsektor omkring et samarbejde om ordinationspraksis. Der er gode erfaringer omkring et sådant samarbejde, blandt andet i Roskilde, som man med fordel kunne bygge videre på i Nordjyllands Amt. Der er generel enighed om, at det tværsektorielle samarbejde er en nødvendighed, hvis man ønsker yderligere gevinster på lægemiddelområdet.

Som nævnt i afsnittet omkring denne indsats, skyldes de manglende resultater for en stor del det centrale arbejde omkring fælles rekommendationslister. Resultatet af dette arbejde afventes, inden man fra Lægemiddelenhedens side investerer flere kræfter i området.

7.0 Delrapport 3: evaluering af den statistiske analyse²

Som tidligere omtalt, valgte Lægemedlenheden som et af sine fokuspunkter i 2003 den kolesterolnedsættende medicin. Dette valg blev truffet på baggrund af ophør af patent på det originale simvastatin (Zocor), og fremkomsten af billige kopipræparater. Derudover kom der nye guidelines, der udvidede målgruppen for kolesterolsænkende behandling.

På baggrund af denne situation, satte Lægemedlenheden sig som mål at få tre budskaber igennem til de praktiserende læger i forbindelse med praksisbesøgene:

- 1) at man fandt de patientgrupper, der anbefaledes behandling.
- 2) at man nåede de behandlingsmål, der opsattes i de nye guidelines.
- 3) at man benyttede det billigste præparat

Undersøgelsen

Lægemedlenheden har ønsket at sammenligne ordinationspraksis for perioden 1. oktober – 31. december 2003 med den samme periode i 2004 for læger, der har modtaget besøg og læger, der ikke har modtaget besøg. På baggrund af ordinationsstatistikker er følgende undersøgt og siden analyseret af Center for Sundheds Statistik ved Aalborg Universitet:

- 1) samlet ordinationsniveau
- 2) ændring i ordination af det billigste produkt
- 3) ændring i antallet af behandlede personer
- 4) forskelle på antallet af behandlede personer i Nordjyllands Amt og det øvrige Danmark

Resultater

- 1) I det samlede ordinationsniveau er der signifikant forskel i ændringen i antal definerede døgndoser (DDD) af statiner mellem de to grupper på et 5 %s signifikansniveau i perioden efterår 2003 til efterår 2004. Læger, der havde modtaget besøg udskrev flere DDD af statiner, end læger, der ikke havde modtaget besøg. For perioden efterår 2004 til forår 2005 kan der dog ikke påvises signifikante forskelle.
- 2) I forhold til ændring i ordinationer af simvastatin, som på daværende tidspunkt var den billigste behandling, kan der påvises signifikant forskel på læger, der har haft besøg og læ-

² Se bilag 2: "Afrapportering af statistisk undersøgelse, bilag 2a: "Datagrundlag for statistisk undersøgelse" og bilag 2b "Ordipraxkurver". Derudover henvises til adressen www.lme.nja.dk for Center for Sundhedsstatistikks analyse af datagrundlaget.

ger, der ikke har. Således udskriver de læger, der har haft besøg flere DDD, end læger, der ikke har haft besøg. Generelt udskriver begge grupper mere.

- 3) Der er ingen signifikant forskel i ændring af antal personer, der behandles med statiner mellem læger, der har haft og læger, der ikke har haft besøg. Det samme kan siges for behandlingen med simvastatin.
- 4) Antallet af personer i behandling med statiner er i Nordjyllands Amt steget med 38,2 %, mod 32,3 % på landsplan og antallet af personer i behandling med simvastatin i Nordjyllands Amt steget med 95,2 %, mod 68,4 % på landsplan, hvilket fremgår af bilag 5. Da man ikke har analyseret spredningen på de øvrige amters ordinationsstatistikker, kan det ikke fastslås om ændringen er statistisk signifikant.

Konkluderende kan man sige, at såvel gruppen af ikke-besøgte, som gruppen af besøgte har været opmærksom på udvidelsen af målgruppen for behandlingen. Derimod har gruppen af de besøgte læger i signifikant højere grad øget doseringen, så den når behandlingsmålene. Stigningen i anvendelsen af det billigste produkt, er derudover signifikant større hos gruppen af besøgte læger.

Ordiprax

Derudover viser data fra Lægemiddelstyrelsen, at mængdeforbruget af simvastatin og statiner er steget markeret mere i Nordjyllands amt end i resten af landet fra det tidspunkt (3. kvartal 2003), hvor indsatsen i amtet startede – ordiprax-kurver (bilag 2b) viser ovennævnte.

Ordiprax er et internetbaseret feed-back-værktøj til grafisk præsentation af statistik af lægemiddelordinationer. Statistikken vises på amts- og praksisniveau. Amtsstatistikken viser amtets niveau i forhold til resten af landet, således at amtet vises som en sort markeret kurve og værdierne for alle amter fremstår som en baggrund, hvor 25 % og 75 % kvartilerne samt minimums- og maksimumværdierne er markeret. Det betyder fx at området fra minimum til 25 % kvartilen udgør den fjerdedel af alle amter, hvor de laveste værdier findes.

Mængdeforbruget er opgjort i DDD (defineret døgndosis) pr. 1.000 amtsindbyggere pr. kvartal. Mængdeforbruget af simvastatin steg i Nordjyllands Amt fra 25 % kvartilen i 2003 til 75 % kvartilen i 2004.

Opsummering

På baggrund af den omtalte statistiske undersøgelse kan man således konkludere, at Lægemiddelens arbejde har påvirket ordinationsadfærden hos de besøgte læger indenfor området omkring den kolesterolnedsættende medicin. Derudover ser det ud til, at arbejdet med andre tiltag end praksisbesøgene, har haft en effekt, idet tallene for Nordjyllands Amt er højere end for det øvrige land, og at ingen har kunnet pege på andre forklaringer på dette.

Referencer

Lægemiddelstyrelsen/Institut for Rationel Farmakoterapi, udgivelse: Personlige Efteruddannelses-Besøg fra september 2000.

J.nr. 2-16-8-0002-02

****.. Etablering af en lægemiddelenhed i Nordjyllands Amt.**

Sagsresumé:

I forbindelse med prioriteringen for 2001 blev det foreslået at etablere en lægemiddelenhed til at fremme en hensigtsmæssig brug og ordination af lægemidler i primærsektoren i Nordjyllands Amt.

Lægemiddelenhedens opgaver består i at aflægge besøg hos den enkelte alment praktiserende læge og drøfte lægens ordinationspraksis og igennem forskelligt informationsarbejde at udbrede kendskabet til rationel lægemiddelbrug.

De årlige driftsomkostninger til en lægemiddelenhed forventes at ligge i størrelsesorden 1,5 mill. kr. og vil være udgiftsneutral, eftersom ordningen forventes at indebære en væsentlig besparelse på medicinområdet.

Sagsfremstilling:

Formålet med at etablere en lægemiddelenhed er at optimere lægemiddelordination og -brug, som nordjyske ordinationsstatistikker indikerer, ikke altid er hensigtsmæssig.

En ikke optimal lægemiddelanvendelse finder sted i de tilfælde hvor:

- * ordinationen ikke er hensigtsmæssig i forhold til patientens symptomer. Det gælder blandt andet de tilfælde, hvor der ordineres antibiotika, selvom der i forhold til sygdommen ikke er et sådant behov.
- * brugen af nye dyre lægemidler kunne erstattes af billige lige så effektive lægemidler
- * lægemidler ikke ordineres, selvom der er et behov. Eksempelvis manglende ordination af inhalationssteroider til astmatikere.

I flere amter har man for at sikre en mere hensigtsmæssig lægemiddelordination og -anvendelse etableret en lægemiddelenhed. I amter hvor lægemiddelenhedsordningen har vist sig at være særlig velfungerende er medicintilskuddet pr indbygger 5-6% lavere end landsgennemsnittet i 2000. Til sammenligning ligger Nordjyllands Amts udgifter til medicintilskud på landsgennemsnittet.

I 2001 forventes udgifterne til medicintilskud at udgøre 480 mill. kr. i Nordjyllands Amt. Under forudsætning af, at Nordjyllands Amt ved at indføre en praksisbesøgsordning kunne opnå et udgiftsniveau på 5 % under landsgennemsnittet, ville det indebære besparelse på op til 24 mill. kr.

Lægemiddelenhedens primære opgave bliver at identificere områder med uhensigtsmæssig lægemiddelanvendelse og -ordination og igangsætte relevante tiltag i forhold hertil.

Tiltagene kunne have følgende indhold:

- * aflæggelse af individuelle besøg til Nordjyllands Amts alment praktiserende læger.
- * udsendelse af nyhedsbreve med aktuelle problemstillinger og resultater af enhedens arbejde
- * udsendelse af ordinationsstatistikker, der viser den enkeltes læges ordinationspraksis
- * afholdelse af temamøder med gennemgang af udvalgte farmakoterapeutiske områder

Etableringen af enheden indebærer ansættelse af 2-3 praktiserende læger 8 timer pr uge. Herudover forudsættes enheden at bestå af amtets nuværende lægemiddelkonsulent, en farmaceut samt en sekretær. Sammenlagt forventes de årlige driftsomkostninger til enheden at ligge i størrelsesorden 1,5 mill. kr.

Rekruttering af praktiserende læger er erfaringsmæssigt vanskeligt, hvorfor det alternativt kan overvejes at ansætte en speciallæge eller en farmaceut på fuld tid.

Lægemiddelenheden foreslås placeret under Sygesikringen, eftersom ekspertisen indenfor relaterede fagområder i forvejen ligger her i form af kvalitetsudviklingskonsulenter, lægemiddel- og datakonsulenter. På længere sigt kunne det være hensigtsmæssig at etablere en organisation til faglig udvikling af almen praksis, hvori lægemiddelenheden kunne indgå som et naturligt element.

Indstilling:

Forvaltningen indstiller, at Sundhedsudvalget indstiller til Økonomiudvalget, at der etableres en lægemiddelenhed i Nordjyllands Amt og at udgiften hertil finansieres af den forventede besparelse på udgifter til medicintilskud.

- * *Sundhedsudvalget tiltrådte i sit møde den 17. januar 2002* forvaltningens indstilling, idet det forudsættes at ordningen bygger på modellen med praktiserende læger som konsulenter.

Ulla Astman Nielsen deltog ikke i behandlingen af sagen.

Til medlemmerne er udsendt:

- Notat @Forslag om etablering af en lægemiddelenhed i Nordjyllands Amt@ af 8. januar 2002.

Beslutning:

Økonomiudvalget godkendte Sundhedsudvalgets indstilling. Økonomiudvalget anbefaler i øvrigt at de budgetmæssige konsekvenser indarbejdes i forbindelse med budgetrevisionen og budget 2003.

Niels K. Kirketerp deltog ikke i behandlingen af punktet.

En statistisk analyse af indsatsen omkring Kolesterolnedsættende medicin

Udarbejdet af LME

Formål

Med denne statistiske analyse ønsker vi at undersøge om budskaber fra Lægemeddelenheden (LME) på signifikant vis kan dokumenteres implementeret i praktiserende lægers ordinationsvaner efter et personligt efteruddannelsesbesøg (PEB).

Undersøgelsen er en del af evalueringen af LME.

Baggrund

LME blev oprettet 1. august 2003 på initiativ fra sundhedsudvalget, se bilag 1.

Af oplægget fremgår, at et vigtigt tiltag er aflæggelse af personlige efteruddannelsesbesøg er en velgennemprøvet model for påvirkning af ydelsesmønstret i almen praksis i retning af evidensbaserede og økonomisk rationelle forbedringer. Dokumentation for metoden og praktiske erfaringer i ind- og udland findes i Lægemiddelstyrelsen rapport om PEB (ref.1)

Anbefalingerne fra denne rapport (bilag 2) har i høj grad dannet baggrund for LMEs arbejde og strategi.

Om LMEs opbygning og arbejdsform henvises til bilag 4.

1. besøgsrunde (perioden 1. november 2003 - 1. august 2004) havde som indsatsområder kolesterol-sænkende og antidepressive midler. I denne kvantitative analyse er der udelukkende lagt vægt på kolesterolsænkende midler.

Årsagen til valget af kolesterolsænkende medicin som indsatsområde var dels et prisfald på simvastatin³, dels nye guidelines, der udvidede målgruppen for kolesterolsænkende behandling.

Budskaberne som konsulenterne skulle fokusere på under besøgene var:

- Find de patientgrupper, der tilrådes behandling
- Nå behandlingsmålene (jfr. Guidelines)
- Brug billigste præparat som first choice (på det tidspunkt simvastatin)

Disse budskaber blev i fællesskab udarbejdet ved:

- litteraturstudier
- besøg på Institut for Rationel Farmakoterapi
- diskussion på indledende møder.

I perioden aflagdes i alt besøg hos 253 praktiserende læger. 73 praktiserende læger ønskede, trods genfremsendte invitationer, ikke at modtage besøg.

Besøgene er aflagt af de 7 konsulenter ansat i LME.

³ da patentet på zocor, det originale simvastatin præparat udløb 2002 og billige kopipreparater kom på markedet i 2002-2003

Databearbejdning

De tilgrundliggende statistiske analyser er fortaget i september 2005 af:

Susanne G. Böttcher, Adjunkt, Ph.d.
E. Susanne Christensen, Lektor, Ph.d.

Center for Sundheds Statistik
Institut for Matematisk Fag
Aalborg Universitet

Initialt er der foretaget en analyse af uafhængighed af data for fravalg af besøg og faktorer som: køn, alder, praksisform og geografisk placering.

Vi har ønsket at sammenligne ordinationspraksis for perioden 1. oktober-31. december 2003 med perioden 1. oktober-31. december 2004 og sammenligne praksis, der har modtaget besøg (+B) med praksis, der ikke ønskede besøg (-B)

Endelig har vi sammenlignet ændringer i ordinationsmønstre mellem Nordjyllands Amt (alle læger) og hele landet.

Dataanalysen og beskrivelse af datagrundlag er vedlagt som bilag 2c.

Præsentation af datamaterialet.

Data er sammenlignet mellem gruppen af læger, der ikke har fået besøg (-B) og gruppen af læger, der modtog besøg (+B)

Uafhængighedstest

Der er ikke signifikant afhængighed mellem, om man har fået besøg eller ej, og om man er i kompagniskab eller ej.

Kvinder vil hellere have besøg end mænd, men det er ikke signifikant på 5 % s niveau.

Der er ikke signifikant forskel på den gennemsnitlige alder af læger i +B og læger i -B

Der er ikke umiddelbare geografiske forskelle mellem grupperne

Ændringer i det samlede ordinationsniveau af statiner

Der er signifikant forskel i ændringen i antal definerede døgndoser (DDD) af statiner mellem de to grupper på et 5 % s signifikansniveau i perioden efterår 2003 og efterår 2004.

+B udskrev flere DDD af statiner, end -B.

For perioden efterår 2004 til forår 2005 kan der ikke påvises signifikante forskelle.

Ændringer i ordinationer af simvastatin⁴

Der er signifikant forskel på ændringen i antal DDD af simvastatin mellem de to grupper på et 5 % s signifikansniveau i perioden efterår 2003 til efterår 2004.

+B udskrives flere DDD end -B

Generelt udskrives begge grupper mere.

Ændringer i antal personer, der er behandlet

Ingen signifikant forskel i ændring af antal personer, der behandles med statiner mellem +B og -B fra efterår 2003 til efterår 2004.

For begge grupper er antallet steget markant.

⁴ det billigste præparat på daværende tidspunkt

Der er ingen signifikant forskel på antal personer i behandling med simvastatin statiner mellem +B og -B fra efterår 2003 til efterår 2004.

Ændringer i antal personer, der er behandlet i Nordjyllands amt og i hele landet
(Data foreligger i bilag 2c, Ordiprax-kurver vedlagt som bilag 2b)

Udover data fra de to grupper af nordjyske læger er ydelsesmønsterets udvikling fra 2003 til 2004 målt ved antal patienter i behandling med statiner generelt og med simvastatin specifikt sammenlignet mellem hele Nordjyllands Amt og resten af landet:

Antal personer i behandling med statiner er steget i Nordjylland med 38,2 % mod landsplan 32,3 %.
Antal personer i behandling med simvastatin er steget i Nordjylland med 95,2 % mod landsplan 68,4 %.

Da der ikke er regnet på de enkelte amters variation i ordinationsændringer, kan man ikke sige noget om signifikans – men som det fremgår af vedlagte Ordiprax-kurver, er ændringerne i Nordjyllands Amt betragtelige, og adskiller sig fra udviklingen generelt på landsplan.

Konklusion:

Stigningen i DDD er signifikant større i gruppen, der har modtaget besøg end i gruppen, der ikke modtog besøg. Kan tages til udtryk for, at gruppen +B har ændret adfærd i højere grad end gruppen -B med henblik på at nå behandlingsmålene.

Der er en betydelig stigning af anvendelsen af billigste præparat (simvastatin) i begge grupper.

Der er ikke forskel mellem grupperne vedrørende antal patienter, der er i behandling. Dette budskab er slået igennem hos alle lægerne i Nordjylland, men den markante stigning i forhold til resten af landet må tages til indtægt for, at budskabet fra LME om at ”finde de syge” og ”bruge det billigste” er slået igennem i højere grad i Nordjylland end resten af landet.

Der er ikke andre faktorer eller tiltag i Nordjylland, der ellers kan forklare stigningen.

Datagrundlaget for analysen

Er udarbejdet af farmakonom Kirsten M. Nielsen, Sygesikringen.

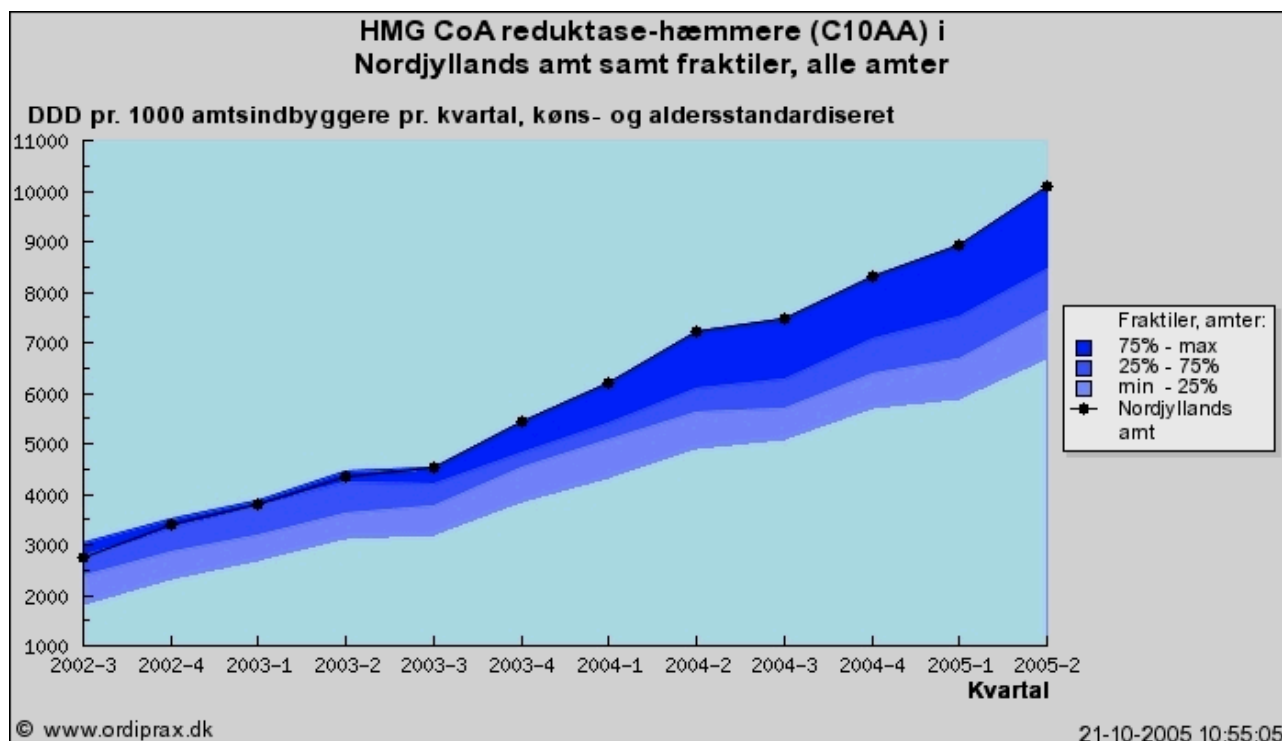
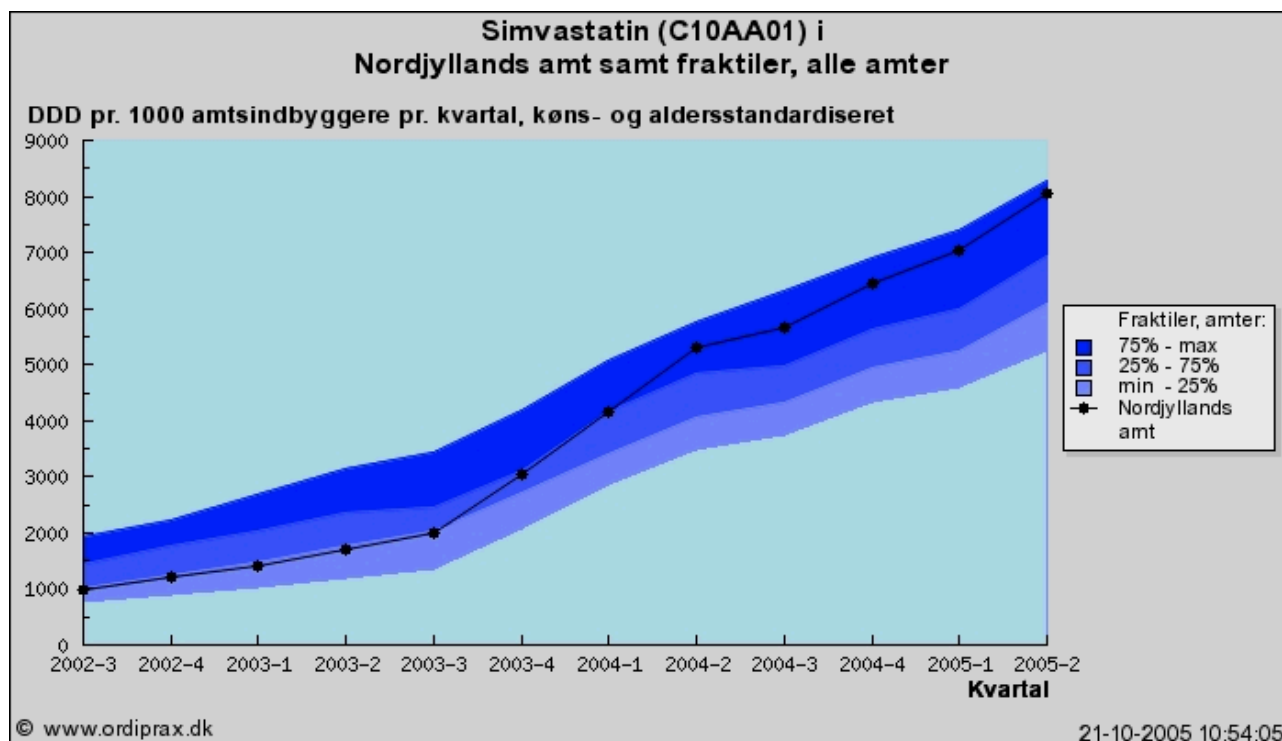
Består af:

Der er opgjort data for de praksis (ydernumre), der modtaget besøg og for dem, der ikke har modtaget besøg.

Der er opgjort for 2. halvår 2003 (før besøg) og 2. halvår 2004 (efter besøg) og for 1. halvår 2005 (opfølgingsperiode, som dog ikke er indgået direkte i analysen).

Der er opgjort for Statiner (alle slags) og for Simvastatin (det billigste og anbefalede statin) - vedr. 1) antal DDD pr. 1000 tilmeldte patienter, 2) antal personer i behandling pr. 1000 tilmeldte patienter og 3) den gennemsnitlige behandlingspris pr. døgn i perioden.

DDD = defineret døgndosis, som for et lægemiddel fastsættes ud fra en antaget gennemsnitsdosis pr. døgn for en voksen person, der får lægemidlet på dets hovedindikation.



Landsdata

Antal personer i behandling pr. 1000 indbyggere, Hele landet, Primær sundhedssektor, Receptsalg

ATC gruppe	Lægemiddelgruppe / indholdsstof	Antal personer i behandling pr. 1.000 indbyggere					Ændring 03-04
		2000	2001	2002	2003	2004	
	HMG CoA reductase-hæmmere	15,36	19	25,18	34,64	45,71	32,0%
C10AA01	Simvastatin	8,12	9,87	13,16	22,32	37,49	68,0%
C10AA02	Lovastatin	0,88	0,83	0,77	0,71	0,53	-25,4%
C10AA03	Pravastatin	1,81	2,58	3,53	3,95	2,68	-32,2%
C10AA04	Fluvastatin	0,84	0,79	0,75	0,83	0,59	-28,9%
C10AA05	Atorvastatin	3,84	5,57	7,97	9,57	6,94	-27,5%
C10AA06	Cerivastatin	0,54	0,66	0	0	0	
C10AA07	Rosuvastatin	0	0	0	0,61	1,19	95,1%

Antal personer i behandling pr. 1000 indbyggere, Nordjyllands Amt, Primær sundhedssektor, Receptsalg

ATC gruppe	Lægemiddelgruppe / indholdsstof	Antal personer i behandling pr. 1.000 indbyggere					Ændring 03-04
		2000	2001	2002	2003	2004	
	HMG CoA reductase-hæmmere	16,61	20,5	27,85	38,74	53,55	38,2%
C10AA01	Simvastatin	8,13	9,22	11,85	22,38	43,67	95,1%
C10AA02	Lovastatin	0,89	0,87	0,87	0,78	0,5	-35,9%
C10AA03	Pravastatin	3,46	5,16	7,6	8,71	5,3	-39,2%
C10AA04	Fluvastatin	0,88	0,87	0,8	0,84	0,62	-26,2%
C10AA05	Atorvastatin	3,56	5,12	8,19	10,22	7,29	-28,7%
C10AA06	Cerivastatin	0,48	0,55	0	0	0	
C10AA07	Rosuvastatin	0	0	0	0,95	1,79	88,4%

7

...

Anbefalinger

	På baggrund af viden og erfaringer som er indsamlet via litteratur og interviews i denne rapport opstilles en række punkter som forfatteren og Institut for Rationel Farmakoterapi kan anbefale som udgangspunkter for kvalitetsudvikling af lægemiddelordinationer.
PEB er den foretrukne metode	De personlige efteruddannelsesbesøg (PEB) har vist de bedste og mest konsistente resultater ved kvalitetsudvikling af lægemiddelordinationer i sammenligning med andre metoder.
Multiple strategier	Effekten af PEB bør suppleres med flere tilbud overfor lægerne med henblik på at fremme tilegnelsen af budskaberne og lægernes forskellige måder at indlære ny viden.
Opfølgning og support	Besøg bør følges op for at give feedback og støtte til forandringer. Dette kan evt. være i form af statistikker, remindersystemer der kan bruges i den konkrete ordinationssituation el. lign. Dette kan også være med til at sikre længerevarende effekt af interventionen.
Materialer og dokumentation	De faglige budskaber bør baseres på saglig dokumentation og argumentation og støttes ved brug af veltilrettelagte materialer.
Relevante og smalle indsatsområder	Det enkelte besøg skal føles relevant for lægen, og der bør fokuseres på nogle få konkrete budskaber hvor der gives klare anbefalinger om det foretrukne valg.
Mødet med lægen	Mødet med lægen skal være tilpasset den enkeltes videns- og interesseniveau. Det vil sige der skal være rum for variation og afvigelser i relation til den enkeltes behov.
Behov og barrierer	Der bør foretages forstudier af lægemiddelmarkedets udvikling og de enkelte lægers ordinationsniveau med henblik på at vælge indsatsstemaer. Der bør desuden foretages undersøgelser blandt lægerne angående barrierer for at ordinere rationelt. Dette kan tillige indgå i den direkte kommunikation med lægen under besøget.
Goodwill og effektivitet	Indsatserne skal tilrettelægges på en måde så der opnås goodwill og samarbejde med lægerne, men så der også tilstræbes en effekt af indsatsen der står mål med de anvendte ressourcer. Der bør i vurderingerne heraf tages hensyn til en vis latenstid i opfyldelse af målene.

Måling af effekt

Interventioner bør evalueres løbende med henblik på at vurdere effekten på lægemiddelordinationsmønsteret. Dette gælder både terapeutisk og økonomisk. Der bør desuden foretages evaluering af effekten for patienterne.

Evaluering af metoder

Det er vigtigt at metoderne hele tiden udvikles i forhold til de opnåede erfaringer samt ændringer i lægemiddelproblematikker og strukturelle forhold. Det er derfor vigtigt at der foretages procesevaluering af forløbet af interventionerne.

Kontrollerede projekter

Der bør gennemføres kontrollerede undersøgelser under danske forhold der kan dokumentere effekten af forskellige interventionsmetoder.

Udveksling af resultater og erfaringer

Det anbefales at der i Danmark skabes et forum for udveksling af erfaringer og resultater ved forskellige strategier for kvalitetsudvikling af lægemiddelordinationer. Et sådant forum bør være tværfagligt og afspejle alle interessevinkler på området. Det vil sige såvel læger, administratorer, forskere m.fl.

Praksisbesøg

Praksisbesøgene er LÆGEMIDDELENHEDENs kerneydelse. Alle praksis modtager i september måned invitation til besøg med oplysning om hvilke emner, der fokuseres på ved det kommende besøg. Besøget, der er berammet til 1 time, tilrettelægges tidsmæssigt i samarbejde med praksis og honoreres med 500 kr. pr. deltagende læge fra praksis.

Nogle dage forud for besøget modtager praksis skriftligt materiale i form af statistikker over deres ordinationsmønster indenfor udvalgte lægemiddelgrupper.

Det tilstræbes, at det er en samme læge fra Lægemiddelenheden, der besøger praksis hver gang, idet dette formodes at øge tilliden og trygheden i besøget og lette opfølgningen af budskaberne fra foregående besøg.

LÆGEMIDDELENHEDEN tilstræber at besøget udformes som en kollegial dialog, hvor vi i det væsentlige har rollen som coach og ikke forfalder til envejskommunikation og ekspertrolle. Vores styrke er, at vi har samme dagligdag, som den læge vi besøger og forstår den brogede kliniske virkelighed lægen konfronteres med hver dag.

Vi tilstræber at afvikle årets besøgsrunde i perioden oktober til maj. Herefter er der pause i besøgene, medens næste rundes emner afklares og statistisk materiale udarbejdes.

Baggrunden for besøgene er velbeskrevet i en rapport fra IRF udgivet i 2000: **Personlige EfteruddannelsesBesøg (PEB) – og andre metoder til kvalitetsudvikling af lægemiddelordinationer.**

Forfatter: Aase Nissen.

I rapporten undersøges forskellige metoder til at påvirke lægemiddelordinationer på baggrund af literatur reviews. De metoder, der har vist de bedste og mest konsistente effekter er PEB og reminders, hvor påmindelsen sker i selve den kliniske beslutnings situation. Interventioner, der benytter sig af flere påvirknings strategier, synes desuden at have bedre effekt end enkelt strategier. Det er endvidere vist, at interventioner med et smalt budskab har tendens til at give bedre resultater end et bredt og komplekst budskab. Det er vist, at PEB kan medføre øget vidensniveau hos målgruppen og at anden klinisk adfærd ligeledes bedres, f.eks. øget kommunikation og klinisk adfærd i overensstemmelse med guidelines og bedre sygdomsregistrering.

Hvad angår holdningen til PEB viser resultaterne, at modtagelsen er positiv og PEB opfattes som nyttigt. Vigtigheden af uafhængigheden af lægemiddelindustrien nævnes, og PEB vurderes højere end besøg af lægemiddelindustriens konsulenter af modtagerne.

I rapporten gennemgås baggrunden for PEB. Dette refereres i det følgende med LÆGEMIDDELENHEDENs egne kommentarer til de enkelte punkter.

Soumerai og Avorn (N.Engl.J.Med. 1983;308: 1457-63) er de forskere, som har introduceret PEB som dokumenteret metode til at ændre lægers ordinationsmønster. De konkluderer, at de vigtigste teknikker er:

Kortlægning af basalt vidensniveau og motivation for det aktuelle ordinationsmønster.

LÆGEMIDDELENHEDEN-lægerne er som kolleger i niveau med vores målgruppe og ved, hvad deres daglige kliniske hverdag består af. Vi er endvidere bekendt med den mængde af information, der dagligt møder os i form af tilsendte officielle guidelines, tidsskrifter og reklamer om lægemidler.

Fokus på bestemte grupper og deres meningsdannere. Den enkelte læge vurderes i forhold til gennemsnittet i amtet, hvorfor afvigende adfærd klart vil fremgå af de fremsendte statistikker og kan diskuteres ved besøget. Vi forsøger at være tydelige og gennem både besøgene og vore nyhedsbreve at etablere os som ”meningsdanner”.

Klare uddannelses og adfærdsmæssige mål.

LÆGEMIDDELENHEDEN arbejder på månedsmøder og temadage med at opstille klare holdninger og mål indenfor de områder, de kommende besøg behandler. Vi har kontakt med IRF og vi laver selv litteratur søgning. Vi prioriterer få og klare budskaber højt. Samtidig har vi respekt for kompleksiteten i den almenmedicinske konsultation, som kan forklare, at de allerfleste læger indimellem laver irrationelle ordinationer, fordi de er presset både af tiden og af behandlingskravet fra patienterne. Vi bestræber os på at være vejledende uden at være bedrevidende.

Troværdighed sikret via respekterede organisationer og neutrale informationskilder.

LÆGEMIDDELENHEDEN refererer til IRF, som vi oplever værende respekteret og kendt af vore kolleger. Endvidere forsøger vi på månedsmøderne at diskutere emnerne og bevidstgøre hinanden om de eventuelle kontroversielle sider, der måtte være, således at vores information kommer omkring hele emnet og ikke ser ensidigt på problematikken.

Stimulere aktiv lægedeltagelse i uddannelsesmæssig interaktion.

LÆGEMIDDELENHEDEN arbejder bevidst med, at praksisbesøget udformes som en dialog mellem LÆGEMIDDELENHEDENS konsulent og den/de praktiserende læge/læger, vi tilstræber rollen som coach og facilitator. Vore kolleger besidder ofte stor viden, men kan have nytte af det rum til diskussion og fordybelse i et afgrænset område, som besøget indebærer, for at implementere denne viden i det daglige ordinationsmønster.

Tydeligt grafisk illustrerede uddannelsesmaterialer.

LÆGEMIDDELENHEDEN udarbejder på månedsmøderne materialet som består af enkle informative kurver og søjlediagrammer, som kan understøtte den personlige formidling. Vi afprøver det

grafiske materiale på egne data for at undgå at komme ud med overflødig eller svært forståelig grafik.

Fremhævelse og gentagelse af essentielle budskaber.

LÆGEMIDDELENHEDEN arbejder målrettet på at have få, men klare budskaber med ud på besøget og at gentage disse flere gange undervejs.

Positiv støtte til at forbedre den kliniske adfærd ved follow up-besøg.

LÆGEMIDDELENHEDEN tilstræber at praksis besøges en gang årligt af samme LME-konsulent, og at man kort berører tidligere års emner, evt. ud fra ordiprax kurver.

Kære kollega.

Hermed vores hidtidige erfaringer med at sætte fokus på receptfornyelse i den enkelte praksis.

Projektet er inspireret af APO-projektet ”receptfornyelser”, et projekt, som dokumenterede de kvalitetsbrist og de udviklingsmuligheder, der findes i recepthåndteringen.

Vi har i LÆGEMIDDELENHEDEN (Lægemedlenheden) haft praksisbesøg som vores hovedydelse og har gode erfaringer med dette. Men vi vil gerne udvikle andre metoder til at arbejde med kvalitetssikring af medicinordination og medicinfornyelse.

I foråret 2005 har konsulenterne i LÆGEMIDDELENHEDEN i deres egen praksis sammen med sekretærer og kolleger belyst et problem, som man i fællesskab i praksis syntes var relevant.

Indsatsen har ikke været særlig tidskrævende, og der er kommet interessante resultater ud af anstrengelserne.

Vi vil derfor gerne tilbyde 7 praksis at gennemgå samme proces med én af os som konsulent på processen. Vores håb er, at der kan skabes grobund i den interesserede praksis for løbende at sætte fokus på områder indenfor medicinfornyelse – herunder både kvalitet og økonomi.

Såfremt din/jeres praksis finder metoden interessant, er der vedlagt vores aftalegrundlag og forslag til projektemner om mulige indsatsområder – hvis I ikke lige selv har et problem, som I ønsker at arbejde med. Deltagelse er honoreret jf. vedlagte aftale-oplæg.

God læselyst – vi håber, at kataloget kan inspirere jer til at deltage.

**Lægemiddelenheden for almen praksis
Nordjyllands Amt**

Sofiendalsvej 87
9200 Aalborg SV
Telefon 96 35 47 90

Telefon 96 35 18 59 (direkte)
Telefax 98 15 10 37
E-mail: hf@nja.dk

Journal nr.:
Ref.: JPÆ/hf
Den 10. maj 2004

Tilbage melding vedr. praksisbesøg fra Lægemiddelenheden.

Kære kollega.

Vi har fra Lægemiddelenheden (LME) udsendt et tilbud om besøg af en kollega for at inspirere og udveksle erfaringer i bestræbelserne på at udøve så rationel farmakoterapi som muligt. Vi har nu aflagt eller planlagt besøg hos 70% af vore kolleger.

Vi kontakter dig, fordi vi er interesseret i at høre din mening om Lægemiddelenheden og om årsagen til, at du har fravalgt tilbuddet. Det er vigtigt, at vi får et bredt indtryk af vore kollegers modtagelse af initiativet og dermed også af overvejelserne, der ligger bag fravælgelsen af besøg af hensyn til vores fortsatte arbejde.

Vi anmoder dig derfor om at svare på følgende spørgsmål :

Kender du til LME: Ja Nej

hvis ja, Fra NOLK

Fra invitationen

Har du fået forlagt /glemt tilbuddet? Ja Nej

Relevansen af emnerne:

Statinbehandling høj grad moderat lav grad slet ikke

Antidepressivbeh. høj grad moderat lav grad slet ikke

Havde du besvær med at finde tid til besøget? Ja Nej

Opfatter du et kollegabesøg som kontrol? Ja Nej

Følte du ikke behov for at snakke om de anførte emner? Ja Nej

Er honoraret tilstrækkeligt? (500 kr. for én time) Ja Nej
hvis nej: hvad er et tilstrækkeligt honorar: _____

Til læger i kompagniskab/gruppe:
Var der besvær med at blive enige med kolleger om relevans af besøget? Ja Nej

Var der besvær med at blive enige med kolleger om tidspunkt? Ja Nej

Har du forslag til emner, som du finder relevant?

Andre overvejelser?

Du er velkommen til at kontakte os på telefon 96 35 18 59 for yderligere afklarende spørgsmål.

Hvis du alligevel ønsker besøg af Lægemiddelenheden, kan du kontakte os på ovenstående telefonnr. eller du kan returnere vedlagte tilmeldingsblanket på fax nr. 98 15 10 37.

Med venlig hilsen

Jørgen Peter Ærthøj
Daglig leder af LME

Handleplan for Projektet: ”praksispersonalets rolle i medicinordinationer”

Formål:

1. at udvikle et koncept hvor kompetencen til inddragelse af praksispersonalet i kvalitetssikring af medicinbestilling udvikles i den enkelte praksis
2. At dokumentere at fokus på området
 - a. giver færre utilsigtede hændelser i medicinbestilling
 - b. opleves som kvalitetsforbedring for alle parter i praksis
 - c. giver den enkelte praksis kompetence og mulighed for systematisk implementering af ny viden omkring rationel farmakoterapi, herunder mulighed for besparelser ved analog substitution

Metode:

Der påtænkes et projekt opbygget i 4 trin:

1. Konsulenterne i LME beskriver deres eget lægehus` rutiner omkring medicinbestillinger, herunder områder med kvalitetsbrist og udviklingspotentialer og registrerer over en nærmere aftalt periode utilsigtede hændelser i medicinbestilling
2. LME udarbejder ud fra de indsamlede erfaringer en ”drejebog” for et systematisk indsats til interesserede praksis, således at praksis selv udvikler kompetencen til kontinuerlig fokus på kvaliteten i medicinordinationer. I konceptet inddrages brug af relevante data om den enkelte praksis medicinprofil via amtets data og brug af datakonsulenten.
3. Dette koncept implementeres af hver af konsulenterne i 1-2 interesserede praksis.
4. Erfaringer herfra indsamles og modellen justeres. Udbydes herefter til yderligere 10-15 praksis i efteråret 2005.

Foreløbig tidsplan:

Fase 1 + 2 afvikles i	efteråret 2004
Fase 3 afvikles i	foråret 2005
Fase 4 tilbydes fra	efteråret 2005

Økonomi

Fase 1 + 2 kan afvikles indenfor rammerne af den nuværende bevilling til LME.

Men for at implementere fase 3 og 4 kræves en budgetudvidelse.

Vi har ved drøftelse af projektet i LME fundet det vigtigt, at alle konsulenter deltager i denne aktivitetsudvidelse. Det vil derfor være nødvendigt at reducere antallet af besøg for den enkelte ved at ansætte yderligere 1 konsulent. Herudover vil der være behov for uddannelse i projektimplementering.

Konsulent Lars Breuning vil sammen med undertegnede blive projektansvarlig. Honorering af de deltagende læger i fase 3 og 4 forudsættes honoreret af Kvalitetsudviklingsudvalget i projektperioden.

Besparesespotentialer:

Da dette koncept ikke har været afprøvet tidligere, kan der ikke forudsiges besparelsesmuligheder. Men da konceptet indenfor det første år ifølge ovennævnte vil blive udbredt til 20-30 praksis vil en besparelse på 20.000 pr. praksis ved fokus på analog substitution gøre projektet udgiftsneutralt. En sådan besparelse synes særdeles realistisk.

J.P.Ærthøj
Daglig leder af LME

Metode

En dialog mellem styregruppen for evalueringen af Lægemiddelenheden og Center for Kompetence Udvikling i projektets opstart, mundede ud i en beslutning om at evalueringsprojektets primære realistiske mål er at opbygge den stærkest mulige argumentation for sammenhænge – eller mangel på sammenhænge – mellem projektets indsatsområder og de praktiserende lægers ordinationsmønstre.

Ud fra dette kriterium er det besluttet at benytte metoden virkningsevaluering:

”Virkningsevaluering tager udgangspunkt i tydeliggjorte og eksplicite forestillinger om hvorfor og hvordan en given indsats virker. Disse forestillinger kaldes for programteorien. Programteorien giver forklaring på hvordan indsatsen omsættes til resultater (...) Virkningsevaluering bygger således bro mellem processer og resultater” Dahler-Larsen og Krogstrup (2003), s.54

Fordelene ved virkningsevaluering er:

Man arbejder indgående med at realitetsteste forestillinger om, hvordan forskellige indsatser virker.

Virkningsevaluering kan medvirke til at kvalificere de valgte evalueringskriterier, så der måles på relevante og opnåelige effektmål.

Virkningsevaluering kan medvirke til at belyse såvel positive som negative bieffekter af en given indsats.

Virkningsevaluering kan bygge bro mellem praktisk, teoretisk og faglig viden, og herigennem fungere som vidensbase for fremtidige indsatsområder. Virkningsevaluering er således et redskab til at fremme læreprocesser.

Metodens grundlæggende filosofi er, at man kun opnår effektviden gennem kvalificeret procesviden. De grundlæggende fire spørgsmål i virkningsevaluering er:

Hvad tror vi, vi gør?

Hvilket resultat tror vi, det har?

Gør vi det, vi tror, vi gør?

Har det, vi gør det resultat, vi tror det har?

Center for Kompetence Udviklings intention med valget af virkningsevalueringmodellen har i første omgang været at klarlægge, hvordan Lægemiddelenheden oprindeligt blev tænkt implementeret. Dette udgør i sin helhed projektets programteori. Kort fortalt giver programteorien et bud på, hvor-

dan indsatserne omsættes til resultater. Det næste trin i modellen er at belyse, hvorvidt programteorien er i overensstemmelse med de indsatser og processer, der er iværksat i projektets regi.

I anden omgang er formålet med evalueringen systematisk at undersøge hvert led i programteorien. I relation hertil er det en vigtig pointe, at målet med virkningsevaluering ikke blot er at bekræfte programteorien. Det er således et centralt element i virkningsevalueringen at sætte fokus på områder, hvor der ikke er sammenhæng mellem programteoriens indsatser, virkninger, og resultater. I disse tilfælde giver evalueringmodellen evaluators mulighed for at opstille forslag til, hvordan indsatsen kan forbedres med henblik på at sikre en bedre sammenhæng mellem indsats og resultater. Her sondres der mellem tilfælde, hvor programteorien bygger på et fejlagtigt grundlag og tilfælde, hvor programteorien kan 'repareres' ved forskellige justeringer. I det sidste tilfælde kan man udpege, hvor justeringerne skal sættes ind.

Dataindsamling:

Et centralt element i virkningsevaluering er, at den ikke foreskriver bestemte metoder eller datatyper. Et andet centralt element ved modellen er, at der først bliver taget stilling til metodevalg efter man har opstillet programteorien. For hver indsats i programteorien udvælger man den metode og de data, der bedst belyser den pågældende indsats. Det er en af styrkerne ved virkningsevaluering, at metoder og datakilder bestemmes på baggrund af programteorien. Dermed har man som evaluator overblik over hele undersøgelsesfeltet og kan på et oplyst grundlag vurdere fordele og ulemper ved forskellige metoder og datakilder.

I forbindelse med evalueringen af Lægemiddelenheden, er der hovedsageligt anvendt en tidligere gennemført spørgeskemaundersøgelse. Endvidere er der afholdt interview med lederen af Lægemiddelenheden praktiserende læge Jørgen Peter Ærthøj og den amtslige lægemiddelkonsulent, farmakonom Kirsten Nielsen. Endelig benyttes en kvantitativ analyse af ændringer i ordinationsvaner for kolesterolsænkende midler, foretaget af Center for Sundheds Statistik, Aalborg Universitet.

Opstillingen af programteorien har taget udgangspunkt i analyser af foreliggende dokumenter, samt igen interview med Jørgen Peter Ærthøj og Kirsten Nielsen.

Til at evaluere Lægemiddelenheden er der således indsamlet data fra følgende kilder:

Spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med praksisbesøg

Undersøgelse af statinbehandling hos besøgte og ej-besøgte

Interview med lederen af Lægemiddelenheden

Interview med den amtslige lægemiddelkonsulent

Kvalitetsenheden for Almen Praksis

Lægemiddelenheden

Evaluering af Lægemiddelenhedens besøg i Nordjyllands Amt.

Besøgsdato: _____

Konsulent: _____

Praksis (stempel):

Kendte du til Lægemiddelenheden før du fik tilbuddet om dette besøg?

- | | |
|--------------------------|-----|
| 1) Fra invitationsbrevet | 28% |
| 2) Fra NOLK | 67% |
| 3) Nej | 4% |

Tilmeldte du dig efter invitationen, eller havde du uddybende telefonisk kontakt med Lægemiddelenheden?

- | | |
|--------------------------------------------|-----|
| 1) Jeg tilmeldte mig med det samme | 87% |
| 2) Jeg ringede selv for at høre mere | 1% |
| 3) Jeg blev ringet op af Lægemiddelenheden | 11% |

Hvordan var din forventning inden mødet?

- | | |
|------------|-----|
| 1) Positiv | 75% |
| 2) Neutral | 24% |
| 3) Negativ | 1% |

Hvordan stemte din oplevelse af mødet med dine forventninger?

1) Meget bedre end forventet	17%
2) Lidt bedre	36%
3) Som forventet	46%
4) Lidt dårligere	1%
5) Meget dårligere	Ingen

Hvornår blev mødet afholdt?

1) I konsultationstiden: 8-16	93%
2) Udenfor konsultationstiden	7%

Var det vanskeligt at finde tid til besøget?

1) Ja, meget	3%
2) Ja, lidt	27%
3) Nej	70%

Ville du have modtaget besøg, hvis du ikke fik godtgørelse for en time?

1) Ja	50%
2) Ved ikke	33%
3) Nej	17%

Hvor stor en tid i besøget blev brugt til:		for meget	passende	for lidt
1) Statinbehandling: _____min		2%	92%	0%
2) Depressionsbehandling: _____min		0%	90%	4%
3) De forudsendte statistikker: _____min		0%	82%	2%
4) Andre emner: _____min		0%	60%	3%

Temaet om statinbehandling:	høj grad	moderat	lav grad	slet ikke
Emnet var relevant	75%	21%	2%	0%
De statistiske data var anvendelige i diskussionen	47%	44%	8%	1%
Diskussionen gav mig nye overvejelser om min behandling	21%	53%	14%	10%
Temaet om depressionsbehandling:				
Emnet var relevant	64%	30%	2%	1%
De statistiske data var anvendelige i diskussionen	33%	51%	13%	1%
Diskussionen gav mig nye overvejelser om min behandling	18%	52%	21%	6%

Kollegaen fra LME

- var god til at formidle budskaberne	87%	12%	0%	0%
- var fagligt velforberedt	91%	8%	0%	0%
- gav sig tid til at lytte til mig	90%	8%	1%	0%
Jeg havde selv indflydelse på besøgets form	72%	24%	4%	0%
Følte du besøget som en kontrol?	2%	4%	14%	79%

Hvor enig er du i følgende udsagn:

	Helt enig	delvis enig	delvis uenig	helt uenig
Jeg har fået større indsigt, som jeg kan bruge i min hverdag	31%	63%	4%	2%
Jeg har fået redskaber, som jeg kan bruge i min hverdag	30%	62%	6%	2%
Jeg har fået inspiration til at ændre noget i min kliniske praksis	36%	53%	9%	2%
Jeg har fået lyst til at tage mod besøg fra Lægemiddelenheden en anden gang	78%	19%	1%	1%
Der var intet nyt for mig	3%	21%	31%	41%

Har du øvrige kommentarer til besøget eller forslag til justering af Lægemiddelenhedens arbejde, vil vi meget gerne høre dine meninger:

Ved gruppemøde:

Hvor mange læger deltog? _____

	høj grad	moderat	lav grad	slet ikke
Blev alle inddraget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er Lægemiddelenhedens besøg velegnet til gruppebesøg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Senere?

Har besøget fra Lægemiddelenheden givet anledning til ændringer i forhold til tidligere praksis?

Ja, ændret diagnostisk/behandlingsmæssig praksis på depressionsområdet

Ja, ændret ordinationspraksis mht. førstevalgspræparat for depression/hyperkolesterolæmi

Ja, præparatskift ved receptfornyelser

Nej, jeg har ikke ændret praksis

HUSK: Der følger overordnede lægemiddelstatistikker for din/jeres praksis med den årlige §100-opgørelse.

Andre og mere specificerede statistikker kan bestilles hos Kirsten Nielsen, Sygesikringen.