



**KVALITETSPROJEKT OM LÆGEMIDDELBEHANDLING.
EN TVÆRFAGLIG INDSATS MELLEM LÆGE, SYGEPLEJER-
SKE, FARMACEUT OG PATIENT.**

Vi piller ved pillerne

- Medicinsamtale ved farmaceut i almen praksis

Rapport, november 2020

INDHOLD

1 Resumé	4
2 Indledning	5
3 Formål og målgruppe	6
4 Begrebsdefinitioner	6
5 Metode og materiale	7
5.1 Arbejdsproces	7
5.2 Dataindsamling	8
5.3 Patientgrundlag	8
5.4 Spørgeskemaundersøgelse og interview	9
6 Resultater	10
6.1 Opgørelse af interventionsforslag	10
6.2 Interventionsforslag fordelt på lægemiddelgrupper	10
6.3 Interventionsforslag fordelt efter kategori	12
6.4 Implementeringsgrad af interventionsforslag	14
6.5 Kontakter til klinikken som følge af medicinændringer efter projektperioden	21
6.6 Antal lægemidler og alder sammenholdt med antal interventionsforslag	21
6.7 Spørgeskemaundersøgelser og interview	24
7 Diskussion	28
8 Konklusion	31
9 Perspektivering	32
10 Referencer	34

Bilag 1: Andel personer, der får 6+ lægemidler fordelt på regioner

Bilag 2: Fordeling af interventionsforslag efter lægemiddelgruppe

Bilag 3: Fordeling af interventionsforslag efter kategori af lægemiddelrelateret problem

Bilag 4: Spørgeskema, patienter

Bilag 5: Spørgeskema, personale

1 Resumé

Lægemiddelrelaterede problemer er i mange studier vist at kunne medføre fejlmedicinering og alvorlige bivirkninger, der kan føre til hospitalsindlæggelser. Andre studier har vist, at 11-21 % af alle hospitalsindlæggelser er lægemiddelrelaterede. Medicingennemgange er vist at kunne bidrage til at reducere antallet af indlæggelser og andre utilsigtede lægemiddelhændelser, hvilket vil resultere i en økonomisk besparelse for samfundet.

Formål og målgruppe

Formålet var at lade farmaceuter indgå som en ny faggruppe i et tværfagligt samarbejde i almen praksis og derved øge kvaliteten i lægemiddelbehandlingen samt at aflaste lægerne. Det samfundsmæssige perspektiv er at undgå unødige lægebesøg og hospitalsindlæggelser samt at reducere udgifter til medicintilskud.

Den primære målgruppe var polyfarmacipatienter i Region Nordjylland, mens målgruppen for projektet var det tværfaglige samarbejde mellem almen praksis og farmaceuter.

Metode og materiale

To farmaceuter foretog medicingennemgang i almen praksis på 232 polyfarmacipatienter mellem 36 og 96 år i en periode på 6 måneder. Interventionsforslagene blev drøftet med en læge, der herefter uddelegerede behandlingsplanen til en farmaceut. Patienterne blev herefter indkaldt til medicinsamtale enten ved fysisk fremmøde (84) eller pr. telefon (20), eller der blev udarbejdet et journalnotat med interventionsforslagene (92). Opfølgning på medicinsamtalerne og aftrappingsforløb foregik pr. telefon.

Interventionsforslagene og den efterfølgende handling blev registreret i en database, og indsatsen blev evalueret ved spørgeskemaer til patienterne og personalet i klinikken, samt ved interview af farmaceuterne.

Resultater

Der blev fundet i alt 664 interventionsforslag hos 196 af de 232 gennemgåede patienter, svarende til 3,4 pr. patient. I alt blev der gennemført 464 medicinændringer (70 %), hvoraf 122 lægemidler blev seponeret og 88 blev dosisjusteret, heraf flest reduceret.

Medicinsamtale ved fremmøde i klinikken og opfølgning pr. telefon var den arbejdsgang, der fungerede bedst. Patienterne var i høj grad tilfredse med indsatsen. Bl.a. følte de sig godt informeret om medicinsamtalen, årsagen hertil og årsagen til medicinændringer. De følte sig også i overvejende grad trygge ved medicinsamtalen og inddraget i beslutninger om ændringer i deres medicin.

Lægerne fandt i høj grad interventionsforslagene brugbare og var trygge ved at uddelegere behandlingsplanen og medicinsamtalerne til farmaceuterne. Lægerne og sygeplejerskerne vurderede at indsatsen ikke frigav mere tid, men det blev vurderet, at medicinsamtaler ved farmaceut kan have en tidsbesparende effekt på længere sigt.

Der blev fundet en sammenhæng mellem antal lægemidler og interventionsforslag, men ingen sammenhæng mellem alder og antal lægemidler. Erfaringen viste dog, at der også blev fundet uhensigtsmæssig medicinering hos patienter med få lægemidler og/eller lav alder. Dette bekræfter relevansen af også at inkludere yngre patienter og patienter med færre end fx 10 lægemidler.

Konklusion

Farmaceuter er en relevant faggruppe at inddrage i det tværfaglige samarbejde om patienternes medicinering i almen praksis.

Ved at investere i en tilsvarende indsats til øvrige klinikker er det forventningen, at regionen på sigt vil kunne spare bl.a. medicinrelaterede indlæggelser, da medicingennemgange og -samtaler øger kvaliteten i lægemiddelbehandlingen. Tilsvarende kan patienterne forvente at opleve større tilfredshed med deres medicinske behandling.

2 Indledning

Medicinrelaterede indlæggelser

Jo flere lægemidler en patient får, desto større er risikoen for lægemiddelrelaterede problemer^{1,2,3}. Konsekvenserne for patienten kan være underbehandling, overbehandling, fejlmedicinering, flere og alvorligere bivirkninger end forventet, lav compliance⁴ eller (gen)indlæggelser^{5,6}.

Studier har vist, at 11-21 % af hospitalsindlæggelser er lægemiddelrelaterede^{7,8,9,10}, og at 3-5 % af dødsfald skyldes fatale lægemiddelbivirkninger¹¹. Af 754.000 årlige indlæggelser i Danmark (2018, somatikken¹²) svarer det til, at de 83.000-158.000 anslås at være lægemiddelrelaterede, og at 1.700-2.800 ud af 55.232 dødsfald (2018¹³) anslås at skyldes komplikationer til den medicinske behandling.

Det er flere gange vist, at medicingennemgang mindsker antallet af medicinrelaterede indlæggelser og andre lægemiddelrelaterede problematikker^{1,9,14}, hvilket resulterer i en økonomisk besparelse^{15,16,17}. OPTIMIST-studiet fra OUH viser, at genindlæggelser kan reduceres med 8 % ved at lade en farmaceut foretage medicingennemgang, afstemme medicinoplysninger ved udskrivelse, udarbejde god skriftlig overlevering til egen læge samt evt. telefonkontakt og opfølgning på patienten kort efter udskrivelsen og igen efter et halvt år¹⁸. I gennemsnit blev der sparet 13.000 kr. pr. patient, hvilket blev sparet ved færre indlæggelser og sengedage (fra 11,6 til 9,6 dage mindre over seks måneder).

Kvaliteten i lægemiddelbehandlingen er vist øget, når farmaceuter foretager medicingennemgang^{19,20}, og senest viser et randomiseret kontrolleret studie fra Sverige²¹, at når farmaceuter i primærsektoren foretager medicingennemgang, reduceres genindlæggelser med 36 % efter 12 mdr.

Kliniske farmaceuter i almen praksis i England

England har investeret massivt i kliniske farmaceuter til almen praksis. På baggrund af et pilotprojekt i England af National Health Service (NHS) er der i dag over 1000 fuldtidsansatte kliniske farmaceuter i almen praksis. Farmaceuterne arbejder som en del af teamet i almen praksis ved at stå til rådighed med ekspertise til akutte medicinske problemstillinger og ved at tilbyde konsultationer til kroniske patienter. Den klinisk farmaceutiske service indebærer også hjælp til at organisere indsatsen for kronikere, faglig sparring til polyfarmacipatienter og bedre adgang til helbredsundersøgelser.

Hvordan kan kliniske farmaceuter indgå i tværfagligt samarbejde i almen praksis i Danmark?

Hverdagen i almen praksis i Region Nordjylland er præget af et stort tidspres. Et konstant flow af nye behandlingsvejledninger, opgaveglidning, nye IT-systemer og den velkendte lægemangel er nogle af de faktorer, der er med til at presse hverdagen for den praktiserende læge. Medicingennemgang er en tidskrævende proces, og akutte situationer kan forhindre muligheden for at lave grundige medicingennemgange i en presset hverdag. I sidste ende kan tidspreset og lægemanglen føre til flere indlæggelser²².

Region Nordjylland er den region, der har størst andel af polyfarmacipatienter i Danmark, og andelen har været stigende i perioden 2017 til 2019, se bilag 1.

Medicingennemgang ved farmaceut indføres på stadig flere hospitalsafsnit med succes^{1,23,24,25,26}. Der har ligeledes været udviklingsprojekter i almen praksis, bl.a. i Ølstykke, som viser, at der er mulighed for kvalitetsudvikling ved at anvende en klinisk farmaceuts kompetencer i almen praksis med henblik på kvalitetssikring af enkeltpatienters lægemiddelbehandling og lægers ordinationsrutiner^{27,28}. Udviklingsprojektet viste også, at det er muligt at etablere et velfungerende samarbejde mellem den kliniske farmaceut, lægerne og praksispersonalet. Den væsentligste barriere for, at projektet ikke blev fast implementeret, var økonomi.

En øget kvalitet i lægemiddelbehandlingen kan bidrage til besparelser ved at nedbringe antallet af indlæggelser blandt Region Nordjyllands mange polyfarmacipatienter. Der er endvidere potentiale for at bringe farmaceuters kompetencer i spil ved et tværfagligt samarbejde med almen praksis om patienternes medicin. Der er begrænset erfaring med farmaceuters deltagelse i patientsamtaler i almen praksis i Danmark og der er brug for yderligere viden om, hvordan farmaceuter kan tilknyttes almen praksis, og hvilken rolle de kan spille, hvilket afprøves i dette projekt.

3 Formål og målgruppe

Formålet med projektet "Medicinsamtale ved farmaceut i almen praksis" er at lade farmaceuter indgå som en ny faglighed i almen praksis. Dette for at sikre patienterne den mest rationelle medicinske behandling gennem tværfagligt samarbejde med klinikkens læger og sygeplejersker. Herunder også at aflaste den praktiserende læge og skabe mere tid til andre kerneopgaver i almen praksis.

Det samfundsmæssige perspektiv er at:

- Skabe bedre forløb for patienten i forbindelse med lægemiddelbehandling og undgå unødvendige lægebesøg og indlæggelser som følge af uhensigtsmæssig medicinering.
- Reducere udgifterne til medicinrelaterede indlæggelser og tilskudsmedicin.

Den primære målgruppe for indsatsen er polyfarmacipatienter i Region Nordjylland, mens målgruppen for projektet er det tværfaglige samarbejde mellem almen praksis og farmaceuter.

I denne rapport vil vi fokusere på:

- Opgørelse af interventionsforslag fra farmaceuter fordelt på lægemiddelgrupper og kategori
- Implementeringsgrad af interventionsforslag
- Patienttilfredshed
- Evaluering af arbejdsproces

4 Begrebsdefinitioner

Polyfarmaci: Der er ikke en fast definition på, hvor mange lægemidler, der skal være i spil på én gang, før der er tale om polyfarmaci. I regionerne er man blevet enige om, at polyfarmacipatienter er patienter, der får > 5 forskellige lægemidler udover hudmidler og antibiotika.

FMK: Fælles Medicinkort

Medicinfstemning: Afstemning af, at FMK afspejler en patients aktuelle medicin.

Medicingennemgang: Kritisk gennemgang af en patients aktuelle medicinering.

Medicinændring: Reduktion eller øgning af dosis, seponering, ny eller ændret behandling.

Nedtrapning: Dosisreduktion af igangværende behandling.

Aftrapning: Afslutning af behandling ved nedtrapning.

Seponering: Ophør med behandling.

Interventionsforslag: Forslag om medicinændring.

ATC-kode (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System): System til inddeling af lægemiddelgrupper.

LRP-databasen: Database til registrering af lægemiddelrelaterede problemer. Databasen er forankret hos Am-gros og der foreligger godkendelse fra Datatilsynet til, at farmaceuter ansat af Region Nordjylland kan anvende den til registrering af medicingennemgange foretaget i almen praksis. Region Nordjylland har databehandler-aftale.

Personale: Inkluderer både læger og sygeplejersker.

5 Metode og materiale

Projektet blev udført i en lægepraksis med et patientgrundlag på 6.111 patienter og fire lægekapaciteter^a. Der er syv sygeplejersker, to faste læger og nogle vikarlæger tilknyttet klinikken. To farmaceuter gennemførte medicingennemgange og foretog medicinsamtaler med patienter en dag ugentligt i perioden august 2019 til januar 2020. Opfølgning på medicinsamtaler og medicinændringer foregik herefter pr. telefon. De sidste patientforløb blev afsluttet i april 2020.

5.1 Arbejdsproces

Et datatræk på klinikkens polyfarmacipatienter over 18 år blev anvendt til at udvælge patienter til medicingennemgang. Udvælgelsen blev foretaget af en sygeplejerske i klinikken, der vurderede om patienterne var relevante at inkludere i projektet. Patienter, der ikke var egnede, fx terminale- og psykisk syge patienter, eller patienter, hvor der tidligere var forsøgt en indsats uden motivation fra patientens side, blev ekskluderet.

Farmaceuterne gennemførte medicingennemgang ud fra de inkluderede patienters medicinlister, laboratorieværdier og journaler og kom på baggrund heraf med interventionsforslag. Farmaceut og læge drøftede interventionsforslagene og udarbejdede en behandlingsplan, som blev journalført. Behandlingsplanen blev uddelegeret til farmaceuten, hvor det var relevant. Der var løbende tæt dialog mellem læge og farmaceut, da behandlingsansvaret er lægens.

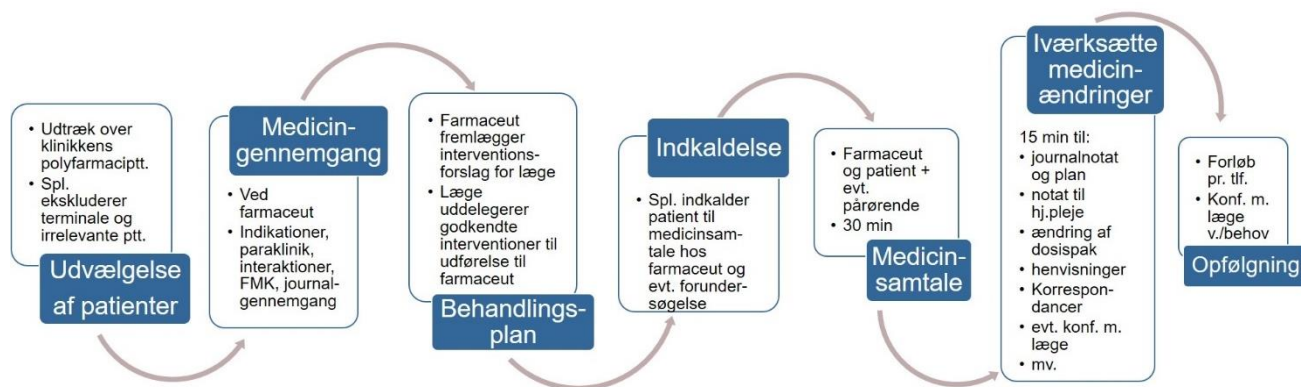
I de tilfælde, hvor behandlingsplanen blev uddelegeret til farmaceuten, blev patienten enten indkaldt til medicinsamtale ved farmaceut af en sygeplejerske eller farmaceuten foretog medicinsamtalen med patienten pr. telefon. De patienter, der fik foretaget ændringer pr. telefon, fik alene foretaget små ændringer som fx medicinafstemning, nogle enkelte PPI-reduktioner, styrkeomlægning mm.

I nogle tilfælde skrev farmaceuten et journalnotat som oplæg til en efterfølgende konsultation ved lægen. Det kunne være, når farmaceuten vurderede, at interventionsforslaget kunne vente til næste kontrol hos lægen, eller hvor lægen selv valgte at afholde patientsamtalen, fx hvis patienten allerede var i et forløb.

Ved medicinsamtalen afstemte og ajourførte farmaceuten medicinkortet sammen med patienten, og patienten blev spurgt til eventuelle symptomer, der potentielt kunne være medicinbivirkninger. Dernæst præsenterede farmaceuten interventionsforslagene, og i samråd med patienten blev der lagt en plan for medicinændringerne og eventuelle opfølgende kontroller.

Farmaceuten fulgte op på medicinændringerne via telefonisk kontakt til patienterne.

Arbejdsprocessen er skitseret i figur 1.



Figur 1: Arbejdsproces fra udvælgelse af patienter til medicinalgennemgang, konference med lægen, medicinsamtalen og opfølgning efter medicinændringer.

Fra begyndelsen deltog én læge i projektet, men med tiden viste det sig nødvendigt at inddrage en anden læge, der havde behandlingsansvaret for en del af de inkluderede patienter. Da denne læge ikke var tænkt ind i projektgruppen, var der ikke afsat tid til deltagelse i projektet og vedkommende var heller ikke inddraget i beslutninger om projektets fokus og inklusionskriterier.

5.2 Dataindsamling

Interventionsforslagene blev registreret i en database (LRP-databasen), hvorfra anonymiseret data og statistik efterfølgende blev trukket. Data blev efterfølgende gennemgået med henblik på ensretning og kategorisering.

Juridisk må en regionsansat klinisk farmaceut tilgå FMK som praktiserende læges medhjælp uden at det kræver samtykke fra patienterne, når lægen beder farmaceuten om hjælp og at patienten er i kontinuert aktuel behandling. Samtykkeerklæring fra patienterne vedr. opbevaring af data og kontaktoplysninger blev indhentet i forbindelse med medicinsamtalen.

Der blev lavet en journalgennemgang mindst to måneder efter afsluttet forløb for at opgøre andelen af patienter, der havde behov for at kontakte klinikken efterfølgende pga. medicinændringerne.

Spørgeskemabesvareelserne er indtastet i SurveyXact i anonymiseret form, hvorfra anonymiseret data og statistik efterfølgende blev trukket.

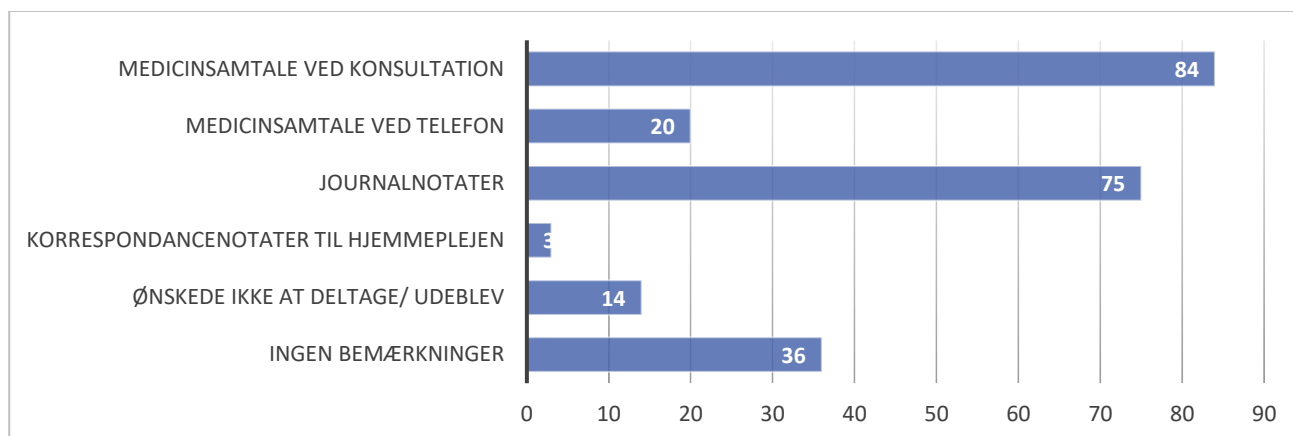
Korrelationskoefficienten er beregnet ud fra Peasons korrelationsberegning.

5.3 Patientgrundlag

Datatrækket over klinikens polyfarmacipatienter indeholdt 666 patienter. De 332 af patienterne blev gennemgået af en sygeplejerske. Heraf var 19 patienter døde eller flyttet og 55 patienter blev ekskluderet. 258 patienter blev inkluderet til medicinalgennemgang, hvoraf der nåede at blive foretaget medicinalgennemgang på 232 patienter i projektperioden.

Patienterne var mellem 36 og 96 år og fordelte sig med 123 kvinder og 109 mænd.

84 patienter blev indkaldt til medicinsamtale ved konsultation, 20 patienter blev kontaktet pr. telefon og 3 korrespondancenotater til hjemmeplejen blev skrevet. 14 patienter udeblev eller ønskede ikke at deltage. For disse 14 og 75 andre patienter (i alt 95) blev der skrevet journalnotater. Hos 36 patienter havde farmaceuterne ingen bemærkninger til medicinen, hvilket svarer til, at der blev fundet interventionsforslag hos 196 patienter (84,5 %), se figur 2.



Figur 2: Oversigt over tiltag, der blev foretaget hos de 232 inkluderede patienter.

5.4 Spørgeskemaundersøgelse og interview

Spørgeskemaer blev sendt til 104 patienter, som deltog i en medicinsamtale, heraf 84 patienter som fremmødekonsultation og 20 patienter som telefonkonsultation. Spørgeskemaet blev sendt ud i papirform med en frankeret svarkuvert og spørgeskemaerne blev sendt op til syv måneder efter medicinsamtalen. 16 af de 82 patienter, som deltog i en konsultation, modtog spørgeskemaet en måned senere end de øvrige patienter, da deres forløb afsluttedes senere.

Hvert spørgeskema blev nummeret med henblik på telefonisk reminder, såfremt spørgeskemaer ikke blev returneret indenfor 14 dage. Derefter blev besvarelsene indtastet i SurveyXact i anonymiseret form.

Opfølgningen på manglende spørgeskemaer skulle have været gennemført 3 uger efter afsendelse af spørgeskemaer til patienter, men på grund af Corona-pandemien og den relaterede nedlukning af Danmark blev der først fulgt op 2-3 måneder efter afsendelsen.

Svarprocenten var 80 % (66) for de patienter, der deltog i en medicinsamtale ved fremmødekonsultation. Ni af disse besvarelser blev modtaget efter, at patienterne havde modtaget en reminder.

Svarprocenten var 60 % (12) for de patienter, der deltog i en medicinsamtale ved telefonkonsultation. Besvarelsene fra denne del af spørgeskemaundersøgelsen inkluderes ikke i evalueringen pga. få tilbakemeldinger og relativt mange besvarelser i kategorierne 'hverken eller', 'ikke relevant' og manglende besvarelser på de enkelte spørgsmål. Derfor vurderes datagrundlaget for snævert til analyse.

To læger og to sygeplejersker, som var involveret i projektet, besvarede et spørgeskema. De besvarede spørgeskemaet efter, at de var blevet præsenteret for resultaterne fra medicingennemgange og samtaler. Besvarelsen var planlagt at skulle danne grundlag for interviews af personalet, hvilket ikke blev gennemført pga. nedlukningen som følge af Corona-pandemien. Dele af besvarelsene fra personalet er alligevel inkluderet i rapporten, da personalet er en væsentlig aktørgruppe i indsatsen. På grund af de få besvarelser er de behandlet tematisk frem for kvantitativt.

Indsatsens projektleder foretog et interview af de to farmaceuter. Interviewet blev foretaget som et semi-struktureret interview og er præsenteret i projektgruppens afrapportering.

6 Resultater

6.1 Opgørelse af interventionsforslag

I alt er der udarbejdet 664 interventionsforslag til de 196 patienter, hvortil der var interventionsforslag. Dette svarer til 3,4 interventionsforslag pr. patient, se tabel 1.

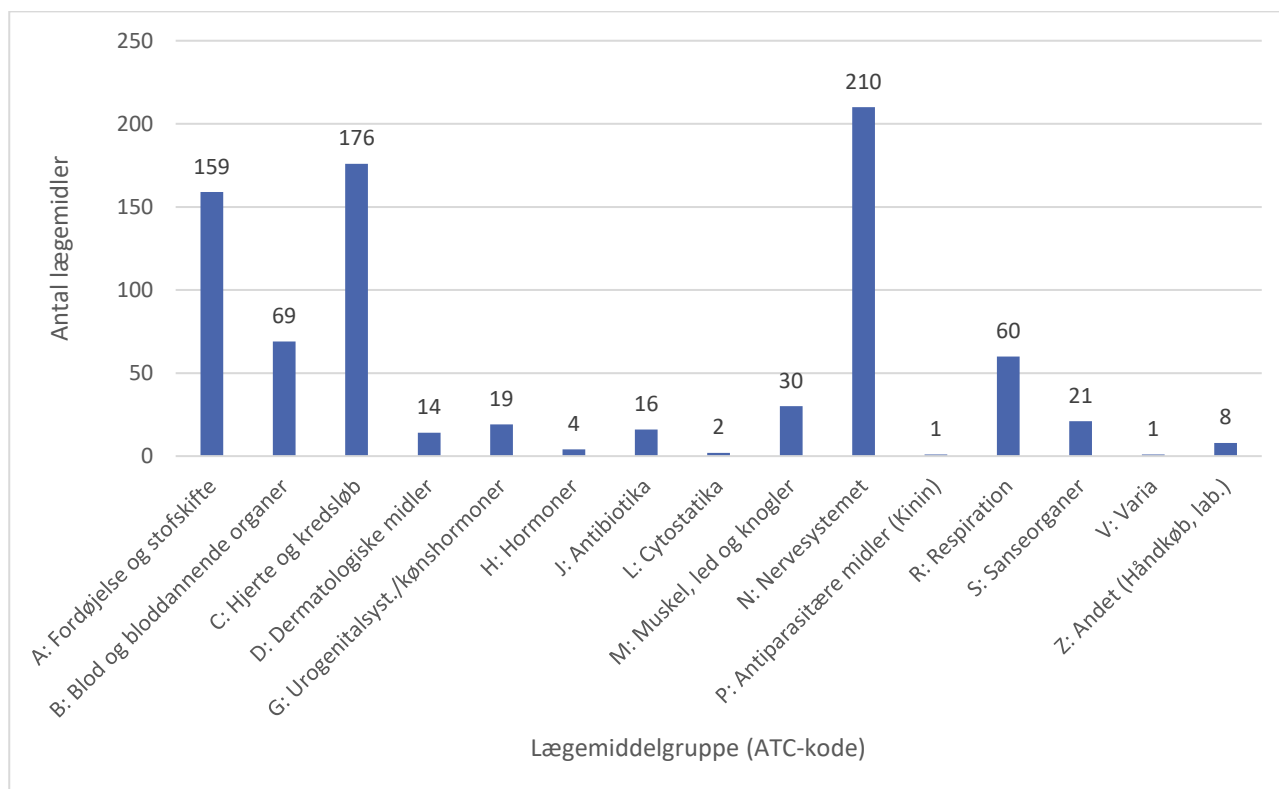
Nogle interventionsforslag inkluderer flere lægemidler, fx interaktioner og dobbeltordinationer, hvilket betyder, at der er 790 lægemidler involveret, hvilket svarer til 4,0 lægemidler pr. patient.

	Antal	Pr. patient
Antal patienter med interventionsforslag	196	-
Antal interventionsforslag	664	3,4
Antal lægemidler involveret i interventionsforslagene	790	4,0

Tabel 1: Oversigt over antal interventionsforslag og antal lægemidler involveret i interventionsforslagene.

6.2 Interventionsforslag fordelt på lægemiddelgrupper

De 790 lægemidler, der indgår i interventionsforslagene, er opgjort på overordnede lægemiddelgrupper (ATC-kode), se figur 3.



Figur 3: Lægemidler, der indgår i interventionsforslagene, fordelt på lægemiddelgrupper (ATC-kode), total = 790.

Lægemidler indenfor 'Nervesystemet' (210), 'Hjerte-kredsløb' (176) og 'Fordøjelse og stofskifte' (159) indgår hyppigst i interventionsforslagene. Tilsammen udgør de 69 % af lægemidlerne.

Antidepressiva (85), smertestillende (64) og antipsykotika inkl. sovemidler (37) er de hyppigst involverede lægemiddelgrupper indenfor 'Nervesystemet'. Indenfor 'Hjerte-kredsløb' er der hyppigst kommenteret på vanddrivende (44), kolesterolsænkende lægemidler (44) og blodtryksmedicin (30). I lægemiddelgruppen 'Fordøjelse og stofskifte' er syrepumpehæmmere (79), vitaminer-mineraler (46) og antidiabetika (17) hyppigst involveret. Af bilag 2 fremgår en oversigt over alle lægemiddelgrupperne, angivet med de tre hyppigst kommenterede lægemidler og med eksempler.

Case 1 er et eksempel på et hyppigt forekommende interventionsforslag, hvor stærk smertestillende og anti-depressiv medicin aftrappes.

Case 1: Seponering af stærk smertestillende og antidepressiv medicin

Kvinde, 51 år, med let depression, slidgigt i nakken, lændesmerter, migræne og fibromyalgi.

Er i behandling med 11 lægemidler, herunder Duloxetin og Sertralin mod depression, Tramadol og Amitriptylin mod smerter og Sumatriptan mod migræne. Patienten er smertepreget, har svært ved at sove og har mange bivirkninger, fx hjertebanken, svedtendens, uro, osteklokke-fornemmelse og mavesmerter. Hun føler sig ikke depressiv, men er frustreret over sin smerteproblematik.

Problemstillinger

Tramadol virker sjældent ved kroniske smerter, men giver bivirkninger. Det er afhængighedsskabende og kan medføre bl.a. træthed.

Flere af lægemidlerne på patientens medicinliste kan interagere og resultere i de bivirkninger, som patienten beskriver.

Dobbeltbehandling med lægemidler mod depression er sjældent nødvendig, men kan resultere i flere bivirkninger.

Plan

Farmaceut foreslår aftrapning af Tramadol pga. begrænset effekt. Efterfølgende forsøg med nedtrapning i lægemidler mod depression. Planen godkendes af læge.

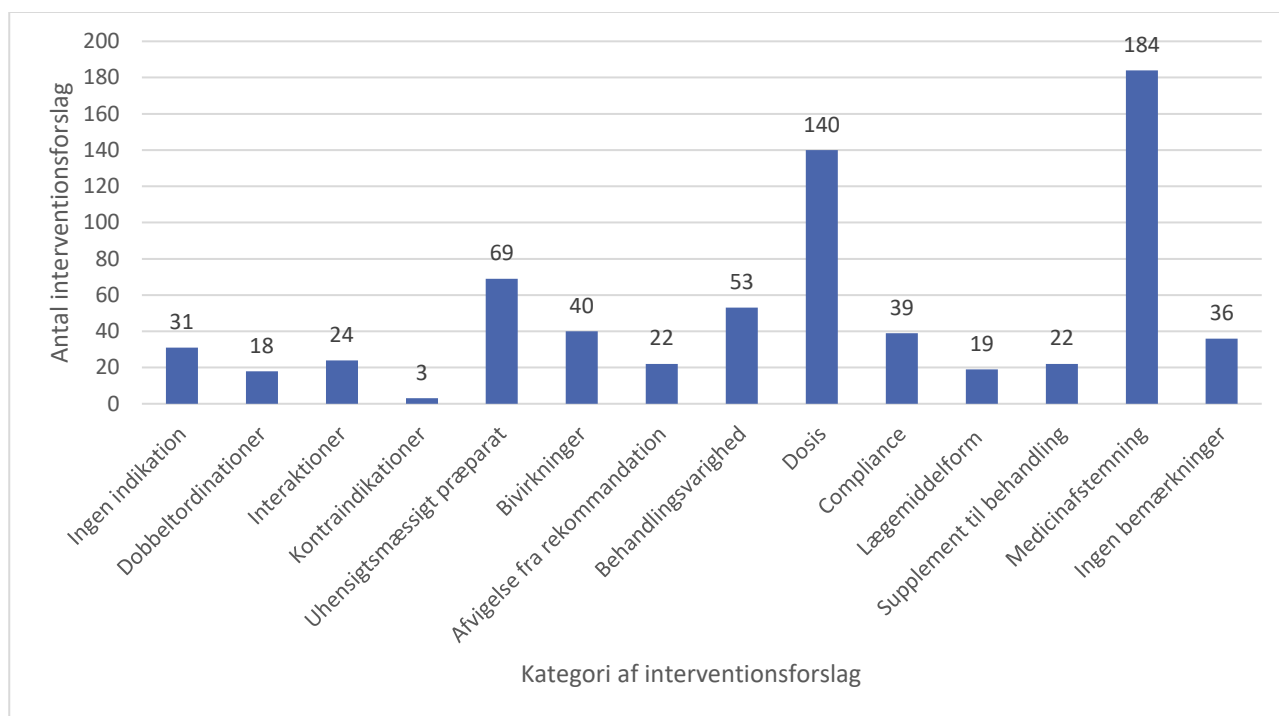
Resultat

Amitriptylin, Duloxetin, Sertralin og Tramadol aftrappes over mange måneder. Hun oplever mange abstinenser i forløbet, men ønsker ikke at genoptage medicinen.

- **Livskvalitet:** Patientens livskvalitet er forbedret, da hun ikke længere har hjertebanken, uro, osteklokke-fornemmelse og mavesmerter. Smerterne er på samme niveau som før udtrapningen.
- **Faldrisiko:** Mindre risiko for faldulykker og brud.

6.3 Interventionsforslag fordelt efter kategori

Interventionsforslagene er også opgjort efter kategori af det lægemiddelrelaterede problem, se figur 4.



Figur 4: Interventionsforslag fordelt efter kategori af det lægemiddelrelaterede problem, total = 700.

En samlet oversigt med de tre hyppigste interventionsforslag inden for hver af kategorierne i figur 5 fremgår af bilag 3.

Case 2 er et eksempel på et journalnotat hos en multisyg patient som oplæg til læge i forbindelse med en særlig indsats for multisygge.

Case 2: Oplæg til medicingennemgang ved læge

Mand, 68 år, med hypertension, apopleksi, depression og psoriasis.

I behandling med 11 lægemidler, herunder kalk- og vitamin D tilskud, samt medicin mod mavesyre.

Journalnotat

- Amitriptylin og Citalopram er substrater for CYP2C19, og Pantoprazol er en hæmmer af CYP2C19, hvilket tilsammen kan medføre øget plasmakonc. af Amitriptylin og Citalopram. Pt. har fået Citalopram i ca. 20 år. Har også tidl. fået Mirtazapin.
 - Er der fortsat indikation for Amitriptylin 20 mg og Citalopram 20 mg?
 - Er der indikation for fast behandling med Pantoprazol 20 mg?
- LDL = 2,5 mmol/L målt i maj 2019. anbefaler dosisøgning af Atorvastatin 40 mg pga. apopleksi
- Pga. compliance anbefales flg. ændret:
 - Amlodipin 2 stk. á 5 mg til 10 mg x 1?
 - Ramipril 5 mg x 2 til 10 mg x 1?
- Unikalk Basic og vitamin D – lægges sammen til Unikalk Forte? Fortsat indikation?

Resultat

- Citalopram aftrappes helt. Humøret er fint efterfølgende.
- Pantoprazol 20 mg reduceres til pn behandling uden problemer.
- Amlodipin ændres til 10 mg x 1 morgen.
- Ramipril ændres til 10 mg aften.
- Vitamin D seponeres pga. meget høj værdi.
- Ingen handling på Atorvastatin identificeret.

Case 3 er et eksempel på et interventionsforslag under kategorien ”Dosis, dosisjustering ift. laboratorieværdi/anbefaling af måling”, se evt. bilag 3.

Case 3: Manglende opfølgning fra tidligere undersøgelser har medført overmedicinering

Mand, 67 år, med astma, kunstig hjerteklap, forhøjet blodtryk, knogleskørhed og forstørret prostata.

Er i behandling med 9 lægemidler herfor samt mavesyredæmpende medicin.

Alendronat siden 2009: Pt. fik at vide hos endokrinolog, at han ikke havde osteoporose, men egen læge mente, at der var et sammenfald i ryggen og alendronat dermed indiceret. Behandling blev opstartet og i 2012 er et journalnotat fra ny læge, hvor der blev stillet spørgsmål ved indikationen. Der blev planlagt en DEXA-scanning i 2014, hvor alendronatbehandlingen havde pågået i 5 år, hvilket er anbefalet behandlingsvarighed. Scanningen blev aldrig gennemført og behandlingen har ikke været vurderet siden.

Pantoprazol 40 mg (høj dosis): Normal kikkertundersøgelse i 2017 uden efterfølgende stillingtagen til behandlingen.

Problemstillinger

Behandling mod knogleskørhed fortsætter ofte i mange år ud over det anbefalede, da kontrol af den langvarige behandling kan overses. Medicinen indlejres i knoglerne og frigives i mange år efter behandlingen er ophørt. Der kan være risiko for atypiske knoglebrud ved overbehandling.

Der er en generel tendens til et meget højt forbrug af mavesyredæmpende medicin i høje doser. Ved langtidsbrug øger maven syreproduktionen og på den måde skabes en form for afhængighed af medicin.

Plan

Farmaceut foreslår henvisning til DEXA-scanning mhp. vurdering af fortsat indikation for behandling mod knogleskørhed. Aftrapning af mavesyredæmpende medicin foreslås også.

Resultat

Alendronat seponeres efter DEXA-skanning.

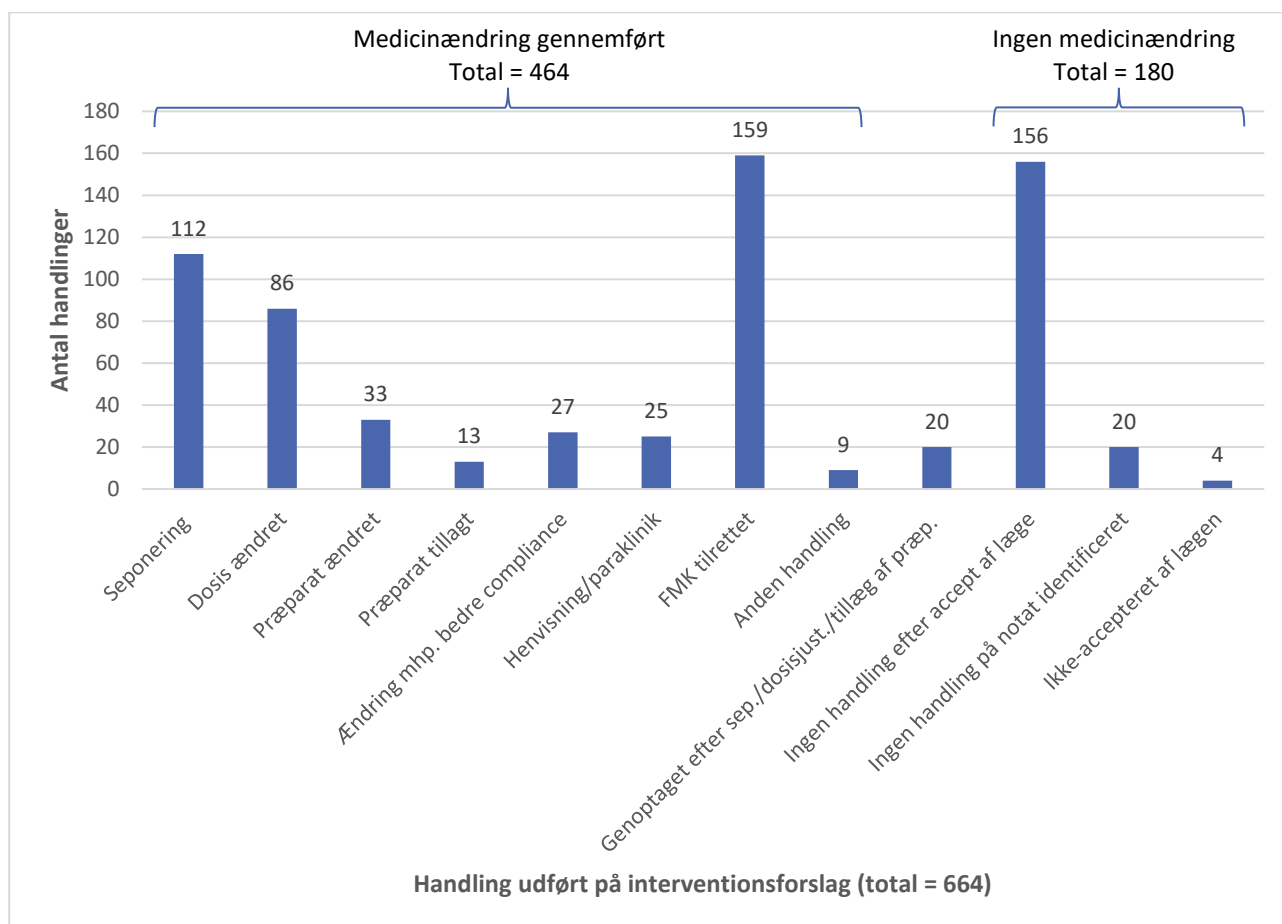
Ved konsultationen fortæller han, at han ikke dør med sure opstød. Pantoprazol seponeres uden gener.

For astma behandles han med Spirocort inhalation 200 µg x 2 og fortæller, at han indimellem oplever hæshed. Det håndterer han ved at holde pause med medicinen et par dage. Han bliver instrueret i god mundhygiejne og vil fremadrettet tage medicinen i forbindelse med tandbørstning.

- **Færre tabletter:** Mindre sygdomsfølelse, mindre risiko for bivirkninger og færre udgifter for patient og samfund
- **Optimeret astma-behandling:** Ikke længere pauser i behandlingen pga. hæshed

6.4 Implementeringsgrad af interventionsforslag

Interventionsforslagene har resulteret i handlinger af forskellig karakter, se figur 5. Blandt andet har det medført seponering eller dosisjustering (oftest dosisreduktion), men også tillæg af lægemidler eller henvisning til en undersøgelse. I alt er der foretaget 464 medicinændringer ud af 664 interventionsforslag, hvilket svarer til, at der er sket medicinændringer i 70 % af tilfældene.



Figur 5: Oversigt over hvilken handling, der er foretaget på de i alt 664 interventionsforslag.

Af figur 5 fremgår, at i 159 tilfælde er FMK tilrettet. Dette er en handling, som farmaceuterne har håndteret på egen hånd uden at involvere lægen, og er baseret på oplysninger om uaktuel medicin i FMK samt justeringer på baggrund af oplysninger fra patienterne.

I tilsammen 180 tilfælde er der ikke registreret en handling på interventionsforslaget. Dette skyldes fx, at interventionen afventer afslutning af en igangværende medicinændring, at lægen ikke har handlet på interventionsforslaget endnu, eller at patienten ikke ønsker ændringen, dvs. at der er potentiale for at flere ændringer implementeres. I 20 tilfælde har medicinændring været forsøgt, men vanlig behandling eller dosis måtte genoptages. Kun 4 interventionsforslag er afvist af lægen.

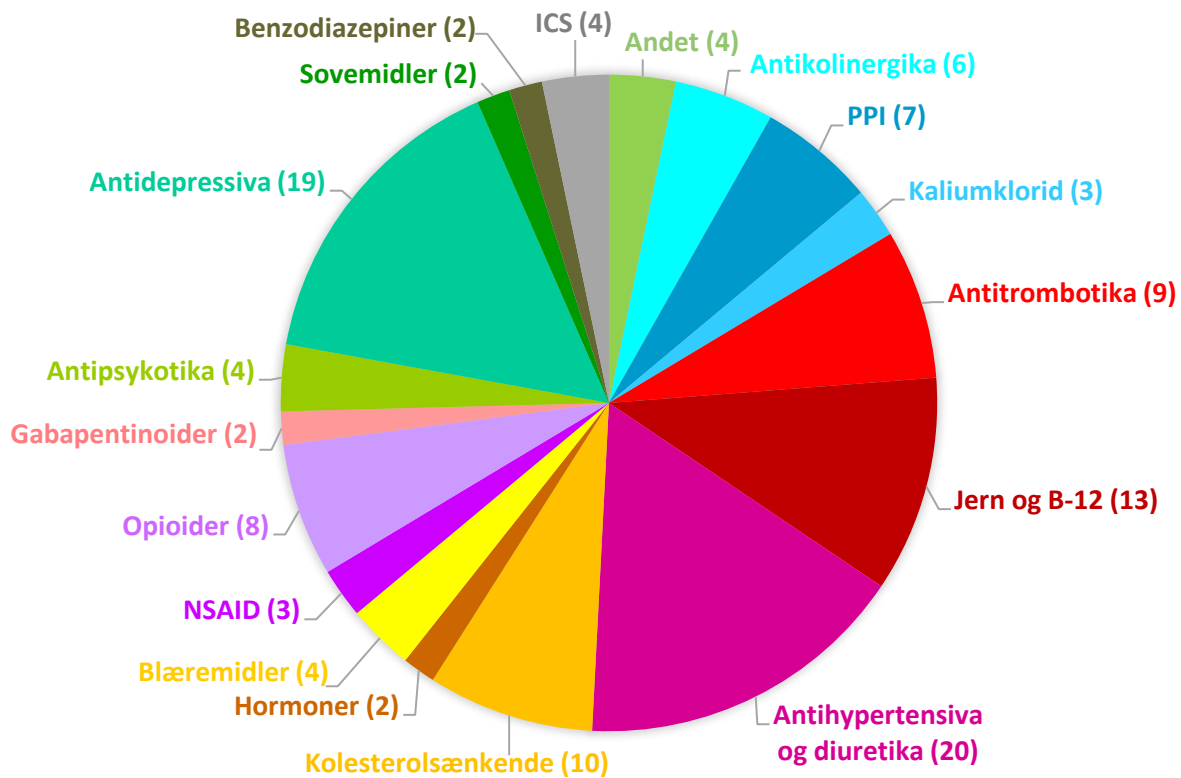
I tabel 2 er listet eksempler på handlinger inden for hver kategori.

Handling på interventionsforslag	Antal	Eksempler
Seponering	112/122*	<ul style="list-style-type: none"> - Aftrapning af antidepressiva, benzodiazepiner og sovemidler - Seponering af blodfortyndende og blodtryksmedicin - Optimering af behandling af smerter
Dosisjustering	86/88*	Dosisreduktion af: <ul style="list-style-type: none"> - Syrehæmmende midler - Antidepressiva og sovemidler - Stærk smertestillende medicin - Vanddrivende og blodtryksmedicin
Præparat ændret	33	<ul style="list-style-type: none"> - Vibeden inj. til Betolvex tbl. - Hjertemagnyl til clopidogrel - (Es)omeprazol til lansoprazol v. samtidig clopidogrel - Hjertemagnyl entero til alm. tbl.
Præparat tillagt	13/16*	<ul style="list-style-type: none"> - Propranolol mod rysten på hænderne - Amlodipin v. højt blodtryk - Ultibro ved svær KOL (fik kun Ventoline) - Mablet mod uro i benene
Ændring mhp. bedre compliance	27	<ul style="list-style-type: none"> - Kalk + D-vit. samlet til kombitabelt - Fx 5 mg x 2 ændret til 10 mg x 1 - ½ tbl. x 2 øget til dobbelt styrke x 1 - Crestor: Aften ændret til morgen
Henvielse/paraklinik	25	<ul style="list-style-type: none"> - Manglende blodtryk/blodprøve-kontrol - Manglende opfølgning på måling eller bivirkninger (fx svimmelhed v. blodtryksbehandling)
FMK tilrettet	159	Primært oprydning i FMK, dosisjusteringer og dobbeltordinationer identificeret ved medicinafstemning. FMK er tilrettet uden involvering af læge.
Anden handling	9	<ul style="list-style-type: none"> - Anbefalet blodtryksmåling, og ender med ord. Kaleorid - Anbefaler at lægge kalk og D-vit. sammen, men D-vit. seponeres - Talt mundhygiejne v. inhalationssteroid, hvor pt. blot holdt pause med medicinen ved hæshed eller mundsvamp (ikke ændret ved beh.) - Opfølgning på bivirkninger, som pt. beskriver ved konsultationen
Genoptaget behandling efter seponering, dosisjustering eller tillæg af præparat	20	<ul style="list-style-type: none"> - Nedtrapningsforsøg, som måtte genoptages til vanlig dosis - Præparat tillagt, ingen forskel
Interventionsforslag accepteret af lægen, men ingen handling herpå	156	LRP accepteret af læge, men der er ikke sket en handling efterfølgende fordi: <ul style="list-style-type: none"> - Afventer igangværende ændringer er gennemført - Lægen har ikke handlet på det - Patienten ønskede ikke ændringen - Respons fra hjemmeplejen manglede
Ingen handling på notat identificeret	20	Journalnotater, der ikke er identificeret en handling på, fx hvis pt. endnu ikke har været indkaldt og notatet endnu ikke læst
Ikke-accepteret af lægen	4	<ul style="list-style-type: none"> - Ingen tilskud til proteindrik til småt spisende ældre - Ændring af styrke, som ikke var forenelig med dosisdispensering - Hjertemagnyl, hvor der blev vurderet en anden indikation

Table 2: Oversigt over, hvilke handlinger der er foretaget på interventionsforslagene samt eksempler herpå.

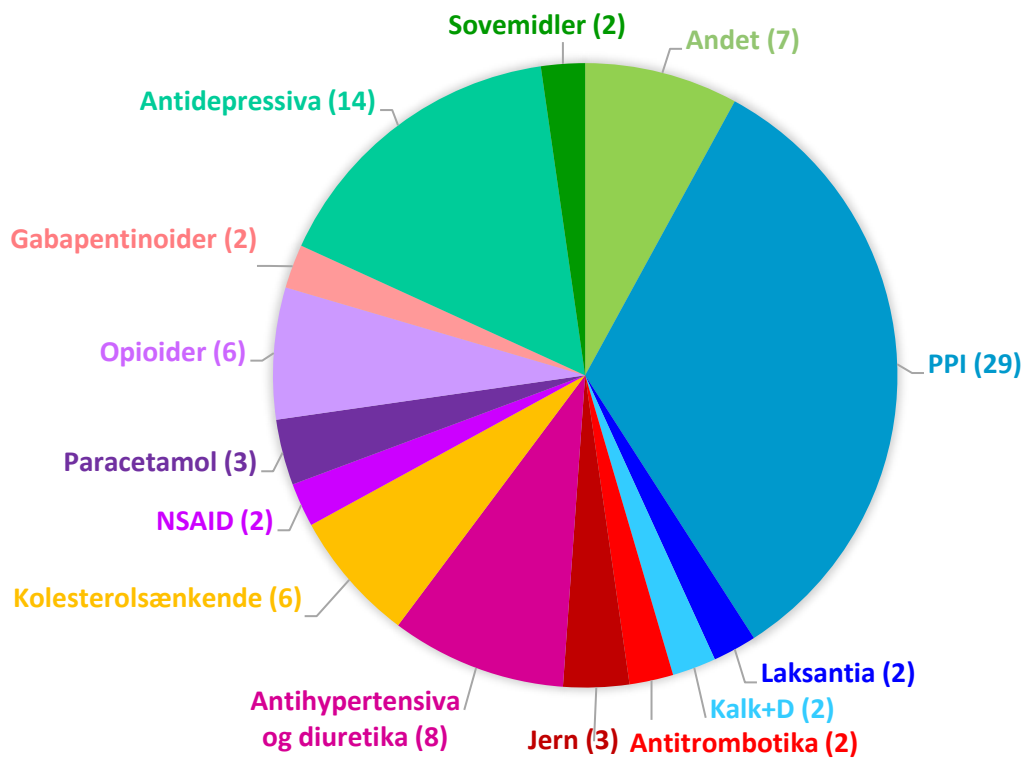
* Det første tal angiver antallet af interventionsforslag. Handlingen på et interventionsforslag har i nogle tilfælde resulteret i mere end én handling, hvilket er angivet i det sidste tal.

De hyppigste medicinændringer er seponering og dosisreduktion. Der er 112 interventionsforslag, som resulterer i seponering. Der er i alt seponeret 122 lægemidler, fx er der seponeret to blodtrykssænkende lægemidler hos en patient, som var i 5-stof behandling. De 122 seponerede lægemidler fordeler sig på lægemiddelgrupper som vist i figur 6. Seponeringerne omfatter mange forskellige lægemidler, men hyppigst er antidepressiva og blodtrykssænkene/vanddrivende blevet seponeret.



Figur 6: Fordeling af 122 seponerede lægemidler opdelt efter lægemiddelgruppe. De 122 seponeringer er foretaget på baggrund af 112 interventionsforslag om seponering.

Ligeledes har 86 interventionsforslag resulteret i dosisjustering (oftest dosisreduktion), hvor i alt 88 lægemidler indgår. Reduktion i dosis af antidepressiva og syrepumpehæmmere er hyppigste dosisreduktion. De 88 dosisændringer fordeler sig på mange forskellige lægemiddelgrupper, se figur 7.



Figur 7: Fordeling af 88 dosisændringer opdelt efter lægemiddelgruppe. De 88 dosisændringer er foretaget på baggrund af 86 interventionsforslag.

Patienters effekt af medicinændringer som følge af medicinsamtalerne er beskrevet i følgende fire cases.

I case 4 opnår en 66-årig kvinde mere energi efter seponering af afhængighedsskabende medicin, hvilket bl.a. øger hendes motivation til livsstilsændringer.

Case 4: Seponering af sovemedicin og Tramadol

Kvinde, 66 år, med forhøjet blodtryk, type 2-diabetes og nedsat stofskifte.

Har i mange år passet syg mor, der netop er død. Har nu overskud til livsstilsændringer og reduktion i medicinen.

Får 13 forskellige lægemidler. Udover medicin mod hendes nævnte kroniske sygdomme, får hun mavesårsmedicin i høj dosis, stærk smertestillende medicin (Tramadol) og sovemedicin.

Problemstillinger

Stærk smertestillende medicin kan ved brug over lang tid skabe afhængighed, medføre træthed om dagen og ændre ens personlighed i form af bl.a. manglende evne til at huske, hvad der plejer at gøre én glad.

Sovemedicin ud over få uger giver afhængighed, mens søvnkvaliteten ikke bedres, og bivirkninger som fx svimmelhed, sløvhed om dagen og faldtendens består.

Der er en generel tendens til et meget højt forbrug af mavesyre-dæmpende medicin i høje doser. Ved langtidsbrug øger maven syreproduktionen og på den måde skabes en form for afhængighed af medicin.

Plan

Farmaceut foreslår aftrapning af mavesyre-dæmpende medicin, stærk smertestillende og sovemedicin, samt samtale om kost i forhold til diabetes og livsstilsændringer. Planen godkendes af læge.

Resultat

Ved konsultationen angiver patienten at tage Panodil om natten med god effekt, når hun vågner pga. smerter og uro i benet, hvor hun har en nerveskade. Panodil omlægges til fast behandling og der tilføres et tilskud magnesium mod uro i benet. Tilsammen har det så god effekt, at Tramadol kan undværes.

Sovemedicin stoppes og der fokuseres på god søvnhygiejne.

Mavesyre-medicin nedtrappes over en måned fra 40 til 20 mg og omlægges fra fast brug til ved behov.

- **Søvn:** Patienten har rykket sengetiden til en time senere. Hun oplever at sove bedre og er ikke længere oppe 2-3 gange pr. nat pga. smerter.
- **Livskvalitet:** Fraværet af sløvende bivirkninger fra sovemedicin og stærk smertestillende medicin samt den bedre søvnkvalitet gør, at hun har fået meget mere energi og håndterer konflikter i familien bedre.
- **Livsstil:** Den øget energi har øget motivationen til livsstilsændringer for at forebygge senskader pga. diabetes.
- **Faldrisiko:** Mindre risiko for faldulykker og brud.

I case 5 opnår en 73-årig kvinde bedre søvn og mindre risiko for faldulykke efter reduktion i vanddrivende- og blodtryks-sænkende medicin.

Case 5: Besvimelser som følge af vanddrivende og blodtryks-sænkende medicin

Kvinde, 73 år, med diabetes, nedsat nyrefunktion, forhøjet blodtryk og tidligere bypass-opereret.

Er i behandling med 18 lægemidler herunder høje doser af vanddrivende medicin (Furix 80 mg morgen, 40 mg middag og 40 mg aften) pga. nedsat nyrefunktion.

Problemstillinger

Ved journalgennemgang bemærkes et lavt blodtryk, og der er tidligere beskrevet flere tilfælde, hvor patienten besvimer. Besvimelse/svimmelhed/lavt blodtryk kan være en bivirkning, der er relateret til vanddrivende medicin, hvilket kan øge risikoen for fald og brud. Furix doseres sædvanligvis først på dagen for, at patienterne ikke skal op om natten for at tisse, men ved høje doser ordineres det også til aften. Dette kan påvirke patientens nattesøvn samt øge faldrisikoen yderligere.

Plan

Farmaceut foreslår reduktion i den vanddrivende behandling under kontrol af nyrefunktion og blodtryk. Planen godkendes af læge.

Resultat

Den vanddrivende medicin reduceres af flere omgange. I løbet af nedtrapningen bemærkes et højt kalium i blodet, hvilket kan påvirke hjertet. Patientens anden blodtryksmedicin, som også kan påvirke kalium, reduceres og kalium når igen et normalt niveau. Slutdosis af Furix er 40 mg morgen og 40 mg middag, og blodtrykket er igen normalt.

- **Søvn:** Patienten har fået en bedre søvn, da hun ikke længere skal op om natten for at tisse.
- **Faldrisiko:** Mindre risiko for faldulykker og brud.

I case 6 opnår en 87-årig kvinde bedre livskvalitet og mindre faldrisiko efter aftrapning af langvarig benzodiazepinbehandling.

Case 6: Beroligende medicin i 40 år – behandlingsvarighed?

Kvinde, 87 år, med type 2-diabetes, forhøjet kolesterol og blodtryk.

Er i behandling med 11 lægemidler herunder beroligende medicin, Lexotan 6 mg, som hun har fået daglig i 40 år pga. uro i benene. Har ikke andre klager end uro og smerter i benene.

Problemstillinger

Effekten af beroligende medicin aftager efter få ugers behandling, mens bivirkninger som fx svimmelhed, muskelsvaghed, konfusion, "osteklokke"-fornemmelse og faldtendens består. Det er afhængighedsskabende og kan ved ophør give svære abstinenser.

Plan

Farmaceut foreslår aftrapning over lang tid. Plan godkendes af læge.

Resultat

Lexotan 6 mg omlægges først til diazepam 10 mg og aftrappes uproblematisk med 1 mg hver 14. dag via dosisdispensering. Forløbet afsluttes efter 5 måneder.

- **Livskvalitet:** Patientens livskvalitet er forbedret, da hun oplever mindre "osteklokke"-fornemmelse, bedre humør og har det 'svært godt', og hun er mere nærværende med sin familie.
- **Faldrisiko:** Mindre risiko for faldulykker og brud.

I case 7 får en 61-årig kvinde styr på diabetesmedicinen og bliver motiveret til kostomlægning.

Case 7: Dobbeltbehandling med SGLT2-hæmmere

Kvinde, 61 år, med type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, for lavt stofskifte, migræne og slidgigt i ryggen.

Får 17 lægemidler, heraf de fleste mod livsstilssygdommene type 2-diabetes, forhøjet blodtryk og kolesterol. Derudover får hun Vibeden mod B12-vitaminmangel.

Er afsluttet velbehandlet fra ambulatorium med 5 antidiabetika: Metformin, Victoza, Amaryl, Forxiga og Galvus. Får efterfølgende ændret Galvus til Jardiance hos egen læge, som ikke er opmærksom på, at hun også er i behandling med Forxiga og dobbeltbehandling med to SGLT2-hæmmere opstår. Desuden seponeres Galvus ikke fra FMK og ved medicinsamtalen er hun i 6-stof behandling mod diabetes.

Problemstillinger

Medicinefejl opstår når medicinændringer kun registreres i journal og udskrivningsnotat men ikke i FMK, da det er i FMK alle sundhedspersoner orienterer sig om patientens aktive medicin. Dobbeltbehandling med to SGLT2-hæmmere er ikke hensigtsmæssigt, og der er øget risiko for bivirkninger.

B12-vitamin gives ofte som injektion uden forudgående udredning af B12-vitaminmangel eller undersøgelse for malabsorption. Der kan således finde en overbehandling sted både i forhold til B12-vitamin generelt og til at give det som injektion fremfor tabletbehandling. Da det koster en konsultation at give injektionen, kan der her være et besparelspotentiale.

Plan

Farmaceut foreslår seponering af B12-vitamin og Jardiance, samt samtale med fokus på kost. Opfølgende blodprøvekontrol på begge interventioner. Planen godkendes af læge.

Resultat

Jardiance seponeres og patienten motiveres til at ændre kost til mere kulhydratfattigt. Efter 3 mdr. er HbA1c faldet fra 9,6 til 8,5.

B12-vitamin: Hun mener at kunne mærke, når tiden for injektion nærmer sig, så omlægning til tabletbehandling aftales i første omgang. Hun mærkede ikke noget til ændringen, og der blev planlagt et seponeringsforsøg efter projektets afslutning.

6.5 Kontakter til klinikken som følge af medicinændringer efter projektperioden

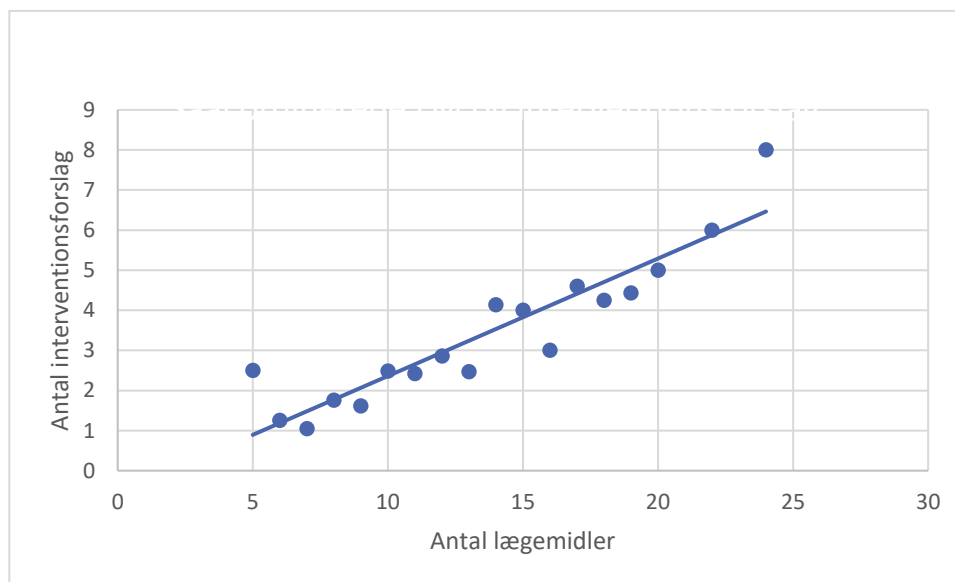
Hos de 104 patienter, der har haft en medicinsamtale enten ved fysisk fremmøde eller pr. telefon, er journalen gennemgået i maj-juni (min. 2 måneder efter afsluttet forløb) for at opgøre i hvor stor grad, patienterne har haft behov for at kontakte klinikken efterfølgende pga. medicinændringerne.

Journalgennemgangen viste, at 19 ud af de 104 patienter har kontaktet klinikken, herunder:

- 5 patienter med seponeret/ændret antidepressiv behandling, hvoraf:
 - 1 havde depressive symptomer og blev velbehandlet i lavere dosis.
 - 3 havde søvnproblemer. Søvnhygiejne og seponering blev fastholdt hos 2, mens den for 1 blev genoptaget trods fravær af depressive symptomer.
 - 1 pga. bivirkninger til ny medicin, skiftes til noget tredje.
- 4 patienter med seponeret mavesyre-dæmpende behandling: De blev alle sat i fast behandling igen, men i lavere dosis.
- 2 patienter med seponeret inhalationssteroid v. KOL pga. åndenød/eksacerbation: Behandlingen blev genoptaget.
- 2 patienter med seponeret sovemedicin pga. søvnproblemer: Behandlingen blev genoptaget (den ene dag efter dosisreduktion!).
- 6 patienter henvender sig af andre årsager, fx bivirkninger til ny medicin, ikke forstået behandlingsplan, nye symptomer, uenig i medicinændringen.

6.6 Antal lægemidler og alder sammenholdt med antal interventionsforslag

Når gennemsnitlig antal interventionsforslag sammenholdes med antallet af ordinerede lægemidler, ses en sammenhæng mellem, at jo flere lægemiddelordinationer en patient får, jo flere interventionsforslag er der til medicinen. Sammenhængen vises i figur 8.



Figur 8: Sammenhæng mellem antal lægemidler ordineret og antallet af fundne interventionsforslag. Korrelationskoefficient = 0,92.

Blandt patienter med relativt få lægemidler findes også interventioner, der kan få betydning for både patientens livskvalitet og risici, og som kan føre til indlæggelser, se eksempel i case 8.

Case 8: Reduktion af dosis af antidepressiv medicin hos kvinde i behandling med 7 lægemidler

Kvinde, 84 år, med knogleskørhed og slidgigt i knæet. Overvægtig.

Har for nyligt haft et fald med hoftefraktur og klager over træthed.

Får 7 forskellige lægemidler, herunder dobbelt antidepressiv medicin (Citalopram 20 mg + Mirtazapin 30 mg) i min. 10 år uden årskontroller. Oprindeligt igangsat pga. ægtefælles svære sygdom. Han døde for mange år siden.

Problemstillinger

Den antidepressive medicin kan give blodtryksfald og svimmelhed, hvilket kan medføre faldulykker hos ældre. Mirtazapin er særligt sløvende (også om dagen) og giver vægtøgning med risiko for fx type 2-diabetes.

Plan

Farmaceut foreslår aftrapning af begge antidepressive lægemidler, startende med Mirtazapin. Planen godkendes af læge.

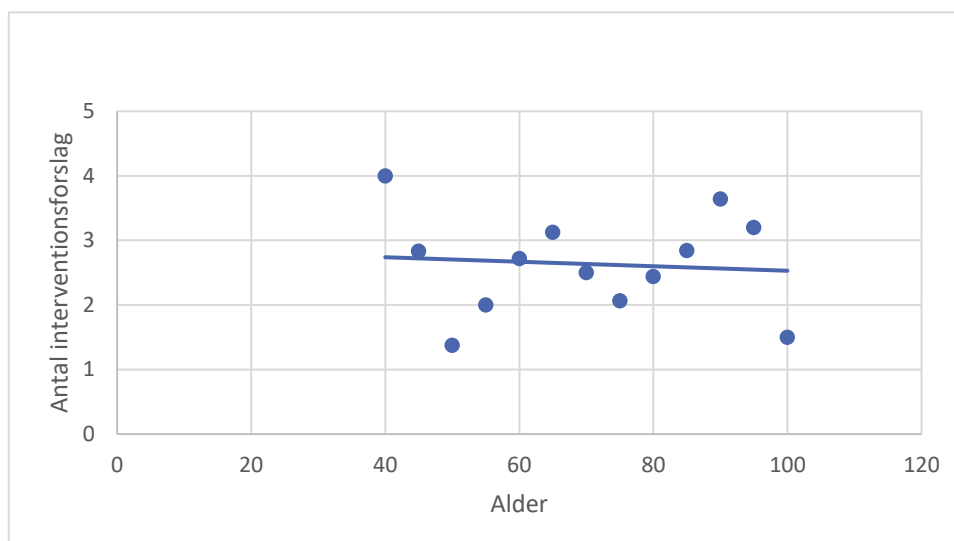
Resultat

Mirtazapin reduceres fra 30 mg til 7,5 mg. Herefter indtræder Corona-pandemien og patienten isoleres. Det vurderes sammen med patienten at udskyde den resterende aftrapning til lysere tider.

Patienten oplever efter dosisreduktionen, at hun har fået mere energi og tager mere initiativ til fx at bage. Hun har også fået en mere sikker gang og har parkeret sin rollator i garagen.

- **Fald- og brudrisiko:** Mindre risiko for at falde og pådrage sig flere brud.
- **Livsstilssygdomme:** Hun er blevet mere mobil og får mindre af den vægtøgende medicin, hvilket må forventes at påvirke hendes generelle sundhedstilstand.
- **Livskvalitet:** Hun har fået en bedre livskvalitet med mere energi, initiativ og mobilitet.

Sammenholdes antal interventionsforslag med patienternes alder ses ingen sammenhæng, se figur 9.



Figur 9: Sammenhæng mellem antal fundne interventionsforslag og patientens alder. Korrelationskoefficient = -0,09.

Hos yngre patienter findes også polyfarmaci, og medicinggennemgang hos denne patientgruppe kan have en berettigelse pga. lang forventet restlevetid, hvilket bl.a. ses af case 9.

Case 9: Seponering af muskelafslappende- og antidepressiv medicin hos yngre kvinde

Kvinde, 46 år, med hjertekrampe, blodprop i hjertet for 8 mdr. siden, smerter fra piskesmæld og lænderyg samt migræne.

Af journalen fremgår:

- Smerter som følge af piskesmæld i 2012: Blev dengang startet op i Baklofen, Tramadol R og Gabapentin.
- Behandlet for depression med Sertralin i knap 2 år. Hun har tidligere udtrykt, at hun gerne ville ud af behandlingen og dosis blev halveret, men herefter ingen opfølgning.
- Klager over blå mærker i forbindelse med blodfortyndende behandling efter blodprop og hun ønsker at stoppe behandlingen.

Problemstillinger

Baklofen (muskelafslappende), kan bruges ved behov med god effekt, men virkningen ophører ved fast brug.

Behandling for depression kræver løbende kontrol, minimum årligt. Der er risiko for vægtøgning og livsstilssygdom.

Brillique (blodfortyndende) har fra kardiologerne ikke en angivet behandlingsvarighed, som normalt er 6-12 måneder.

Atorvastatin 80 mg (kolesterolsænkende) er opstartet i forbindelse med blodproppen.

Migræne behandles med både Diclon og Imigran. Forbrug af migrænemedicin 5-8 gange om måneden kan i sig selv forårsage hovedpine og dermed forårsage et øget forbrug.

Plan

Farmaceut foreslår:

1. Opfølgning på antidepressiv behandling og evt. vurdering hos læge.
2. Aftrapning af Baklofen og Tramadol R samt mulighed for øgning af Gabapentin, hvis muligt.
3. Vurdering af forbrug af migrænemedicin.
4. Afklaring af behandlingsplan efter blodprop.

Planen godkendes af læge.

Resultat

Fra medicinsamtalen fremkom at:

1. Antidepressiv behandling opstartet i forbindelse med arbejdsrelateret psykisk belastning i 2017, men hun er ikke trappet ned, som angivet i journalen. Har taget meget på i vægt og vil meget gerne ud af det. Aftrappes uproblematisk over kort tid. Oplever mindre hang til søde sager.
 2. Baklofen har hun aldrig oplevet en effekt af, og derfor seponeres den ved hurtig og uproblematisk aftrapning. Er forundret over, at hun oplever bedre søvn og er mere tilpas om dagen.
 3. Migræne: Tidligere ca. et anfald om ugen. Efter ørepiercing er det reduceret til ca. én gang om måneden. Anvender ikke migrænemedicin længere, men har god effekt af Diclon.
 4. Brillique skal iflg. pt. tages et år, men kardiolog kontaktes og vurderer, at det er ok at stoppe nu. Hun oplyser endvidere, at hun aldrig har haft forhøjet kolesterol og kardiolog såede tvivl, om hun overhovedet skulle have kolesterolsænkende behandling. Ønsker selv at reducere i medicinen, så dosis reduceres til det halve efter aftale med læge. Efter blodprøvekontrol 3 måneder senere seponeres behandlingen helt.
- **Livsstilssygdomme:** Hun har fået mindre trang til bl.a. chokolade og mere energi til motion, hvilket må forventes at påvirke hendes generelle sundhedstilstand og mindske risikoen for livsstilssygdomme på sigt.
 - **Livskvalitet:** Hun har fået en bedre livskvalitet med bedre søvn og mere tilpas om dagen.
 - **Fald- og brudrisiko:** Mindre risiko for svimmelhed og fald på sigt.

6.7 Spørgeskemaundersøgelser og interview

I det følgende præsenteres resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen blandt patienter, der har deltaget i medicinsamtale med en farmaceut ved fremmødekonsultation samt en præsentation af spørgeskemaundersøgelsen blandt det personale, som har deltaget i projektet. Endvidere præsenteres resultaterne fra interview af farmaceuterne.

6.7.1 Spørgeskema, patienter

66 patienter har besvaret spørgeskemaet (se bilag 4). Heraf har 61 patienter (92 %) selv udfyldt spørgeskemaet, to patienter har fået hjælp af pårørende til at udfylde spørgeskemaet, og tre patienter har ikke angivet, hvorvidt de besvarer på vegne af sig selv som patient eller som pårørende.

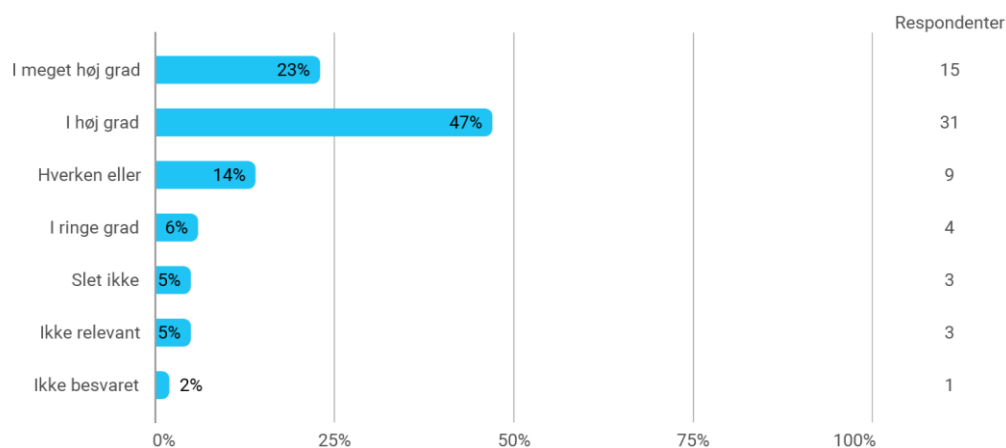
Efter besvarelsen har nogle spørgsmål vist sig at være tvetydige, og disse spørgsmål er derfor ikke inddraget i det følgende. Endvidere er andre spørgsmål ikke inddraget, da de i højere grad relaterer sig til planlægning og etablering af et kommende tilbud end til patienternes oplevelser, som knytter sig til effekten af indsatsen.

Gennemgående for besvarelserne er, at andelen af besvarelser i kategorien 'hverken eller' er relativt høj. Således er andelen af besvarelser i kategorien 'hverken eller' mellem 8 %, hvor den er lavest, og 35 %, hvor den er højest. Medianen for andelen af besvarelser i denne kategori er 15 %. En forklaring kan være, at en stor del af besvarelserne er udfyldt mange måneder efter, at forløbet er afsluttet, og det derfor kan være svært at huske. Derudover indgår en kategori 'ikke besvaret', som udgør de tilfælde, hvor enkelte patienter har undladt at besvare spørgsmål i spørgeskemaerne.

Patientinformation

48 af patienterne (73 %) sagde, at den forudgående information om medicinsamtalen i høj grad eller i meget høj grad var passende. 52 af patienterne (79 %) følte sig informeret om formålet med medicinsamtalen, og 46 (69 %) følte sig informeret om årsagen til medicinændringerne.

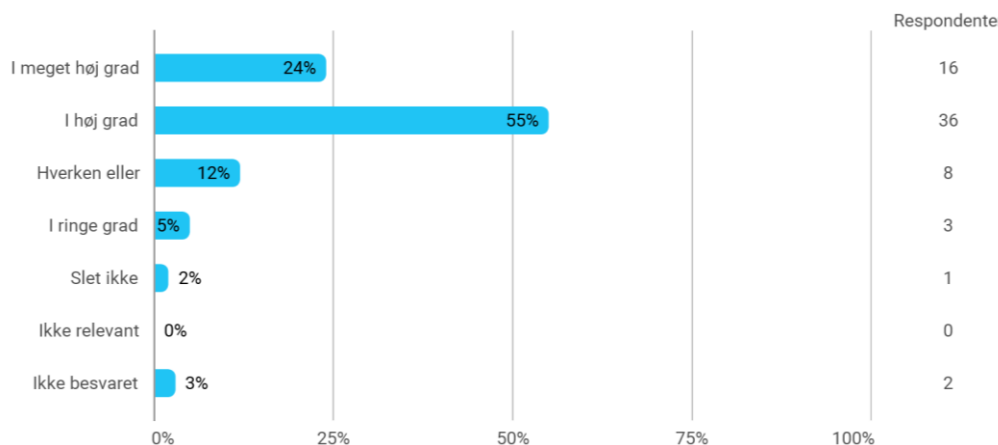
46 af patienterne (70 %) følte sig i høj grad eller i meget høj grad inddraget i beslutningen om ændringerne af deres medicin. 7 (11 %) følte sig i ringe grad eller slet ikke inddraget. Se figur 10.



Figur10: Patienters svar på "Føler du dig inddraget i beslutninger om ændringer i din medicin?"

Tryghed ved medicinsamtalen og støtte i forløb med medicinændringer

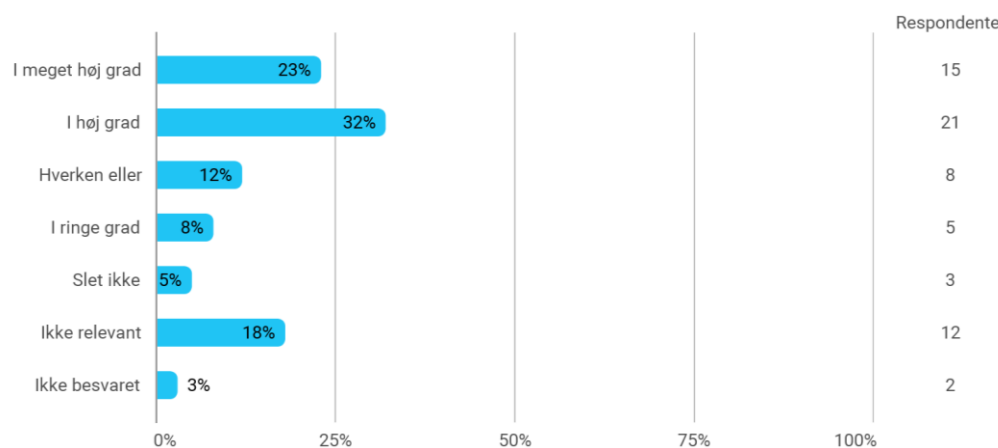
Patienterne blev spurgt, om de følte sig trygge ved medicinsamtalen med farmaceuten. Her svarede 52 (79 %), at de i høj grad eller i meget høj grad følte sig trygge. 4 (7 %) svarede, at de enten i ringe grad eller slet ikke følte sig trygge. Se figur 11.



Figur 11: Patienters svar på "Følte du dig tryk ved medicinsamtalen med farmaceuten?"

Nogle spørgsmål i spørgeskemaet var målrettet patienter, som var i et aftrappingsforløb. 11 (17 %) patienter, har ikke været i et aftrappingsforløb. Spørgeskemaet indeholdt en svarkategori 'ikke relevant', som var tiltænkt disse patienter.

36 af patienterne (55 %) svarede, at de i høj grad eller i meget høj grad følte sig støttet i et aftrappingsforløb. 8 (13 %) svarede, at de enten i ringe grad eller slet ikke følte sig støttet, og 12 (18 %) har svaret 'ikke relevant'. Se figur 12.

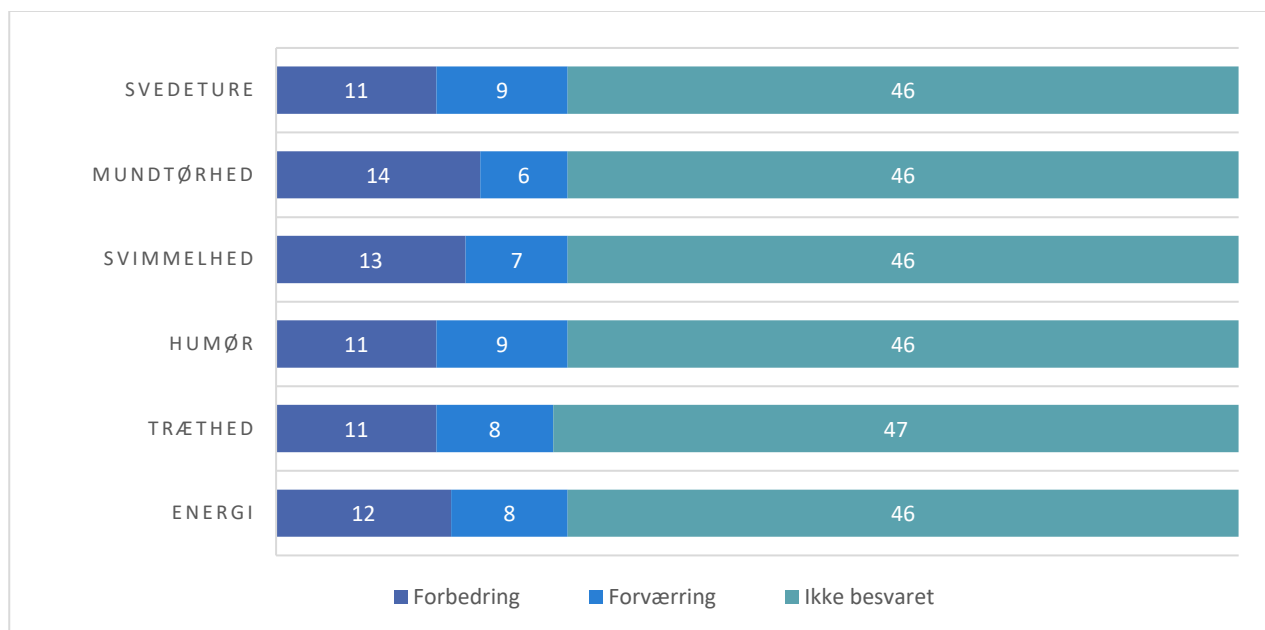


Figur 12: Patienters svar på "Følte du dig støttet i et aftrappingsforløb?"

Som en del af aftrappingsforløbet blev patienterne ringet op af farmaceuten med henblik på støtte i deres aftrappingsforløb. 42 af patienterne (63 %) syntes, at opfølgningssamtalerne fungerede godt eller meget godt, og 37 patienter (56 %) fandt antallet af opfølgningssamtaler passende.

Ændringer af symptomer/bivirkninger

Af de 66 patienter svarer 11 (16 %), at de oplever mindre svedeture end før medicinændringerne, og 14 patienter (21 %) svarer, at de oplever mindre mundtørhed. 13 patienter (20 %) angiver, at de oplever mindre svimmelhed efter medicinændringer, 11 (16 %) oplever at være i bedre humør, 11 (16 %) oplever mindre træthed, og 12 patienter (18 %) har mere energi, se figur 13.



Figur 13: Patienternes svar på "Har du oplevet en ændring i, hvordan du har det efter medicinændring?"

Patienttilfredshed

45 af patienterne (68 %) svarede, at de i høj grad eller i meget høj grad var tilfredse med tilbuddet om en medicinsamtale hos en farmaceut, mens 9 (14 %) svarede, at de i ringe grad eller slet ikke var tilfredse med tilbuddet.

Patienterne blev desuden spurgt til, hvad der var godt ved medicinsamtalen. Kommentarerne knyttede sig overvejende til tre temaer:

1. Information, herunder gode forklaringer og mere viden om medicinen.
2. Mindre medicin, herunder både lavere doser og færre antal præparater.
3. Relationen mellem patienten og farmaceuten, herunder nøgleord som tryghed, god tid ved samtalen, anerkendelse og imødekommenhed.

Patienternes tilbagemeldinger i spørgeskemaundersøgelsen er således overvejende positive. Herunder svarer patienterne overvejende, at de har følt sig godt informeret om medicinsamtalen, årsagen hertil og årsagen til medicinændringer. Samtidig svarer patienterne i overvejende grad, at de har følt sig trygge ved medicinsamtalen og inddraget i beslutninger om ændringer i deres medicin. Patienters viden om egen behandling og inddragelse i eget forløb øger sammenhængen mellem patienters værdier/præferencer og selve behandlingen. Dette styrker patienternes compliance til behandlingen og fastholdelse af relevante medicinændringer²⁹. Derfor er patienternes oplevelse af deres medicinsamtale med en farmaceut væsentlig for fastholdelsen af relevante medicinændringer.

6.7.2 Spørgeskema, personale

To læger og to sygeplejersker har besvaret spørgeskemaet (se bilag 5). Spørgeskemaundersøgelsen blandt personalet skulle have dannet grundlag for et interview, hvorfor der er et meget lille grundlag for analyse. Følgende inkluderer derfor kun personalets besvarelser, når der fremgår et tydeligt mønster af deres besvarelser.

I forhold til farmaceuternes faglige kompetencer følte begge læger sig trygge ved at uddelegere behandlingsplanen til en farmaceut og lade farmaceuten gennemføre medicinsamtalerne. Begge læger oplevede også, at farmaceuten kontaktede lægen, hvis der opstod problemstillinger, der ikke var aftalt i behandlingsplanen.

Den samlede personalegruppe fandt farmaceuternes journalnotater anvendelige, men gav også udtryk for, at de havde manglet en tilbagemelding om forløbene både undervejs og efter endt forløb.

Derudover svarede en af lægerne og begge sygeplejersker positivt til, at det tværfaglige samarbejde om patienterne fungerede godt i forhold til processen om yderligere tiltag som blodprøver, blodtryk, henvisninger og kontakt til specialafdelinger, samt at patienterne tog godt imod tilbuddet.

Det fremgår af kommentarerne fra en af lægerne, at vedkommende ikke var enig i inklusionskriterierne og det faglige fokus. Fx nævner lægen, at indsatsen *”har givet stor mening ved de multisyge og gennemgang før en konsultation ved lægen. Seponering af Hjertemagnyl, PPI og B12 i ringe grad. Morfika patienter ville måske have været et mere relevant forløb”*, og flere gange at arbejdsgangene har været *”tidskrævende og manglede tiden”*.

Begge sygeplejersker ønsker desuden øget fokus på den faglige sparring, og den ene nævner et ønske om både øget faglig sparring og undervisning.

6.7.3 Interview, farmaceuter

Ifølge farmaceuterne fungerede selekteringen af patienter rigtig godt. Det vigtigste i denne sammenhæng var, at den blev foretaget af en sygeplejerske, der kendte patienterne. Dette for at sikre, at de inkluderede patienter fik udbytte af medicinsamtalen.

Farmaceuterne fandt, at konferencen med lægen om den enkelte patient var nødvendig og langt hen ad vejen fungerede godt. Det var vigtigt, at lægen og farmaceuten talte interventionsforslagene igennem med henblik på at udarbejde en behandlingsplan og fordele ansvaret for forløbet. Det var vigtigt, at konferencen foregik med den behandlingsansvarlige læge, for at interventionerne ikke modstrider dennes behandlingsplan for patienten. Ifølge farmaceuterne har der været eksempler på godkendte forslag, hvor den ansvarlige læge ikke har været enig, hvilket ikke gav et hensigtsmæssigt forløb.

God kommunikation er helt centralt for en tværfaglig indsats, og farmaceuterne fandt i denne forbindelse forbedringspotentiale i nogle dele af arbejdsprocessen. Farmaceuterne fortalte, at medicinændringer i nogle tilfælde skulle følges op med blodprøvekontrol. Dette medførte usikkerhed, da det ikke var aftalt hvem, der skulle foretage kontrollerne og følge op herpå. Et andet eksempel er, at det var uklart, hvordan henvendelser til klinikken fra patienter i aftrapningsforløb skulle håndteres. Således skete det i flere tilfælde, at patienter i aftrapningsforløb, blev sat op i dosis efter henvendelse til klinikken. Farmaceuterne konkluderede, at opbakning om indsatsen fra hele personalet er udgangspunkt for succes med medicinændringerne.

Fokus for medicinsamtalen var optimering af den medicinske behandling, men samtidig med vægt på at møde det enkelte individ. Medicinsamtalen skulle være nærværende for patienten og tage udgangspunkt i vedkommendes situation. Farmaceuterne spurgte ikke systematisk patienten om forhold, der ikke var medicinsk relevant, men det blev ofte en naturlig del af samtalen. Således blev der taget hensyn til forhold, der havde betydning for overskuddet til at aftrappe medicin, fx en forestående rejse, ægtefælles kræftsygdom osv.

Farmaceuterne lagde vægt på at tale med patienterne om bivirkninger ved aftrapning af medicin. Opfølgningen på medicinændringen blev planlagt i samarbejde med patienten. Typisk blev patienten ringet op af farmaceuten 2-3 uger efter en medicinændring. Farmaceuterne fandt, at medicinsamtale i konsultationen og opfølgning pr. telefon fungerede bedst.

Farmaceuterne oplevede en afsmittende effekt af interventionsforslagene på andre patienter, fx gennem samtaler med/forespørgsler fra lægerne, medicinændringer/journalnotater ved de senest inkluderede patienter og udtalelser fra sygeplejerskerne.

7 Diskussion

Farmaceuter som ny faggruppe i almen praksis

Almen praksis har flere faggrupper tilknyttet, der skal spille sammen og samarbejde med sundhedsvæsenets øvrige sektorer. Studier viser, at farmaceutiske medicingennemgange kan øge kvaliteten i lægemiddelbehandlingen²⁰. Mange hospitalsindlæggelser er medicinrelaterede, og der kan spares sundhedsudgifter ved at undgå medicinrelaterede indlæggelser¹⁸. Derfor giver det god mening at målrette en indsats, inden medicinrelaterede problemer fører til indlæggelse. Projektets hovedformål var derfor at afprøve en metode til at inkludere farmaceuter i et tværfagligt samarbejde i almen praksis målrettet øget kvalitet i lægemiddelbehandlingen.

Introduktion af farmaceuter som ny faggruppe vil naturligt give udfordringer bl.a. i forhold til nye arbejdsgange. I evalueringen fra personalet angives tidsmangel, som en væsentlig udfordring. Det er også tydeligt, at ikke alle har været enige i inklusionskriterierne eller ment at formålet var det rette. Det viser, at forudsætningerne for et stort udbytte af en lignende indsats er, at personalet selv skal have valgt samarbejdet til, forventningsafstemme indsatsens formål og målgruppe. Desuden skal diverse arbejdsgange og kommunikationsveje afklares.

19 patienter havde efter projektets afslutning kontakt til klinikken pga. medicinændringerne. 20 medicinændringer blev i projektperioden tilbageført til vanlig behandling. Det er forventeligt, at det ikke lykkes i alle tilfælde. At forsøge at seponere et lægemiddel og derefter blive nødt til at genoptage behandlingen er imidlertid ikke udtryk for en fejl, men om grundighed, hvor man har taget stilling til nødvendigheden af den fortsatte behandling. I tre tilfælde fik patienterne dog genoptaget sovemedicin uden yderligere forsøg på at motivere til at fastholde seponeringen. Dette viser, at det er yderst vigtigt, at alt personale bakker op og er involveret i indsatsen.

Lægerne fandt i høj grad interventionsforslagene brugbare, hvilket i øvrigt stemmer overens med evalueringen af Lægemiddelenhedens erfaringer fra nuværende tilbud "Faglig sparring til medicingennemgang v. farmaceut", hvor lignende journalnotater udarbejdes. Desuden var lægerne trygge ved at uddelegere behandlingsplanen og medicinsamtalerne til farmaceuterne, hvilket indikerer, at der er tillid til farmaceuternes faglige kompetencer.

Patienttilfredshed

Patienterne har i høj grad været tilfredse med indsatsen lige fra indkaldelse og information om medicinsamtalen, selve samtalen og indholdet heraf til det opfølgende forløb. Det vil sige, at der er fundet en arbejdsproces, som fungerer godt for patienterne.

Enkelte patienter svarer gentagne gange negativt i spørgeskemaundersøgelsen. De negative besvarelser kan relateres til patienter, hvor der er forsøgt ændret i smertestillende, sovemedicin og antidepressiva. Det er lægemidler, som kan være svære at aftrappe, og som patienterne er afhængige af. Det er derfor forventeligt, at ikke alle patienter har syntes godt om indsatsen.

Arbejdsprocessen

Erfaringerne viste, at det ikke fungerede optimalt at ringe til patienterne, fordi ingen kender farmaceuter som faggruppe. Det kan forvirre eller skabe nervøsitet at blive ringet op fra lægeklinikken, eller patienten kan stå meget uforberedt ved opringningen. Dette understøttes også af en patient, der anerkender, at der var rart at have mødt farmaceuten til en konsultation før de opfølgende telefonsamtaler.

Havde patienterne behov for at kontakte farmaceuten før den aftalte opringning, var arbejdsgangen, at de ringede til klinikken. Her har personalet selv håndteret henvendelsen og i nogle tilfælde uden at følge den aftalte behandlingsplan. Dette skabte forvirring og viste manglende opbakning til indsatsen. Derfor er der behov for at finde en løsning, hvorpå patienterne nemt kan komme i kontakt med farmaceuterne, hvis de får brug for det.

En patient nævner i sit forbedringsforslag, at farmaceuterne skal have mere fokus på de gener, der kan opstå ved medicinændringer. Dette var et helt afgørende fokus ved medicinsamtalerne, og kommentaren viser, at det langt fra er alt, der siges, som også høres. Derfor har farmaceuterne som et afledt tiltag udarbejdet skriftligt

informationsmateriale om aftrapningsforløb for fire hyppige lægemiddelgrupper. Informationsmaterialet målrettet patienter forventes implementeret i efteråret 2020 i hele Region Nordjylland.

Inklusionskriterier

I projektet blev inkluderet alle relevante patienter, der fik 6 eller flere forskellige lægemidler. Alternativt kunne det have været afgrænset til de allertungest medicinerede patienter, som også en af lægerne bemærker i sin evaluering. Opgørelsen af interventionsforslag i forhold til antal ordinationer viser en direkte sammenhæng mellem, at jo flere lægemidler patienten er i behandling med, jo flere interventionsforslag blev der udarbejdet. Opgørelsen viser dog ikke alvorlighedsgraden af interventionsforslagene, og erfaringen viste, at der var interventionsforslag i den alvorlige kategori, fx interaktioner, manglende indikation eller nedsat nyrefunktion som kontraindikation, hos patienter behandlet med færre end 10 lægemidler. Antallet af lægemidler er derfor ikke alene relevant at fokusere på.

Høj alder var ikke et inklusionskriterie i projektet, og der fandtes heller ikke en sammenhæng mellem antallet af interventionsforslag og alder. Multisygdom kan også forekomme hos yngre patienter, og da de har mange leveår foran sig, kan der være både øget livskvalitet og flere indlæggelser at redde på sigt.

Større kvalitet og sikkerhed i lægemiddelbehandlingen

Medicingennemgang i almen praksis er en kompleks og tidskrævende opgave. Faktorer som tidspres, lægemangel og tiltagende specialisering i sundhedsvæsenet med guidelines udarbejdet til enkelte sygdomme, men ikke til multisyge patienter, kan være nogle af årsagerne til lange medicinlister og u hensigtsmæssig medicinering.

I alt blev der gennemført 464 medicinændringer ud af 664 interventionsforslag, svarende til medicinændringer i 70 % af tilfældene. Gennemsnitlig fandtes der 3,4 interventionsforslag pr. patient og i alt blev der seponeret 122 lægemidler, og der var 88 dosisændringer.

Det store antal medicinafstemninger i FMK (184) viser desuden, at der til stadighed er brug for fokus på at rydde op i og ajourføre FMK. Et opdateret FMK bidrager til øget patientsikkerhed, især for de patienter, der er tilknyttet flere aktører i sundhedsvæsenet, herunder hjemmeplejen, hvor mindre risiko for fejl i dispenseringen og et færre antal kontakter til almen praksis må forventes.

Nogle patienter har oplevet en bedring af symptomer som svimmelhed og træthed, der på sigt kan mindske deres risiko for at pådrage sig et knoglebrud i forbindelse med en faldulykke. Andre fortæller endvidere, at de er mindre generet af mundtørhed og svedtendens, som er bivirkninger til en del af den seponerede medicin. Ligeså oplever nogle øget energi og bedre nattesøvn, som er væsentlig for livskvaliteten. En del angiver dog også forværring af de samme symptomer. Dette kan hænge sammen med, at det for mange lægemidler også er ophørssymptomer, som på sigt vil forsvinde.

At der har været god tid til samtale under konsultationen og mulighed for opfølgning pr. telefon, kan være betydende faktorer for patienternes positive oplevelse, og den høje succesrate ift. nedtrapning og seponering af lægemidler.

Det må alt i alt antages, at indsatsen øger kvaliteten i lægemiddelbehandlingen, da patienterne angiver stor tilfredshed med tilbuddet, mange medicinkort er blevet ryddet op og ajourført, og der er gennemført et stort antal medicinændringer ved projektets afslutning (464 med potentiale for flere). Dette sammenholdt med at studier viser, at medicingennemgange og -samtaler reducerer antallet af indlæggelser, taler for at indsatsen øger kvaliteten i behandlingen^{18,21}.

Tidsbesparelse

Projektets andet delformål om at frigive tid for lægerne er som venteligt svært at opgøre over den korte projektperiode. Tidskrævende medicingennemgange kan være en svær opgave at løfte pga. lægemangel, tidspres og mange akutte opgaver, der kommer foran konstant. Farmaceuternes fokus er primært rationel medicinering og ved at tilføre farmaceuter som ekstra resurser må det på sigt forventes, at retvisende medicinlister, da medicinlisten er mere overskuelig og patienten forventeligt får færre kontakter pga. lægemiddelrelaterede

symptomer. Dette understøttes af, at to af personalet svarer at indsatsen i høj grad er tidsbesparende på længere sigt.

Den ene læge giver udtryk for, at der ikke har været tid til at følge op på medicinsamtalerne. Dette kan hænge sammen med, at der kun var afsat tid i projektet til den anden læge. Således vil lægerne kun opleve en tidsmæssig gevinst, hvis de tidskrævende medicingennemgange, er en opgave de selv får løftet i forvejen. Ellers må de forvente at skulle tilføre resurser til opgaven.

Medicinafstemning i FMK udgør den hyppigste intervention med 184 tilfælde ud af de 664. Disse oprydninger har farmaceuterne foretaget på egen hånd og har altså været en direkte tidsbesparelse for lægerne. Implementering af farmaceuter i almen praksis vil dog kræve resurser, da medicingennemgang også er en tidskrævende opgave for farmaceuter.

En medicinindsats vil også kræve flere sygeplejerske-resurser, da medicinændringer ofte kræver yderligere kontroller og evt. ændrede arbejdsgange. Det må dog også her forventes, at hvis antallet af ordinerede lægemidler nedsættes, reduceres antallet af kontroller og konsultationer på baggrund af lægemiddelrelaterede problemstillinger og receptfornyelser også på sigt.

Sundhedsøkonomi

Da projektet har haft en kort tidsramme, var det på forhånd kendt, at det ikke ville blive muligt at måle på effekten på (gen)indlæggelser og overlevelse. Studier viser imidlertid, at medicingennemgange, grundige journalnotater, medicinsamtaler med patienter og opfølgning nedbringer både antal indlæggelser og indlæggelsesdage^{18,21}. Et af studierne finder i gennemsnit en besparelse på 13.000 kr. pr. patient¹⁸. Det må forventes, at der ved den omfattende intervention for hver patient i nærværende projekt, også på sigt vil kunne spares både indlæggelser, indlæggelsesdage og medicintilskud og dermed også give en regional økonomisk gevinst.

Det giver derfor mening at organisere farmaceuter via regionen med en indsats i almen praksis, da det i sidste ende vil være regionerne, der potentielt kan spare udgifter til indlæggelser, konsultationer og medicintilskud.

Validitet

Der har ikke været dobbeltkontrol af indtastningerne, men validiteten af LRP-databasen er stor³⁰. Resultaterne er desuden gennemgået efter indtastning med henblik på at ensrette kategoriseringen og handlingen på interventionsforslagene. Validiteten må derfor antages at være i orden.

Begrænsninger

Farmaceuter er en ny faggruppe i almen praksis og har begrænset erfaring med dagligdagen her, hvilket betyder tilvænning af arbejdsgange faggrupperne imellem og kan have hindret kommunikationen om patienternes forløb. Farmaceuterne havde desuden begrænset erfaring med medicinsamtaler. Tilsammen kan dette have medført nedsat effektivitet og dermed påvirket resultaterne i projektet.

Interventionsforslagene er ikke vurderet efter klinisk relevans og alvorlighedsgrad. Interventionsforslagene er heller ikke blevet vurderet af 3. person og det er alene ved konference mellem læge og farmaceut vurderet, om der var tale om et lægemiddelrelateret problem.

Medicinændringer på FMK skal godkendes af en læge, inden FMK kan blive ajourført. Dette har påvirket arbejdsgangen og patientsikkerheden, idet de netop aftalte medicinændringer ikke kan udskrives og medgives patienten efter endt samtale.

I projektet var rammerne for inklusionskriterier og fagligt fokus sat, og personalet havde ikke et valg om deltagelse eller ej. Dette kan have påvirket resultaterne, da ikke alle bakkede fuldstændigt op om indsatsen.

Corona-pandemien kan have påvirket indsatsen, idet flere patientforløb blev afsluttet før tid, da de var utrygge og isoleret i eget hjem. Ligeledes blev spørgeskemaundersøgelsen forsinket, hvilket kan have påvirket patienternes hukommelse.

8 Konklusion

Medicinsamtaler ved farmaceuter i et tværfagligt samarbejde med læger og sygeplejersker i almen praksis kan bidrage til øget kvalitet i lægemiddelbehandlingen, og det må forventes at kunne medføre færre medicinrelaterede indlæggelser på sigt. Patienttilfredsheden var tillige høj, og mange oplevede færre bivirkninger og forbedret søvn og energi, der er vigtige parametre for bedre livskvalitet. Lægerne var endvidere trygge ved at uddelegere behandlingsplanen til farmaceuterne.

Metoden og arbejdsgangen for medicinsamtaler ved farmaceuter i almen praksis er afprøvet og fundet relevant. Det er vigtigt på forhånd at afstemme indsatsens målgruppe og faglige fokus, således at alle involverede bakker op om indsatsen. Derudover skal der være klare aftaler om arbejdsgange og kommunikationsveje, så der er god mulighed for sparring mellem farmaceut og læge, og patienterne ved hvordan og hvem de skal kontakte i tilfælde af akut brug for støtte i fx et aftrappingsforløb.

En fremtidig medicinindsats som i nærværende projekt kan med fordel have større fokus på at involvere og opkvalificere personalet.

Det har ikke været muligt at måle en eventuel tidsbesparelse i projektets korte tidsramme. Umiddelbart oplevede personalet at bruge mere tid, hvilket var forventeligt. Det er vigtigt at skabe opmærksomhed og interesse for at prioritere medicingennemgangen som en vigtig kerneopgave i almen praksis. Farmaceuters primære fokus er medicingennemgange og rationel medicinering, og de kan dermed bidrage til at løfte denne opgave. På længere sigt må det antages, at tilførte resurser i form af farmaceuter kan være med at frigive tid til lægerne.

Patientinddragelse har betydning for egenomsorg og dermed for fastholdelse af aftalte medicinændringer. Ift. den patientrettede indsats skal det sikres, hvordan der kan ske en skriftlig overlevering af medicinændringerne til patienterne.

Konklusionen er, at der er potentiale for at øge kvaliteten i lægemiddelbehandlingen, spare indlæggelser og frigive tid for lægerne ved at implementere farmaceuter i almen praksis, fx efter samme model som i England, hvor farmaceuterne er ansat af sundhedsmyndighederne og derfra tilknyttet én eller flere praksis.

9 Perspektivering

Medicinrelaterede indlæggelser udgør ca. 11-21 % af alle indlæggelser (83.000-158.000 årligt) og resulterer i 1700-2.800 dødsfald årligt i Danmark^{7,8,9,10,11}.

Det er vist¹⁸, at medicingennemgange ved farmaceuter inden udskrivelse fra sygehus kan reducere genindlæggelser med 8 % og antal indlæggelsesdage fra 11,6 til 9,6 dage, hvilket svarer til en besparelse på 13.000 kr. pr. patient. Ligeledes er det vist, at medicingennemgang ved farmaceuter hos ældre plejehjemsbeboere eller borgere med tilknyttet hjemmepleje over 75 år kan reducere genindlæggelser med 36 %²².

Øget fokus på at forebygge medicinrelaterede indlæggelser vil have både en samfundsøkonomisk gevinst og medføre en øget livskvalitet for den enkelte patient. Farmaceuter kan bidrage med stærke lægemiddelfaglige kompetencer i et tværfagligt samarbejde til at forebygge medicinrelaterede (gen)indlæggelser.

Medicinrelaterede indlæggelser i Region Nordjylland

Der er 77.000 indlæggelser årligt i Region Nordjylland (2018).

Det anslås at 11-21 % af alle indlæggelser skyldes komplikationer til den medicinske behandling, hvilket svarer til 8.470-16.170 indlæggelser om året i Region Nordjylland^{7,8,9,10}.

Farmaceuters lægemiddelfaglige kompetencer kan bidrage til at nedbringe antallet af medicinrelaterede indlæggelser. Derfor er det i nærværende projekt undersøgt, hvordan farmaceuter kan bringes i spil i almen praksis med det sigte at fremme rationel farmakoterapi, inden komplikationer til den medicinske behandling forårsager indlæggelser og forringet livskvalitet.

Nord-KAP tilbyder i forvejen støtte til medicingennemgang i almen praksis, og formålet med at indgå i projektet har været at udbygge dette tilbud. Projektet havde derfor til formål at afprøve en metode, der kan implementeres i almen praksis.

Perspektiver for patienterne og for samfundsøkonomien

- Patienter, der blev trappet ud af psykofarmaka, oplevede generelt mere energi og nærvær samt mindre svimmelhed med lavere risiko for fald/knoglebrud og forbedret livskvalitet til følge.
- En bivirkning ved mange psykofarmaka er vægtøgning, hvilket kan medføre livsstilssygdomme såsom type 2-diabetes, der er en omkostningstung post i sundhedsbudgettet. Denne risiko nedsættes ved at nedbringe brugen af psykofarmaka.
- Patienter, der fik justeret den blodtryksænkende behandling pga. lavt blodtryk og svimmelhed, oplevede mindre svimmelhed og har dermed lavere risiko for fald/knoglebrud og forbedret livskvalitet til følge.
- Lægemiddelinteraktioner, som kunne udgøre en risiko for komplikationer og indlæggelse, blev enten seponeret eller ændret, fx blodfortyndende behandling, der kan medføre indlæggelse pga. blødning.

Udover oprydning i uaktuelle ordinationer i det fælles medicinkort, var seponering og dosisjustering de hyppigste handlinger. Umiddelbart spares her medicinudgifter, men det store potentiale er at spare sygehusudgifter på sigt, efterhånden som flere patienter får en mere rationel medicinering.

Nord-KAPs kommende initiativ vil omfatte Lægemiddelenhedens to farmaceuter, der vil tilbyde Nordjyllands ca. 170 lægepraksis et noget anderledes og omfattende tilbud.

Erfaringerne fra projektet viste, at det er vigtigt, at:

- Alle i klinikken er enige om fokus og bakker op om indsatsen.
- Der afsættes resurser i klinikken (herunder både tid, fysiske rammer og IT-udstyr).
- Personalet skal i høj grad inddrages, så indsatsen vedligeholdes efter farmaceuternes ophold i klinikken.
- Klinikken har et overblik over non-farmakologiske tilbud (smertemestring, afspænding, fysioterapeuter, psykologer osv.)
- Patienterne inddrages i form af større viden og forståelse for deres medicinering, så de bliver i stand til at tage et større ansvar, herunder opmærksomhed på jævnligt at få vurderet sin medicin.

I hospitalssektoren er der ligeledes potentiale for at øge fokus på medicinrelaterede genindlæggelser. Her kan med fordel initieres et samarbejde med almen praksis om hver genindlæggelse, herunder opsporing af årsag samt plan og ansvarsplacering for medicinændringerne. Der er allerede ansat farmaceuter på en del sygehusafsnit, som med fordel kan inddrages.

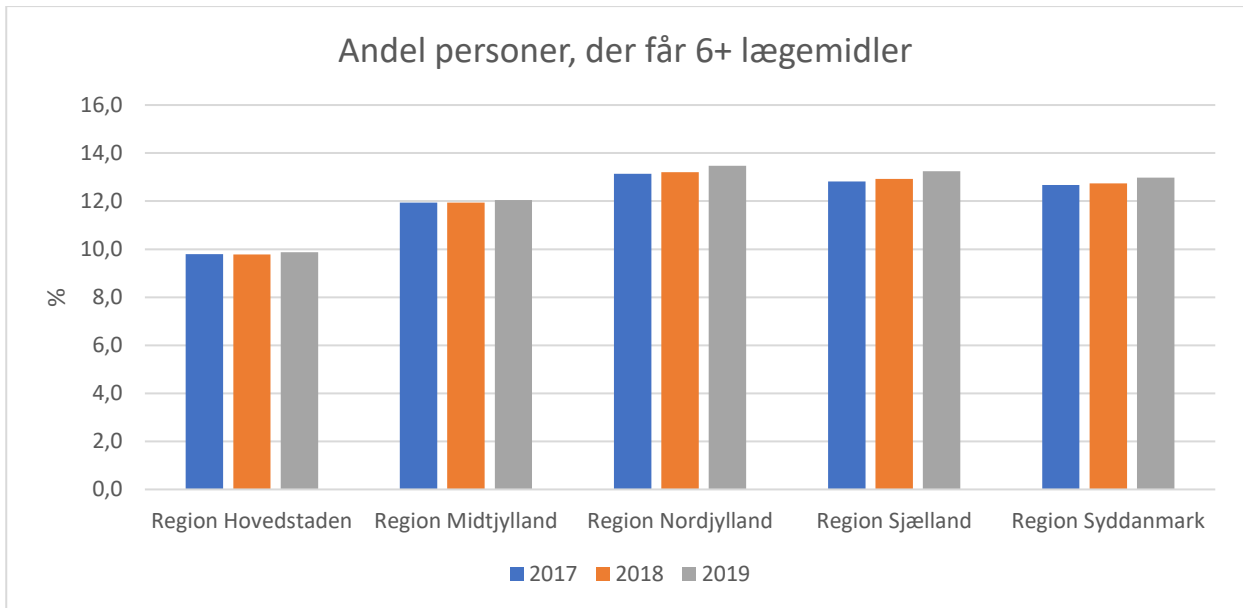
Et fremtidigt samarbejde mellem sygehuse og almen praksis vil med fordel kunne involvere Lægemiddelenheden, som kan indsamle data vedr. årsager til genindlæggelser og heraf identificere tendenser, der kan danne grundlag for målrettede indsatser i almen praksis. Der vil naturligvis være øgede udgifter forbundet med et sådant fokus, men på sigt er der en antagelse om besparelse.

10 Referencer

- ¹ Peterson C, Gustafsson M. Characterisation of Drug-Related Problems and Associated Factors at a Clinical Pharmacist Service-Naive Hospital in Northern Sweden. *Drugs Real World Outcomes*. 2017;4(2):97-107.
- ² Lenssen R, Heidenreich A, Schulz JB, Trautwein C, Fitzner C, Jaehde U, et al. Analysis of drugrelated problems in three departments of a German University hospital. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(1):119-26.
- ³ Lægemedelstyrelsen. Brug medicinen bedre – Perspektiver i klinisk farmaci. 2004.
- ⁴ Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization 2003. Online: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. 30. juni 2020
- ⁵ Karapinar-Cargit F, Borgsteede SD, Zoer J, Siegert C, Van Tulder M, Egberts ACG, et al. The effect of the COACH problem (Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counselling and information transfer in Healthcare) on readmission rates in a multicultural population of internal medicine patients. *MBC healthservice reseach*. 2010;10(39):1-12.
- ⁶ Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med*. 2006; 166(5):565-71.
- ⁷ Bero LA, Lipton HL, Bird JA, Characterization og geriatric drug-related hospital readmissions. *Med Care*. 1991:989-1003.
- ⁸ Hallas J, Gram LF, Grodum E, Damsbo N, Brøsen K, Haghfelt T, et al. Drug related admissions to medical wards: a population based survey. *Br J Clin Pharmacol*. 1992;33(1):61.
- ⁹ Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammerlund-Udenaes M, Toss H, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2009;169(9):894-900.
- ¹⁰ El Morabet N, Uitvlugt E B, Van den Bemt B J F, et al. Prevalence and Preventability of Drug-Related Hospital Readmissions. A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66:602-608
- ¹¹ Wester K et al. Incidence of fatal adverse drug reactions a population based study. *Br J Clin Pharmacol*. 2008 Apr;65(4):573-9
- ¹² <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sundhedsvaesenet/noegletal-om-sundhedsvaesenet> og danmarks statistik (Dødsfald) – her er 4.132 dødsfald registreret som årsag ‘symptomer og mangelfuldt definerede tilstande’
- ¹³ Danmarks statistik
- ¹⁴ Hellström LM, Bondesen Å, Höglund P, Holmdal L, Rickhag E, et al. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drugrelated hospital revisets. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011;67(7):741-52.
- ¹⁵ Farmakoterapi IRF. Færre lægemiddelrelaterede indlæggelser med klinisk farmaci. irf.dk.2010.
- ¹⁶ Gallagher P, O’Connor M, O’Mahony D. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther*. 2011;89(&):845-54.
- ¹⁷ Bergkvist A, Midlöv P, Höglund P, Larsson L, Eriksson T. A multi-intervention approach on drug therapy can lead to a more appropriate drug use in elderly. LIMM-Landskrona Integrated Medicins Management. *J Eval Clin Pract*. 2009;15(4):660-7.
- ¹⁸ Ravn-Nielsen LV, Duckert M, Lund ML, Henriksen JP, Nielsen ML, Eriksen CS, Buck TC, Pottegård A, Hansen MR, Hallas J. Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission. *JAMA International Medicine* (2018) 178(3):375-382
- ¹⁹ Milos V, Rekamn E, Bondesson Å, Eriksson T et al. Improving the Quality of Pharmacotherapy in Elderly Primary Care Patientes Through Medication Reviews: A randomized Controlled Study. *Drugs Aging*. 2013; 30: 235-246

-
- ²⁰ Modig S, Holmdahl L, Bondesson Å. Medication reviews in primary care in Sweden: Importance of clinical pharmacists' recommendation on drug-related problems. *Int J Clin Pharm*. 2016; 38: 41-45
- ²¹ Nymberg VM, Leander C, Bolmsjo BB. The Impact of medication reviews conducted in primary care on hospital admission and mortality – a randomized controlled trial. PREPRINT, under review (Research Square, 2020)
- ²² Tange A. Lægemangel i Nordjylland giver genindlæggelser. *Ugeskriftet.dk*. 19. april 2016.
- ²³ Duedahl TH, Hansen WB, Kjeldsen LJ, Graabæk T. Pharmacist-led interventions improve quality of medicine-related healthcare service at hospital discharge. *Eur J Hosp Pharm*, 2017;0:1-6
- ²⁴ Viktil KK, Blix HS. The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2008;102(3):275-80.
- ²⁵ Bladh L, Ottosson E, Karlsson J, Klintberg L, Wallerstedt SM. Effects of a clinical pharmacist service on health-related quality of life and prescribing of drugs: a randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(9):738-46.
- ²⁶ Kjeldsen LJ, Birkholm T, Fischer H, Graabæk T, Kibsdal KP, Ravn-Nielsen LV, Truelshøj TH. Characterization og drug-related problems identified by clinical pharmacy staff at Danish hospitals. *Int J Clin Pharm* (2014) 36:734-41.
- ²⁷ Kirkeby B, Søndergaard B, Larsen AB, Sørensen L, Hjortsø E, Kjellberg J, Dinsen C, Stæhr P, Hansen T. Medicingenemgang i samarbejde mellem apotek og læge med udgangspunkt amtets behandlingsvejledninger. Region Hovedstaden, 2007.
- ²⁸ Dinsen C, Kirkeby B, Herborg H, Kjellberg J, Stæhr P, Søndergaard B. Klinisk farmaceut i primærsektor. Et udviklingsprojekt i Frederiksborg Amt. Frederiksborg Amt, FKL januar 2004.
- ²⁹ Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R & Trevena L., *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, Issue 4. Art. No.: CD001431.
- ³⁰ Kjeldsen LJ, Birkholm T, Fischer H, Graabaek T, Hansen MK, Kibsdal KP, et al. A national drug related problems database: evaluation of use in practice, reliability and reproducibility. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(4):742-9.

Bilag 1: Andel af personer, der får 6+ lægemidler fordelt på regioner



Kilder: Lægemiddelstatistikregisteret, Sundhedsdatastyrelsen. Befolkningsgrundlag er fra Danmarks Statistik.

Bilag 2: Fordeling af interventionsforslag efter lægemiddelgrupper (ATC-kode)

Lægemiddelgruppe (ATC kode)	Antal	Top 3 indenfor lægemiddelgruppen	Antal	Eksempler
N - Nervesystemet	210	N06 - Antidepressiva	85	Amitriptylin og Citalopram er substrater for CYP2C19, og Pantoprazol er hæmmer af CYP2C19, hvilket tilsammen kan medføre øget plasmakonc. af Amitriptylin og Citalopram. Fortsat indikation for Amitriptylin og Citalopram (behandling med Citalopram i ca. 20 år)? Citalopram blev sep., og Pantoprazol 20 mg blev ændret fra fast til pn.
		N02 - Analgetika	64	Tramadol 50 mg aften + Panodil 1 g pn. Får gennembrudssmerter om natten, hvor hun tager Panodil med god effekt. Forsøger fast Panodil 665 mg 2 stk x 3 med god effekt og Tramadol kan herefter seponeres. Opnår mere energi om dagen og sover bedre om natten.
		N05 - Antipsykotika inkl. hypnotika	37	Lexotan 6 mg: Fortsat indikation? Omlægges til diazepam 10 mg og aftrappes uproblematisk med 1 mg hver 14. dag. Opnår mindre "osteklokke"-fornemmelse, bedre humør og har det 'svært godt'.
C - Hjerte og kredsløb	176	C03 - Diuretika	44	Furix 80+40+40 mg: Reduceres pga. lavt blodtryk og tidligere besvimelser. Kalium steg, hvorfor Losartan reduceres fra 100 til 50 mg. Slutdosis Furix: 40+40+0 mg. Væsketal, vægt og blodtryk ok. Glad for ikke at skulle op om natten for at tisse og opnåede bedre søvn.
		C10 - Kolesterolsænkende midler	44	Amiodaron øger AUC af Simvastatin med op til 70 %, Cmax med op til 100 % og forlænger t 1/2 med ca. 50 %. Simvastatin blev dim. til 20 mg.
		C09 - Midler med virkning på renin-angiotensinsystemet	30	3-stofbehandling med enalapril, Centyl og metoprolol. Hjemmeblodtryk = 115/75 mmHg og patienten beskriver svimmelhed. Metoprolol seponeres. Opnår mindre svimmelhed.
A - Fordøjelsesorganer og stofskifte	159	A02 - PPI	79	Clopidogrel + esomeprazol: Risiko for nedsat blodfortyndende effekt af Clopidogrel. Ændres til Lansoprazol.
		A11 og A12 - Vitaminer og mineraler	46	Kaleorid (+ Furix): Vurderet uden indikation i journal for 2½ år siden, men behandling er fortsat. Anbefales seponeret. Mærker intet til seponeringerne, blodprøver og blodtryk ok.
		A10 - Antidiabetika	17	Forxiga og Jardiance: Dobbelt SGLT-2-hæmmer. Er afsluttet velbehandlet fra ambulatorium med Metformin, Victoza, Amaryl, Forxiga og Galvus. Får på et tidspunkt ændret Galvus til Jardiance, men Galvus seponeres ikke fra FMK og dobbeltbehandling opstår. Jardiance seponeres og samtale med fokus på kost. Efter 3 mdr. er HbA1c faldet fra 9,6 til 8,5.
B - blod og bloddannende organer	69	B01 Antitrombotika	35	Magnyl siden 2007. Arteriosklerose og bypass venstre UE. Ændret til Clopidogrel jf. guidelines.
		B03 - Jernpræparater/Cyano cobalamin og derivater	34	Vibeden: Blodprøve er meget høj. Indikation for behandlingen? Vibeden pauseres mhp. stillingtagen til videre behandling efter kontrol, hvor Vibeden blev seponeret.

R - Respirationsorganer	60	R03 - Midler mod obstruktive lungesygdomme	44	Symbicort 4,5+160 mikg. 2 sug x 2: På baggrund af LFU vurderes ICS ikke indiceret. Dosis reduceres mhp. seponering og vurdering af plan for videre behandling med LABA og/eller LAMA. Symbicort seponeres uden ændring i LFU, LABA opstartet i stedet.
		R06 - Antihistaminer til systemisk brug	8	Phenergan og Cetirizin: Dobbeltordination. Phenergan har stort antikolinergt load og seponeres.
M - Muskler. Led og knogler	30	M01 - Antiinflammatoriske og antireumatiske midler	16	Brufen R 800 mg x 2: Anbefales seponeret eller dosisreduceret pga. overskredet anbefalet dosis. Endvidere risiko for interaktion med Losartan og Centyl mite (Triple whammy, der kan medføre nyresvigt). Brufen blev seponeret
		M05 - Midler mod virkning på knoglestruktur og mineralisering	8	Alendronat: Opstartet 2012, hvor røntgen viste udtalt osteoporose, men uden hvirvelsammenfald. I 2016 aftaltes ny DEXA om et år. Denne ikke foretaget. Pt. henvises.
		M03 - Perifert virkende muskelrelaksantia	6	Smerter som følge af piskesmæld i 2012: Blev dengang startet op i Baklofen, Tramadol R og Gabapentin. Effekten af Baklofen ophører ved fast behandling og pt. har nok aldrig oplevet en effekt, derfor seponeres Baklofen ved hurtig og uproblematisk aftrapning. Oplever bedre søvn og er mere tilpas om dagen.
S - Sanseorganer	21	S01 - Øjenmidler	18	Voltabak øjendr. er uaktuel - seponeres.
		S02 - Øremidler	2	Ciflox øredr. er uaktuel - seponeres.
G - Urogenitalsystem og kønshormoner	19	G04 - Midler mod hyppig vandladning og inkontinens	13	Ny kontrol af blodtryk anbefales efter tillæg af duloxetin og tamsolusin - begge interagerer med amlodipin, risiko for hypotension. Blodtryk måles (117/86) og tamsolusin seponeres, da ingen effekt.
		G03 - Kønshormoner	6	Estrofem 2 mg x ½: Ændres til 1 mg pga. compliance.
J - Midler mod infektionssygdomme til systemisk brug	16	J01 - Antibakterielle midler til systemisk brug	12	Svær KOL behandlet med Ventoline alene og ciprofloxacin ved eksacerbationer. Har været fulgt på Aleris-Hamlet, men afsluttet for nyligt. Ciprofloxacin ændres til Bioclavid jf. guidelines (opstartes samtidig med LABA/LAMA).
		J07 - Vacciner	4	Prevenar 13 fra 2018 er uaktuel - seponeres.
D - Dermatologiske midler	14	D01 - Antimykotika til dermatologisk brug	5	Canesten mod svamp pga. stor svedtendens. Terbinafin anbefalet i stedet pga. fungicid virkning frem for fungistatisk.
		D06 - Antibiotika og kemoteapeutika	3	Picato gel er uaktuel - seponeres.
		D07 - Glukokortikoider til dermatologisk brug	3	Dobbeltordination af Dermovat pga. opstartsdosering.
Z - Andet	8	Z01 - Andet	8	Ved medicingennemgang noteret p-Ka = 5,1 og hæmoglobin = 6,8, som ikke var taget aktion på. Kalium rettede sig. Blev henvist til kolo- og gastrokopi. Ingen fund, men sat i jernbehandling.
H - Hormoner til systemisk brug	4	H01 - Hypofyse- og hypothalamus-hormoner og analoger	1	Nocurna: Pauseret af hudlæge obs. hudkløe. Har natlige vandladninger x 3, men ønsker ikke at starte op igen, sep.
		H03 - Thyroideamidler	1	Eltroxin 50 µg: 100 µg x 1 på hverdage og 50 µg i weekenden. Recept på 100 µg oprettet, så har både 50 og 100 µg tbl. nu.
L - Cytostatika	2	L01 - Antineoplastiske midler	1	Methotrexat dosis er ændret fra 8 tbl. onsdag til 6 tbl. onsdag, da aktuel dosis er 6 tbl.
		L04 - Immunsupprimerende midler	1	Myfenax 500 mg x 1 er ikke ordineret i FMK (udleveres fra Århus). Ordineres på FMK.
P - Antiparacitære mid	1	P01 - Antiparacitære	1	Kinin er uaktuel - seponeres.
V - Varia	1	V01 - Allergener	1	Grazax er uaktuel - seponeres.

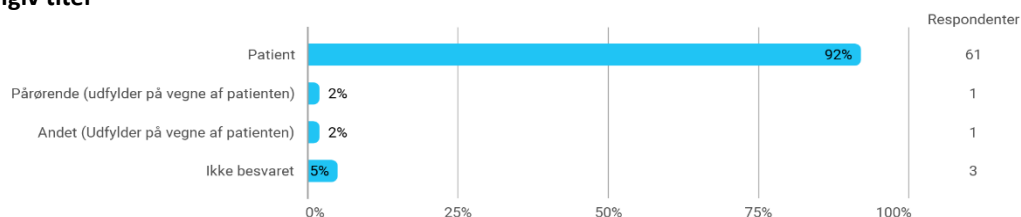
Bilag 3: Interventionsforslag fordelt efter kategori for lægemiddelrelateret problem

Lægemiddelrelateret problem	Antal	Hyppest lægemidler	Antal	Eksempler
Ingen indikation	31	Blodfortyndende	12	Magnyl og clopidogrel: Langt de fleste behandlet > 10 år, ordineret efter forældede guidelines
		PPI	9	Profylaktisk behandling fortsat efter ulcerogent lægemiddel er seponeret
		Ezetimib	3	Ikke længere indiceret
Dobbeltordinationer	18	Antidepressiva	10	Årelang dobbeltbehandling uden årlige kontroller og behandlingsplan
		Vanddrivende og blodtryksænkende midl	3	Dobbeltbehandling med to analoge præparater
		Blodfortyndende	1	Dobbeltbehandling med Hjertemagnyl og clopidogrel
Interaktioner	24	Antidepressiva	9	Antikolinerge bivirkninger, QT, CYP2D6, CYP2C19
		NSAID + AT-II / ACE-hæmmer + vanddrivende	5	Triple whammy, risiko for nyresvigt
		Clopidogrel + omeprazol	3	Omeprazol hæmmer effekt af clopidogrel
Kontraindikationer	3	Nedsat nyrefunktion	2	Rosuvastatin, lercanidipin
		Alkoholisk leversygdom	1	Amitriptylin
Uhensigtsmæssigt præparat	69	Opioider	29	Ved kroniske non-maligne smerter
		Zolpidem, zopiclone	18	Ved længerevarende brug
		Amitriptylin	5	Samtidig hjertesygdom. Potentielle bivirkninger og manglende behandlingsplan
Bivirkninger	40	Vanddrivende + blodtryksænkende	13	Svimmelhed og fald
		Statiner	6	Muskelsmerter
		Antikolinergika	6	TCA, blærespasmolytika, Lysantin
Afvigelse fra rekommandation	22	Inhalationsmedicin	12	ICS ej indiceret ved let til moderat KOL. Uhensigtsmæssigt stort brug af SABA uden tillæg af ICS
		Blodfortyndende	4	Ikke behandlet efter rekommandationerne, fx ASA skiftet til Clopidogrel
		Betablokkere	2	Forslag om skift af antihypertensiv behandling
Behandlingsvarighed	53	Antidepressiva	26	Årelang behandling uden årlige kontroller og behandlingsplan
		Gabapentinoider	6	Mangler vurdering af effekt og behandlingsplan
		Alendronat / statin	4 / 4	Behandlingsvarighed af alendronat 5-11 år uden kontrol og behandlingsplan Statin foreslås seponeret pga. høj alder
Dosis, herunder:	140	Syrepumpehæmmere	49	Dosis højere end anbefalet max daglig dosering, eller profylaktisk dosis for høj.
<i>Dosis for høj (77)</i>		Pga. nedsat nyrefunktion	6	Xarelto, ramipril, opioid og gabapentin
		Ibuprofen	4	Dosis højere end 1.200 mg/dg
<i>Dosis for lav (4)</i>		Paracetamol	2	Fra pn. til fast behandling
		Salbutamol	1	2 pust i stedet for 1
		Kalk+D-vit	1	Ved osteoporose
<i>Dosisjust. ift. laboratorieværdi/ anb. af måling (52)</i>		Vanddrivende + blodtryksænkende	13	Manglende kontrol af behandlingen eller manglende reaktion på afvigende målinger.
		Hydroxocobalamin	10	Vibeden uden udredning for behov for inj., samt Betolvex uden kontrol og behandlingsplan
		Statiner	7	Manglende kontrol efter dosisændringer
<i>Andet (7)</i>		Statiner	3	Nedsæt dosis pga. livsstilsændring
		Metformin	2	Nedsæt dosis pga. livsstilsændring
		Imdur	1	Ændret fra morgen+aften til morgen+middag pga. toleransudvikling

Compliance	39	Blodtrykssænkende	20	Ændret styrke eller doseringstidspunkt for at optimere administrationen
		Statiner	7	Ændret doseringstidspunkt for at optimere compliance
		Kalk + D-vit	4	Ændret fra 2 tbl. til en kombi-tbl.
Lægemiddelform	19	Vibeden	10	Vibeden: Ingen udredning for behov for inj.
		Magnyl enterotbl.	7	Magnyl enterotbl.: Enterocoating beskytter ikke mod mavesår, men dyrere.
		Inhalationskapsler	1	Inhalationskapsler svære at håndtere pga. rysten
Supplement til behandling	22	Laksantia	6	Supplement til opioid, pregabalin og jern
		Mablet	5	Mod uro i benene
		Statin	3	Tidligere apopleksi. Patient har selv seponeret behandlingen pga. bivirkninger. Forslag om skift mellem vand- og fedtopløseligt statin.
Medicinafstemning	184	Uaktuelle ordinationer	120	Antibiotika, cremer, øjen- og øredråber, vacciner
		FMK-relateret	54	Primært tilretning af FMK pba. medicinafstemning, fx dosis, tillæg af jern/kalk, stillingtagen til pauseringer
		Dobbeltordinationer	10	Ordnationen stod dobbelt i FMK
Ingen bemærkninger	36			

Bilag 4: Evaluering af patienter ved spørgeskema (konsultation)

1. Angiv titel

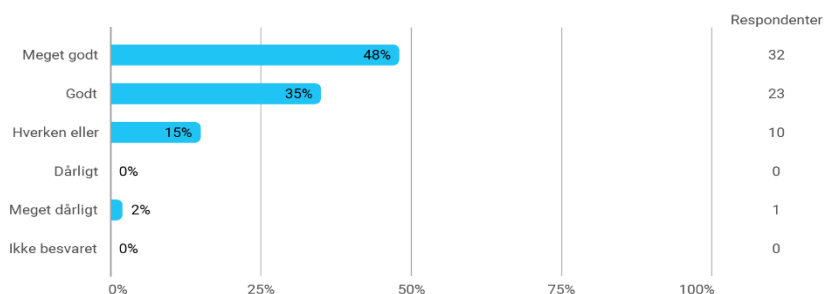


”Angiv titel - Andet (udfylder på vegne af patienten)”

- Patient sammen med pårørende.

Følgende spørgsmål handler om opringningen fra klinikken i Øster Jølby med tilbud om medicinsamtale med farmaceuten:

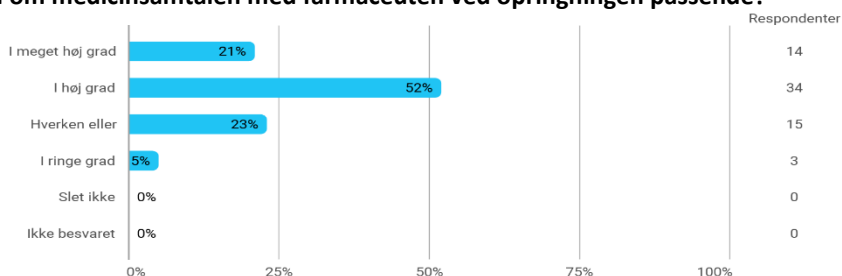
2. Hvordan oplevede du at blive kontaktet af klinikken i Øster Jølby om deltagelse i medicinsamtale med en farmaceut?



Kommentarer

- Er blevet sat ned i medicinen.
- Jeg er nu ikke længere i behandling med Eletrol.
- Jeg blev spurgt, om jeg ville deltage en dag jeg var ved læge.
- Jeg får 6 slags medicin til hver sin ting + inhalatorer. Det kan vist ikke reduceres + 2 inhalatorer (kan måske blive til en). (Hjertealbyl ændres til Hjertemagnyl). (Jeg fik Hjertealbyl, da jeg får Treo, men farmaceuten mente, det ikke havde betydning).
- Det var en god måde at få min medicin gennemgået. Der var god tid til at få snakket.
- Super godt.
- Var meget interesseret i bedre justering på min medicin, da det generelt svingede for dårlig i dagligdagen.
- Vidste ikke helt hvad det gik ud på.
- Det var en sød og venlig dame, som kontaktede mig.
- Var glad for at blive kontaktet.
- Meget god til at lytte, det gider læger ikke!
- En meget venlig dame ringede til mig og spurgte om jeg havde lyst til at være med til at gennemgå min medicin - det sagde jeg ja til, meget gerne.

3. Var informationen om medicinsamtalen med farmaceuten ved opringningen passende?

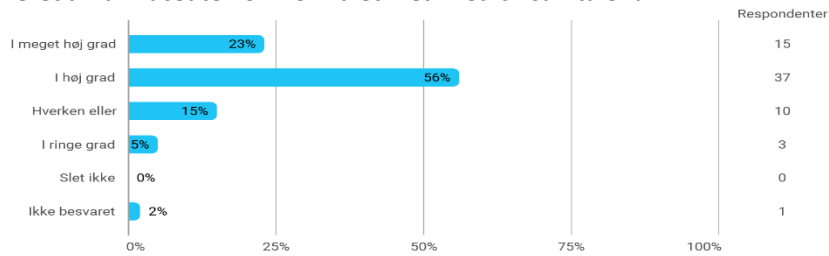


Kommentarer

- Fik samtale.

Følgende spørgsmål handler om medicinsamtalen med farmaceuten:

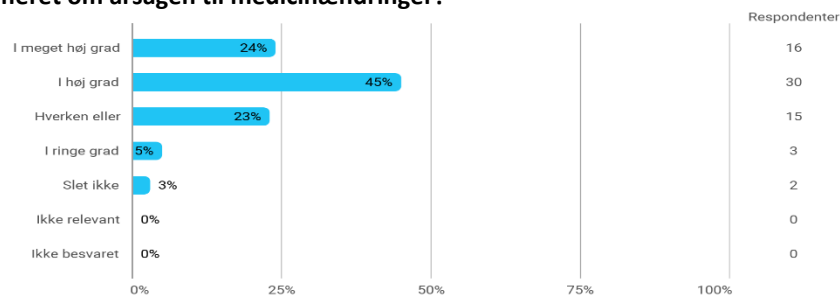
4. Følte du dig informeret af farmaceuten om formålet med medicinsamtalen?



Kommentarer

- Ja men ikke godt for mig, at medicinen blev taget fra mig.
- Forsøg med reduktion - med andres (end lægens) øjne.
- Hun vidste hvad det drejede sig om meget omhyggeligt. En dejlig oplevelse.
- Jeg har ME, kronisk træthedssyndrom, endeligt en der kunne og var villig til at se bag om lidelsen, det gider læger ikke.
- Farmaceuten fortalte mig, at jeg muligvis kunne undvære noget af min medicin eller måske der fandtes et bedre alternativ.

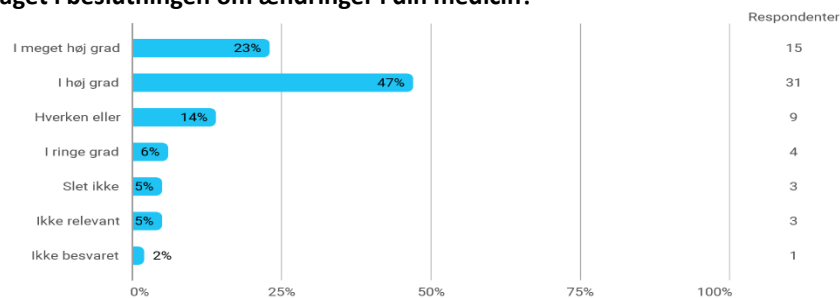
5. Følte du dig informeret om årsagen til medicinændringer?



Kommentarer

- Ja, men ikke godt for mig!!
- Farmaceuten er jo ikke læge, så lidt utryk ved at få frataget et produkt uden lægens viden.
- Kun reduktion i 2 inhalatorer. Da den ene indeholder Prednisolon, er jeg glad for forsøget. (Det er ikke startet endnu, da jeg stadig har to andre).
- Ja, har fået meget glæde af samtalen.
- Der skulle ikke ændres noget. Efterfølgende lægebesøg var virkelig frustrerende. Jeg kunne vælge om jeg ville gå ned i Tramadol eller Cipramil. Jeg gik med til at gå ned i Cipramil. Efterfølgende syg i 2 uger. Hjælp da jeg gik op på samme dosis som før.

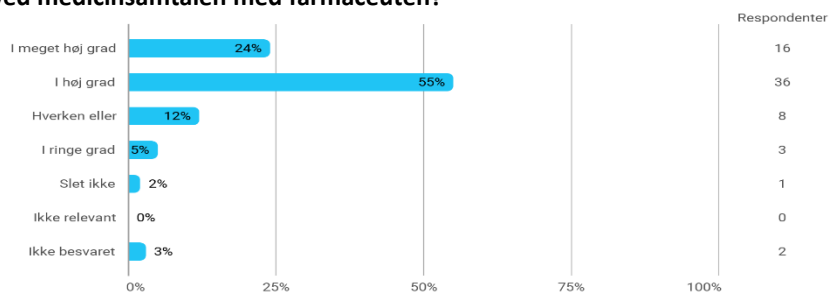
6. Følte du dig inddraget i beslutningen om ændringer i din medicin?



Kommentarer

- Hun stillede spørgsmål efter et skema og hørte ikke efter mine svar.
- Jeg manglede at få "sker nu oplysninger" om ændringer af min medicin.
- Fint forløb.
- Ja, meget.
- Farmaceuten var meget behjælpelig med nedtrapning af medicin, og særdeles lyttende. Var ligeledes dygtig og lyttede til mig under forsøget med nyt medicin.
- I tempo - hastigheden i udtrapning af medicin.
- Ingen ændring.

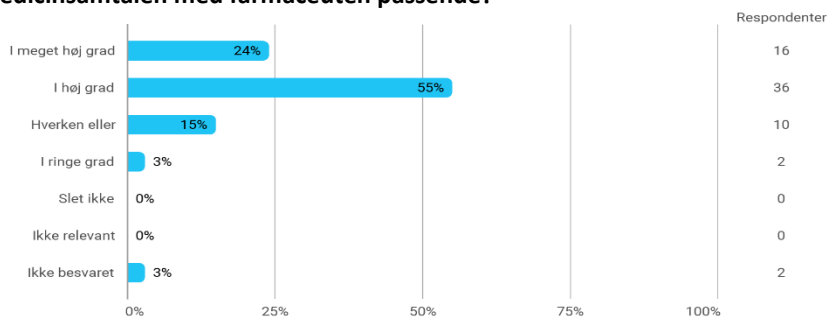
7. Følte du dig tryk ved medicinsamtalen med farmaceuten?



Kommentarer

- Havde snakket med lægen.
- Hun virkede usikker og ville ikke vige fra hendes skema.
- Tryk, men ikke tilfreds med ændring.
- Ja, til at starte med.
- Ja, hun var god til at lytte til hvad jeg havde at fortælle.
- Hun var mest fokuseret på, at få den ene slags medicin seponeret. Symptomer på bivirkninger af ny medicin havde hun ikke meget forstand på.
- Hun var en yderst behagelig og sødt menneske. Vi snakkede utrolig godt sammen. Så var meget tryk.
- Jeg ved godt Cipramil ikke er det bedste sammen med Tramadol. Jeg har fået disse to i mere end 20 år.

8. Var længden af medicinsamtalen med farmaceuten passende?

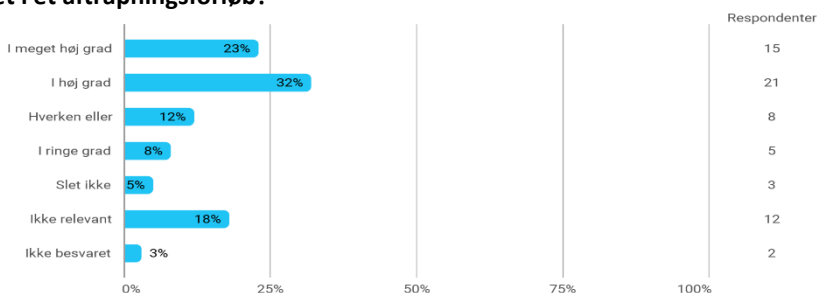


Kommentarer

- Dejlig samtale, som jeg tror der er mange kunne få glæde af.
- Hun tog sig den tid der var brug for.
- Hun var meget engageret og lyttede til mine bivirkninger og vejledte i processen.
- Vi fik en god snak, så jeg forstod.

Følgende spørgsmål omhandler forløbet efter medicinsamtalen med farmaceuten:

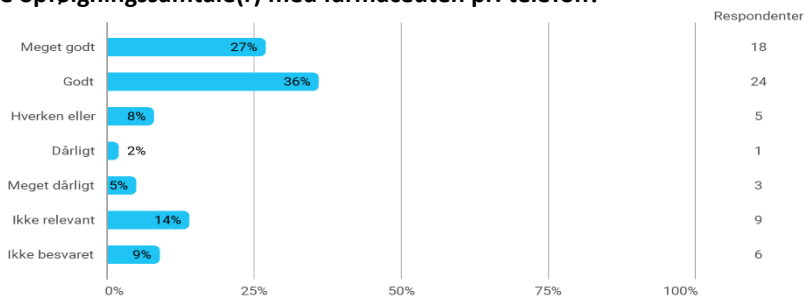
9. Følte du dig støttet i et aftrappingsforløb?



Kommentarer

- Masser af medicin på grund af flere kroniske lidelser.
- Nogle piller kunne ikke skaffes. Vandrivende blev måske ikke de rigtige.
- Måske, farmaceuten sagde det kunne være et forsøg
- Dejligt at komme af med noget.
- Ja 100 %. Er ude af sovemedicin og er trappet ud af Gemadol (men til gengæld får jeg Panodil af højere styrke).
- Skulle ikke aftrappes.

10. Hvordan fungerede opfølgningssamtale(r) med farmaceuten pr. telefon?

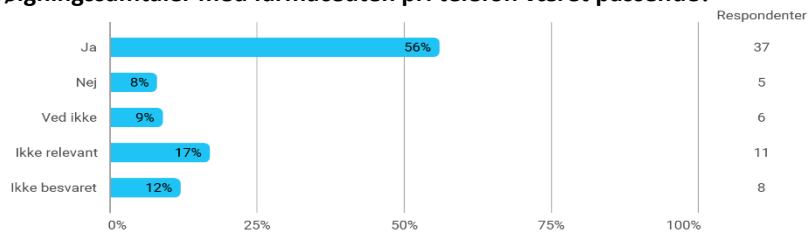


Kommentarer

- Misforståelse af læge, patient, farmaceuten.
- Hun ændrede efter hendes mening og ikke min.
- Har ikke haft nogen.
- Har ikke haft en samtale endnu.
- Er ikke blevet kontaktet.

- Der har ikke været nogen pga. få ændringer.
- Det var dejligt at kunne fortælle hende det, hvis hun skulle hjælpe med at lykkedes.
- Er ikke blevet kontaktet.
- Vi mødtes faktisk første gang, godt at man havde mødt personen inden telefon.

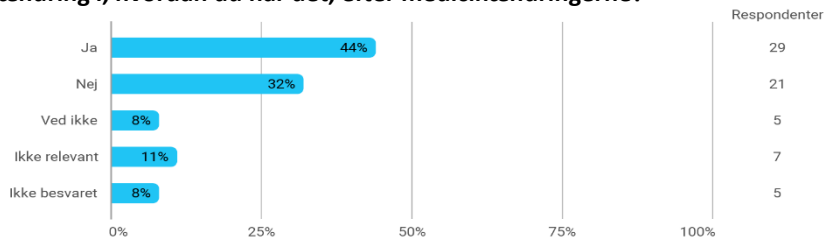
11. Har antallet af opfølgningssamtaler med farmaceuten pr. telefon været passende?



Hvis nej, hvorfor ikke?

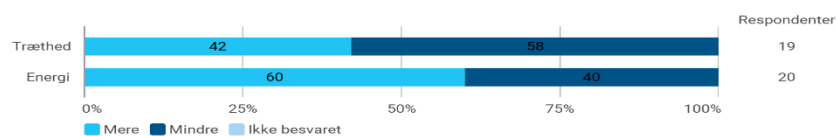
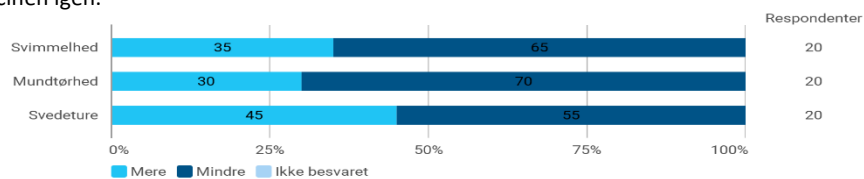
- Følte ikke tryk ved ændring i medicin.
- Har selv styr på det.
- Fordi kun et enkelt præparat blev sat lidt ned i dosis.
- Fordi vi ikke var enige.
- Har ikke haft nogen.
- Har ikke haft nogle.
- Der har ikke været samtale - og der er ikke behov.
- Se foregående svar.
- Der har ikke været nogen samtaler.
- Både ja og nej. Har et par gange sms'et til farmaceuten. Men det var ok at gøre, sagde hun. Måske det skulle være 1 gang om ugen.
- Forvirrende.
- Kun 1 samtale.
- Der har ikke været nogen.

12. Har du oplevet en ændring i, hvordan du har det, efter medicinændringerne?

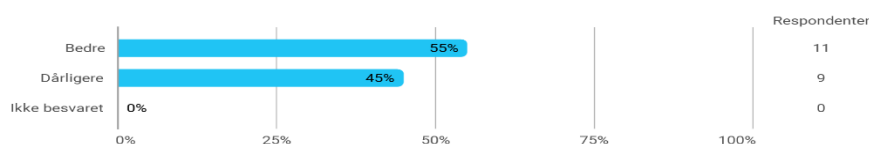


Kommentarer

- Ingen ændringer.
- Disse er mine dagligt eller en del af min dagligdag.
- Opstartede på medicinen igen.



Humør:

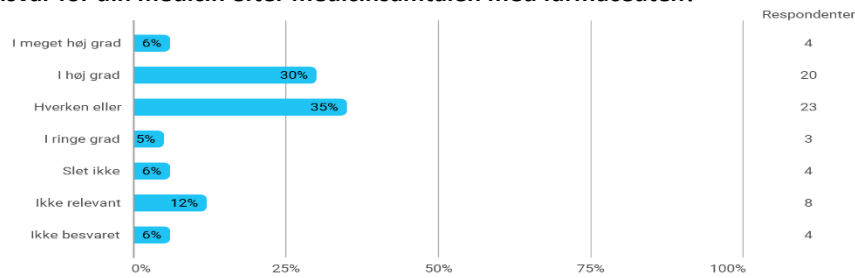


Andet

- Vand i fødder.
- De ændringer, der blev gjort, har givet mig ubehag.
- Meget uro i ben/fødder og søvnproblemer.
- Kunne ikke falde i søvn.
- Mangler den mod humøret i forhold til før.
- Lidt trist indimellem.
- Fik meget uro i benene, kan ikke sove. Før ændringen var det ikke sådan.

- Der tilstødte voldsom overgangssymptomer samtidig.
- Hovedpine, kvalme.
- Hovedpine.
- Mundtørhed en anelse bedre.

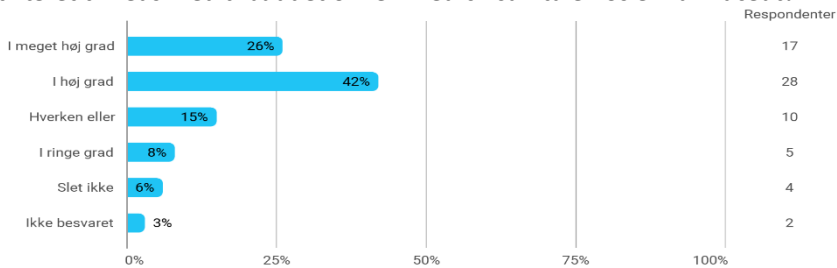
13. Tager du mere ansvar for din medicin efter medicinsamtalen med farmaceuten?



Kommentarer

- Har altid taget ansvar.
- Det har jeg altid gjort.
- Tager det der er nødvendigt efter forløbet.
- Har altid taget ansvar.
- Da det går rigtig godt for mig, er det klart, at jeg nøje følger de instrukser, der er mig givet.
- Får dosispakning.
- Jeg har altid taget ansvar mht. min medicin.

14. Har du samlet set været tilfreds med tilbuddet om en medicinsamtale hos en farmaceut?



Kommentarer

- Der er blevet fulgt op på blodprøver, hvor der førhen kunne gå flere måneder.
- Se andre svar.
- Det blev sådan at jeg ikke kunne falde i søvn og følte at jeg manglede noget.
- Fint tiltag.
- Hun var kanon :-).
- Kunne ikke være bedre. Følte mig tryk og godt tilpas. Følte ligesom det var normalt, fremfor at ringe til læge tidligt og sent.
- Hun var meget bedre og mere interesseret i at vejlede i virkning og bivirkning end min daværende læge.
- Super.
- Intet
- 1 pille mindre

15. Hvad var godt ved medicinsamtalen med farmaceuten?

- At hun var sød til at forklare.
- Ved ikke.
- Intet.
- Jeg er meget glad for samtalen fordi jeg fik sovepiller og dem skulle jeg trappes ud af. Var lidt nervøs, men d. 1. december 2019 tog jeg den ikke og har ikke brugt dem siden og sover godt uden.
- Var god til at forklare.
- Konstatning af, at jeg ikke kan undvære al min medicin.
- ?
- Jeg var optimistisk inden. da jeg får meget medicin.
- Samtale vedr. medicinen.
- At en pille blev mindre.
- Ja, fin idé.
- Hun var meget imødekommende.
- Ved ikke.
- At jeg kom af med endnu et præparat.
- At få gennemgået medicinen.
- Ved ikke-
- At jeg måske kan slippe for inhalator med Prednisolon (Det har jeg fået rigtig meget af tidligere og kender bivirkninger).
- Den måde hun prøver at hjælpe med at mindske på flere ting.
- ?
- Godt med en gennemgang af medicinen.
- Lidt mere viden om medicinen.

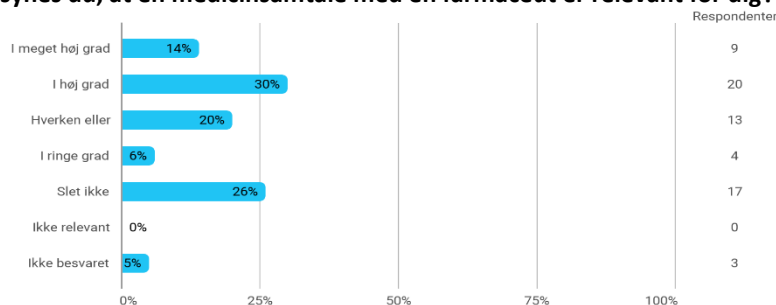
- Ellers var jeg ikke kommet så langt.
- God tid! Information!
- At jeg så ofte var i kontakt med hende. Det varede en rum tid inden medicinen var indstillet, så super godt at snakke om det.
- Regnede med uro i benene blev bedre. Det gjorde det ikke.
- Tog sig tid og var anerkendende.
- Det har været rigtig godt at få talt min medicin igennem og få at vide at den medicin passer sammen.
- Hun kunne fortælle det positive og negative ved medicinen.
- Jeg er meget opmærksom på mit medicinindtag.
- Samtalen.
- Godt at få en gennemgang af al sin medicin og hvad det kan gøre ved kroppen. hvis man får noget, som måske kunne laves om til noget mildere eller mindre.
- Jeg blev lidt klogere på mange ting omkring min medicin.
- Jeg kom af med noget medicin og fik det bedre.
- Hun kunne forstå behovet for at fortsætte med det medicin jeg fik.
- Jeg fik seponeret Selozok.
- Tryghed.
- Jeg kom af med lidt medicin og har fået det bedre.

16. Har du forslag til forbedringer af tilbuddet "Medicinsamtale med en farmaceut"?

- Evt. gener ved ændringer.
- Ønsker ikke flere samtaler.
- Ingen.
- Nej.
- Nej, det har jeg ikke, for var så tilfreds og jeg synes hun var god til at forklare alt så man kunne forstå det der blev sagt.
- Nej.
- ?
- En der er mere sikker. En der lytter. En der kan gå udenfor sit eget skema.
- Nej.
- Nej.
- Nej.
- Nej.
- Nej.
- Nej - kører fint.
- Nej, det har jeg ikke. Har haft glæde af samtalerne.
- ?
- Nej.
- Nej.
- Nej.
- Måske var det for mange præparater, der blev udtrappet på en gang. Det var meget voldsomt, men jeg ville også selv.
- Når man får mange slags medicin for forskellige ting, at de passer sammen, samt der er styr på det. Har oplevet flere gange at blive fejlmedicineret.
- Nej.
- Nej.
- Læger retter sig ikke efter farmaceuter.
- Nej.

Følgende spørgsmål handler om muligheder for i fremtiden at tilbyde medicinsamtaler med en farmaceut.

17. I hvor høj grad synes du, at en medicinsamtale med en farmaceut er relevant for dig?

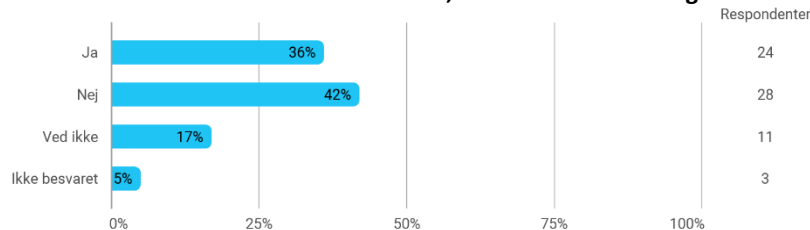


Kommenter gerne

- Manglede trykthed.
- Det synes jeg var en god idé, fordi jeg fik at vide, at jeg fik nogle blodfortyndende, som jeg bestemt ikke skulle have, så derfor fik jeg de rigtige.
- Med en mere kompetent.
- Jeg er 82 år og vil jo gerne have nogle år endnu, men ikke med så meget uro og smerter samt søvnmangel.
- Godt med opfølgning af behov for medicin.
- Dejligt, at hvis man får for meget, kan de sige det.

- Får de 6 slags for:
Forhøjet blodtryk, Hjertealbyl, Ulserosa, Diabetes, en halv hormontbl. - og det kan nok ikke samkøres til færre tab.
- Tror alle kunne have glæde af en samtale.
- Er måske relevant hver 2.-3. år, at få gennemgået medicinen.
- ?
- Det er pt. ikke relevant, men hvis problemer opstår, ville jeg gerne få muligheden for at kontakte farmaceuten.
- Efter nogle år med samme præparater er det godt med en gennemgang på en mere informativ og grundig måde.
- Jeg føler mig bedre tilpas med min egen læge.
- Måske ikke så relevant for mig, da der er blevet lavet om ved min medicin, men da en god måde at få talt om sin medicin på.
- Behøves ikke, jeg skal bare have det samme som før lægen ville ændre på det.
- Jeg får jo ikke så meget medicin og jeg tror ikke, at jeg kan undvære mere af det jeg får.

18. Vil du gerne have at en medicinsamtale med en farmaceut, er et fast tilbud til dig hos din læge?



Hvorfor/ hvorfor ikke?

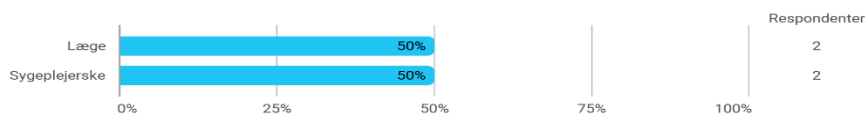
- Fordi jeg syntes, de sygeplejersker der er på klinikken er gode til at forklare og vide det jeg spørger om.
- Trykthed.
- Det har intet med farmaceuten at gøre, men min hjerne duer ikke til forandringer.
- ?
- En der vil hjælpe med at finde de optimale produkter.
- Ingen behov.
- Fordi jeg fik det som jeg gjorde.
- Evt. undvære det sidste medicin.
- Sygeplejerskerne er gode til at tage samtalen.
- Kun hvis man beder om.
- Ikke relevant for mig - se spg. 17.
- Fordi jeg ikke får så meget medicin.
- Det går godt som det går.
- Ved meget om medicin.
- Ja, men ikke aktuelt pt.
- Synes ikke det hjalp mig.
- Der har været meget bøvl. Informationerne fra farmaceuten til apoteket har ikke fungeret. Medicinen, der var pakket i dosispakningen var ofte forkert.
- Nej, ikke behov lige nu. Men kroniske syge kunne nok have brug for fast aftale. Men kunne måske være godt med en evaluering om ændringen efter noget tid.
- Ja, i allerhøjeste grad med de forskellige læger som er i regionsklinikker, vil det være på sin plads, at have en farmaceut ansat.
- Har min læge til det samme.
- Kunne da være en god idé, men tænker også, at man måske ikke har så meget at gøre med sin læge så.
- Jeg tror ikke, at der kan laves mere om på den medicin, jeg får.
- For at få læger til at forstå min situation, der er behov for, at læger gider lytte.
- Jeg får kun det medicin jeg har brug for.
- Synes det er en god ting, at følge op på.

Andre kommentarer

- Jeg havde selv skåret ned på min medicin inden jeg sagde ja til at deltage, så jeg skulle jo ikke have sagt ja. Jeg duer ikke til at koncentrere mig om at udfylde skemaet ordentligt, men håber der er andre der har kunne hjælpe.
- Jeg er meget glad for, at jeg fik set min medicin igennem, da der i min journal stod at jeg havde haft en blodprop i hjernen. Derfor fik jeg nogle andre blodfortyndende. Jeg har ikke haft en blodprop i hjernen. Det var et chok for mig, så jeg var glad for det blev opdaget.
- Tak for hjælpen.
- Ingen kommentar.
- Nej.
- Jeg har haft lidt hjertebanken af og til og lidt angst.
- Farmaceuten er en meget meget behagelig person at snakke med. Kunne ikke forestille mig en, der kunne være bedre - i mit forløb.
- Læger i Øster Jølby må gerne se den her.
- Venlig hilsen.

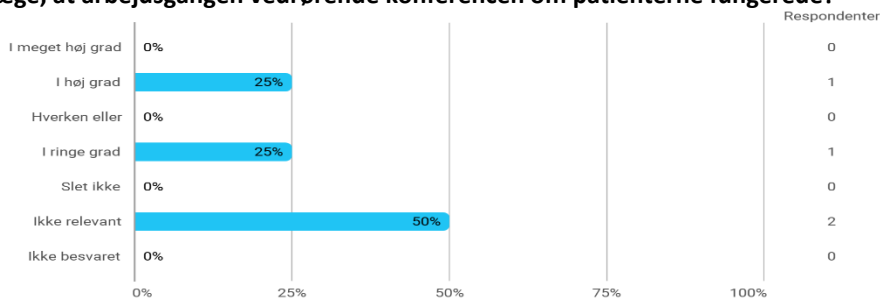
Bilag 5: Evaluering af personale ved spørgeskema

1. Angiv titel



Følgende spørgsmål handler om fysisk konference mellem læge og farmaceut, hvor der blev udvalgt patienter til medicinsamtale, samt aftalt og uddelegeret en behandlingsplan til farmaceuten.

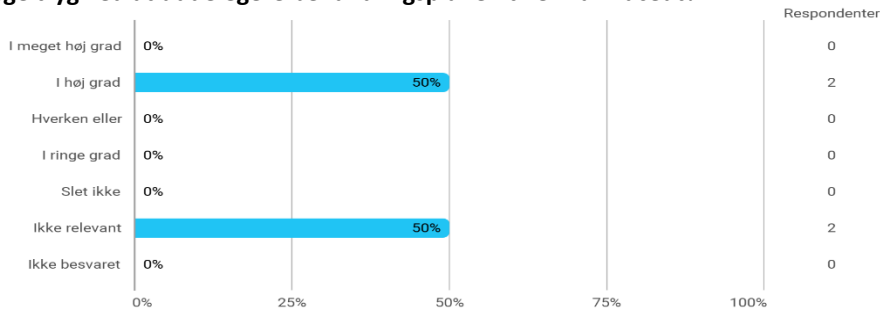
2. Oplevede du som læge, at arbejdsgangen vedrørende konferencen om patienterne fungerede?



Kommentarer og forslag til forbedringer

- Manglede tid, fungerede enkelte gange.

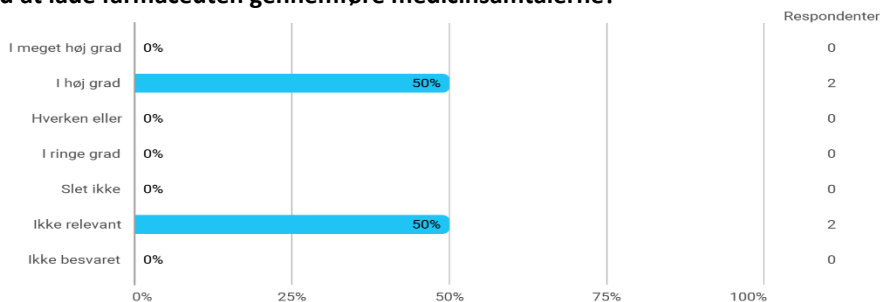
3. Følte du dig som læge tryk ved at uddelegere behandlingsplanen til en farmaceut?



Kommentarer

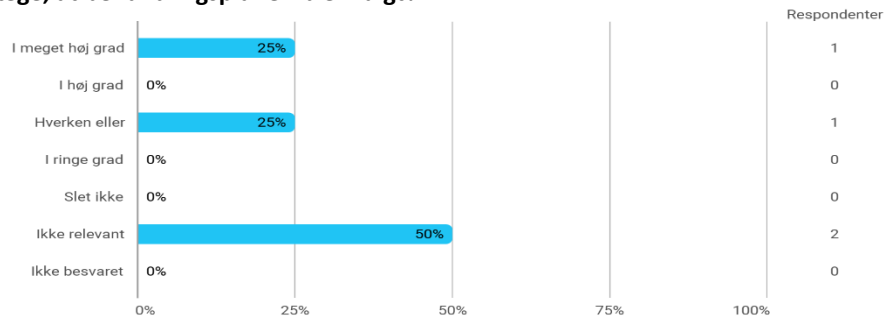
Følgende spørgsmål handler om arbejdsgangen vedr. medicinsamtalen og den efterfølgende proces

4. Følte du dig tryk ved at lade farmaceuten gennemføre medicinsamtalerne?



Kommentarer

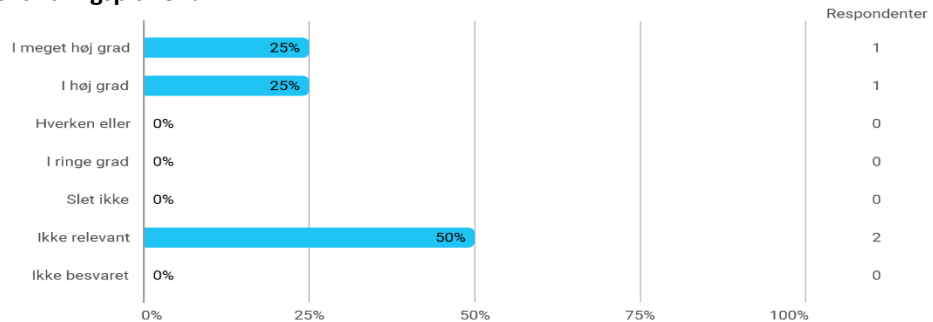
5. Oplevede du som læge, at behandlingsplanen blev fulgt?



Kommentarer

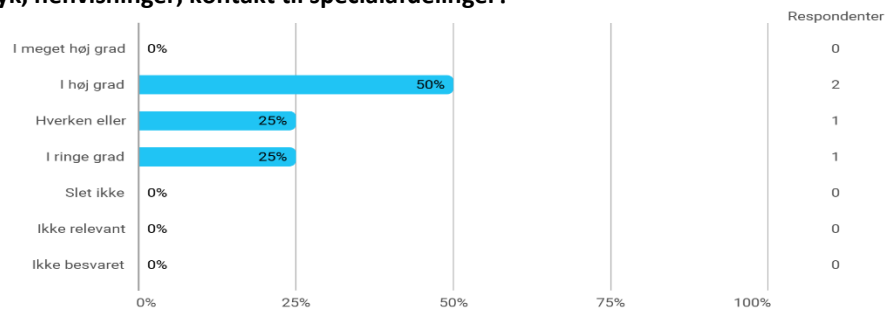
- Både og. Som drøftet nogle kom tilbage på vanlig medicin.

6. Oplevede du som læge at farmaceuten kontaktede dig, hvis der opstod yderligere problemstillinger, som ikke var aftalt i behandlingsplanen?



Kommentarer

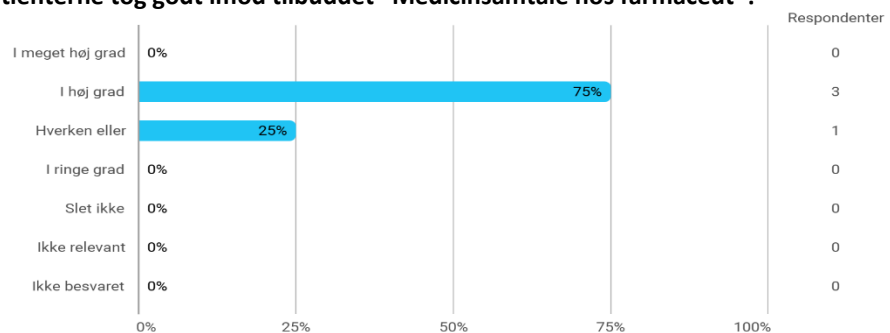
7. Fungere det tværfaglige samarbejde omkring patienterne godt i forhold til processen om yderligere tiltag, fx blodprøver, blodtryk, henvisninger, kontakt til specialafdelinger?



Kommentarer

- Tidskrævende og manglede tiden.
- Nogle gange fik patienterne tid både med farmaceuter og læger/sygeplejersker.

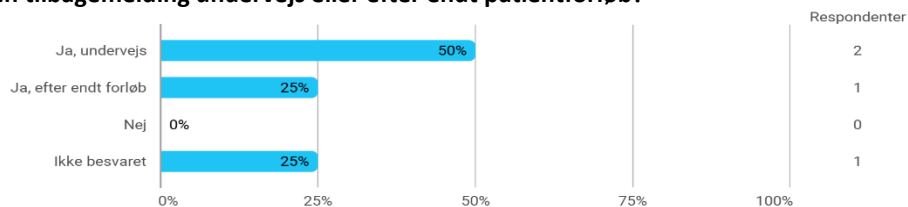
8. Oplevede du, at patienterne tog godt imod tilbuddet "Medicinsamtale hos farmaceut"?



Kommentarer

- En del klager også - skal ikke være en fra klinikken som styrer sin medicin.

9. Har du manglet en tilbagemelding undervejs eller efter endt patientforløb?

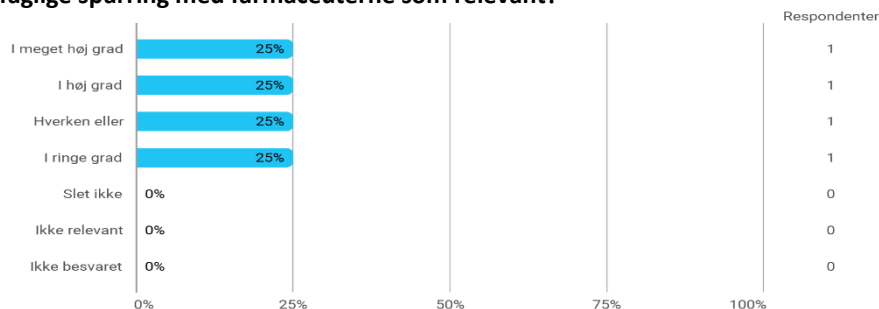


Kommentarer

- Ikke relevant, må være spørgsmål til læge.
- Ja, undervejs.
- Ja, efter endt forløb.

Følgende spørgsmål handler om den tværfaglige sparring med farmaceuterne

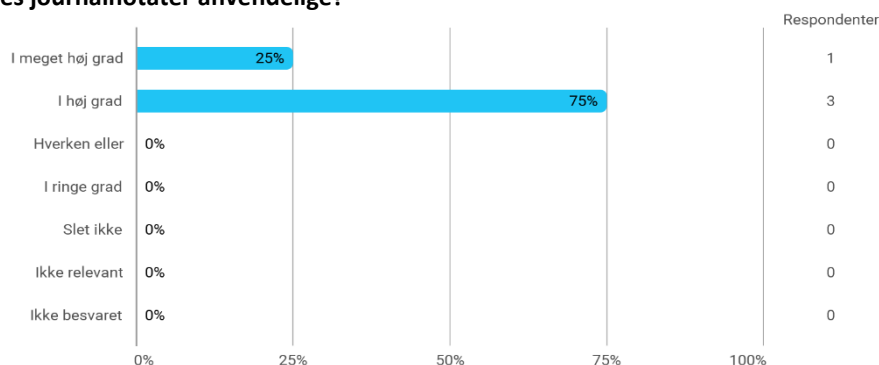
10. Oplevede du den faglige sparring med farmaceuterne som relevant?



Kommentarer

- Kunne have være udnyttet langt bedre.
- Rent fagligt har det ikke været relevant. God hjælp ren resuns om patients sygdomme og det har sparet lægetid.

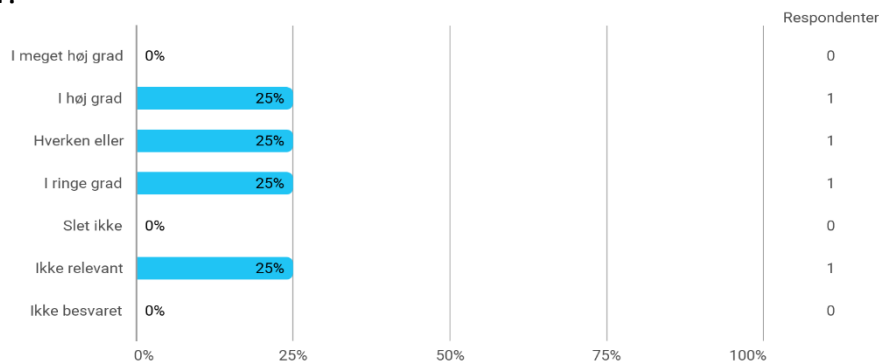
11. Var farmaceuternes journalnotater anvendelige?



Kommentarer

Følgende spørgsmål handler om kvaliteten af lægemiddelbehandlingen

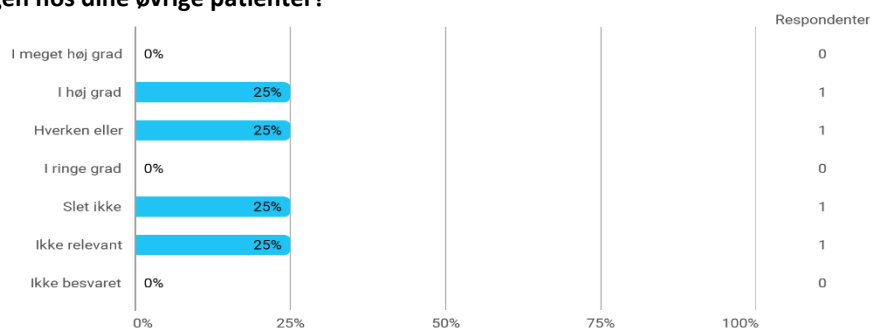
12. Vurderer du, at farmaceuternes indsats bidrog til øget kvalitet i forbindelse med lægemiddelbehandlingen af de inkluderede patienter?



Kommentarer

- Har givet stor mening ved de multisyge og gennemgang før en konsultation med lægen. Seponering af Hjertermagnyl, syrepumpehæmmere og B12 i ringe grad. Morfica patienter ville måske have været mere relevant et forløb.

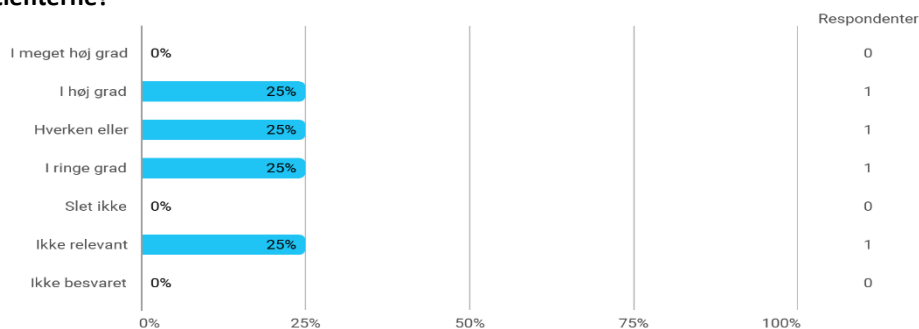
13. Vurderer du, at det tværfaglige samarbejde med farmaceuterne har haft en afsmittende effekt på dit fokus på medicineringen hos dine øvrige patienter?



Kommentarer

- Hverken eller til i ringe grad.

14. Vurderer du, at farmaceuternes indsats bidrog til øget patientsikkerhed i forbindelse med den medicinske behandling af patienterne?

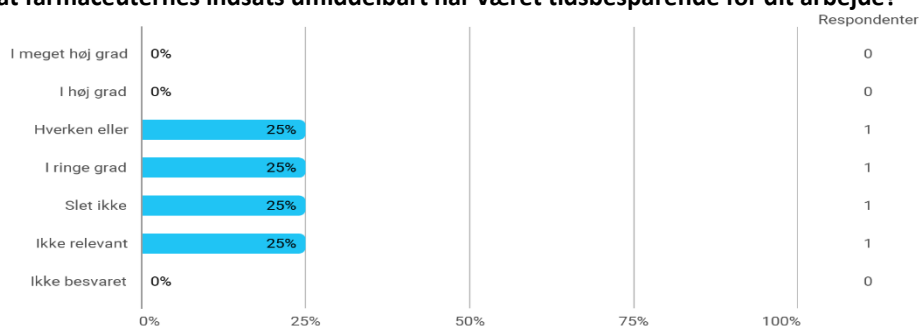


Kommentarer

- Ved gennemgang af patienter med fx 10-20 forskellig slags medicin JA ellers nej.

Følgende spørgsmål handler om tidsforbruget i forbindelse med den tværfaglige sparring med farmaceuterne.

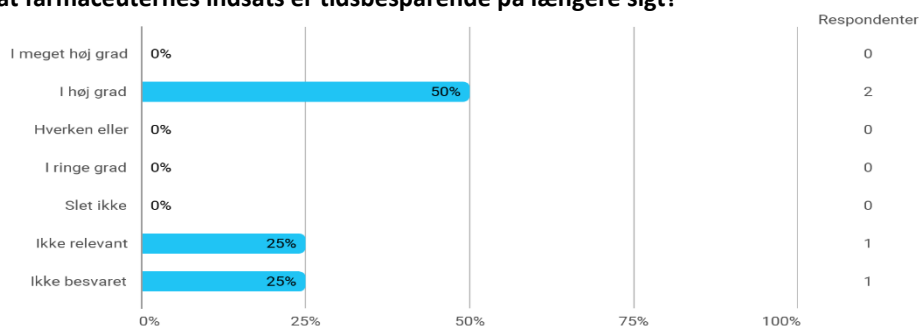
15. Vurderer du, at farmaceuternes indsats umiddelbart har været tidsbesparende for dit arbejde?



Kommentarer

- Slet ikke til i ringe grad.
Igen gennemgang af multisyges medicinliste vil give måske tidsbesparelse. Det giver i hvert fald bedre overblik før en samtale.
- Var heller ikke forventet, men på sigt besparende.
- Lægetid er sikkert sparret på en eller anden vis. Tværtimod er sygeplejersketid blevet brugt noget mere.

16. Vurderer du, at farmaceuternes indsats er tidsbesparende på længere sigt?

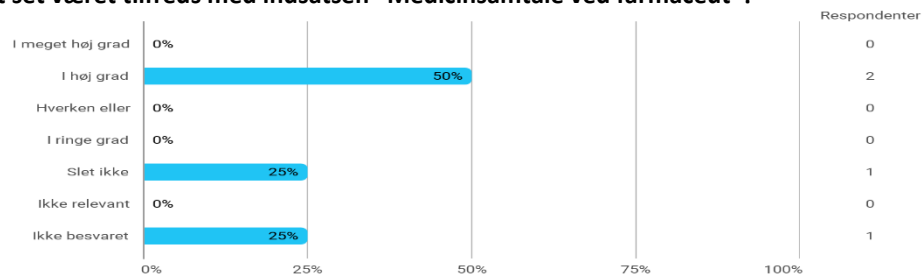


Kommentarer

- Det kommer an på hvordan det planlægges, men jeg tror mere, det er kvaliteten, der øges! Kvaliteten af patientbehandlingen.
- Var heller ikke forventet, men på sigt besparende.

Følgende spørgsmål handler om din generelle vurdering af tilbuddet "Medicinsamtale ved farmaceut"

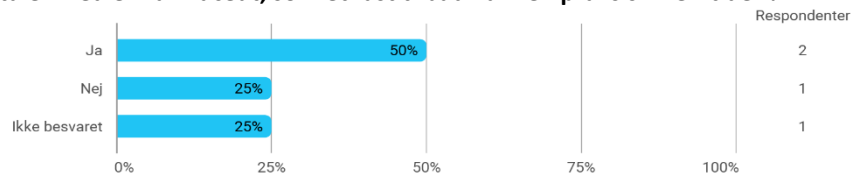
17. Har du samlet set været tilfreds med indsatsen "Medicinsamtale ved farmaceut"?



Kommentarer

- Kunne godt have ønsket man havde sat fokus på patienter med flest præparater i stedet for. Det havde givet mening.

18. Ser du medicinsamtaler med en farmaceut, som et fast tilbud i almen praksis i fremtiden?



Hvorfor/ hvorfor ikke?

- Som gennemgang af patienter med fx 10-20 præparater, ja.
- Medvirker til at øge ansvarlighed og egenomsorg i forhold til medicinadministration/medicinindtag/medicinhåndtering. Medvirker til at øge kvaliteten i medicinske behandlinger.
- MEGA GODT med tværfaglighed.
- I forhold til hvor mange ressourcer bliver brugt, er der ikke nogen som kan blive fast i almen medicin, beviset fra at komme en honorering i næste overenskomst. I øvrigt er antal "kritiske" interventioner rigtig få i relation med tid som er blevet brugt fra forskellige fagpersoner.

19. Hvad var godt ved indsatsen "Medicinsamtalen med farmaceut"?

- Rigtig gode gennemgange af de patienter med de lange lister og især psykofarmaka behandling.
- Mange gode ting:
Højner faglighed, øger patientsikkerheden, medinddrager patienten i egen behandling.
- Besparelse af lægetid.

20. Har du forslag til forbedringer af indsatsen "Medicinsamtale med farmaceut"?

- Se øvrige spørgsmål.
- Som vi snakkede om på evalueringsmødet:
Kunne ønske mere faglig sparring og undervisning.
- %

Andre kommentarer

- Dejligt projekt med fokus på, at patienterne får den bedste behandling.

Medicinsamtale ved farmaceut

Patientforløb og Økonomi

Fyrkildevej 7

9220 Aalborg Øst

November 2020