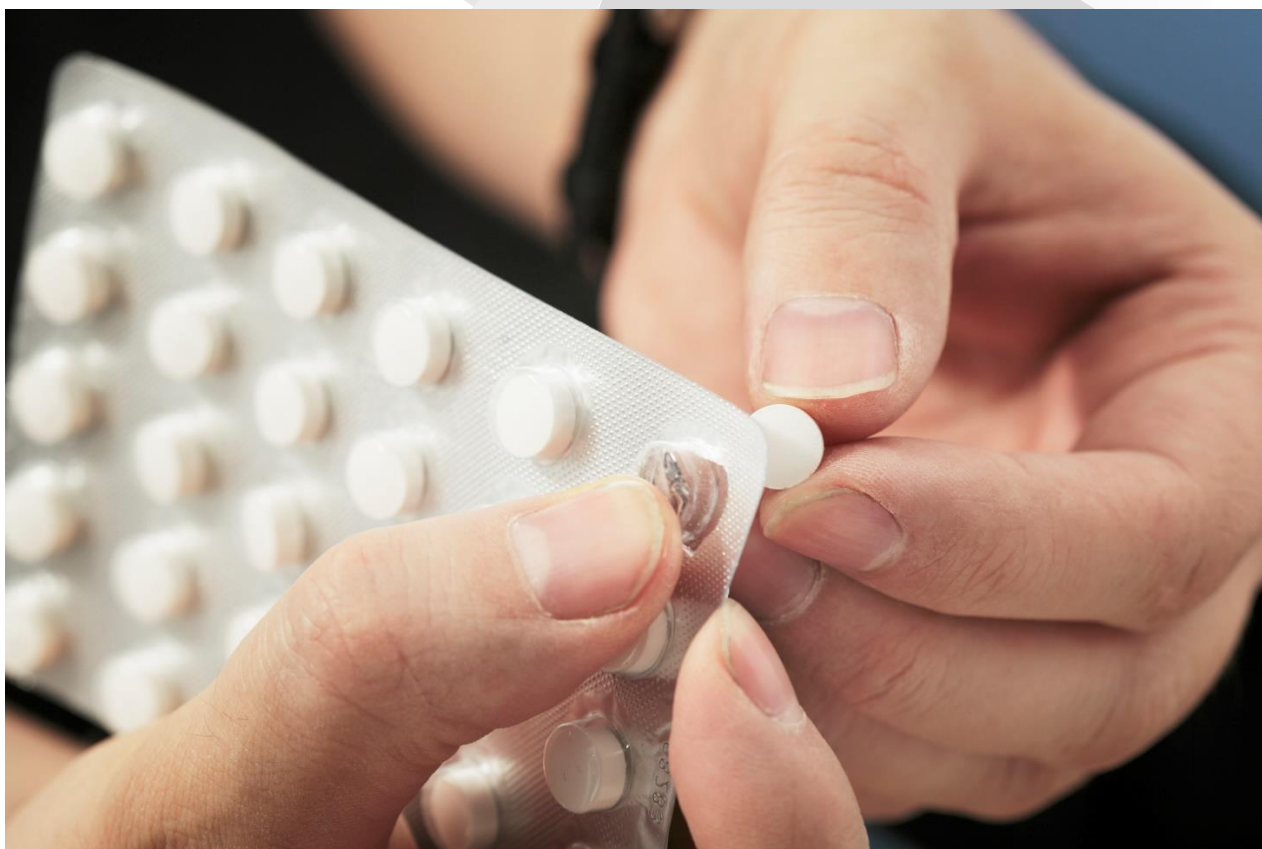


DECEMBER 2019
SUNDHEDSSTYRELSEN

EVALUERING AF REGIONALE TVÆRFAGLIGE TEAMS VEDRØRENDE MEDICINERING I PSYKIATRIEN



COWI

I samarbejde med
Defactum

INDHOLD

1	Indledning	5
2	Resumé og konklusioner	8
2.1	Resumé	8
2.2	Konklusioner	9
3	Evalueringens metode	14
3.1	Evalueringens formål	14
3.2	Forandringsteori og succeskriterier	14
3.3	Tematisk analysestruktur	15
3.4	Datagrundlag	16
4	Beskrivelse og konklusioner vedrørende de fem projekter	20
4.1	Region Hovedstaden	21
4.2	Region Midtjylland	28
4.3	Region Sjælland	37
4.4	Region Nordjylland	45
4.5	Region Syddanmark	55
5	Temaanalyse	63
5.1	Tværfaglige medicinrådgivende teams og medicingennemgang	63
5.2	Lægemiddelrådgivning og medicinmonitoreringssystem	66
5.3	Patientinddragelse og kompetenceudvikling	67

BILAG

Bilag A Interviewoversigt

Bilag B Interviewguide

Bilag C Effektstudienotat

C.1 Metode

C.2 Resultater

C.3 Konklusion

Bilag D Forandringsteori

D.1 Region Hovedstaden

D.2 Region Midtjylland

D.3 Region Sjælland

D.4 Region Nordjylland

D.5 Region Syddanmark

1 Indledning

Hermed foreligger evalueringen af satspuljebevillingen til 'regionale tværfaglige teams vedrørende medicin i psykiatrien'. Bevillingen er givet til fem projekter gennemført i landets fem regioner i perioden fra 2015-2017. Evalueringen dækker alle fem projekter og er udarbejdet af COWI i samarbejde med DEFACTUM og ekstern konsulent Linda Aagaard Thomsen¹.

Med aftalen om satspuljen på psykiatriområdet blev satspuljepartierne enige om at afprøve brugen af tværfaglige teams om medicin i hver af de 5 regioner.² Det overordnede formål med etableringen af de tværfaglige teams var

- > at styrke rådgivningen om medicinering af personalet på sygehusafdelinger, i praksissektoren og i den kommunale indsats om medicinering, da det antages, at en styrket rådgivning vil øge viden inden for medicinrelaterede problemstillinger, herunder
- > medicingennemgang, medicinordinerung og nedtrapning af medicin, som endeligt vil forbedre behandlingen af borgere med psykiske lidelser.

Et team sammensættes eksempelvis af farmakologer, farmaceuter, psykiatere, børne- og ungdoms-psykiatere og andre læger. Til formålet afsatte satspuljepartierne 40 mio. kr. I satspuljeaftalen konstateres det:

- > at der er en mindre andel af patienter, som er vanskelige at behandle, og som eksempelvis har behov for medicin i højere doser end vanligt eller brug for flere forskellige typer medicin samtidigt.
- > at der er stor utilsigtet variation i regionernes brug af psykofarmaka.
- > at patienter med kompleks medicinering kan have særlige behov for opfølgning og monitorering af effekt og bivirkninger.
- > at medicinering er et lægeligt ansvar og kan delegeres til andet personale. De fagpersoner, der varetager mediciningsopgaver på sygehuset, i almen

¹ Ph.D. Pharm, Områdechef, Kræftens Bekæmpelse.

² Aftale om satspuljen på psykiatriområdet for 2014-2017, november 2013.

praksis eller special-lægepraksis samt i kommunale botilbud, kan have brug for at få specialiseret rådgivning og hjælp herunder til ned- eller udtræning af patienters medicin mv.

- > at nogle sygehuse har gode erfaringer med tværfaglige teams, der rådgiver praktiserende læger og sygehuslæger om kompleks medicinering, ligesom der er eksempler på gode erfaringer med samarbejde mellem den regionale psykiatri og kommunale botilbud om medicinering.
- > at de eksisterende tværfaglige teams om medicin ikke er landsdækkende, og at der er behov for at øge patientsikkerheden og kvaliteten i behandlingen for mennesker med psykiske lidelser gennem mere sikker og kompetent håndtering af medicin på sygehusafdelinger, i praksissektoren og i kommunen.

Satspuljepartierne er på den baggrund enige om at afprøve brugen af tværfaglige teams om medicinering i hver af de 5 regioner. Formålet med satspuljeaftalen skal bl.a. ses på baggrund af analysen i rapporten fra Psykiatriudvalget fra 2013, som præsenterede en række anbefalinger til, hvordan indsatsen for borgere med psykiske lidelser tilrettelægges, så der opnås bedst mulig behandling.³

Aftalen og formålet med indsatsen skal endvidere ses i lyset af, at mange borgere berøres af psykiske lidelser. I den Nationale Sundhedsprofil vurderes det, at op imod 16 pct. af befolkningen i 2017 oplevede enten kortere eller længerevarende psykiske lidelser. Dette er en stigning fra 2013, hvilket vidner om, at psykiske lidelser fortsat er en stigende udfordring i befolkningen.⁴ Psykiske lidelser er forbundet med en række konsekvenser både for den enkelte og set i et samfundsøkonomisk perspektiv. For den enkelte, er psykiske lidelser ofte forbundet med nedsat livskvalitet samt nedsat daglig funktionsevne. Ud fra et samfundsmæssigt synspunkt har psykiske lidelser betydning for gennemførelse af uddannelse, fastholdelse på arbejdsmarkedet, sygefravær og udgifter forbundet med sociale ydelser og overførselsindkomster.

Evalueringsens formål er at bidrage med læring og viden til regionerne og Sundhedsstyrelsen om, hvilke indsatser, aktiviteter og redskaber samt hvilken organisering, der kan bidrage til en hensigtsmæssig medicinering i medicineringen af psykiatriske patienter med en kompleks medicinprofil. Evalueringen skal særligt fokusere på, hvorvidt indsatserne understøtter satspuljeprosjektets formål.

Projekterne i de fem regioner er alle afsluttet med udgangen af 2017. Meget kan have- og har sikkert ændret sig i regionernes praksis siden da. Ikke desto mindre er der fortsat megen læring og erfaringsopsamling, der kan hentes fra evalueringen af projekterne. Dele af læringen har fundet sted løbende: Der har løbende i projektperioden været tilbagemeldinger til projekterne fra evaluator,

³ Regeringens udvalg om psykiatri, 2013. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser.

⁴ Den Nationale Sundhedsprofil 2017

ligesom evalueringens del-rapporter er tilgængeligt Sundhedsstyrelsen, således at styrelsen har været løbende orienteret om projekternes fremdrift og resultater.

Forskydningen i tid siden projekternes ophør og offentliggørelsen af den endelige evalueringsrapport hænger sammen med det registerbaserede studie, der er gennemført parallelt og som en del af evalueringen. Adgangen til registerdata til dette studie blev væsentligt forsinket og vanskeliggjort i forhold til den oprindelige projektplan som følge af ændringer af datareglerne, der betød, at private konsulentfirmaers adgang til at foretage analyser af anonymiserede data fra Lægemiddelstatistikregisteret blev stærkt begrænset⁵.

Rapporten indeholder udover indledningen følgende fire kapitler: Kapitel 2 indeholder evalueringens resumé og konklusioner, I Kapitel 3 præsenteres metoden og i Kapitel 4 præsenteres regionernes respektive projekter og deres resultater. Kapitel 5 indeholder en analyse af seks temaer, som går igen på tværs af projekterne. Rapportens Bilag indeholder oversigt over interview personer, interviewguides, effektstudienotatet og projekternes respektive forandringsteorier.

God fornøjelse med læsningen.

⁵ Ændringen af reglerne skete med vedtagelsen af *Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love* som trådte i kraft den 1. juli 2016 og den ændring af *Lov om apoteksvirksomhed og de tilhørende bekendtgørelser*, der skete i den forbindelse.

2 Resumé og konklusioner

2.1 Resumé

I den Nationale Sundhedsprofil vurderes det, at op imod 16 pct. af den danske befolkning i 2017 oplevede enten kortere eller længere varende psykiske lidelser. Psykiske lidelser er forbundet med en række konsekvenser både for det enkelte individ og set i et samfundsøkonomisk perspektiv. Ud fra et samfundsmæssigt synspunkt har psykiske lidelser betydning for gennemførelse af uddannelse, fastholdelse på arbejdsmarkedet, sygefravær og udgifter forbundet med sociale ydelser og overførselsindkomster.

Initiativet til etableringen af tværfaglige teams vedr. medicinering er opstået på baggrund af en anerkendelse i Psykiatriudvalgets rapport fra 2013 af, at der på tværs af regionerne er stor utilsigtet variation i forbruget af psykofarmaka i behandlingen af psykiatriske patienter. Samtidig anerkendes det, at en andel af borgere med psykiske lidelser er vanskelige at behandle, hvorfor de ofte modtager behandling med høje doser medicin eller behandling med flere forskellige præparater, herunder særligt flere forskellige typer psykofarmaka eller psykofarmaka i kombination med medicinsk behandling af somatiske sygdomme. Anbefalingen fra regeringen og satspuljepartierne har været fremadrettet at øge fokus på bedre kvalitet i ordinerings, justeringen og håndteringen af medicin i både primær og sekundærsektoren.

Psykiatriudvalgets anbefalinger fra 2013 blev siden samlet i Regeringens Handlingsplan for Psykiatri fra 2014. Handlingsplanen er udmøntet i satspuljeaftalene, hvor der bl.a. er afsat midler til fire initiativer:

- 1 Udbredelse af tværfaglige, udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien: 73 mio. kr.
- 2 Afprøvning af regionale tværfaglige teams vedr. medicinering: 40 mio. kr.
- 3 Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri: 32 mio. kr.
- 4 Forsøg med bæltefri afdelinger: 73,6 mio. kr.

Alle fem regioner har modtaget midler fra satspuljen. Denne rapport præsenterer evalueringen af de fem regionale projekter, som har modtaget midler til afprøvning af det andet initiativ: regionale tværfaglige teams vedr. medicinering.

Det overordnede formål med etableringen af et tværfagligt team er at styrke rådgivning af personalet på sygehusafdelinger, i praksissektoren og i den kommunale indsats i forhold til medicinering i psykiatrien. Jf. Psykiatriudvalget antages det, at en styrket rådgivning vil øge viden inden for medicinrelaterede problemstillinger, herunder medicingennemgang, medicinordinerings og nedtrapning af medicin, som endeligt vil forbedre behandlingen af borgere med psykiske lidelser.

Evalueringens formål er at bidrage med læring og viden til regionerne og Sundhedsstyrelsen om, hvilke indsatser, aktiviteter og redskaber samt hvilken

organisering, der kan bidrage til en hensigtsmæssig medicin håndtering i medicineringen af psykiatriske patienter med en kompleks medicinprofil. Evalueringen skal særligt fokusere på hvorvidt indsætterne understøtter satspuljeprojektets formål.

Evalueringens konklusioner præsenteres nedenfor.

2.2 Konklusioner

Afsnittet indeholder dels en overordnet og samlet konklusion og dels mere detaljerede og tematiserede konklusioner.

2.2.1 Overordnet konklusion

De fem projekter er alle gennemført på baggrund af deres egne respektive ansøgninger om satspuljemidler, med lidt forskellige formål, indhold og fokus. Evalueringen af de respektive projekter og deres indhold fremgår af rapportens kapitel 4. I nærværende kapitel, konkluderes der generelt og på tværs af projekterne.

Evalueringen konkluderer, at de tværfaglige medicinrådgivende teams og medicingennemgang har givet et væsentligt fagligt løft i patientbehandlingen. Alle fem regioner har iværksat medicingennemgang som en del af satspuljeprojektet og fire regioner har etableret tværfaglige medicinrådgivende teams. Generelt oplever projekterne introduktionen af denne praksis som en væsentlig opgradering, som øger den faglige kvalitet i medicinering og patientbehandling, herunder reducerer risikoen for over-medicinering.

På baggrund af regionernes erfaringer kan det konkluderes, at farmaceuternes fysiske tilstedeværelse på afdelingerne skaber muligheden for bedre relationer mellem læger og farmaceuter. Samarbejdet styrkes generelt, der opstår bedre mulighed for sparring om medicinforbrug, og i flere projekter er det erfaringen, at ved at farmaceuterne har overblikket over medicineringen, frigør det lægelige ressourcer.

Det er ligeledes en konklusion, at de tværfaglige teams skaber øget fokus på kvalitet i medicinering. Dette sker helt konkret ved at teamsene diskuterer konkrete problemstillinger eller at der på et mere overordnet niveau arbejdes med retningslinjer og vejledninger for medicinering.

En meget væsentlig fordel ved tilgangen har vist sig at være samtænkningen af det somatiske og det psykiatriske, som den giver anledning til. Flere erfaringer peger på, at man – p.b.a. det tværfaglige samarbejde – nu anskuer medicinering angående psykiatri og somatik samlet, således at en justering af psykofarmaka for en patient ofte også vil føre til en justering af den somatiske medicin.

Projekternes deltagere erkender, at det gode samarbejde er tidskrævende at etablere og vedligeholde. Men samarbejdet har styrket lægernes kendskab til farmaceuternes viden og kompetencer, og det er en fælles erkendelse blandt

mange projektdeltagere, at samarbejdet er nødvendigt for at øge fokus på medicinering.

2.2.2 Detaljerede konklusioner

Nedenfor nuancerer vi den overordnede konklusion, med en række mere uddybende konklusioner, bemærkninger og udfordringer.

Tværfaglige medicinrådgivende teams og medicingennemgang

Evalueringen viser, at der er gennemført medicingennemgang (om end ikke nødvendigvis på samme måde i alle projekter) for 90-95 pct. af patienterne i de respektive målgrupper.

Det er centralt, at der udarbejdes et præcist kommissorium for det tværgående team, hvor opgaver, deltagere, kompetenceområder og beslutningskompetence ekspliciteres. Kommissoriet skal være anerkendt af de involverede parter og ledelserne skal kommunikere det bredt i organisationen og bakke det op.

Projekterne har haft mindst to forskellige slags teams: de teams som har en overordnet regional rådgivende funktion og de teams, som har haft en specifik patient behandlingsrelateret funktion. Evalueringen viser, at begge funktioner er vigtige.

Konklusionen er også - og projekternes erfaringer bekræfter - at al begyndelse er svær. I flere projekter har der i opstarten været modstand mod den rolle som farmaceuterne er tiltænkt i både teams og medicingennemgang. I flere projekter oplevede farmaceuterne i opstartsfasen, at afdelingernes læger var imod den rolle farmaceuterne var tildelt. Mens lægerne omvendt oplevede, at farmaceuterne pludselig havde en 'kontrolrolle' vis-a-vis lægernes indsats. Det var grænseoverskridende for lægerne at lade andre - og andre med en anden faglig baggrund - gennemgå medicineringen af patienterne. Flere interview viser, at modstanden i flere tilfælde hang sammen med, at lægerne i udgangspunktet manglede indsigt i farmaceuternes kompetencer.

Erfaringerne viser samtidig tydeligt, at når først parterne vænner sig til hinanden og man arbejder konkret sammen om konkrete patienter, så vokser den gensidige faglige respekt og parterne opdager, hvordan de gensidigt kan have nytte af hinandens faglige indsigt.

Det er en del af konklusionen, at det for det første er vigtigt præcist at gøre sig klar, hvilke patientkategorier man ønsker skal omfattes af de medicinrådgivende teams og medicingennemgang. Projekterne har haft forskellige målgrupper. Uanset hvilken målgruppe man har lagt sig fast på, har identifikation af patienterne efterfølgende vist sig at udgøre en udfordring af lidt forskellig karakter:

- > Den patientgruppe det har vist sig nemmest at afgrænse og identificere er i sekundærsektoren. I projekter hvor man har valgt at lade alle patienter i psykiatriske afsnit eller afdelinger indgå som en del af målgruppen, har udfordringen selvsagt ikke været afgrænsning og rekruttering. Men snarere at

omfanget af patienter har være så omfattende, at farmaceuterne ikke har kunnet gennemføre medicingennemgang for dem alle, selvom det har været hensigten.

- > Patienter i ambulat behandling er en vigtig målgruppe: En stor andel patienter indlægges aldrig, men kommer i psykiatriens ambulatorier. Der kan være en tendens til at se bort fra denne type patienter, når man skal fastlægge sin målgruppe. Men ambulante patienter kan i lige så høj grad have behov for medicingennemgang som patienter, der er indlagt. De ambulante patienter er oftest i en mere stabil fase end patienterne i sengeafsnittene, hvorfor medicingennemgangen naturligvis kan være mere langsigtet end akut, men med samme behov for løbende justering efterhånden som patientens tilstand ændrer sig.
- > En tredje målgruppe type er borgere i primærsektoren. En meget stor andel af den samlede patientgruppe for hvem medicingennemgang er relevant udgøres af borgere med bopæl på bosteder eller plejecentre og/eller i eget hjem (men uden af være i ambulat behandling). Det har vist sig vanskelige end først antaget at fremsøge disse borgere igennem kommuner og/eller registre, blandt andet fordi registerlovgivningen sætter grænser for anvendelsen af data på tværs af institutionelle grænser. Dermed går en del af disse borgere 'under radaren' for den indsats, som ellers kunne være meget nyttig for dem. Projekterne viser, at når det lykkes de tværfaglige teams at gennemføre medicingennemgang for disse borgere, har det stor værdi – både for borgerne og for plejepersonalet på bosteder/plejecentre.

Flere af projekterne viser, at det er vanskeligt at motivere de privatpraktiserende læger til at deltage. Dette er ikke mindst problematisk i forhold til målgruppen nævnt ovenfor, nemlig borgere med bopæl på bosteder eller plejecentre og/eller i eget hjem (men uden at være i ambulat behandling), netop fordi det er den privat praktiserende læge, der er ansvarlig for at igangsætte tiltag/ændringer i medicinering på baggrund af farmaceutens medicingennemgang. Samlet set udgør dette en væsentlig barriere for at gennemføre medicingennemgang i primærsektoren. En enkelt region har helt indstillet denne del af projektet af samme årsag. En anden region har arbejdet med at imødekomme udfordringen ved i forarbejdet til projektet, at indgå en aftale mellem regionen og PLO angående den alment praktiserende læges honorar for deltagelse i medicingennemgang. Dette har været med til at sikre den privat praktiserende læges deltagelse i medicingennemgangen.

Medicinmonitoreringssystem og lægemiddelrådgivning

Evalueringen kan ikke vurdere hvorvidt den intenderede reduktion i medicinforbruget har fundet sted. Generelt har det ikke været muligt for regionerne at vurdere om de lever op til de opstillede kriterier angående reduktion af polyfarmaci og reduktion af patienter med kombinationsbehandlinger med antipsykotika og benzodiazepiner. Det skyldes, at der har været udfordringer med monitorering af medicinforbruget, bl.a. fordi implementeringen af et medicinmonitoreringssystem (i to regioner) blev forsinket og systemet først blev taget i brug ved projektets afslutning.

I tre projekter er der igangsat lægemiddelrådgivning, enten som telefonisk eller skriftlig rådgivning. Generelt oplever projekterne udfordringer med at tilstrækkeligt mange læger både fra almen praksis og psykiatrien anvender rådgivningen. Den manglende anvendelse kan hænge sammen med, at lægerne ikke kender til tilbuddet, er tidspressede, men også at lægerne ofte anvender hinanden til sparring og derfor ikke oplever et behov for lægemiddelrådgivning.

Baseret på projekternes erfaringer er det en konklusion, at oplysning om eksistensen af medicinrådgivningen er afgørende for anvendelsesgraden. Alle tre projekter peger på vigtigheden af at gennemføre oplysningskampagner, præsentere rådgivningen i diverse undervisningssammenhænge og distribuere nyhedsbreve mm.

Patientinddragelse og kompetenceudvikling

Projekterne har fokuseret på patientinddragelse i varierende grad. I tre projekter er patientinddragelse indtænkt eksplicit i projektdesignet. Erfaringerne viser, at patientinddragelse f.eks. gennem tværfaglige møder, er ressourcekrævende og at det kan være svært at involvere almen praksis. Til gengæld viser erfaringerne også, at de gange det lykkes at inddrage både patient og almen praksis, skaber det gode forudsætninger for, at de ændringer i medicineringen, som medicingennemgangen peger på rent faktisk også igangsættes og gennemføres.

Især i én region har man gode erfaring med undervisning af patienter og pårørende. Her oplever man, at det skaber bedre dialog med patienterne om medicinering og bedre forståelse for patienternes indstilling til medicineringen.

Fire projekter har indeholdt initiativer for at skabe et kompetenceløft blandt personalet. Ifølge regionernes selvevalueringer er kompetenceløftet sket i et omfang, som opfylder regionernes opstillede succeskriterier. Evalueringen viser, at det er vigtigt, at indholdet og ambitionsniveauet i undervisningen tilpasses målgruppen. Erfaring fra flere projekter er, at undervisningen i begyndelsen var for ambitiøs og med fordel kunne have omhandlet basal farmakologi. Derudover vil det også være meningsfyldt, at undervisningen henvender sig til personale i henholdsvis primær- og sekundærsektoren, da personalet i de respektive sektorer har forskellige forudsætninger og oplever forskellige faglige udfordringer i dagligdagen. Det har generelt været en udfordring at få privat praktiserende læger til at deltage i undervisningen. Dette kan særligt hænge sammen med tidspres og geografiske afstande. I enkelte tilfælde har det også været svært at få læger fra psykiatrien til at deltage.

Effektstudie

Det er COWIs vurdering – foretaget i samråd med Sundhedsstyrelsen - at de registerbaserede analyser ikke er egnede til at drage endegyldige konklusioner om de behandlingsmæssige effekter af anvendelsen af medicingennemgang og tværfaglige medicinrådgivende teams. Dertil har datagrundlaget vist sig at være for usikkert og ufuldstændigt. Samtidig er det opfattelsen, at den registerbaserede del af undersøgelsen under alle omstændigheder har været værdifuld i forhold til at pege på muligheder og begrænsninger i de eksisterende registre og de

forholdsregler og metodespørgsmål, man skal være opmærksom på, næste gang man vil gennemføre et tilsvarende studie.

I den forbindelse er læren af det registerbaserede studie, at det i fremtidige analyser er helt afgørende, at man indhenter pålidelige data om patienternes reelle medicinforbrug eller som minimum om de doseringer af medicinen, som ordineres af lægerne. Her er oplysningerne i Lægemiddelstatistikregisteret i den nuværende form ikke tilstrækkelige.

3 Evalueringens metode

3.1 Evalueringens formål

Evalueringens overordnede formål er at evaluere de fem regionale projekter og at bidrage med læring og viden til regionerne og Sundhedsstyrelsen om, hvilke indsatser, aktiviteter og redskaber samt hvilken organisering, der kan bidrage til en hensigtsmæssig medicinbehandling i relation til psykiatriske patienter med en kompleks medicinprofil.

Evalueringen har særligt fokus på, hvorvidt indsatserne understøtter satspulje-projektets formål med at afprøve etablering og brug af et tværfagligt medicinrådgivende team til at styrke rådgivning af personalet på sygehusafdelinger, i praksissektoren og i den kommunale indsats i forhold til medicinering i psykiatrien.

De fem projekter er gennemført på baggrund af selvstændige projektansøgninger og bevillinger. I evalueringen beskrives og evalueres de derfor også hver for sig. Samtidig er der tværgående temaer og fælles elementer, som er evalueret på tværs.

For hvert af de fem projekter er der udarbejdet en unik forandringsteori og evalueret i forhold til unikke succeskriterier (se afsnit 3.1 nedenfor), mens der på tværs af projekterne er fokuseret på seks forskellige temaer (se afsnit 3.2).

3.2 Forandringsteori og succeskriterier

Initiativet til etableringen af tværfaglige teams vedrørende medicinering er opstået bl.a. på baggrund af en anerkendelse i Psykiatriudvalgets rapport fra 2013 af, at der på tværs af regionerne er stor utilsigtet variation i forbruget af psykofarmaka i behandlingen af psykiatriske patienter. Det endelige effektmål for afprøvningen af de tværfaglige teams, er derfor at øge kvaliteten af ordinationen og håndteringen af medicin til psykiatriske patienter, herunder at skabe mindre utilsigtet variation i forbruget af psykofarmaka mellem regionerne.

I relation til satspuljens overordnede mål med at afprøve indførelsen af tværfaglige medicinrådgivende teams, har COWI som en del af evalueringen fastlagt en overordnet forandringsteori, som beskriver de 'teoretiske' sammenhænge mellem aktiviteter, intenderede resultater og ønskede effekter i satspuljeprojekterne. I figuren nedenfor viser vi denne forandringsteori:

Tabel 3-1 Rationalet bag indsatsen illustreret via en effektkæde

Hovedaktiviteter (temaer) →	Intenderede Resultater →	Effekter
<ul style="list-style-type: none"> > Det tværfaglige team > Medicingennemgang > Kompetenceudvikling > Lægemedlerrådgivning > Medicinmonitorering > Patientinddragelse 	<ul style="list-style-type: none"> > Polyfarmaci reduceres > Reduktion af benzodiazepin > Reduktion af andel som modtager doser af psykofarmaka der overstiger det anbefalede > Styrket samarbejde 	<ul style="list-style-type: none"> > Bedre kvalitet i ordination og håndtering af medicin til psykiatriske patienter > Mindsket utilsigtet variation i forbrug af psykofarmaka

For at opnå dette, er det på kortere sigt målet, at regionerne skal reducere andelen af polyfarmaci patienter - hhv. patienter som behandles med angstdæmpende medicin⁶ i kombination med psykofarmaka, og patienter som modtager doser af psykofarmaka, der overstiger anbefalingerne u lægemidlernes produktresuméer, som de er godkendt af Lægemedelstyrelsen. Regionerne har forskellige måltal, men generelt forventedes det med projekterne, at andelen af disse patienter kunne reduceres med mellem 20 og 50 pct.

Projekterne og de igangsatte aktiviteter er overordnet set evalueret i forhold til, om de vurderes som relevante, om de er organiseret og implementeret hensigtsmæssigt, og hvilke resultater de har opnået. Derudover er hvert projekt vurderet op imod deres egne unikke succeskriterier, og der er i evalueringsprocessen udarbejdet unikke forandringsteorier for hvert af de fem projekter (se Bilag D).

3.3 Tematisk analysestruktur

De fem regionale projekter er forskellige. Der er derfor i evalueringen lagt vægt på at evaluere dem for sig – og i forhold til deres respektive indsatser og mål. Med henblik på samtidig at forsøge at uddrage tværgående læring fra projekterne er der i dataindsamling, analyse og evaluering også fokuseret på seks temaer, som går på tværs af projekterne:

- > Det tværfaglige medicinrådgivende team
- > Medicingennemgang
- > Kompetenceudvikling
- > Lægemedlerrådgivning
- > Medicinmonitorering
- > Patientinddragelse

⁶ Benzodiazepin

Der er dog ingen af de fem projekter, som dækker alle temaer. I tabellen herunder viser vi, hvilke temaer de forskellige projekter har dækket.

Tabel 3-2 Overblik over temaer dækket af projekterne i de fem regioner

	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden
Tema 1 Det tværfaglige medicinrådgivende team	X	X	X	X	
Tema 2 Medicingennemgang	X	X	X	X	X
Tema 3 Kompetenceudvikling	X	X		X	X
Tema 4 Lægemiddelrådgivning	X	X		X	
Tema 5 Medicinmonitoreringssystem	X				X
Tema 6 Patientinddragelse			X	X	X

Som tabellen viser, er medicingennemgang et tema, som indgår i alle fem regionale projekter. Derudover har de fleste projekter etableret et tværfagligt medicinrådgivende team og gennemført kompetenceudvikling.

3.4 Datagrundlag

Evalueringen bygger på både kvalitative og kvantitative data.

3.4.1 Kvalitativt datagrundlag

De kvalitative metoder og data er anvendt til at undersøge, hvilke processuelle forhold, der forventes at kunne forklare henholdsvis de positive og negative effekter af projekterne. Dette indebærer en vurdering af hvilke fremmende og hæmmende faktorer, der har spillet en rolle for projekternes resultater og effekter. Det kvalitative datagrundlag udgøres af henholdsvis regionernes egne selvevalueringer og statusrapporter og af fem casestudier - et for hvert regionsprojekt.

Selvevalueringsskemaer og statusrapporter

Projekterne har udarbejdet og fremsendt statusrapporter og selvevalueringsskemaer efter procedurer fastsat af evaluator. Rapporterne indeholder bl.a. informationer om regionernes implementeringsproces, herunder informationer om løbende ændringer og tilpasninger i projekterne. Derudover indeholder rapporterne informationer om interne og eksterne barrierer eller faciliterende faktorer og konkrete oplysninger om regionernes målopfyldelse ud fra de enkelte

projekters opstillede succeskriterier. Statusrapporterne er løbende delt med Sundhedsstyrelsen, og har bidraget til at sikre at projekterne har fulgt planerne.

Casestudier

Ultimo 2017 udarbejdede COWI et casestudie for hvert projekt. Alle fem case-studier er valideret igennem en hørings- og kommentarrunde i de respektive regioner og anvendes i evalueringsrapporten som en del af grundlaget for beskrivelse og evaluering af hvert projekt i kapitel 4.

Casestudierne bidrager med viden om regionernes erfaringer med de igangsatte aktiviteter, herunder viden om implementeringsprocessen og fagpersonernes oplevelse af aktiviteterne relevans. Derudover bidrager casestudierne med viden om og erfaring med projekternes organisering, samt overvejelser om projekternes forankring i regionen.

Casestudierne bygger på tre datakilder:

- > data fra interviews med relevante fagpersoner fra hver region (se oversigt i Bilag A)
- > indsats teorier som blev udarbejdet i forbindelse med indsatsernes opstart i 2015 (se Bilag D)
- > data fra selvevalueringsskemaer og statusrapporter.

Interviewene er gennemført ud fra en semistruktureret interviewguide (se Bilag B). Interviewene er udført som en kombination af individuelle- og fokusgruppe-interviews med relevante fagpersoner fra hver region. I alt er der gennemført 18 interviews med samlet set 50 personer.

3.4.2 Kvantitativt datagrundlag

Den kvantitative del af undersøgelsen er gennemført på grundlag af registerbaserede analyser. Analyserne er gennemført på grundlag af data fra: Landspati-entregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Befolkningsstatistikregisteret samt registeret vedr. Døde i Danmark. Registerne bidrager bl.a. med oplysninger om apotekernes udlevering af receptpligtig medicin og diagnoser i forbindelse med hospitalskontakter.

Analyserne har taget udgangspunkt i en datamodel til vurdering af ændringer i medicinforbruget, eller mere præcist af ændringer i den apoteksudleverede receptpligtige medicin. Modellen baserer sig på en allerede afprøvet model, udviklet af Pharmakon.

På grundlag af indikatorer som Sundhedsstyrelsen og COWI i samarbejde har skitseret for evalueringen, og som er baseret på Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler⁷, har analyserne haft fokus på:

- > At der kun i særlige tilfælde er anbefalet brug af kombination af mere end et antipsykotikum (polyfarmaci)
- > At der ikke anbefales brug af benzodiazepiner og antipsykotika i kombination udover den akutte fase (1-2 uger)
- > At der generelt ikke anbefales antipsykotika til demente patienter
- > Kombineret brug af antipsykotika og bivirkningsmedicin

Oprindeligt var det tanken, at registeranalyserne både skulle gennemføres som:

- > En før-efterundersøgelse af interventionsgruppens medicinforbrug
- > En case-kontrol undersøgelse af interventionsgruppens medicinforbrug i forhold til en sammenlignelig kontrolgruppes medicinforbrug (målt efter samme kriterier som ovennævnte før-efter-studie) med henblik på at vurdere, om udviklingen er en følge af interventionen eller en generel trend i behandlingen af psykiske lidelser

Det er imidlertid COWIs vurdering, at der på det foreliggende grundlag ikke kunne etableres en tilstrækkelig sammenlignelig kontrolgruppe, hvis medicinforbrug meningsfuldt kunne sammenholdes med interventionsgruppens medicinforbrug. Årsagen er, at udvælgelsen af patienter til interventionsgruppen i et vist omfang vurderes at have hvilet på subjektive eller uigennemskuelige kriterier⁸. Hertil kommer, at der var meget stor forskel på målgrupperne i de enkelte regioner. Derved var der ikke tilstrækkelig sikkerhed for, at der kunne udvælges en sammenlignelig kontrolgruppe på grundlag af registerbaserede oplysninger.

COWI besluttede derfor i samråd med Sundhedsstyrelsen, at de registerbaserede analyser alene skulle omfatte en før-efter undersøgelse af interventionsgruppens medicinforbrug (vedhæftet som rapportens Bilag C).

Før-efter studiet har også vist sig at være vanskeligt gennemførligt, fordi analyserne viste, at kun 12 % af udleveringerne af receptpligtig antipsykotisk medicin til målgruppen var forsynet med en doseringsvejledning i Lægemiddelstatistikregisteret. Det har betydet, at vi i praksis ikke har sikker viden om, hvor lang tid en medicinudlevering rækker. Vurderingen af, om de nævnte former for medicin er brugt i kombination, er derfor forbundet med betydelig usikkerhed. Dels fordi

⁷ Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 06/05/2014

⁸ Eksempel fra Region Hovedstaden: *"Derudover omfatter målgruppen også de patienter, som lægerne gennem projektet har rettet henvendelse til farmaceuterne om med specifikt ønske om udarbejdelse af en medicingennemgang."*
"I akutmodtagelsen er praksis, at farmaceuten screener alle ny-indlagte patienter på baggrund af det Fælles Medicinkort (FMK). Derefter deltager de i morgenkonferencen og prioriterer på det grundlag, hvilke patienter, der skal laves medicingennemgang for."

udleveret medicin ikke nødvendigvis bruges af patienten, og dels fordi vurderingen af overlap mellem forskellige typer af medicin er forbundet med stor usikkerhed som følge af manglen på doseringsvejledninger i registeret.

Generelt er det COWIs vurdering i samråd med Sundhedsstyrelsen, at de registerbaserede analyser derfor ikke er egnede til at drage endegyldige konklusioner om de behandlingsmæssige effekter af anvendelsen af medicingennemgangen og tværfaglige medicinrådgivende teams. Dertil har datagrundlaget vist sig at være for usikkert og ufuldstændigt. Samtidig er det opfattelsen, at den registerbaserede del af undersøgelsen under alle omstændigheder er værdifuld i forhold til at pege på muligheder og begrænsninger i de eksisterende registre og de forholdsregler og metodespørgsmål, man skal være opmærksom på, næste gang man vil gennemføre et tilsvarende studie.

4 Beskrivelse og konklusioner vedrørende de fem projekter

Regionerne har haft frihed til at udforme projekterne, hvilket har betydet, at der er store forskelle på de fem projekter, både hvad angår målgruppe, målsætninger, succeskriterier og aktiviteter.

Målgruppen for projekterne er primært fagpersoner og risikopatienter. Risikopatienter defineres forskelligt af regionerne, men er typisk patienter som modtager behandling med flere forskellige præparater (særligt flere former for psykofarmaka), patienter som behandles med særligt høje doser medicin, patienter som modtager kombinationsbehandling (både antipsykotika og benzodiazepiner), samt patienter over 65 år.

Projekternes aktiviteter

Medicingennemgangen, som er en central aktivitet i projekterne i alle fem regioner, er i overvejende grad gennemført af farmaceuter, hvis arbejde flere steder kvalitetssikres af f.eks. kliniske farmakologer eller det tværfaglige team. Derudover har flere regioner igangsat aktiviteter inden for hhv. kompetenceudvikling af læger, både på sygehus og i almen praksis, samt systematisk rådgivning målrettet læger i forbindelse med medicinregulering (f.eks. telefonrådgivning).

Alle regioner har sideløbende med afprøvningen af medicinrådgivende teams også deltaget i det nationale projekt "Sikker Psykiatri", som ligeledes har haft til formål at forbedre medicinering og medicingennemgang – dog i forbindelse med både psykiatriske og somatiske sygdomme. Det har derfor været et opmærksomhedspunkt for regionerne, at deltagelse i projektet "Sikker Psykiatri" blev tænkt sammen med etablering af de tværfaglige teams. Regionerne påpeger, at formålet med "Sikker Psykiatri" stemmer godt overens med formålet for etableringen af de tværfaglige teams, hvormed der er potentiale for, at der kan opstå synergieffekter som følge af at projekterne gennemførtes samtidig.

I afsnittene nedenfor beskriver vi hvert projekt⁹ og deres respektive resultater.

⁹ Beskrivelsen er baseret på evalueringens casestudie af hvert projekt. Casestudierne er valideret af projektlederne.

4.1 Region Hovedstaden¹⁰

Region Hovedstaden	
Indhold	<ul style="list-style-type: none"> > Farmaceuter gennemfører medicingennemgang af patienter i akutmodtagelsen > Farmaceuter tilknyttes sengeafsnit og ambulante enheder i regionen og udfører medicingennemgang > Projektet har været to-delt idet en del af den samlede bevilling er blevet givet til undervisning af læger indenfor almen medicin og psykiatri på Bornholms Hospital og Psykiatrisk Center Bornholm
Målgruppe	<ul style="list-style-type: none"> > Patienter med tilknytning til akutmodtagelsen i RHP samt risiko patienter > Læger i almen medicin samt alment praktiserende læger
Budget	11.978.601 kr.
Projektperiode	01.10.2014 til 31.12.2017

4.1.1 Formål og målgruppe

Formål

Region Hovedstadens projekt har haft til formål at opnå en højere kvalitet i ordination, justering og håndtering af medicin og dermed fokus på øget patientsikkerhed. Konkret har projektet haft til hensigt at reducere graden af polyfarmaci og at nedbringe brugen af benzodiazepiner ved at understøtte en lang række aktiviteter, som hospitalet i forvejen har implementeret med dette formål. Projektet er baseret på et tidligere pilotprojekt på PC Nordsjælland, som efterfølgende er overgået til drift, hvor en farmaceut gennemgår patienterne i akutmodtagelsens medicin.

Projektet har fokuseret på at udarbejde forslag til systematisk medicingennemgang på Regionens psykiatriske akutmodtagelser samt at tilknytte farmaceuter til sengeafsnit og de ambulante enheder, hvor der er et stort antal patienter med en kompleks medicinprofil.

Endelig har projektet i Region Hovedstaden indebåret en styrkelse af samarbejdet mellem Psykiatrisk Center Bornholm og Bornholms Hospital. Styrkelsen har bestået i undervisning hver anden måned gennem hele projektperioden af læger inden for specialerne almen medicin og psykiatri på Bornholms Hospital og Psykiatrisk Center Bornholm.

¹⁰ Casebeskrivelsen tager udgangspunkt dels i projektets indsatssteori og Regionens statusrapporter 2015 og 2016, dels i gennemførte interviews i forbindelse med slutevalueringen. Der er blevet gennemført fokusgruppeinterview med 2 farmaceuter, leder for farmaceuterne, centerleder for psykiatrisk center Glostrup, 2 læger ved hhv. akutmodtagelse og sengeafsnit samt projektleder for Region Hovedstadens projekt.

Succeskriterier

Regionen har haft følgende succeskriterier for projektet (projektets forandrings-teori er vedhæftet i Bilag D):

- > Medicingennemgang blandt 90 % af alle patienter, der er omfattet af inklusionskriterierne på akutmodtagelserne.
- > Andelen af patienter med polyfarmaci reduceres til 15 %
- > Andelen af patienter, der modtager benzodiazepiner, reduceres til 15 %
- > At 80 % af anbefalinger givet på baggrund af medicingennemgang gennemføres af læger
- > At 50 % af medicinamneserne opkvalificeres ved farmaceutens gennemgang
- > At identificerede potentielle lægemiddelrelaterede problemer, der identificeres ved medicingennemgang registreres.
- > Succeskriterier for indsatsen på Bornholm har været: At 75% af læger og andre samarbejdspartner på centret vurderer, at de er meget tilfredse eller tilfredse med ordningen og udbyttet af ansættelsen af en farmaceut i akutmodtagelsen.

Målgruppe

Målgruppen for projektet har været patienter, der indlægges på de psykiatriske akutmodtagelser i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP), og som er omfattet af de inkluderende kriterier, som er angivet i RHP's medicingennemgangsvejledning: "Der skal udføres medicingennemgang på alle patienter (indlagte og ambulante) i Region Hovedstadens Psykiatri, som opfylder 2 eller flere af nedenstående kriterier:

- > Alder \geq 65 år
- > Lægemidler \geq 6 unikke lægemidler*
- > I behandling med højrisikolægemidler (Risikolægemidler i Psykiatrien)
- > Er i kombinationsbehandling med antipsykotika og benzodiazepiner
- > Er diagnosticeret med lever- eller nyrelidelse"

Derudover omfatter målgruppen også de patienter, som lægerne gennem projektet har rettet henvendelse til farmaceuterne om med specifikt ønske om udarbejdelse af en medicingennemgang.

4.1.2 Kernelementer

Den samlede indsats har indeholdt følgende elementer:

Medicingennemgang

Ifølge projektbeskrivelsen har det været hensigten, at farmaceuten skulle medvirke til optagelse og validering af medicinamneser, lave medicingennemgang og dokumentere dette i et farmaceutnotat. Farmaceuternes notat skulle efterfølgende forelægges lægerne (mundtligt) og tilføjes til patientens journal. Derudover skulle farmaceuten deltage ved konferencerne med lægerne. Sekundært skulle farmaceuten have fokus på at understøtte og formidle den løbende monitorering af medicinanvendelse i medicinmonitoreringssystemet, konceptudvikle farmaceutiske konferencer samt understøtte udviklingen af fokuserede audits på medicinområdet. Endelig skulle farmaceuterne i forbindelse med FMK (Fælles

Medicinkort) fungere som ressourceperson for læger og sygeplejersker ved tvivlsspørgsmål ift. afstemning af patientens samlede medicinkort. Farmaceuterne har også spillet en aktiv rolle ifm. implementeringen af Sundhedsplatformen, primært med fokus på medicinområdet.

Hovedelementet i Region Hovedstadens indsats har været at gennemføre medicingennemgang på regionens psykiatriske akutmodtagelser. I akutmodtagelsen skal der ofte ændres på medicineringen, fordi patienterne er i en kritisk tilstand, og derfor vurderes det, at der er brug for farmaceuter på dette område

I akutmodtagelsen har praksis i projektperioden været, at farmaceuten screener alle ny-indlagte patienter på baggrund af det Fælles Medicinkort (FMK). Derefter deltager de i morgen-konferencen og prioriterer på det grundlag, hvilke patienter, der skal laves medicingennemgang for. Derefter taler farmaceuterne med patienterne (alternativt kontaktperson/pårørende, hvis patienten ikke er i stand til en samtale med farmaceuterne) og har efterfølgende dialog med lægen, inden farmaceuterne skriver notat om forslag til ændringer i medicineringen. Et notat som indgår i patientens journal.

I akutmodtagelsen har regionen desuden indført en 'medicinjusterende seng', hvor patienten får lov at ligge længere, således at der er tid til at diagnosticere patienten. Det betyder, at farmaceuten ligeledes har tid til at tale med patienten (eller kontaktpersonen) og kortlægge patientens medicinhistorik, inden der foretages justeringer i medicineringen.

Et andet element i indsatsen er tilknytning af farmaceuter til andre psykiatriske afdelinger, med et stort antal patienter med en kompleks medicinprofil. På nogle sengeafsnit er praksis, at farmaceuten screener alle ny-indlagte patienter på baggrund af det Fælles Medicinkort (FMK). Derefter deltager de i morgen-konferencen og prioriterer på det grundlag, hvilke patienter, der skal laves medicingennemgang for. På andre sengeafsnit bidrager farmaceuten til medicingennemgang på baggrund af konkrete henvendelser fra lægerne.

Det er fast praksis på sengeafsnittene, at farmaceuterne som led i medicingennemgangen har samtale med patienterne (alternativt kontaktperson/pårørende, hvis patienten ikke er i stand til en samtale med farmaceuterne). Derefter har farmaceuterne dialog med lægen om fundene inden farmaceuterne skriver notat om forslag til ændringer i medicineringen, som indgår i patientens journal.

Fælles Medicinkort (FMK)

I forhold til det Fælles Medicinkort (FMK) bidrager farmaceuterne til at gøre opmærksom på at få ryddet op i /opdatere systemet, hvor der bl.a. er mange ubrugte recepter.

Endelig ligger det som en del af indsatsen, at farmaceuten skulle have fokus på at understøtte og formidle den løbende monitorering af medicinanvendelse i medicinmonitoreringssystemet, konceptudvikle farmaceutiske konferencer samt understøtte udviklingen af fokuserede audits på medicinområdet.

Styrkelse af samarbejdet på Bornholm

Indsatsen på Bornholm har fokuseret på kompetenceudvikling i medicinsk behandling af psykiatriske patienter. Der har været afholdt 3

undervisningssessioner pr. år. Undervisningen har været case-baseret og har haft fokus på at kvalitetssikre behandling af psykiatriske patienter, der indlægges på medicinsk afdeling på Bornholms hospital. Desuden er der som supplement afholdt samarbejds møder - 4 møder det første år og ellers 5 sessioner pr. år. I 2016 blev der som supplement afholdt 2 klinisk farmakologiske dialogmøder på Psykiatrisk Center Bornholm.

Ud over samarbejds møderne, er der på Psykiatrisk Center Bornholm blevet afholdt kritiske medicingennemgange med klinisk farmakologisk overlæge med oplæg til det videre samarbejde. Der har været 25-30 læger til hvert af de afholdte møder i projektet, og ved de 2 kritiske medicingennemgange har deltagertallet været 5-10 læger fra Psykiatrisk Center Bornholm.

4.1.3 Resultater

Nedenfor redegør vi for projektets resultater hvad angår medicingennemgang, medicinmonitoreringssystem, patientinddragelse og kompetenceudvikling.

Medicingennemgang

Medicingennemgangen er gennemført ved at tilknytte farmaceuter til akutmodtagelsen på alle psykiatriske centre i regionen. De centrale aktører i projektet er Region Hovedstadens Psykiatri, klinikchefen og Region Hovedstadens Apotek, hvor farmaceuterne er ansat.

Fremgangsmåden i projektforløbet har været, at farmaceuten screener alle ny-indlagte patienter og efterfølgende besluttes det på morgenkonference, hvilke patienter der skal udføres medicingennemgang på. Farmaceuten taler med patienten eller de pårørende for at få indblik i patientens medicinhistorik og indgår i dialog med lægen. I den forbindelse er der indført en såkaldt medicinjusterende seng, hvor patienten får lov at ligge længere, for at farmaceuten har tid til at gennemgå patienten. Derefter udarbejder farmaceuten et notat om forslag til ændringer i medicineringen, som indgår i patientens journal.

Målgruppen for medicingennemgangen har været alle ny-indlagte patienter i akutmodtagelsen, men også patienter med en kompleks medicinprofil på andre psykiatriske afdelinger. Medicingennemgang i akutmodtagelsen vurderer lægerne som særligt relevant, da der ofte er behov for ændring af medicin, når patienterne er i en kritisk tilstand af deres sygdom. Derfor vurderer lægerne, at det er særligt relevant, at farmaceuterne indgår i arbejdet på akutmodtagelsen.

I akutmodtagelsen har det for både læger og farmaceuter givet stor værdi at have farmaceuterne tilknyttet, da det bidrager til sparring og til hurtigt at skabe overblik over patientens medicin. Lægerne vurderer, at farmaceuterne har et større overblik over medicin, hvilket giver en sikkerhed i forhold til medicineringen. Både farmaceut og læge fortæller, at de er rigtig glade for og har gode erfaringer med den 'medicinjusterende seng', fordi de vægter viden om patientens medicinhistorik højt i forbindelse med medicinjustering. Det er især givende i forhold til de komplicerede patienter med polyfarmaci:

"Når patienterne kommer ind akut sker det, at der skal laves omlægninger i medicineringen, og der kan det være smart at være med fra start og kunne give indspark til de planer, der bliver lagt" (farmaceut).

Også på sengeafsnittene er der stor tilfredshed med den måde farmaceuterne indgår på i projektet. Lægerne vurderer, at farmaceuternes input bidrager med kvalificeret faglig sparring, som giver øget kvalitet for patienterne. Samtidig frigiver farmaceuternes indsats lægeressourcer, som lægerne f.eks. kan bruge på ekstra tid med patienterne. Ligeledes har psykiaternes opgave ændret karakter således, at de ikke kun varetager den psykiatriske indsats, men også dele af den somatiske *"uden at det tager længere tid eller flere ressourcer"* (læge).

Af selvevalueringen fra 2016 fremgår, at regionen har tilbudt medicingennemgang til i alt 91 pct. af målgruppen. For de øvrige succeskriterier gælder:

- > Kriterie: 80% af anbefalinger givet på baggrund af medicingennemgangen gennemføres af læger. Målopfyldeelse jf. projektets afsluttende statusrapport: Overordnet gennemføres 58 pct. af anbefalingerne, som er givet på baggrund af medicingennemgangen.
- > Kriterie: 50% af medicinamneserne opkvalificeres ved farmaceutens gennemgang. Målopfyldeelse jf. projektets afsluttende statusrapport: Gennemsnitligt opkvalificeres 53 pct. af medicinamneserne ved farmaceutens gennemgang (dette tal baserer sig dog på kun tre af de i alt seks psykiatriske centre som indgår i projektet).
- > Kriterie: Potentielle lægemiddelrelaterede problemstillinger, der identificeres ved medicingennemgang skal registreres. Målopfyldeelse jf. projektets afsluttende statusrapport: Problemstillingerne registreres. I gennemsnit er 4,8 af de identificerede lægemiddelrelaterede problemstillinger blevet registreret.

Samlet vedrørende medicingennemgang er der sket en positiv udvikling i samarbejdet mellem læger og farmaceuter. Regionen har da også besluttet at fortsætte tilknytningen af kliniske farmaceuter i psykiatrien. Region Hovedstadens projektleder vurderer, at projektet har bidraget til, at flere patienter har fået gennemgået deres medicin, og har derved fået mere optimal medicinering. Farmaceuterne har dermed bidraget til at øge patientsikkerheden. Ligeledes vurderer både læger og farmaceuter, at farmaceuterne bidrager med kvalificeret faglig sparring, som giver øget kvalitet for patienterne. Farmaceuternes faglighed bevirker, at der hurtigt kan skabes et overblik over medicineringen. Dertil vurderes det, at farmaceuternes arbejde frigiver lægeressourcer, som lægerne f.eks. kan bruge på ekstra tid med patienterne.

Det betyder ikke, at der ikke er udfordringer, som skal løses og som man skal være opmærksomme på, når den type samarbejde introduceres og skal vedligeholdes fremadrettet. Udfordringerne er og har været:

- > Lægerne oplevede i starten farmaceuternes indblanding som kontrol. Gennem projektperioden har dette dog gradvist ændret sig. Udviklingen er sket

- i takt med at flere og flere læger har fået viden om og erfaringer med samarbejdet med farmaceuterne.
- > Projektets afsluttende statusrapport til evaluator viser, at farmaceuternes input kun sjældent anvendes til medicinjustering. Således viser også en audit, som Region Hovedstaden har gennemført, at farmaceuternes input ikke benyttes særlig ofte til medicinjustering. Dette kan være udtryk for at nogle læger stadig oplever farmaceuternes indblanding som kontrollerende. Samtidig er det sjældent den samme læge som følger patienten gennem hele forløbet, hvorfor ingen af lægerne føler sig særligt ansvarlige for at læse farmaceutens notat: *"Jeg var ikke klar over, at det primært var akutmodtagelsen, farmaceuterne besøgte. Der ligger et farmaceut-notat fra akutmodtagelsen, men jeg kan frygte at man ikke læser det på sengeafsnittet og så er det spildt arbejde" (læge fra sengeafsnit). "Nogle gange er der forskel på akut behandling og det, de skal have, når de kommer hjem. Hele behandlingen starter i akutmodtagelsen, men den ændrer sig. Det der sker i akutmodtagelsen er et øjebliksbillede. Når man ser dem 3 uger senere er det noget helt andet" (læge sengeafsnit).*
 - > Regionens indsats har ikke omfattet inddragelse af praktiserende læger, hvorfor farmaceuterne har oplevet en del forvirring fra praktiserende læger, der modtager et farmaceut notat om deres patient. Langsomt er de praktiserende lægers kendskab til farmaceuterne øget i takt med, at lægerne har modtaget farmaceutiske notater og efterfølgende har været i kontakt med farmaceuterne. Fra flere af disse læger, beretter farmaceuterne om positive tilbagemeldinger på indsatsen.
 - > Kommunikationen mellem aktørerne har været udfordrende. Der har været en uklar ansvarsfordeling og uklare kommunikationsveje. Udfordringen har været, at der for farmaceuterne har været for mange ledelsesmæssige aktører.

Medicinmonitoreringssystem

Region Hovedstaden har som en del af projektet etableret et medicinmonitoreringssystem. Den del af projektet har mødt store implementeringsmæssige udfordringer. Problemerne med systemet er løbende forsøgt løst. Systemet har været ude af drift siden april 2016, og det har derfor ikke muligt at genere de nødvendige data fra systemet. Det har blandt andet været en udfordring, at monitoreringssystemet ikke arbejder sammen med Sundhedsplatformen. Det forventes at få betydning for personalets anvendelse af systemet, da det at skulle dokumentere i flere IT-systemer kræver flere ressourcer, som kan forhindre personalet i netop at anvende medicinmonitoreringssystemet.

Patientinddragelse

Projektet har inddraget patienterne i forbindelse med medicingennemgangen. Dette foregår ved at farmaceuterne under medicingennemgangen er i direkte kontakt og dialog med patienten. Dermed får farmaceuten indblik i patientens medicinhistorik, som den opfattes fra patientens perspektiv, og dette indgår i farmaceutens samlede notat omkring forslag til medicinændringer.

Evalueringen viser, at patientinddragelse giver stor værdi til den samlede medicingennemgang. Dette bekræftes af både læger og farmaceuter, der oplever, at man ved at inddrage patientens perspektiv på sin medicinshistorik får et kvalitativt bedre farmaceutnotat.

Kompetenceudvikling

Et betydeligt element i projektet i Region Hovedstaden har været at styrke samarbejdet mellem Bornholms hospital og Psykiatrisk Center Bornholm. Formålet har været at skabe kompetenceudvikling i medicinsk behandling af psykiatiske patienter. Kompetenceudviklingen har indebåret undervisning med fokus på at kvalitetssikre behandling af psykiatiske patienter.

Der har været afholdt tre årlige undervisningssessioner i projektperioden. Foruden undervisning er der ligeledes blevet afholdt i alt 11 tværfaglige møder, hvor relevante medicinske problemstillinger er blevet diskuteret. På de tværfaglige møder har der været mellem 25-30 deltagere og i forbindelse med kritisk medicingennemgang har der været 5-10 deltagere på møderne. Antallet af møder er løbende justeret i projektperioden for at sikre deltagelse fra lægerne.

Undervisningen er karakteriseret ved, at den har været dialogbaseret og indeholdt mange kliniske cases, hvormed de tværfaglige møder kan opfattes som del af undervisningen. Foruden denne undervisning, har farmaceuterne på regionens andre psykiatiske centre til opgave at undervise læger på det psykiatiske center, som de er tilknyttet.

Det har været en udfordring for projektet for lægerne at prioritere at deltage i undervisningen. Men projektlederen vurderer, at der har været et stort incitament fra lægernes side til at deltage, *"idet emnet af mange fortsat opfattes som 'en brændende platform'".*

Det har været et succeskriterie for projektet at øge trygheden, tilfredsheden og samarbejdet blandt lægerne. Projektgruppen vurderer selv, at der er etableret et godt samarbejde mellem de tre sektorer (almen medicin og psykiatri på Bornholms Hospital og Psykiatrisk Center Bornholm). De regionale statusrapporter viser samtidig, at mellem 95 pct. og 97 pct. af deltagerne oplever undervisningen som enten meget relevant eller relevant for det kliniske arbejde. På den baggrund er det evalueringens konklusionen, at undervisningen har bidraget til et bedre samarbejde mellem lægerne.

4.2 Region Midtjylland

Region Midtjylland	
Indhold	<ul style="list-style-type: none"> > Medicingennemgang af farmaceuter > Kvalificering af farmaceuters medicingennemgang ved tværfagligt medicinteam > Tværfagligt møde med borgeren¹¹ på regionale og kommunale bosteder på baggrund af medicingennemgang
Målgruppe	> Voksne over 18 med en risikoprofil ¹²
Budget	6.696.153 kr. ¹³
Projektperiode	01.10.2014 til 31.12.2017

4.2.1 Formål og målgruppe

Formål

Formålet med projektet i Region Midtjylland, "*Tilbud til borgere, der er i behandling med antipsykotisk medicin*" har været at øge kvaliteten af den medicinske behandling for borgere, der får antipsykotiske lægemidler i kombination eller i doser, der overstiger det anbefalede.

Indsatsen har bestået af tværfaglig medicingennemgang ved et team bestående af farmaceut, psykiater, alment praktiserende læge og farmakolog.¹⁴ Borgerens alment praktiserende læge og psykiater har fulgt op på teamets anbefalinger sammen med borgeren og dennes kontaktperson, bostøttemedarbejder eller anden relevant kommunal medarbejder. Ud over at deltage i det tværfaglige møde, har borgerens perspektiv været inddraget ved, at borgeren har beskrevet symptomer forud for medicingennemgangen.

Målgruppe

Målgruppen i projektet er borgere fra primærsektoren, som både er borgere på bosteder og plejehjem og borgere i eget hjem med en risikoprofil. Målgruppen har været voksne over 18 år med risikoprofil i forbindelse med behandling med antipsykotisk medicin i eget hjem eller på botilbud. Målgruppen var ved projektets afsæt borgere med tre eller flere antipsykotika, og gruppen blev estimeret til cirka 600 borgere. På grund af vanskeligheder med at identificere borgerne i målgruppen blev målgruppen justeret til borgere med to eller flere antipsykotika. Den sidstnævnte målgruppes størrelse var ved projektafslutning opgjort til 3.267

¹¹ I alt 11 personer er interviewet. Interviewene er planlagt i samarbejde med projektlederne for projektet. I casestudiet indgår patient og pårørende perspektivet qua de statusrapporter projektet har udarbejdet til evaluator.

¹² Patienter med risikoprofil får: 1) Kombinationsbehandling med 3 eller flere antipsykotika og/eller 2) doser, der overstiger rekommandationerne

¹³ Dette var det oprindelige budget, men regionens forbrug var væsentligt lavere og samlet set på 4.886.540 kr.

¹⁴ Projektets faser og vejledninger til de involverede fagpersoner har i forbindelse med projektførelsen været beskrevet på sundhed.dk. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/indsatsomraader/tvaerfagligt-medicinteam/satspuljeprojekt/> (hentet 14.12.2017)

personer. Det har imidlertid fortsat været vanskeligt at identificere disse borgere (dette udfoldes yderligere nedenfor).

Rekruttering af borgere til projektet er gået gennem kommunerne. Man fravalgte udpegning af borgerne via alment praktiserende læger, som var den oprindelige strategi. Ifølge projektlederne skyldtes det praksislægernes vanskeligheder med elektronisk at fremsøge borgere med den medicinske risikoprofil.

Procesmål

Regionen har haft følgende procesmål for projektet (jf. indsats teorien):

- > at 90 % af inkluderede borgere i målgruppen med bopæl på regionale og kommunale bosteder deltager i møde med multidisciplinært team på bostedet 1 gang i løbet af projektperioden omkring deres lægemiddelbehandling
- > at 90 % af inkluderede borgere i målgruppen med bopæl uden for bostederne får foretaget medicingennemgang 1 gange i løbet af projektperioden og deltager i konsultation om deres medicingennemgang hos deres praktiserende læge

Procesmålene har haft henblik på:

- > at antallet af inkluderede borgere i målgruppen i kombinationsbehandling med 3 eller flere antipsykotika ved projektafslutning er halveret
- > at antallet af inkluderede borgere i målgruppen i behandling med antipsykotika i doser, der overstiger rekommandationerne ved projektafslutning er halveret.

4.2.2 Kernelementer

I dette afsnit beskriver vi indsatsens elementer nærmere under to overskrifter (i) *medicingennemgang og det tværfaglige medicinrådgivende team* og (ii) *tværfagligt møde med borgeren*.¹⁵

Medicingennemgang og det tværfaglige medicinrådgivende team

Farmaceutisk medicingennemgang

I projektet foregår medicingennemgangen ved et tværfagligt team bestående af en farmaceut, psykiater, alment praktiserende læge og farmakolog. Forud for

¹⁵ Evalueringen har som beskrevet i metodekapitlet (kapitel 3) anvendt en analytisk tilgang til de fem projekter, hvor der skelnes mellem seks temaer. Projektet i Region Midtjylland gennemfører aktiviteter indenfor tre af disse temaer: medicingennemgang, det tværfaglige medicinrådgivende team og patientinddragelse. I praksis giver denne tematisk opdeling ikke mening, da man i projektet i store træk har gennemført aktiviteter under alle tre temaer som én samlet indsats. Derfor gennemgås casen i det følgende under overskrifterne 1) medicingennemgang og det tværfaglige medicinrådgivende team og 2) patientinddragelse: det tværfaglige møde med borgeren. Der vil dog være overlap mellem afsnittene.

teamets gennemgang, har en farmaceut gennemgået patientens medicin, og er kommet med konkrete ændringsforslag.

Farmaceuten har gennemgået patientens historik ved journalopslag, og har for eksempel påpeget interaktioner, uhensigtsmæssige doser og præparater, hvor symptomerne eller diagnosen ikke har fremgået. Farmaceuten har i sin medicingennemgang også taget afsæt i skemaer fra borgeren om vedkommendes symptomer og egne oplevelser. Borgeren har udfyldt disse symptomskemaer i samarbejde med sin kontaktperson, bostøtte- eller anden medarbejder. Farmaceuten har herefter kunnet vurdere, om symptomerne har været lægemiddelrelaterede. Gennemgangen har omhandlet både somatisk og psykiatrisk medicin.

Medicinteamets medicingennemgang

Farmaceuten har sendt sine foreløbige anbefalinger videre til det tværfaglige medicinteam, som har drøftet og kvalificeret anbefalingerne. Medicinteamet har bestået af en farmaceut, en farmakolog, en alment praktiserende læge og en psykiater. Medicinteamet har på hvert møde gennemgået en række cases, som er blevet sendt fra farmaceuten. De har forberedt sig dels ved at læse farmaceutens gennemgang og forslag og dels ved opslag i patientens journal. På baggrund af medicinteamets drøftelser på mødet, har de samlet resultatet af medicingennemgangen i et notat med en indledende konklusion på en halv til en hel side med prioriterede anbefalinger til medicinjusteringer. Dette notat er blevet sendt videre til patientens praktiserende læge og eventuelt psykiater, som er blevet inviteret til et tværfagligt møde med borgeren.

Tværfagligt møde med borgeren

Borgerens praktiserende læge og eventuelle psykiater har modtaget notatet med medicingennemgangen og medicinteamets anbefalinger, og de er blevet inviteret til et tværfagligt møde sammen med borgeren og borgerens kontaktperson/bostøtte og eventuelt den medicinansvarlige medarbejder. Formålet med de opfølgende møder har været, at psykiater, alment praktiserende læge og borgeren, eventuelt hjulpet af kontaktperson/bostøttens medicinansvarlige medarbejder, sammen tager stilling til de foreslåede ændringer og koordinerer opfølgningen. På baggrund af drøftelserne på mødet, er det den praktiserende læges ansvar at igangsætte ændringerne og f.eks. lave en udtrappingsplan, hvis dette er blevet besluttet.

4.2.3 Resultater¹⁶

Medicingennemgang og Det tværfaglige medicinrådgivende team

Udfordrende at rekruttere målgruppen

Det har i projektet været en udfordring at rekruttere borgere til medicingennemgang og særligt svært at identificere borgere i eget hjem, som udgør langt størstedelen af målgruppen. Dette bunder i, at det er svært at få indsigt i borgerens medicinoplysninger, når de ikke er tilknyttet sygehuset eller et bosted. Nogle

¹⁶ Projektet er selvstændigt blevet evalueret. Rapporten kan findes her: https://www.researchgate.net/publication/324357892_Tvaerfaglig_medicingennemgang_-_et_tilbud_i_Region_Midtjylland_til_borgere_der_er_i_behandling_med_antipsykotisk_medicin

borgere har tilknyttet en bostøttemedarbejder, men de har ikke adgang til borgerens medicinoplysninger og derfor har de ikke kunnet bidrage til at identificere relevante borgere.

Hos nogle borgere i eget hjem kommer hjemmeplejen og hjælper med medicinadministration. Projektledelsen har i samarbejde med en af kommunerne afprøvet at lave datatræk via hjemmeplejens journalsystem. Dette var muligt, men da sundhedsloven ikke tillader, at listen med disse borgere blev udleveret til den kommunale socialpsykiatri, kræver det at hjemmesygeplejerskerne informerer borgerne om tilbuddet om medicingennemgang og indhenter deres samtykke, hvilket vanskeliggør identifikation af borgere i målgruppen. Øvrige kommuner blev informeret om muligheden for at identificere borgere via hjemmeplejen, men meldte tilbage, at de ikke kunne foretage de samme datatræk i deres hjemmepleje, eller at hjemmeplejen ikke havde ressourcer til at medvirke.

Projektgruppen har anvendt meget tid i forsøg på at identificere den del af målgruppen uden stort held. Det har betydet, at der kun er blevet udført et begrænset antal medicingennemgange.

Relevant tværfaglighed

Medicintemaet er positivt indstillet over for den tværfaglige form, de har arbejdet i, hvor de har siddet sammen og gennemgået borgernes medicinering og farmaceutens oplæg. Derved har de haft flere "vinkler på". Repræsentanterne fra medicintemaet peger på, at de har anskuet medicinering angående psykiatri og somatik samlet, hvilket ellers sjældent sker til trods for, at præparaterne ofte interagerer med hinanden. En justering i psykofarmaka, vil således ofte kræve justering i den somatiske medicin. Farmakologen nævner, hvordan mange medicingennemgange ikke foregår samlet som i dette projekt:

"...somatikken bliver holdt her og psykiatrien holdt der, og der er ikke rigtig noget sammenspil. Så der er rigtig meget, der falder i midten. Her sidder vi sammen og kan sparre og diskutere med hinanden, så det der hul bliver ligesom lukket." (Farmakolog i Medicinteamet, Region Midtjylland)

Derudover vurderer farmaceuten, som udfører den indledende medicingennemgang, at det er en stor fordel, at gennemgangen har skullet overleveres til både psykiater og alment praktiserende læge.

Noget at komme efter

Medicinteamet fortæller, at de har haft mange og lærerige drøftelser i deres gennemgang af borgernes medicin. Det har så godt som hver gang handlet om nedjustering eller udtrapning af medicin. De vurderer, at det har været yderst relevant for disse borgere, at der er blevet kigget på medicinen. Der har *"været noget at komme efter"*, som de siger.

Medicingennemgang er blevet tilbudt både til borgere på bosteder og i eget hjem. Ifølge selvevalueringen havde henholdsvis 55 pct. og 0 pct. af målgruppen modtaget medicingennemgang ved status i 2016, i 2017 var disse andele steget til henholdsvis 81 pct. og 93 pct. Succeskriteriet var at 90 pct. af målgruppen modtog medicingennemgang og dette kriterier er opfyldt for borgere i eget hjem, men ikke for borgere på bosteder.

Opfølgning

Medicintemaet er ikke vidende om, hvorvidt medicingennemgangen fører til ændringer for de involverede borgere: Farmakologen siger for eksempel:

"Én ting er en skrivebordsøvelse, noget andet er praksis." (Medicinteamet)

Projektlederne konstaterer på linje hermed, at de inden for projektperioden ikke opnår meget viden om opfølgningen på medicingennemgangene. De peger på, at justeringer i borgernes medicin i mange tilfælde vil ske over lang tid. Som led i den regionale evaluering har man sat sig for at følge enkelte af de involverede borgere i nogle måneder efter det tværfaglige møde.

Mere end almindelig medicingennemgang

En af de kommunale tovholdere vurderer, at denne form for medicingennemgang er mere end en almindelig medicingennemgang:

"Og det er det, jeg synes er så fantastisk ved det her projekt. Det at der bliver gået i dybden. Selvfølgelig ved jeg godt, at man kan sige at beboeren skal gå ned til sin læge og få en medicingennemgang, men det er slet ikke det samme." (tovholder, kommune)

Tovholderne fortæller, at der er forskel på samarbejdet med borgerens egen læge. Nogle alment praktiserende læger har mere fokus på og interesse for psykiatriområdet, oplever de. Der er forskel på, hvordan de prioriterer opfølgningen på medicingennemgangen. En af tovholderne fortæller, at en læge, efter at have modtaget medicingennemgangen fra Medicinteamet, blot havde ringet til borgeren for at følge op.

Generelt oplever denne tovholder, som er fra et botilbud, at der for deres beboere er kommet meget frem i lyset i kraft af medicingennemgangen, og nævner et eksempel med en borger, hvor der viste sig at være 13 forhold vedrørende medicinen, som de nu er i gang med at ændre på. Blandt andet skal borgeren hjælpes til at få undersøgt en somatisk lidelse, som er kendt, men aldrig undersøgt.

Derudover er inddragelse af borgeren ligeledes unikt for projektet, hvor flere af kommune repræsentanterne vurderer det som ekstremt vigtigt at borgeren selv deltager i det opfølgende møde om medicingennemgangen, da selvbestemmelse er en forudsætning for arbejdet i den kommunale del af psykiatrien.

Antal tværfaglige møder i projektet

Projektledernes opgørelse pr. 6. december 2017 viser, at der har været 100 inkluderede borgere i projektet. 18 borgere er enten meldt fra igen, er døde, blevet indlagt eller andet. For 15 af de 82 inkluderede borgere er det tværfaglige møde under planlægning eller man afventer notatet fra Medicinteamet.

52 af de 67 resterende borgere bor i botilbud, 15 bor i egen bolig. Opgørelsen viser, at for størsteparten af de inkluderede borgere har der været afholdt et tværfagligt møde med borgerens praktiserende læge og/eller psykiater med henblik på at drøfte Medicinteamets notat.

Procesmålene lagde op til, at borgere i botilbud havde tilknyttet psykiater – så der kunne holdes et møde med begge parter, mens der blev lagt op til, at der

for borgere i eget hjem blev holdt et møde med den alment praktiserende læge alene. I praksis viste det sig, at de inkluderede borgere i eget hjem havde psykiater tilknyttet i ligeså høj grad, som de inkluderede borgere i botilbud. Møderne har i mange tilfælde været tværfaglige eller i nogle tilfælde været afholdt med den alment praktiserende læge eller psykiateren alene. Deltagelsen i de tværfaglige møder har været følgende:

- > Borgere i botilbud (52)
- > Psykiater og læge: 39
- > Psykiater: 6
- > Læge: 4 (heraf er der 3 uden psykiater tilknyttet)
- > Ikke møde: 3 (for syge til et møde)

Der er holdt møde med 49 borgere, der bor i botilbud. Tre borgere var for syge til, at der kunne afholdes et møde med dem. I 39 tilfælde har borgerens egen læge og psykiater deltaget, dertil kommer tre, hvor det kun var muligt med egen læge, fordi de ikke havde tilknyttet en psykiater, det vil sige målopfyldelse (om deltagelse af læge og psykiater) i 42 ud af 49 tilfælde (86 %). I seks tilfælde har psykiateren deltaget i mødet med borgeren og dennes kontaktperson/bostøtte eller den medicinansvarlige medarbejder.

- > Borgere i egen bolig (15)
- > Psykiater og læge: 6
- > Psykiater: 4
- > Læge: 4 (heraf er der 3 uden psykiater tilknyttet)
- > Ikke møde: 1 (for syg til møde)

Der er holdt møde med 14 borgere, der bor i egen bolig, da en var for syg til, at der kunne holdes et møde. Hvis målopfyldelse vurderes ud fra, om borgerens alment praktiserende læge har deltaget, er det tilfældet i 10 ud af 14 tilfælde (71 %). I seks tilfælde har borgerens egen læge og psykiater deltaget (43 %). I fire tilfælde har psykiateren alene deltaget i mødet med borgeren og dennes kontaktperson/bostøtte eller den medicinansvarlige medarbejder.

Ud fra den betragtning, at de inkluderede borgere viste sig i lige høj grad at have psykiater tilknyttet, hvad enten de boede i botilbud eller i eget hjem, er det relevant at se på, i hvilken grad møderne er holdt med *både* psykiater og borgernes egen læge. Samlet set 57 borgere haft en psykiater tilknyttet. I 45 af disse tilfælde har både alment praktiserende læge og psykiater deltaget. Den samlede målopfyldelse i forhold til tværfagligt fremmøde er således 79 %.¹⁷

Det fremgår af interview med kommunerne, at der er tilfælde, hvor en anden behandler end psykiateren har deltaget fra distriktpsychiatrien, eksempelvis en

-
- > Der foreligger ikke data ved projektafslutning vedr. målene om at halvere antal inkluderede borgere i kombinationsbehandling med 3 eller flere anti-psykotika og antallet af inkluderede borgere i behandling med antipsykotika i doser, der overstiger rekommandationerne.

sygeplejerske. Denne har så drøftet resultaterne med borgerens psykiater før og efter det tværfaglige møde.

Svingende opbakning til de tværfaglige møder

Kommunerne og projektlederne har oplevet en forskel på de alment praktiserende lægers opbakning til projektinitiativet, ligesom psykiaternes inddragelse i nogle tilfælde har været vanskelig. I den forbindelse nævner flere den problemstilling, at der i den vestlige del af regionen er få og skiftende psykiatere. Erfaringen i kommunerne er, at der er stor variation i, hvor interesserede lægerne er i at have med borgere med psykiske lidelser at gøre, og at det fremmer behandlingen betragteligt, når den alment praktiserende læge har et kendskab til psykiatrien. Den manglende opbakning kan ligeledes hænge sammen med, at de praktiserende læger er tidspressede.

"Det er jo ikke fordi, at de praktiserende læger og de psykiatere, der findes derude, ikke kan gøre det her, hvis de selv havde tiden. Men problemet er, at de ikke har tiden. Vi kunne gøre det, fordi vi blev begunstiget og fik tid til at gøre det, for det er megatungt at gå tilbage og kæmme den her patient. Men der er bare ingen, der har tid." (Farmakolog)

Projektlederne fortæller, at de praksislæger og psykiatere, der har været inddraget i medicingennemgangene, overordnet set har taget positivt imod invitationen og deltaget aktivt og engageret på de tværfaglige møder.

Patientinddragelse: Det tværfaglige møde med borgeren

I Region Midtjylland inddrages borgeren i medicingennemgangen, dels ved at udfylde spørgeskemaer, som farmaceuten tager udgangspunkt i, i den indledende medicingennemgang og dels ved at borgeren indgår i et tværfagligt møde. Gennem projektet har møderne i mange tilfælde har været tværfaglige, men i enkelte tilfælde har det kun været den praktiserende læge eller psykiater, der har deltaget. Karakteristisk er dog at borgeren altid har været tilstede.

Inddragelsen af borgeren gennem spørgeskemaer finder farmaceuterne meget værdifuldt, da det bidrager med vigtig information til medicingennemgange:

"Jeg synes, det har været helt fantastisk som farmaceut at sidde og lave en medicingennemgang, som er på baggrund af de spørgeskemaer, der har været ude ved patienterne. Altså, hvor vi får patientens perspektiv: Hvordan føler de, at de har det nu? Vi har spurgt til symptombilledet. Og så sidder patienterne og pædagogerne ude på bostederne, og hvor vi så har spurgt: hvordan har du det, hvordan ser det ud?" (Farmaceut i Medicinteamet)

Borgerens deltagelse

De interviewede repræsentanter fra kommunen vurderer at det er ekstremt vigtigt at borgeren selv deltager i det opfølgende møde, særligt fordi borgerens selvbestemmelse er en forudsætning i den kommunale del af psykiatrien. Derudover er en positiv effekt af tiltaget også at patienterne i højere grad føler sig taget alvorligt og respekteret, ifølge en psykiater.

Tiltaget opleves af flere praktiserende læger som særligt tidskrævende, da de skal bruge mødetid med en enkelt patient. Dog vurderer de også at mødet

bidrager med meget. De kommunale repræsentanter forklarer også at nogle praktiserende læger har mere interesse for psykiatrien end andre og det påvirker deres villighed til at prioritere det opfølgende møde.

De tværfaglige møder med deltagelse af borgeren, en psykiater, almen praksis, en kommunal medarbejder har særligt stået for opfølgning på medicingennemgangen og samarbejdet har skabt en stærkere relation mellem parterne, hvor borgeren har været i centrum. Som en del af projektet har man indgået en aftale mellem Region Midtjylland og PLO-Midtjylland om den alment praktiserende læges honorar samt ydelseskoder for deltagelse i projektet. Kommunerne har organiseret sig forskelligt i forhold til, hvem af medarbejderne, der har deltaget i de tværfaglige møder. Som oftest har den person, som har den tætteste relation til borgeren (kontaktperson/bostøtte) deltaget. I flere tilfælde har en medicinsvarlig medarbejder også deltaget.

Denne opfølgning er afgørende for udbyttet af medicingennemgangen, idet psykiater og alment praktiserende læge skal justere medicinen. I den forbindelse er en særlig vigtig overvejelse, at opfølgningen kræver en særlig indsats.

Styrkede relationer

De involverede fagpersoner peger på, at relationerne mellem dem styrkes gennem det tværfaglige møde. En af tovholderne, der har deltaget på de tværfaglige møder, oplever, at den distriktssygeplejerske, som har været med fra psykiatrien, og den alment praktiserende læge får etableret et vigtigt samarbejde, som ellers ikke eksisterer:

"Det var fantastisk at se de to, som ikke anede hvem hinanden var, da de mødtes der." (tovholder, kommune)

Psykiateren, som har haft patienter med i projektet, vurderer, at det tværfaglige møde har medvirket til at styrke relationen mellem psykiateren, botilbuddet og borgeren. De har lært, hvordan de kan bruge hinanden:

"De [medarbejderne i kommunen] kan beskrive hvordan de har oplevet ham [borgeren]. Sådan plejer vi også at samarbejde, men der har været større fokus på det, og på, hvordan de skal observere ham, hvornår de skal kalde på mig. [...] Kontaktpersonen har meget mere kontakt end mig, observerer ham 24 timer, hvor jeg ser ham i en halv time." (Psykiater)

Samarbejdet med patientens egen læge kan tillige styrkes på disse møder fortæller psykiateren, som vurderer, at et enkelt fysisk møde kan være tilstrækkeligt for at forbedre den fremadrettede kommunikation og samarbejdet om justeringer af medicinen. Når man har mødt hinanden en gang, kan resten i mange tilfælde foregå på skrift, lyder det fra psykiateren. Den alment praktiserende læge, som har indgået i medicinteamet, ser en udfordring i at praksislæger skal bruge mødetid på enkelte patienter, men vurderer på linje med psykiateren, at et enkelt møde i mange tilfælde kan bidrage med meget. Projektlederne fortæller, hvordan de har oplevet, at de deltagende psykiatere og alment praktiserende læger har bakket aktivt op om mødet.

På linje med medicinteamet ser psykiateren det som et problem, at somatisk og psykiatrisk medicinering ofte ikke afstemmes med hinanden. Psykiateren fortæller, at patienter efter en indlæggelse i behandlingspsykiatrien ofte undlader at opsøge deres egen læge. Dette vil der ellers ofte være brug for, da deres psykiatriske medicinering kan være ændret betragteligt, og dette bør afstemmes med borgerens øvrige medicinering.

4.3 Region Sjælland

Region Sjælland	
Indhold	<ul style="list-style-type: none"> > Farmaceutisk oplæg til medicingennemgang i både primær og sekundærsektor > Kvalificering af farmaceuters medicingennemgang ved kliniske farmakolog > Rådgivning af fagpersoner gennem multidisciplinært team > Undervisningstilbud til læger > Klinisk farmakologisk rådgivning til læger gennem telefonlinje og årlige farmakologiske dialogmøder
Målgruppe	<ul style="list-style-type: none"> > Ældre medicinske polyfarmacipatienter over 65 år i behandling i ældrepsykiatrien > Polyfarmacipatienter med skizofrenidiagnose > Speciallæger og personale på plejehjem/bosteder
Budget	7.435.000 kr.
Projektperiode	01.11.2014 til 31.12.2017

4.3.1 Formål og målgruppe

Formål

Formålet med projektet i Region Sjælland har været tredelt:

- 1 Etablere en lægemiddelrådgivning (hotline), som kan yde faglig sparring og opsamling af problemer vedrørende (somatisk og psykiatrisk) medicinering af psykiatriske patienter i primær og sekundær sektor. Desuden skal der årligt være farmakologiske dialogmøder med de seks kliniske afdelinger i Psykiatrien.
- 2 Tilbud om medicingennemgang med support fra det multidisciplinære medicinrådgivningsteam, for psykiatriske polyfarmacipatienter ≥ 65 år, og for polyfarmacipatienter med diagnosen skizofreni.
- 3 Kompetenceløft i form af efteruddannelse for flere målgrupper.

Målgruppe

Målgruppen blev i udgangspunktet defineret som borgere i Psykiatrien såvel som på plejehjem og bosteder. Inklusionskriterier for projektet var indledningsvist:

- > Borgere med en skizofrenidiagnose, der enten får 2 eller flere antipsykotika samtidigt, eller får 1 antipsykotikum og 5 andre lægemidler.
- > Borgere ≥ 65 år, der får 2 eller flere antipsykotika eller 1 antipsykotikum og 5 andre lægemidler samtidigt.

Succeskriterier

I Region Sjælland er følgende succeskriterier blevet opstillet:

- > Etablering af en lægemiddelrådgivning (Hotline), der årligt modtager 100 henvendelser.

- > Afholdes af farmakologiske dialogmøder
- > Medicingennemgang for 120 psykiatriske polyfarmacipatienter over 65 år i projektperioden
- > Medicingennemgang for 180 polyfarmacipatienter med skizofreni-diagnose i projektperioden
- > Kompetenceløft i form af efteruddannelse for flere målgrupper

4.3.2 Kernelementer

De dele af projektet, der rettede sig mod borgere i plejehjem og på botilbud blev efterfølgende – i dialog med Sundhedsstyrelsen – taget ud af projektet. Målgruppen for medicingennemgangen har herefter været patienter i Psykiatrien. Målgruppen har hovedsageligt været indlagte patienter, men i 2017 er der også opnået erfaring med farmaceutiske oplæg til medicingennemgang vedrørende patienter i ambulant behandling.

Nedenfor beskrives projektets elementer.

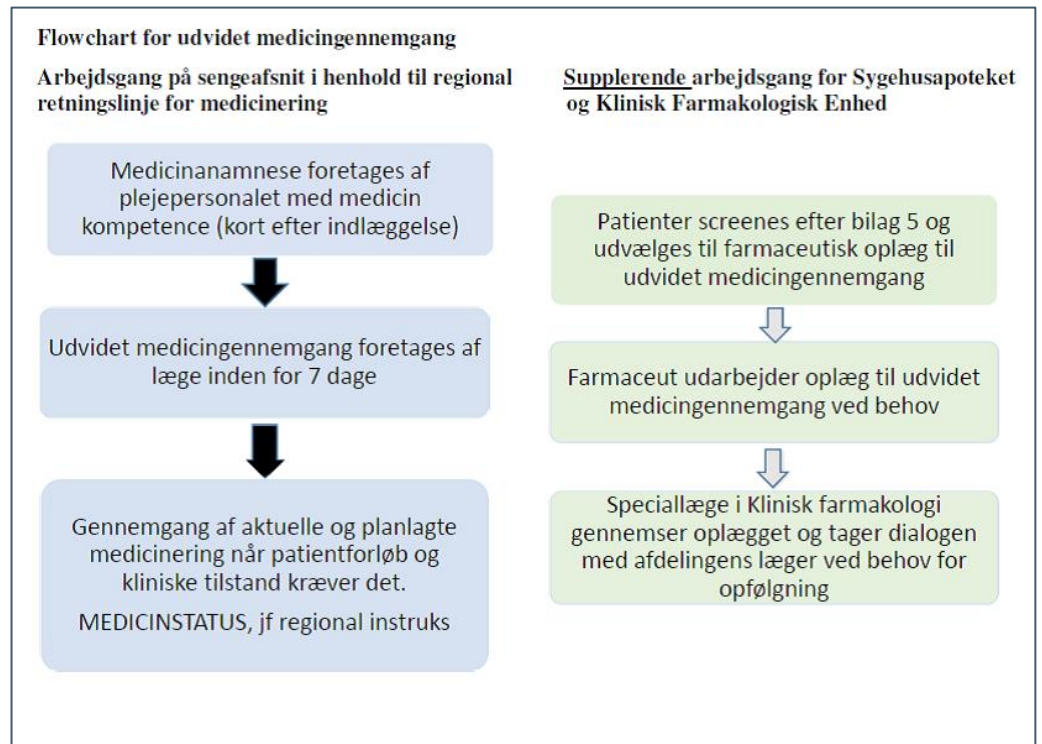
Medicingennemgang: farmaceutens oplæg

I projektets leveår har der været stigende fokus på sikker medicinering i Psykiatrien. I forbindelse med implementering af medicinpakken i projektet Sikker Psykiatri blev i 2016 nedsat et Medicinagligt ekspertteam, som har skullet understøtte udvidet medicingennemgang i Psykiatrien i Region Sjælland. I den forbindelse er udviklet en retningslinje "Sikker medicinering – udvidet medicingennemgang for indlagte patienter i Psykiatrien, Region Sjælland"¹⁸. Retningslinjen omfatter udvidet medicingennemgang på alle regionens psykiatriske sengeafdelinger på alle patienter, der er indlagt mere end 48 timer, og retningslinjen omfatter farmaceutiske oplæg til medicingennemgang for farmakologiske risikopatienter.

Projektets farmaceuter har haft base på Sygehusapoteket i Region Sjælland, hvorfra de ved journalopslag gennemgår patienternes medicinering og udarbejder farmaceutiske oplæg til medicingennemgang. Det hedder netop *oplæg* til medicingennemgang for at adskille farmaceutens bidrag fra medicingennemgangen, som er lægens ansvarsområde. Som beskrevet i nedenstående flowchart fra den udarbejdede retningslinje er det farmaceutiske oplæg et supplement til lægernes udvidede medicingennemgang.

¹⁸ Retningslinjen kan ses her: <http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?Do- kID=506829&q=sikker%20medicinering%20udvidet%20medicingennemgang> (hentet 20.12.2017)

Figur 1 Flowchart for udvidet medicingennemgang i Region Sjælland



Kilde: Psykiatrien, Region Sjælland¹⁹

Rekrutteringen af patienterne blev undervejs standardiseret og er siden oktober 2016 foregået ved, at medicinservicefarmakonomer fra Sygehusapoteket screener patienterne ud fra opstillede kriterier, som er følgende:

- > ≥5 lægemidler
- > ≥2 antipsykotika
- > ≥2 antidepressiva
- > Samtidig behandling med antipsykotika og benzodiazepiner uden seponeringsdato
- > Behandling med risikolægemidler (TCA, Lithium, Valproat, Clozapin)

I løbet af projektets første år besluttede Psykiatrilæden, at farmaceutens oplæg til medicingennemgang altid skulle dokumenteres i journalen. Af retningslinjen fremgår den standardtekst, som farmaceuterne altid introducerer deres oplæg med, hvor det præciseres, at det er lægen, der træffer beslutninger vedrørende medicin:

"Dette oplæg er udarbejdet af en farmaceut på baggrund af generel viden om lægemidlerne. Det er til enhver tid den lægelige vurdering der er gældende i forhold til behandlingen af den enkelte patient."
 (Retningslinje, Udvidet medicingennemgang for indlagte patienter i Psykiatrien, Region Sjælland)

Det blev i projektforløbet også besluttet, at farmaceuterne skulle prioritere at gennemføre deres oplæg til medicingennemgang, og at de kliniske farmakologer

¹⁹ Ibid.

skulle tage en eventuel dialog med klinikken om et farmaceutisk oplæg. Modellen fra oktober 2016 til projektafslutningen blev, at alle farmaceutiske oplæg gennemgås af en af de kliniske farmakologer, som vurderer om der skal ske yderligere opfølgning. I så fald er det den kliniske farmakolog, der retter henvendelse til den behandlingsansvarlige læge i Psykiatrien.

Det tværfaglige medicinrådgivende team: Farmakologiske dialogmøder
De farmakologiske dialogmøder er møder af ca. 45 minutters varighed, hvor den kliniske farmakolog etablerer en dialog med afdelingens læger om to aktuelle og farmakologisk komplicerede cases. Konceptet findes tilsvarende i Region Hovedstadens Psykiatri, fortæller den kliniske farmakolog, der også har afholdt dialogmøder der. Der har været lagt op til, at de farmakologiske dialogmøder har skullet afholdes tre gange årligt på de seks kliniske afdelinger. Afdelingerne har skullet sende patientcases ud fra en beskrevet skabelon til Klinisk Farmakologisk Enhed.

Kompetenceudvikling: Undervisningstilbud til læger

Et af formålene med projektet var at skabe et kompetenceløft gennem efteruddannelse af flere målgrupper, dvs. både læger i Psykiatrien og alment praktiserende læger. Speciallæger i klinisk farmakologi fra Klinisk Farmakologisk Enhed har stået for en række undervisningstilbud i projektføreløbet rettet mod lægerne i Psykiatrien og alment praktiserende læger.

Lægemedelrådgivning: Klinisk farmakologisk rådgivning til læger

En aktivitet i projektet har været at oprette en klinisk farmakologisk rådgivning til læger både i primær og sekundærsektoren. Til det formål er Psykiatriens Medicininformation blevet oprettet. Psykiatriens Medicininformation er en telefonrådgivning, der startede som en del af projektet den 1. maj 2015. Psykiatriens Medicininformation, som har været betjent af speciallæger ved Klinisk Farmakologisk Enhed og som kan kontaktes telefonisk og på mail.²⁰

4.3.3 Resultater

Medicingennemgang: Farmaceutisk oplæg til medicingennemgang

I Region Sjælland fungerer farmaceuternes medicingennemgang som et supplement til den udvidede medicingennemgang af lægerne²¹. Alle medicingennemgange, som udføres af farmaceuter, bliver kvalificeret af kliniske farmakologer, som er ansvarlige for at tage ændringsforslag med videre til den behandlingsansvarlige læge.

En ledende overlæge fra Psykiatrien fortæller, at de oplever, at de farmaceutiske oplæg adskiller sig fra lægernes medicingennemgang: de to dele foregår i forskellige processer, jf. retningslinjen. I forbindelse med implementering af

²⁰ http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/psykiatriens-medicinprojekt/Sider/Psykiatriens-Medicininformation.aspx (hentet 19.12.2017)

²¹ Region Sjælland har med projektet Sikker Psykiatri i forvejen et udvidet fokus på styrkelse af lægernes medicingennemgang.

retningslinjen sparrer den ledende overlæge med lægerne, og særligt de yngre læger, om deres medicingennemgange og om, hvordan de forholder sig til de farmaceutiske oplæg. Den ledende overlæge ser et behov for, at timingen og samspillet mellem de farmaceutiske oplæg og de udvidede medicingennemgange forbedres. Overlægen fra retspsykiatrien opsøgende funktion fortæller, at der for alle patienter i deres regi er gennemført et farmaceutisk oplæg.

Samarbejdet med farmaceuterne

Samarbejdet mellem Psykiatrien og kliniske farmaceuter og speciallæger i klinisk farmakologi har krævet megen tilvænnning, fortæller de interviewede. Farmaceuten fortæller, at de i starten af projektet oplevede, at nogle af klinikerne var usikre på, hvad farmaceuterne kunne bidrage med. I starten var der modstand mod, at farmaceuterne skulle skrive i journalen, og de brugte meget tid på at tage rundt og mødes med afsnittene i Psykiatrien. De første farmaceutiske oplæg blev mundtlig formidlet, fortæller farmaceuten, da der var brug for en dialog. Der var forskel på, hvordan de blev taget imod i klinikken:

"Så det, vi gjorde i starten, var at tage ud og møde klinikerne. Nogle klinikere var meget imod, at vi skulle skrive i journalerne. Nogle steder blev vi taget fint imod, mens andre virkelig ikke ønskede vores bidrag. Og så startede vi jo selvfølgelig der, hvor man var villige til det, og forsøgte at sprede det derfra. Men det var ikke alle steder, at det spredte sig lige hurtigt." (Farmaceut)

Den kliniske farmakolog fortæller:

"Der blev i det Sundhedsfaglige Råd truffet en beslutning om, at farmaceuterne ikke skulle ud at tale med klinikerne mere. Og så blev det min rolle at være den, der talte med klinikerne. Men det er bare fordi, vi her i regionen har valgt det set-up [...], mens i de andre regioner er de kliniske farmakologer ikke involveret i samme omfang." (Klinisk farmakolog)

En speciallæge i klinisk farmakologi har holdt månedlige møder med farmaceuterne om deres oplæg til medicingennemgang, herunder om konkrete formuleringer i notaterne. Samarbejdet roses af begge parter, som fortæller, at der fortsat er et stort udviklingsarbejde i at sikre, at farmaceuternes notater er anvendelige og at fundene præsenteres i en prioriteret form, som passer til arbejdet i klinikken.

Krævende men nødvendigt

Den ledende overlæge og overlægen fra retspsykiatrien fortæller begge, at de anser samarbejdet med farmaceuterne som krævende. Samarbejdet er altså ikke umiddelbart tidssparende. Omvendt ser de det også som nødvendigt, at de får et øget fokus på medicineringen af de farmakologiske risikopatienter. Set i det lys er farmaceutens bidrag en hjælp, også hvad angår somatisk medicin, som de skal forholde sig til.

Den kliniske farmakolog påpeger, at det har taget lang tid at få nogle velfungerende arbejdsgange og få skabt nogle erfaringer i klinikken, så de farmaceutiske oplæg og samarbejdet med de kliniske farmakologer overhovedet har kunnet vurderes af lægerne i Psykiatrien:

"Det har ikke fundet sin form endnu. Det er stadig under udvikling. Men vi har da i hvert fald taget et skridt ind i den kliniske hverdag, og det tror jeg er ret vigtigt". (Klinisk farmakolog)

Der kommer hele tiden flere positive erfaringer med samarbejdet lyder det fra de interviewede, og som den kliniske farmakolog beskriver det, bliver de kliniske farmakologer og farmaceuter ikke længere betegnet som "lægemiddelpoliti", som de gjorde i starten.

Efterspørgsel efter dialog med farmaceuterne

Den ledende overlæge efterspørger en øget sparring omkring de farmaceutiske oplæg og deres anvendelse i den udvidede medicingennemgang. Lægerne kan i den forbindelse have brug for en dialog med farmaceuterne, og overlægen foreslår brug af video.

Indstilling af medicingennemgang i primærsektoren

Medicingennemgangen i primærsektoren blev, som tidligere nævnt, indstillet efter projektets første år grundet manglende deltagelse fra de privatpraktiserende læger. Trods en succesfuld afprøvning i 2015 i et psykiatrisk botilbud, lykkes det ikke at sprede projektet til andre botilbud eller plejehjem. En af problemstillingerne handlede om, at lægerne i almen praksis ikke ønskede at deltage i medicingennemgangene. Af statusrapporten fra 2016 fremgår, at man havde fundet en model for udpegning af borgere og indhentning af deres samtykke, men når lægerne ikke ønskede at deltage i projektet, gav det anledning til "uheldige situationer", som projektlederen beskriver det. Da farmaceuten i Lægemiddelenheden, som skulle varetage disse medicingennemgange, opsagde sin stilling, fik projektet godkendelse til at indstille denne del i projektet. I stedet blev de 20 timer/uge overført til farmaceuterne i sekundærsektoren. Der var i sekundærsektoren gode muligheder for at anvende de ekstra timer til at udarbejde farmaceutiske oplæg til indlagte patienter.

I anmodningen til Sundhedsstyrelsen beskrives vanskelighederne med at inddrage almen praksis:

"Allerede ved projektets opstart har der været vanskeligheder med gennemførelse af medicingennemgang i primærsektoren [...]. Årsagen til dette er ifølge de alment praktiserende læger, at det kræver for mange ressourcer at deltage i projektet. På trods af flere forsøg på at tilknytte alment praktiserende læger til projektet, har det kun været muligt at gennemføre meget få medicingennemgange i primærsektoren." (Projektleders mail til Sundhedsstyrelsen, maj 2017)

Tilpasning af målgruppen til medicingennemgang

Grundet indstillingen af indsatsen i primærsektoren, blev der afsat ressourcer til at udvide målgruppen til at inkludere patienter i ambulant behandling. De interviewede fagpersoner finder det meningsfuldt, at farmaceutens indsats lægges i ambulatorierne; at "ambulatoriedelen er interessant at bygge videre på", som farmaceuten siger. Den ledende overlæge peger på, at her er patienterne i en mere stabil fase, og det kan give god mening at kigge på medicineringen.

Succeskriterier

Medicingennemgang er i regionen blevet tilbudt to målgrupper 1) *Psykiatriske polyfarmaci patienter over 65 år* og 2) *Polyfarmaci patienter med skizofreni*. Antallet af medicingennemgange for den første del af målgruppen er i de tre selvevalueringer blevet opgjort til henholdsvis 13, 35 og 137 og for den anden del af

målgruppen henholdsvis 30, 84 og 319. Succeskriteriet var for målgrupperne henholdsvis 120 og 180 medicingennemgange, så resultaterne er udtryk for at kriteriet er opfyldt.

Det tværfaglige medicinrådgivende team: Farmakologiske dialogmøder I Region Sjælland har det tværfaglige medicinrådgivende team bestået af såkaldte farmakologiske dialogmøder, hvor teamet har ydet support til medicingennemgangen af særligt komplicerede cases. De farmakologiske dialogmøder er møder af ca. 45 minutters varighed, hvor den kliniske farmakolog etablerer en dialog med afdelingens læger om to aktuelle og farmakologisk komplicerede cases. I 2016 blev der afholdt 11 af de planlagte 18 dialogmøder.

Det har været en udfordring at få tilsendt cases, fortæller den kliniske farmakolog, ikke på grund af manglende vilje, med fordi det er vanskeligt at finde tiden til at få casene beskrevet.

Selv i de tilfælde, hvor der har været få læger til stede, vurderer den kliniske farmakolog, at der har været en livlig og relevant debat blandt lægerne. Det vurderes af de interviewede, at dialog med den kliniske farmakolog om konkrete forløb er givtige, men at formen kan variere og bør tilpasses de seks kliniske afdelingers forskellighed.

Den kliniske farmakolog og farmaceuten fortæller, hvordan den kliniske farmakolog gennem samarbejdet med farmaceuterne om deres oplæg også får et indblik i klinikkens udfordringer, som de kliniske farmakologer har kunnet bruge til både at udvikle undervisningen til lægerne og til at supplere case gennemgangen på de farmakologiske dialogmøder.

Fremmødet fra lægerne til de farmakologiske dialogmøder har været svingende, men den kliniske farmakolog, som har stået for møderne, finder i alle tilfælde dialogformen udbytterig. Den kliniske farmakolog vurderer, at de farmakologiske dialogmøder kræver tilvænning, ligesom det skal overvejes, hvordan det sikres, at der leveres cases til dialogmøderne.

Udover de farmakologiske dialogmøder var der oprindeligt nedsat et multidisciplinært team, bestående af farmaceuter, speciallæger i klinisk farmakologi og psykiatri samt repræsentanter fra kommunerne. Teamet, som skulle rådgive fagpersoner om medicingennemgange, holdt imidlertid kun få møder og blev indstillet efter det første projekt år. Forummet fungerede generelt ikke, opsummerer den kliniske farmakolog:

"Det forum, som vi jo troede var en god ide til at starte med, blev forholdsvist hurtigt lukket. Og derefter har vi gjort os nogle anstrengelser for at tilnærme os lidt mere virkeligheden og være opmærksomme på, at det vi leverer [...] har det klare formål, at det skal hjælpe og nytte og være anvendeligt. Det tror jeg faktisk har været en god proces, men det har vi også brugt lidt tid på." (Klinisk farmakolog)

Det fremgår af statusnotatet fra 2016, at man i stedet har fokuseret på at styrke det tværfaglige samarbejde mellem farmaceuterne og de kliniske farmakologer.

I regi af Psykiatriens Medicinfaglige ekspertteam (oprettet 2016), har man fået udviklet konceptet for farmaceuternes bidrag til udvidet medicingennemgang.

Kompetenceudvikling

Projektet har indeholdt kompetenceudvikling gennem undervisning af både praktiserende læger og læger i psykiatrien. Undervisningen varetages af speciallæger i klinisk farmakologi. Undervisningen blev udført som eftermiddagskurser eller som halvdagskonferencer og har været gratis for lægerne at deltage i. Emnerne for undervisningen var mangeartede og indebar f.eks. udvidet medicingennemgang, bivirkninger og interaktioner og den ældre psykiatriske patient – farmakologiske fald grupper.

En særlig udfordring i forbindelse med undervisningen var, at få praktiserende læger til at deltage, hvorfor det kun var muligt at afholde fire kurser. Projektlederen fortæller, at tilslutningen har varieret i regionen og overvejer, at geografisk afstand til kursusstedet kan have betydning. Forklaringen fra almen praksis, fortæller projektlederen endvidere, har ofte været manglende tid og økonomi. Der har af projektlederen været søgt at dække tabt arbejdsfortjeneste for praktiserende læger, der har deltaget i undervisningen. Det fik dog ikke flere praktiserende læger til at melde sig.

Der var planlagt undervisning af medarbejdere på bosteder og plejecentre, men idet indsatsen til primærsektoren ikke kom i gang, blev der heller ikke igangsat undervisning.

Lægemedelrådgivning

Psykiatriens Medicininformation er som del af projektet tilbudt til både primær- og sekundærsektoren. Psykiatriens Medicininformation, der betjenes af speciallæger fra Klinisk Farmakologisk Enhed, har hovedsageligt været benyttet af de erfarne speciallæger i sekundærsektoren. Det har været succeskriteriet for projektet, at rådgivningen årligt skulle modtage 100 henvendelser. Projektlederen oplyser, at der siden opstarten har været 319 telefoniske henvendelser til Psykiatriens Medicininformation. Der har været en stigning i henvendelserne (54 i 2015, 123 i 2016 og 142 i 2017), og projektmålet er dermed opnået.

Medicinmonitoreringssystem

Region Sjælland har ikke etableret et særskilt medicinmonitoreringssystem som en del af projektet, men anvender Sygehusapotekernes database for lægemedelrelaterede problemer (LRP-databasen). Denne database er et værktøj til at dokumentere den klinisk farmaceutiske service for at kunne identificere og prioritere indsatsområder. Dermed blev ændringsforslag fra farmaceuternes oplæg til medicingennemgang registreret i denne database og desuden blev det også noteret, i hvilket omfang farmaceuternes forslag blev accepteret af lægen.

4.4 Region Nordjylland²²

Region Nordjylland	
Indhold	<ul style="list-style-type: none"> > Farmaceuter i sengeafsnit til udførelse af medicingennemgang > Rådgivning fra kliniske farmakologer målrettet farmaceuter og læger i forbindelse med medicingennemgang > Medicinkomité foretager revision af retningslinjer og rådgiver Psykiatrideledelsen > Medicinmonitorering > Kompetenceudvikling af læger gennem efteruddannelse > Medicinrådgivning til almen praksis
Målgruppe	<ul style="list-style-type: none"> > Læger ansat i psykiatrien²³ > Indlagte patienter >18 år i Region Nordjylland
Budget	4.154.223 kr.
Projektperiode	01.12.2014 til 31.12.2017

4.4.1 Formål og målgruppe

Formål

Formålet med projektet er, at psykiatriske patienter i Region Nordjylland får relevant og optimal farmakologisk behandling samtidig med, at patienten og dennes pårørende inddrages.

Formålet er desuden:

- > Styrkelse af rådgivningen til bl.a. Psykiatrideledelsen omkring forhold ved medicineringsprocessen fx i forhold til: lovgivning, nationale krav, forskning, kvalitetsudvikling m.m.
- > Kompetenceudvikling af læger i forhold til psykofarmakologisk behandling og psykofarmakologisk behandling i kombination med behandling med somatiske lægemidler
- > Sikre rådgivningstilbud omkring psykofarmakologisk behandling til målgruppens læger
- > Kvalificering af den rutinemæssige medicingennemgang ved indskrevne patienter i Psykiatrien

²² I alt er 11 personer interviewet, hvoraf nogle har deltaget i flere interview. Interviewene er planlagt i samarbejde med projektlederne for Region Nordjyllands projekt. Projektledelsen har ikke fundet det relevant, at patienter interviewes, da de ikke har været involveret i projektets aktiviteter.

²³ Indebærer både læger fra almen praksis, privatpraktiserende psykiatere, regionale og kommunale lægekonsulenter, læger ansat i somatiske sygehuse.

- > Kvalificere medicingennemgang af komplicerede farmakologiske forløb ved inddragelse af eller supervision fra speciallæger i klinisk farmakologi
- > Udbygning af Psykiatriens Medicinmonitoreringssystem med henblik på yderligere monitorering af dosis, polyfarmaci og farlig medicinkombinationer

Målgruppe

Projektets målgruppe har været indlagte patienter over 18 år med medicinsk risikoprofil: behandling med flere end to psykofarmaka, kombinationer af antipsykotika og benzodiazepin og/eller medicindoser, der overstiger de nationale anbefalinger. Målgruppen for medicingennemgang har været patienter indlagt på et af førnævnte sengeafsnit, og som er over 18 år. Sengeafsnittene er netop udvalgt, da de har flest patienter i behandling med psykofarmaka. Karakteristisk for patienterne på disse afsnit er, at de har lange medicinlister og farmaceuterne har gennemført medicingennemgang for patienter med de længste medicinlister. Derudover har lægerne også kunne ønske medicingennemgang af særlige patienter.

Succeskriterier

I Region Nordjylland er følgende succeskriterier opstillet:

Kompetenceudvikling

- > At der i 2015 deltager 150 læger fra psykiatrien, læger fra almen praksis, læger fra de somatiske sygehuse og læger fra det kommunale område.
- > At der i 2016 deltager 100 læger fra psykiatrien, læger fra almen praksis, læger fra de somatiske sygehuse og læger fra det kommunale område.
- > At der i 2017 deltager 100 læger fra psykiatrien, læger fra almen praksis, læger fra de somatiske sygehuse og læger fra det kommunale område.

Medicin hotline

- > At der i 2015 kommer 500 opkald fra læger i RN

Inddragelse af patienter og pårørende

- > At patienter og pårørende føler sig inddraget ift. den medicinske behandling

Medicin reduktion

- > At der sker et fald på 20% ift. patienter, der er indlagt i psykiatrisk sengeafsnit, der får: 2) Polyfarmaci (behandling med 2 eller flere psykofarmaka), 2) kombinationer af antipsykotika og benzodiazepin og 3) medicindoser, der overstiger de nationale anbefalinger.

Utsigtede hændelser

- > At antallet af utilsigtede hændelser, der sker på baggrund af medicinering falder

Medicingennemgang

- > At 95% får foretaget medicingennemgang under indlæggelse
- > At alle medicingennemgange der er fundet på baggrund af medicinmonitorering får taget stilling til polyfarmaci og farlige kombinationer og dosis er inden for rekommandationerne i www.medicin.dk

4.4.2 Kerneelementer

Nedenfor beskrives indholdet i projektets forskellige elementer:

Medicingennemgang: Farmaceuter i sengeafsnit

Medicingennemgangen er udført i sekundærsektoren, hvor farmaceuter er blevet tilknyttet to sengeafsnit. De to sengeafsnit har voksne patienter med skizofreni og psykoser²⁴. Begge sengeafsnit har patienter med det, som overlægerne fra sengeafsnittene betegner som "lange medicinlister", som ofte også omfatter somatisk medicin.

Farmaceuterne har gennemgået medicin hos patienter med de længste medicinlister. Lægerne i Psykiatrien har desuden kunnet bede farmaceuterne gennemgå udvalgte patienter, hvor lægerne har ønsket farmaceuternes vurderinger.

Der har været henholdsvis en og to farmaceuter på de to sengeafsnit en dag om ugen. De har deltaget i stuegang og resten af dagen har farmaceuterne haft kontorplads på lægekantoret i sengeafsnittet.

Lægemiddelrådgivning: Rådgivning fra kliniske farmakologer

Psykiatrien har i projektet samarbejdet med Klinisk Farmakologisk Enhed ved Aalborg Universitetshospital²⁵. Farmakologerne har blandt andet været frikøbt til medicingennemgang. I projektet har farmakologerne desuden deltaget i Medicinkomiteén, varetaget kompetenceudvikling af læger samt stået til rådighed for farmaceuter og ansatte i Psykiatrien med telefonrådgivning og sparring.

Siden august 2016 har Psykiatrien afprøvet en rådgivningsfunktion til alment praktiserende læger om psykofarmakologisk behandling herunder bl.a.: 1) valg af præparat, 2) relevant dosering, 3) lægemidler med højrisiko, 4) udskiftning af præparater og 5) udfasning af præparater. Rådgivningen har både omhandlet specifikke patientforløb, men også mere generelle problemstillinger. Rådgivningen er blevet varetaget af Central Visitation i Psykiatrien.

²⁴ I starten af projektet var der tre sengeafsnit involveret, men det ene afsnit blev nedlagt.

²⁵ Klinisk Farmakologisk Enhed er en del af Klinisk Farmakologisk Afdeling ved Aarhus Universitetshospital.

Det tværfaglige medicinrådgivende team: Medicinkomité

I Region Nordjylland har det tværfaglige medicinrådgivende team været karakteriseret som Medicinkomitéen. Medicinkomitéen har varetaget en række tværfaglige medicinrelaterede opgaver i Psykiatrien, herunder revision af kliniske retningslinjer.²⁶ Medicinkomitéen har været sammensat af en lang række faggrupper og repræsentanter fra Psykiatrien. Herunder repræsentanter fra de psykiatriske afdelinger i Region Nordjylland, cheflæge, forløbschef, sygeplejefaglig vicedirektør, forskningschef, dataanalytiker, risikomanager og farmaceut. Samlet set har der været 16 medlemmer.

Der har været udskiftninger i sammensætningen, blandt andet har den nytilkomne lægefaglige direktør fungeret som Medicinkomitéens formand i de sidste måneder af projektet. Sekretæren for Medicinkomitéen har skiftet fra i første halvdel af projektet at være en administrativ stabsmedarbejder, som også var projektleder, til i sidste del af projektet at være en læge, som overtog projektledelsen.

Medicinmonitorering

Et af elementerne i projektet var at etablere et medicinmonitoreringssystem. Monitoreringen startede som et lokalt initiativ af en medarbejder i Psykiatrien, men initiativet stødte på flere forhindringer. I projektperioden er monitoreringsopgaven flyttet til regionalt niveau og indgår i det regionale målarbejde.

Kompetenceudvikling af læger

I projektet har farmaceuterne stået for forskellige undervisningsseancer, blandt andet vedrørende medicineringsprocessen i medicinmodulet og 10 kliniske minutter, mens farmakologerne har stået for Medicingennemgang for læger.

10 kliniske minutter er en del af yngre lægers uddannelse, hvor nogle af sessionerne har været varetaget af kliniske farmaceuter. Undervisningen er foregået cirka en gang per måned på Psykiatriens samlede morgenkonferencer, og der er afholdt to undervisningsseancer for hvert emne. Undervisningen har bestået af forskellige farmakologiske emner, for eksempel terapeutisk drug monitorering, rationel brug af protonpump hæmmere og hyponatriæmi ved antidepressiva.

Medicingennemgang for læger er undervisning, som farmakologerne har varetaget og som har omhandlet undervisning i medicingennemgang, hvor farmakologerne har kunne videregive viden.

4.4.3 Resultater

Medicingennemgang: Farmaceuter i sengeafsnit

To farmaceuter har været tilknyttet de to sengeafsnit for voksne patienter med skizofreni og psykoser. Samarbejdet mellem lægerne og farmaceuterne har ikke været uproblematisk. Farmaceuternes tilstedeværelse og indblanding beskrives

Betydningen af at kende farmaceuterne

²⁶ Medicinkomitéen er også nævnt i Psykiatriplanen: Psykiatriplan 2015-2020 Sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum. Region Nordjylland, s. 53.

af en af overlægerne som "grænseoverskridende", idet de har udgjort en ny faggruppe, som man har skullet vænne sig til. En af farmaceuterne beskriver, hvordan de har mærket dette:

Jeg tror meget, det også er den der uvidenhed: Er det en farmakonom, en farmaceut eller en farmakolog? Hvad er det, de kan? Hvad uddannelsesniveau har de overhovedet? Så jeg tror, sådan hen ad vejen har I [henvendt til de to overlæger fra sengeafsnittene] også fundet ud af, hvad vores kompetencer er, og altså fundet ud af, at det er en hjælp, og vil os gerne. Jeg tror, det var fordi, det var nyt og ukendt. (Farmaceut)

Farmaceutens dokumentation i journalen

Det fremgår af statusnotat fra efteråret 2016, at farmaceuterne kun i begrænset omfang har skrevet kritiske fund i forbindelse med antipsykotisk polyfarmaci og kombinationsbehandling med benzodiazepiner i journalen. Øvrige fund er skrevet i journalen, mens de kritiske fund i større grad er rapporteret mundtligt.

De to farmaceuter fortæller, at de har holdt flere møder i sengeafsnittene for at finde en passende form for, hvad de kan skrive i journalen – og hvad der skal videregives mundtligt. Den ledende overlæge ser det som en udfordring, at farmaceuternes kliniske kendskab kan være svagt, men vurderer også, at det med den rette kommunikation bør være muligt, at farmaceuterne skriver i journalen. Den lægefaglige direktør vurderer, at modstanden mod, at farmaceuterne skal skrive i journalen ikke kun skyldes en "krænkelighed" i forhold til at "blive kigget i kortene", men også det vilkår, at patienternes modstand mod behandlingen kan øges, hvis farmaceutens fund fremgår af journalen. Psykiaterne fortæller, at de har en bekymring for, at patienternes adgang til disse fund, kan påvirke et måske skrøbeligt samarbejde med patienterne om behandlingen. De beskriver, hvordan man kan være kommet overens med patienten om en behandling – som måske ikke følger forskrifterne – men som er den mulighed, der er. Psykiaterne forklarer, at sådanne "beskidte kompromiser" til tider er nødvendige i den del af voksenpsykiatrien, hvor der bruges antipsykotika, og i visse tilfælde kan farmaceutens notater skabe en utryghed hos patienterne. Den lægefaglige direktør siger:

Det er helt vildt vigtigt, at man ikke - ligesom med de ord, man skriver af nogle gode faglige grunde - kommer til at puste til patientens yderligere modstand. (Lægefaglig direktør)

Når medicineringen ikke følger anbefalingerne, betyder det ikke, at de ikke har tænkt sig om, forklarer psykiaterne, der oplever, at dette ikke altid anerkendes af udefrakommende:

De fleste har os har det nu nok sådan, at hvis vi kunne komme igennem med monoterapi inden for sædvanlig dosis, så ville vi nok selv tænke den tanke, at det ville være rigtig dejligt, hvis vi kunne det. Men det bliver lidt antydningen af, at det der, det har de vist ikke helt styr på. Der kan være brodne kar, og det skal løses på en anden måde. Men de fleste af os forsøger faktisk at tænke os om. Det vil vi gerne anerkendes for, og det synes jeg ikke altid vi bliver i denne sammenhæng. (Lægefaglig direktør)

Kendskab til farmaceuter

Der er i projektforløbet sket en stor gensidig tilvænnning hos såvel farmaceuter som hos lægerne i Psykiatrien i forhold til at bruge farmaceuternes kompetencer i sengeafsnittene. Det har i den forbindelse haft betydning, at farmaceuterne har været fysisk til stede i sengeafsnittene. Lægerne har opnået en større bevidsthed i forhold til at argumentere for valg af præparater, og de oplever til en vis grad en bedre dialog med patienten om medicin.

At have farmaceuter i sengeafsnittene vurderes af regionen at kræve for mange ressourcer i forhold til udbyttet. Der peges dog alligevel på potentiale i at bruge farmaceuterne på ambulatorierne, hvor farmaceuternes bidrag kan virke på en længere bane end i sengeafsnittene. Farmaceuternes tilstedeværelse i sengeafsnittene har generelt været et vigtigt bidrag til, at lægerne har brugt farmaceuterne. De ville nok ikke af sig selv rette henvendelse til farmaceuterne, hvis ikke de kendte dem. Som en overlæge fortæller:

Det har i hvert fald betydet noget i forhold til at sparke det i gang. For hvis jeg bare havde fået på en mail, at jeg kunne kontakte to farmaceuter, hvis jeg havde nogle problemer, så tror jeg hurtigt, jeg ville have glemt det igen. Men det, at de kommer, gør så også, at jeg til tider kan finde på at lige skrive en mail, om: Hvad med det der, kan du forberede noget til på tirsdag? Jeg har fået en, der er gravid og skizofren indlagt, kunne du lige kigge på det? Så de behøver ikke at være til stede, for at vi kan have kommunikationen. Men det har sparket det i gang, det er helt sikkert. (Overlæge i sengeafsnit)

At kende farmaceuterne har haft betydning for, at de frem for at opleve det som en kontrol, er begyndt at tænke på, hvad de får ud af projektet, lyder det fra overlægerne, som sammen med den lægefaglige direktør oplever, at projektet har rykket ved den generelle modstand mod farmaceuter. De mener, at farmaceuterne har fundet en god plads i sengeafsnittene. En af overlægerne fortæller, hvordan farmaceuten kan være en tidsbesparende hjælp i forhold til spørgsmål om medicin, man ikke normalt beskæftiger sig med - "det effektiviserer researchen", som overlægen siger.

Udbytte for patienterne

Patienterne har ikke været involveret i medicingennemgangene. Overlægerne fortæller dog, at de igennem projektet har fået skærpet deres overvejelser om behandlingen og fået fokus på de somatiske lægemidler og om der er noget, der skal tages stilling til. De overvejelser, de gør sig, kan være en gevinst for patienterne, lyder det fra overlægen:

Så nu er vi blevet skarpere til at kigge igennem argumenterne [...]. Det har med tiden lavet om på vores tænkning, faktisk. Når vi først er begyndt at tænke på, hvad vi får ud af det, frem for at se det som en kontrol over, hvad vi gør. Og så begyndte vi at tænke, okay, det er vigtigt, hvorfor jeg ordinerer denne dosis, har jeg virkelig spurgt patienten, er det virkelig sådan det er? Og når man tænker to gange, så måske, at man skulle forsøge endnu en gang at lave om. Eller måske er det lang tid siden, man har forsøgt, og er det nu, man kan gøre det igen? Man begynder at tænke anderledes. Og så tror jeg, at i sidste ende er der patienter som vinder. (Overlæge på sengeafsnit)

Inddragelsen af farmaceuten har i nogle tilfælde også fremmet dialogen med patienten og været med til at motivere dem, fortæller overlægerne. At kunne sige, at der har været en farmaceut inde over behandlingen, kan styrke patienternes oplevelse af, at der er fokus på deres behandling og, at der tages hånd om dem. En overlæge fortæller, at de kan undgå brugen af benzodiazepiner ved at henvise til, at farmaceuten siger, at det ikke er godt. Det har i projektet været afprøvet, at en af farmaceuterne har mødt patienterne, men farmaceuten fortæller, at hun var "for hurtigt inde og ude igen" til stor forvirring for patienten. Farmaceuterne har derfor fundet det bedst, at de har orienteret lægen, som så har kunnet forbedre argumentationen og dialogen med patienten.

Afgrænsning og tilpasning af målgruppen

Det opleves som fornuftigt, at målgruppen har været afgrænset, så antallet af medicingennemgange var overskueligt. Gennem projektet er muligheden for rekruttering af nye patienter faldet, da mange af de samme patienter genindlægges. Farmaceuterne har prioriteret de patienter, som ikke tidligere har fået foretaget medicingennemgang.

Under interviewene drøfter evaluator og farmaceuternes sidstnævntes mulige rolle i ambulatorierne. Selv om der i ambulatoriernes vedligeholdelsesbehandling stadig indgås kompromiser med patienter, vil disse være færre, patienterne vil være i en mere stabil fase, og behandlingen i ambulatorierne vil derfor have et længere perspektiv end i sengeafsnittene. Ved projektets afslutning begyndte et ambulatorium at afprøve medicingennemgang. En af farmaceuterne fortæller, hvordan henvendelserne til farmaceuterne fra dette ambulatorium steg, da det rygtedes mellem lægerne, at de kunne stille farmaceuterne både generelle og konkrete spørgsmål og få rådgivning i fm. medicingennemgange.

Succeskriterier

Ifølge selvevalueringen fra 2017 har 89 pct. af målgruppen modtaget medicingennemgang ved projektets afslutning. Dermed har regionen udført medicingennemgang for en stor del af målgruppen, men ikke opnået succeskriteriet om 95 pct. Der har ikke indgået en opgørelse i selvevalueringerne fra 2015 og 2016.

Det tværfaglige medicinrådgivende team: Medicinkomitéen

Der er delte meninger om komitéens (med deltagelse af læger, kliniske farmakologer, farmaceuter og psykiatere) opgaver. Mens nogle interviewpersoner vurderer, at Medicinkomitéens opgaver og beslutningskompetence har været for uklar, vurderer andre, herunder den alment praktiserende læge og den forskningsansvarlige psykiater, at Medicinkomitéens møder har været velfungerende i forhold til andre fora, og at der har været etableret en fælles forståelse på tværs af fag og sektorer, for eksempel i arbejdet med en fælles retningslinje om alkoholabstinensbehandling. Gruppen beskrives af den forskningsansvarlige psykiater som en "tænketank", hvor de kliniske farmakologer, farmaceuter og psykiatere er mødtes. Farmakologen og den forskningsansvarlige psykiater ser et behov for en Medicinkomité eller et tilsvarende organ, som tager sig af generelle forhold og vurderinger af tendenser i forhold til medicin i Psykiatrien.

Derudover oplever flere af teamets medlemmer, at teamets opgaver har været for uklare og at der mangler beslutningskompetence. Den forskningsansvarlige psykiater, farmakologen, den alment praktiserende læge og den ledende

overlæge finder alle, at Medicinkomiteén har løst opgaver, som der ellers ikke tages hånd om. Hvad angår retningslinjer, fortæller den lægefaglige direktør, at der manglede repræsentation af de ledende overlæger, hvorfor hun som formand valgte at inddrage de ledende overlæger i en høringsproces for at sikre deres medvirken. Det skal derfor overvejes, hvordan beslutningskompetencen bedst sikres, påpeger den lægefaglige direktør, som også vurderer, at der skal være mere veldefinerede opgaver ved en fremtidig omlægning af Medicinkomiteén. Den forskningsansvarlige psykiater medgiver, at forummet har været for stort og måske for bredt defineret, men han ser et potentiale i at bevare Medicinkomiteén til at diskutere forhold af mere overordnet karakter.

Kompetenceudvikling af læger

Der er forskel på hvordan de interviewede oplever de to former for undervisning, de 10 kliniske minutter og Medicingennemgang for læger.

De to overlæger såvel som farmaceuterne vurderer, at udbyttet af de *10 kliniske minutter* har været stort holdt op imod det begrænsede tidsforbrug. Undervisningsslides er blevet sendt til lægerne samt gjort tilgængelige ved placering på fælles IT-drev, hvilket ligeledes vurderes at have været udbytterigt. Den ledende overlæge er dog af den mening, at farmakologisk undervisning i mange tilfælde bedst varetages af en farmakolog.

Der lyder forskellige vurderinger af undervisningen *Medicingennemgang for læger*. Overlægerne og den lægefaglige direktør vurderer, at undervisningen har været for generel, og udbyttet, særligt for de erfarne læger, har været lille. Undervisningen bør stratificeres, mener de. Den alment praktiserende læge er inde på, at deltagelsen fra almen praksis har været minimal, og vurderer, at almen praksis og Psykiatrien bør undervises særskilt, da problematikkerne er forskellige.

Succeskriterier

Region Nordjylland har opstillet en række succeskriterier for undervisningen, som indebærer at der i alt skulle deltage 350 læger fra psykiatrien, almen praksis, somatikken og det kommunale område i undervisningen (henholdsvis 150 i 2015, 100 i 2016 og 100 i 2017).

En opgørelse fra den regionale afsluttende statusrapport viser, at der i undervisningen, Medicingennemgang til læger, i 2015 deltog 105 læger, i 2016 i alt 38 læger og i 2017 i alt 59 læger. Derudover har 63 læger deltaget i anden form for undervisning. Altså i alt 265 deltagere.

Dertil kommer, at der er afholdt 28 undervisningsseancer i de 10 kliniske minutter henover projektperioden. For disse seancer er det ikke opgjort hvor mange læger, der har deltaget.

Samlet set er det evalueringens konklusion, at succeskriteriet må vurderes at være opfyldt.

Lægemiddelrådgivning

Psykiaternes brug af farmakologer

Overordnet har lægerne i psykiatrien og farmaceuterne kun i meget begrænset omfang anvendt rådgivningen i forbindelse med deres medicingennemgang. Lægerne i de psykiatriske sengeafsnit har almindeligvis mulighed for at søge råd hos en farmakolog. Denne rådgivning har været søgt styrket i projektet. Farmakologerne har imidlertid ikke været inddraget i ret stort omfang. Det skyldes blandt andet, vurderer overlægerne, et begrænset kendskab til Klinisk Farmakologisk Enheds tilgængelighed. Den forskningsansvarlige psykiater fortæller, at han ikke har kendt til, at der i projektet har været særlig adgang til farmakologisk rådgivning. Den ledende overlæge og farmakologen peger på, at der er forskel på psykiaternes interesse for farmakologi, og hvorvidt de kan se nytten af at inddrage en farmakolog.

Den lægefaglige direktør og den forskningsansvarlige psykiater påpeger desuden, hvordan psykiatere ofte foretrækker at spørge hinanden til råds, hvis de har et psykofarmakologisk problem: De vil *"ringe til en god kollega"*. Kun hvis de har brug for en opdatering af mere generel karakter, som for eksempel seneste farmakologiske viden om graviditeter, vil de kontakte en klinisk farmakolog. Den forskningsansvarlige psykiater mener, at klinikerne oplever farmakologer som generalister uden tilstrækkelig psykofarmakologisk specialviden:

"...hvis man kommer som psykiater med en psykofarmakologisk problem, så har man også nogle gange brug for at sparre med nogle, der har en psykofarmakologisk specialviden. Og nogle gange har de kliniske farmakologer ikke den specialviden inden for det psykofarmakologiske." (Forskningsansvarlig psykiater)

Farmaceuternes brug af farmakologer

Farmaceuterne fortæller, at de har gjort meget lidt brug af farmakologen i forbindelse med deres medicingennemgang, ud over at de få gange er mødtes om generelle temaer eller gennemgang af enkelte patienters medicinering. Farmakologen på sin side vurderer, at møderne har været relevante i forhold til farmaceuternes argumentation i forbindelse med deres medicingennemgange, men at møderne med farmaceuterne er kommet i gang meget sent i projektforløbet. Farmakologen forklarer, at det har været op til dem selv at formalisere møderne, og efterspørger, at samarbejdet havde været tydeligere defineret i projektet.

I projektet i Region Nordjylland har tværfagligheden mellem psykiatere og farmakologer således ikke været bragt særligt i spil, hvad angår konkrete patienter. Tværfagligheden har i højere grad været til stede i Medicinkomiteén – som har handlet om overordnede rammer vedrørende medicin.

Behov for rådgivning til almen praksis

Der er en positiv vurdering af rådgivningsfunktion i relation til almen praksis. Rådgivningen foregår i udgangspunktet skriftligt, da telefonisk dialog kan være praktisk vanskelig. Hovedparten af rådgivningerne har vist sig at starte som en henvisning fra almen praksis til Central Visitation. I de tilfælde, hvor det handler om kendte patienter, inddrager Central Visitation så vidt muligt den læge eller det team, som senest har haft kontakt til patienten, som afgiver svar eller vurderer, om patienten skal indkaldes. Det vurderes, at flere alment praktiserende læger kunne drage nytte af ordningen. Almen praksis ser, at funktionen kan

være en løsning, når en henvisning afvises af Psykiatrien. Lederen af Central Visitation vurderer, at opgaven er vel placeret i dette regi, hvor man har kontakten til såvel almen praksis som de psykiatriske sengeafsnit og ambulatorier. Man oplever her, at rådgivningen fungerer smidigt og effektivt.

Skriftlig eller mundtlig rådgivning

Medicinrådgivningen var oprindeligt tænkt som en telefonisk hotline-funktion.²⁷ Man er overordnet set nået frem til, at skriftlig korrespondance fungerer bedst, fortæller lederen af Central Visitation. Den telefoniske henvendelse mellem lægerne er tidskrævende og praktisk vanskelig. Lægerne i Psykiatrien vil gerne kunne ringe til den alment praktiserende læge og videregive rådgivningen mundtligt. Dette gør de i visse tilfælde, fortæller den ledende overlæge, og i den forbindelse laver psykiateren et notat, som Central Visitationen skriver og sender til den alment praktiserende læge. Den alment praktiserende læge fremhæver samtaleens force til at være at man kan få afklaret tvivlsspørgsmål, og vurderer at en kombination af kommunikationsformer vil være det optimale.

Succeskriterier

Et succeskriterie for Region Nordjylland var at lægemiddelrådgivningen skulle modtage 500 opkald fra læger i 2015. Rådgivningsordningen har været brugt 122 gange på et år, og i alt har der været 176 henvendelser fra 1. august 2016 til 30. november 2017. De interviewede vurderer, at ordningen med fordel kan anvendes mere. Projektlederen kan af foreløbige opgørelser se, at læger, der har brugt ordningen, ofte vender tilbage, og altså må formodes at have haft udbytte af den.

Medicinmonitoreringssystem

Monitorering nu i gang

Projektlederne har haft høje forventninger til medicinmonitorering, og forventning om monitorering på patientniveau og identifikation af målgruppen med medicinsk risikoprofil. Der har i projektperioden været tekniske vanskeligheder med at få medicinmonitoreringen til at fungere. Monitoreringsarbejdet er løftet til det regionale niveau og indgår i regionens generelle målarbejde. Ved projektets afslutning ser det ud til, at de første brugbare forbrugsdata fra Psykiatrien er på vej til at blive tilgængelige.

Den lægefaglige direktør vurderer, at det fremover kommer til at gå hurtigt med at få anvendelige monitoreringsdata, nu da det er en "skal-opgave", som indgår i de politiske målsætninger på området. Projektlederen vurderer, at monitoreringen kommer til at give det ønskede indblik i omfanget og placeringen af problemer med medicinering.

²⁷ Funktionen er således i Psykiatriplanen beskrevet som en telefonisk hotline: Psykiatriplan 2015-2020 Sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum. Region Nordjylland, s. 53.

4.5 Region Syddanmark

Region Syddanmark	
Indhold	<ul style="list-style-type: none"> > Telefonisk rådgivning > Medicingennemgang af patienter på sengeafsnit og på plejecentre og bosteder > Undervisning på afdelinger, plejecentre og bosteder
Målgruppe	<ul style="list-style-type: none"> > Alment praktiserende læger, privatpraktiserende psykiatere, kommunale og regionale bo-institutioner samt plejecentre > Risikopatienter²⁸
Budget	5.205.298 kr.
Projektperiode	01.01.2015 til 31.12.2017

4.5.1 Formål og målgruppe

Formål

Formålet med projektet i Region Syddanmark var at etablere Psykiatriens Medicinrådgivning, der:

- > Styrker den kliniske farmaci i psykiatrisygehuset ved at medvirke ved medicingennemgang for ambulante og indlagte risikopatienter, samt undervise og rådgive sygehusets læger
- > Yder psykofarmakologisk rådgivning til primær sektor og medvirke ved medicingennemgang på regionale og kommunale bosteder. Undervise sundhedspersonale på bosteder
- > Fremmer, at ordinationspraksis følger nationale og regionale guidelines
- > Udbreder generel viden om psykofarmakologisk behandling til patienter og pårørende.

Regionens ene del af projektet bygger videre på en tilknytning af farmaceuter til psykiatrien, som gik forud for satspuljeprojektet. Satspuljeprojektet har således bevirket, at psykiatrien i Region Syddanmark har kunnet styrke området endnu mere og udbrede til en større del af regionen, således at både sekundær og primær sektor kunne få glæde af kompetencerne.

Målgruppe

Målgruppen er blevet fastsat på hver enkelt afdeling i samarbejde mellem den kliniske farmaceut og afdelingens kontaktlæge.

²⁸ Risikoprofil er karakteriseret ved: 1) ≥5 lægemidler 2) ≥2 antipsykotika 3) ≥2 antidepressiva 4) Samtidig behandling med antipsykotika og benzodiazepiner uden seponeringsdato 5) Behandling med risikolægemidler (TCA, Lithium, Valproat, Clozapin)

Internt i psykiatrisygehuset har målgruppen for projektet bl.a. været risikopatienter blandt indlagte og ambulante patienter. Risikopatienter defineres som patienter, der er i flerstofbehandling med psykofarmaka, psykofarmaka i doser over max rekommandation, 6 eller flere lægemidler, er i behandling med litium, clozapin, tricykliske antidepressiva, benzodiazepiner eller metadon eller har paraklinisk organpåvirkning.

Ifølge retningslinje for psykiatrien i Region Syddanmark, skal alle patienter, der vurderes som værende risikopatienter, have foretaget medicingennemgang. Medicingennemgang er et lægeligt ansvar og foretages af den behandlende læge. En klinisk farmaceut kan foretage et Farmaceutisk review, hvor medicinen gennemgås, og der fremsættes med anbefalinger til evt. ændringer eller optimering af behandlingen.

Målgruppen for ekstern rådgivning har været patienter i behandling med psykofarmaka. Farmaceuterne har medvirket ved medicingennemgang for borgere bosiddende på kommunale og regionale botilbud. I forhold til den eksterne rådgivning, er det ikke alle patienter i behandling med psykofarmaka i regionen, der har været målgruppen for rådgivning om behandling med psykofarmaka, men som udgangspunkt de patienter som lægerne har henvendt sig om. Målgruppen for medvirken ved medicingennemgang har været borgere bosiddende på social-psykiatriske bosteder og plejecentre (efter specifik aftale med de enkelte steder/kommuner).

Succeskriterier

Regionen har haft følgende succeskriterier for projektet:

- > Reduktion af antipsykotisk polyfarmaci og/eller antipsykotika i kombination med benzodiazepiner. Mindst 5 % årlig reduktion i antal ambulante og indlagte patienter, der ved tværsnits-undersøgelse er i kombinationsbehandling med 2 eller flere antipsykotiske lægemidler og/eller kombination af antipsykotisk lægemiddel og benzodiazepin
- > Farmaceuten har medvirket ved medicingennemgang for 90 % af de psykiatriske patienter, som er i den specifikke afdelings målgruppe for farmaceutens arbejde.
- > Mere patientsikker, effektiv og økonomisk forsvarlig farmakoterapi²⁹
- > Reduktion i forekomsten af behandling af ældre patienter (+ 65 år), med antipsykotiske lægemidler og benzodiazepiner. Mindst 5 % årlig reduktion af solgte definerede døgndoser pr. 1.000 borgere over 65 år.

²⁹ Det indebærer følgende: 1) Afholde mindst 3 regionale kampagner i projektperioden, 2) Skrive kvartalsvise nyhedsbreve, 3) Afholde undervisning på alle afdelinger mindst én gang årligt, 4) Afholde undervisning af personale på udvalgte bosteder, 5) Opdatere behandlingsvejledninger for alle større sygdomsgrupper og udvalgte risikolægemidler (clozapin, lithium, tricykliske antidepressiva), 6) Bedre efterlevelse af RADS behandlingsvejledninger og regionens egne anbefalinger

- > Kvalitetssikring af monitorering af metaboliske og kardiovaskulære bivirkninger ved behandling med psykofarmaka. Mindst 90 % af ambulante og indlagte patienter i målgruppen i behandling med anti-psykotiske lægemidler har fået udført metabolisk screening i henhold til retningslinje.
- > Mindst 10 % årlig øgning af bivirkningsindberetninger fra psykiatrisygehuset.
- > Reduktion i forekomsten af uhensigtsmæssig psykofarmakologisk polyfarmaci
- > Kvalitetssikring af monitorering af metaboliske og kardiovaskulære bivirkninger ved behandling med psykofarmaka.

4.5.2 Kerneelementer

I dette afsnit beskrives indsatsens elementer nærmere.

Det tværfaglige medicinrådgivende team: Psykiatriens Medicinrådgivning I Region Syddanmark er det tværfaglige team, Psykiatriens Medicinrådgivning, etableret på et overordnet niveau. Teamet består af farmaceuter og ledes af speciallæge i psykiatri og farmakologi. Det tværfaglige team varetager tilsammen en lang række funktioner ift. medicinering. Dette indebærer både intern og ekstern medicinrådgivning og medicingennemgang samt kompetenceudvikling af medarbejdere. Derudover har Psykiatriens Lægemiddelkomité bidraget til projektet som faglig følgegruppe, hvor de særligt har været ansvarlige for at udarbejde vejledninger om medicinering. Forskellige professioner i teamet løser forskellige opgaver. Dette gør tiltaget tværfagligt på trods af at de enkelte opgaver oftest løftes af en enkelt person. For at styrke tværfagligheden mellem faggrupperne i teamet afholdes der månedlige teammøder.

Medicingennemgang på sengeafsnit og ambulante

Medicingennemgangen i sekundærsektoren har været målrettet patienter i behandling med psykofarmaka på de psykiatriske afdelinger samt ambulante patienter. Farmaceuterne har i varierede omfang været tilknyttet samtlige afdelinger i psykiatrien (6 voksenpsykiatriske og to børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger).

På sengeafdelingerne har farmaceuten og kontaktlægen aftalt, til hvilke patienter/patientgrupper, der var ønske om, at farmaceuten gav bidrag til medicingennemgangen. På nogen afdelinger har kontaktlægen givet farmaceuten en liste over specifikke patienter, der ønskedes gennemgået. Herefter har farmaceuten selv haft mulighed for at åbne patienternes journaler i Cosmic og lave et oplæg til medicingennemgang (farmaceutisk review). På andre afdelinger (fx hos Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger) har lægerne henvendt sig til farmaceuten med konkrete spørgsmål og/eller medicinlister, som farmaceuten derefter arbejdede med.

Medicingennemgang på bosteder, plejecentre m.m.

Medicingennemgangen på bosteder, plejecentre m.m. har indebåret at borgere på socialpsykiatriske bosteder eller andre borgere tilknyttet kommunen har haft mulighed for at få tilbudt medicingennemgang. Enten har rådgivningen taget direkte kontakt til lederen af bostederne/plejecentrene, ellers har kommunen skabt kontakt til institutionen. I enkelte tilfælde har psykiateren tilknyttet bostedet kontaktet medicinrådgivningen direkte og efterspurgt medicingennemgang.

Forud for medicingennemgangen har institutionen/kontaktpersonen fået tilsendt en materialepakke indeholdende en beskrivelse af de informationer, som skal indhentes, for at en borger kan få gennemgået sin medicinliste. Institutionen har derefter typisk informeret personalet og tilknyttede praktiserende læger og psykiatere om tilbuddet. Først skal borgeren underskrive en samtykkeerklæring, der skal foreligge en aktuel medicinliste, og et diagnose- og symptomschema skal være udfyldt.

Dokumenterne er blevet sendt til rådgivningsteamet (farmaceuter og speciallæge i psykiatri og farmakologi), hvorefter farmaceuterne ud fra de tilgængelige oplysninger har skabt et overblik over patientens aktuelle medicinering ift. de angivne diagnoser. Herefter er lægemiddelordinationerne systematisk blevet gennemgået iht. gældende kliniske behandlingsvejledninger og algoritmer. Derefter er farmaceuterne kommet med forslag til ændringer i borgerens medicin, som er blevet sendt til borgerens læge. Farmaceuterne har gennemgået ændringsforslagene med bostedets personale, således at de evt. kan tage det op med lægen ved næste besøg.

Lægemiddelrådgivning

Et væsentligt element i Region Syddanmarks indsats har været rådgivningsfunktionen. Funktionen varetages af en række farmaceuter samt en speciallæge i psykiatri og farmakologi.

Psykiatriens Medicinrådgivning har haft telefontid kl. 12-14 alle hverdage, hvor både læger på hospitalerne og alment praktiserende læger og privat praktiserende psykiatere har haft mulighed for at kontakte rådgivningsfunktionen for at få rådgivning om psykofarmakabehandling.

Kompetenceudvikling

Psykiatriens Medicinrådgivning har afholdt en lang række undervisningssessioner både internt på hospitalet og eksternt på bosteder/plejecentre. Målgrupperne for undervisningen har både været fagligt personale samt patienter og pårørende. Der er bl.a. afholdt undervisning om psykofarmakologisk behandling og psykoedukation for patienter og pårørende både i sygehus regi og eksternt på bosteder. Der er blevet undervist i depression, bivirkninger, hvorfor der behandles med medicin, alder og medicin m.v.

I forhold til den interne undervisning er der afholdt undervisning på de afdelinger, hvor farmaceuterne har været tilknyttet. Der er blevet undervist i emner, som lægerne har efterspurgt, samt gennemført kampagner på tværs af alle afdelinger og sektorer, hvor der er undervist i emner, som projektgruppen har

fundet relevante og aktuelle. Herudover er der blevet undervist i medicin håndtering og almen farmakologi for ikke-sundhedsfagligt personale som et led i sygehusets interne kompetenceudvikling.

I forhold til bosteder/plejecentre er der afholdt undervisning tilpasset målgrupperne på de enkelte bosteder og plejecentre. Medicinrådgivningen har henvendt sig til kommuner og bosteder/plejecentre med tilbud om undervisning i psykofarmaka.

4.5.3 Resultater

Medicingennemgang

Medicingennemgang er blevet tilbudt på samtlige psykiatriske afdelinger i regionen. Det er derudover lykkedes at identificere og tilbyde medicingennemgang til borgere fra botilbud og plejecentre.

Farmaceuterne oplever, at patienterne på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger generelt ikke får så meget medicin, hvorfor rekrutteringsgrundlaget fra disse afdelinger har været begrænset. I sidste halvdel af projektet skar man derfor ned på denne del af indsatsen.

Stor nytte af medicingennemgang i sekundærsektoren

De interviewede lægerne fortæller, at de har haft stor nytte af medicingennemgangen i sekundærsektoren, som har givet dem mulighed for sparring om medicineringen, samt givet lægerne fokus på kombinationen af psykofarmaka og somatisk medicin, hvilket flere af lægerne ikke havde i lige så høj grad tidligere. Særligt vurderes det, at farmaceuternes fysiske tilstedeværelse har haft stor betydning for muligheden for sparring og læring, fordi der i højere grad har været diskussion og dialog om muligheder og konsekvenser, end hvis kommunikationen udelukkende havde været skriftlig. Farmaceuterne fungerer som generalister på tværs af lægernes specialiseringer og kan bidrage med systematik og procesorientering og kan dermed supplere lægernes arbejde, hvilket frigør tid for lægerne.

Samarbejde med praktiserende læger

I primærsektoren er medicingennemgangen blevet gennemført af farmaceuter, men i samarbejde med en speciallæge i psykiatri og farmakologisamarbejdet, hvilket har udgjort det medicinrådgivende team. Samarbejdet mellem teamet og de praktiserende læger og psykiatere har ikke været uproblematisk. Projektgruppen vurderer, at det er en barriere, at de praktiserende læger/psykiatere i begyndelsen af projektperioden har modtaget ændringsforslag til patienternes medicinering via brev. Denne korrespondanceform indebærer en risiko for, at ændringsforslagene, grundet travlhed, ikke vurderes og dermed ikke implementeres af lægerne. Derfor er der i sidste halvdel af projektet blevet afprøvet en ny samarbejdsmodel, hvor kommunalt personale har formidlet ændringsforslag via korrespondancemeddelelser direkte til lægerne. Flere steder har teamet også mødtes med en psykiater og drøftet konkrete patienters medicinering. Disse samarbejdsmodeller har ført til en øget implementering af ændringsforslagene.

Mange læger har ikke svaret tilbage, og projektgruppen vurderer, at det er tids-pres der har hindret de praktiserende læger i at forholde sig til medicinæ-ndringsforslagene. Generelt har de praktiserende læger virket positivt indstillede.

På nogle bosteder/plejecentre har farmaceuterne været mere direkte involveret og har deltaget i informationsmøder, hvor de har informeret personalet om samtykkeerklæringer mm. og har gennemgået medicinlisterne på bostederne. Generelt vurderer bostederne, at rådgivningsteamet har været meget fleksible i forhold til, hvad der passede institutionerne bedst. I disse tilfælde har medicinteamet gennemgået mulige ændringer i medicinen med den psykiater, der var tilknyttet institutionen samt den medarbejder, der var ansvarlig for patienten. Dette har givet et stort udbytte, vurderer både bosted og rådgivningsteamet. Rådgivningsteamet pointerer dog samtidig, at det er vigtigt, at den behandlende læge er med i denne samtale for at sikre, at der foretages ændringer som følge heraf. Rådgivningsteamet vurderer således, at ressourcer har været godt givet ud. De har kunnet gennemgå ca. 14-15 borgere på 1,5 time, fordi farmaceuterne har lagt et stort, systematisk arbejde forud for dialogen.

De interviewede ledere af bosteder/plejecentre vurderer, at farmaceuterne har bidraget med kyndig sparring, som institutionerne mangler. Desuden vurderer en leder på bosted, at psykiateren tilknyttet bostedet har haft stor glæde af at have nogen at sparre med, fordi vedkommende ellers ofte står alene med medicinering. Ligeledes vurderer de, at medicingennemgangene bidrager med meget også selvom, der ikke altid bliver ændret i patientens medicin, fordi det giver en sikkerhed for, at borgerne får den rette medicin. Dertil har det været vigtigt for lederen, at de ved indsatsen har kunnet give borgerne de samme rettigheder som andre borgere i samfundet:

"...dertil har det været vigtigt, at vi ved denne indsats har kunnet give borgerne de samme rettigheder som andre borgere i samfundet - retten til en second opinion. De skal sidestilles med andre borgere, og få det gjort fagligt så godt som muligt" (leder, psykiatrisk bosted).

Projektet har bevirket, at personalet har lært om medicinering, symptomer og uhensigtsmæssige kombinationer, og at de dermed fremadrettet vil forholde sig mere kritisk til medicinering, beretter bostedets leder.

Succeskriterier

I regionen blev det ved den sidste slutevaluering opgjort, at alle patienter i målgruppen fik udført medicingennemgang, hvorfor succeskriteriet om 90 pct. var opfyldt. Der foreligger ikke opgørelser for 2015 og 2016.

For at imødekomme efterspørgslen på farmaceut-ressourcerne har sygehuset fremadrettet planer om at ændre tilgangen således, at farmaceuterne fremadrettet ikke arbejder enten internt eller eksternt, men at samtlige farmaceuter kan varetage opgaverne både internt og eksternt. Dette forventer man i regionen vil gøre det nemmere for farmaceuterne bl.a. at deltage i de lægefaglige konferencer på afdelingerne samt at dække regionen geografisk.

Kompetenceudvikling

Undervisningen har været rettet mod det til faglige personale, både sundhedsfagligt og ikke-sundhedsfagligt, samt patienter og pårørende.

Farmaceuterne, som har varetaget undervisningen af patienter og pårørende, tillægger undervisningen stor værdi. Dette skyldes særligt at undervisningen bidrager til dialog med patienterne, hvilket giver farmaceuterne større indsigt i patienternes indstilling til medicinering.

For det faglige personale er undervisningen blevet gennemført på de afdelinger, som farmaceuterne har været tilknyttet, hvor lægerne har haft indflydelse på hvilke emner de ønskede undervisning i. Et andet element i kompetenceudviklingen har været at gennemføre kampagner på tværs af alle afdelinger og sektorer med fokus på relevante og aktuelle emner ift. medicinering. Som en del af sygehusets interne kompetenceudvikling er ikke-sundhedsfagligt personale ligeledes blevet undervist i medicin håndtering og almen farmakologi. På bosteder og plejecentre er undervisningen blevet tilpasset det enkelte center og hovedformålet har været at klæde personalet bedre på til at kommunikere med lægerne på området. Der er givet gode tilbagemeldinger på undervisningen, som bosteder og plejecentre vurderer, har givet et stort kompetenceløft til personalet, som har fået viden om medicinering, symptomer og u hensigtsmæssige kombinationer.

Succeskriterier

Et succeskriterie for projektet var, at der mindst én gang årligt skulle foretages undervisning på alle afdelinger og derudover skulle der gennemføres undervisning på udvalgte bostedet og plejecentre. Ifølge den afsluttende statusrapport er der flere gange i projektperioden afholdt undervisning på samtlige afdelinger, hvilket i alt svarer til 60 sessioner. Derudover er der i alt ca. 1290 kommunalt ansatte, som er blevet undervist i psykofarmakologi i projektperioden. Og endelig er der også gennemført undervisning på udvalgte bosteder.

Opgørelsen viser, at regionen har levet op til undervisningsmålsætningen.

Det var målet i projektperioden at igangsætte i alt tre kampagner, udsendes kvartalsvise nyhedsbreve og udarbejde opdaterede behandlingsvejledninger for alle større sygdomsgrupper og udvalgte risikolægemidler. Dette er alt sammen sket, jf. regionens afsluttende statusrapport.

Lægemiddelrådgivning

Det tværfaglige team, Psykiatriens Medicinrådgivning, varetager lægemiddelrådgivningen til både primær- og sekundærsektoren. Begge dele er blevet brugt flittigt og har haft stor værdi for lægerne: *"Det har altid været utrolig brugbart, hvad jeg har fået at vide og jeg har hver gang brugt det i min behandling af patienten. Særligt når der også har været somatiske lidelser ind over, som jeg kun har begrænset viden om"* (privatpraktiserende psykiater).

Der er løbende lavet oplysningsarbejde målrettet alment praktiserende læger for at oplyse om rådgivningsfunktionen. Dette er gjort via allerede etablerede samarbejdsfora ved tilbud om undervisning samt nyhedsbreve.

Projektgruppen vurderer, at ca. 50 % af brugerne har været alment praktiserende læger, mens ca. 40-45 % har været psykiatere ansat i psykiatrisygehuset. Lægerne har brugt rådgivningen til at få sparring om bivirkninger, valg af medicin i forbindelse med psykiatriske patienter med lange medicinlister eller i tilfælde, hvor de gængse retningslinjer ikke kan benyttes.

Lægerne har modtaget svar inden for ca. 2 hverdage. Svarerne til lægerne er blevet drøftet internt i teamet, inden svaret er blevet sendt til forespørgeren. Svaret er blevet dokumenteret ved, at farmaceuten har skrevet alle informationer i svar-mailen til lægen.

Fast telefontid

Projektteamet vurderer, at det har fungeret fint med en fast telefontid, hvor lægerne har kunnet sætte tid af til at kontakte rådgivningsfunktionen, og lægerne har i nogle tilfælde fået svar allerede i telefonen frem for at vente på svar ved en skriftlig forespørgsel. Den interviewede psykiater vurderer, at der er kort svartid på henvendelser til rådgivningsfunktionen, og at hun har fået grundig og brugbar viden, som hun ellers skulle have brugt meget tid på selv at finde.

Rådgivningen er blevet evalueret via et elektronisk spørgeskema udsendt med svarmails til brugerne. Svarene viser, at brugerne generelt påskønner såvel den faglige kvalitet i svaret, anvendeligheden heraf samt at svaret kan fås forholdsvis hurtigt.

Succeskriterier

I Region Syddanmark er der ikke opstillet et succeskriterie for etablering af lægemiddelrådgivningen, hvorfor det ikke kan vurderes, hvorvidt de formår at udbrede rådgivningen i det omfang, det var tiltænkt. Siden projektets start har rådgivningen samlet set modtaget 507 henvendelser, hvilket sammenlignet med tilsvarende tal fra andre regionerne må anses for at være et tilfredsstillende resultat.

5 Temaanalyse

Analysen af de seks temaer, hhv. medicingennemgang, det tværfaglige medicinrådgivende team, kompetenceudvikling, lægemiddelrådgivning, medicinmonitoringsystem og patientinddragelse går på tværs af de fem regionale projekter.

5.1 Tværfaglige medicinrådgivende teams og medicingennemgang

Overordnet resultat

Samlet set har fire regioner etableret et tværfagligt team som en del af projektet. Resultaterne viser entydigt, at dette skaber gode tværfaglige diskussioner, og giver anledning til flere forslag til ændringer i medicinering, som opleves som udbytterige.

Regionerne er enige om, at et tværfagligt team er relevant og værdifuldt i forhold til at skabe øget fokus på kvalitet i medicineringen. Helt overordnet vurderer de interviewede i alle regioner, at farmaceuterne er særligt egnede til at varetage opgaven, idet de besidder viden om medicinering, som går på tværs af lægernes specialer. Lægerne i samtlige regioner vurderer, at denne viden er brugbar, og bidrager til øget sparring om medicinanvendelse. Særligt sparring om somatisk medicin og samspillet mellem den somatiske medicin og psykofarmaka vurderer lægerne som særligt givtigt, idet det ofte er et område, som de mangler viden om. Flere steder fremhæves det også som noget positivt, at farmaceuternes bidrag kan frigøre ressourcer fra lægerne, som kan anvendes andre steder i Psykiatrien.

Fælles for de regionale projekter er, at medicingennemgangen i alle tilfælde bliver udført af farmaceuter. I to regioner gennemgår kliniske farmakologer eller det tværfaglige team efterfølgende farmaceuternes notater.

Organisering

Der er forskel på de tværfaglige teams organisatoriske placering i projekterne:

I nogle regioner er teamet etableret på et overordnet niveau, det vil sige, at teamet varetager opgaver ift. medicinering på tværs i Psykiatrien i regionen. Det sker gennem udarbejdelse af vejledninger om medicinering og kliniske retningslinjer, medicinrådgivning og i nogle tilfælde medicingennemgang af udvalgte komplicerede cases. Denne organisering har givet udfordringer med klart at rammesætte kommissoriet og opgaverne for teamet samt at give det tilstrækkelig beslutningskompetence, sådan at nye retningslinjer og vejledninger reelt set har kunnet effektueres.

I andre projekter er det tværfaglige team knyttet mere snævert til et sengeafsnit/-afdeling og en konkret patient målgruppe. Her har der været fokus på specifikke patientcases og medicingennemgang af disse. Særligt i Region Midtjylland er der positive oplevelser ved denne organisering, og det opleves som brugbart at få flere vinkler på de enkelte patienters problemstillinger. Det er dog samtidig klart fra projektet, at tilgangen og organiseringen er ressourcekrævende, da flere forskellige fagpersoner skal finde tid til at samles og drøfte hver

enkelt patients problematikker. Der kan af samme årsag kun gennemføres et relativt begrænset antal medicinggennemgange på denne måde.

Der er altså fordele og ulemper ved de forskellige måder at organisere det tværfaglige medicinrådgivende team på. Det patientrettede team og medicinggennemgang giver dybdegående og udbytterige diskussioner for relativt få patienter, mens team og gennemgang på et overordnet niveau giver ensartet policy, vejledning og tilgang på tværs af regionen, men udfordringer med at implementere samme i praksis.

Udfordringer

Farmaceuternes involvering har været relevant og givtig. Ikke overraskende har der også været udfordringer. Fælles for projekterne er, at der særligt i begyndelsen har været samarbejdsudfordringer mellem farmaceuter og læger. Udfordringerne har bundet i, at lægerne har oplevet farmaceuternes involvering i medicinggennemgang som kontrollerende. Lægerne har behandlingsansvaret og dermed også ansvar for medicineringen, og forslag til ændringer i medicineringen kan dermed opfattes som en kritik af lægernes arbejde. En pointe som i den forbindelse påpeges af flere læger er, at når medicineringen ikke følger anbefalingerne, så er det ikke nødvendigvis fordi lægerne ikke har tænkt sig om, men derimod ofte et udtryk for at denne medicinering har været den bedste mulighed for den givne patient. Lægerne kan opleve at farmaceutens gennemgang kan anfægte, at der ikke er 'styr på tingene', hvorved der, fra lægernes side, efterspørges en større anerkendelse af, at lægerne planlægger medicineringen med omtanke.

Der er på tværs af projekterne opstået en mere positiv holdning til farmaceuternes involvering undervejs. Dette ses ved, at lægerne i højere grad oplever at få relevant sparring fra farmaceuterne. I flere projekter fremhæves det, at farmaceuternes fysiske tilstedeværelse på de psykiatriske afdelinger har afgørende betydning for, at lægerne har kunnet vænne sig til den nye faggruppe og opnå viden om dens kompetencer. Samtidig har det også øget muligheden for diskussion og dialog om muligheder og konsekvenser ved medicineringen. En mulighed, som havde været mere begrænset såfremt kommunikationen udelukkende havde været skriftlig.

Fælles for alle regionale projekter er, at farmaceuterne er ansat på det regionale sygehusapotek og ikke direkte i den eller de sengeafsnit/afdelinger, de har arbejdet på. Dette giver en særlig grad af fleksibilitet for farmaceuterne, idet de har kunnet betjene flere afsnit/afdelinger samtidig. Samtidig betyder ansættelsen ved apoteket, at farmaceuterne i praksis i det daglige har skulle referere til flere og andre ledere end deres formelle personaleleder. Der skal altså fremadrettet gøres noget særligt for at præcisere, hvem der varetager den faglige ledelse, den daglige driftsledelse og personaleledelsen for farmaceuterne.

Målgruppe

Målgruppen varierer fra region til region, men et fællestræk for regionerne er, at projektet er målrettet risikopatienter, som enten modtager flere psykofarmaka, høje doser af psykofarmaka, kombinationer med benzodiazepiner, eller som er ældre psykiatriske patienter.

I de fleste projekter har patientmålgruppen hørt til i sekundærsektoren, dvs. på sengeafdelinger/afsnit. I projekter hvor alle psykiatriske afsnit indgår, har målgruppen omfattet så mange patienter, at farmaceuterne ikke har kunnet gennemføre medicingennemgang for dem alle, selvom det har været hensigten. Det kan være meningsfyldt at udvælge psykiatriske afsnit, hvor patienterne er karakteriseret ved at have særligt lange medicinlister, hvilket er fremgangsmåden i en region. Eller udelade børne- og ungdomspsykiatrien, da børn og unge sjældent har lange medicinlister.

Projekternes erfaringer viser, at en stor andel af de patienter for hvem medicingennemgang og indsats fra et tværfagligt team ville være gavnlige, kommer i psykiatriens ambulatorier. De er ofte i en mere stabil fase end patienterne i sengeafsnittene, hvorfor medicingennemgangen kan være mere langsigtet end akut. Patienterne i ambulatorierne er i praksis lige så nemme at identificere som de indlagte patienter. To projekter har afprøvet brugen af farmaceuter i ambulatorierne. Det er vurderingen, at en indsats for denne målgruppe kan være særligt relevant.

Særligt i primærsektoren har der været udfordringer med rekruttering af borgere og især borgere i eget hjem. En enkelt region har på bosteder og plejehjem succesfuldt rekrutteret borgere, der er omfattet af medicineringskriterierne. Identificeringen af denne type borgere er dog ikke nødvendigvis ligetil, da udfordringer med udveksling af personoplysninger mellem sektorer kan opleves som en barriere. I den region, hvor det er lykket, er der meget stor tilfredshed ikke mindst blandt personalet, med den faglige støtte omkring medicineringen som farmaceuterne har leveret. Medarbejdere på bostederne oplever, at have fået øget viden om medicinering, symptomer og uhensigtsmæssige kombinationer af medicin. Det har medført, at de er blevet mere kritiske overfor medicineringen, og er klædt bedre på til næste gang borgerens praktiserende læge kommer på besøg.

Det har været en udfordring at få de praktiserende læger til at deltage i de tværfaglige møder og at få dem til at forholde sig til ændringsforslagene til medicinering. Den manglende deltagelse og anvendelse af medicingennemgangen forventes ifølge de interviewede særligt at hænge sammen med tidspress i almen praksis. De praktiserende læger er dog positive overfor tiltaget. Såfremt medicingennemgang skal tilbydes i primærsektoren, er det vigtigt fremadrettet at være opmærksom på, hvordan de praktiserende læger kan deltage, da deres deltagelse er afgørende for, at de forslåede medicinændringer kan gennemføres.

Succeskriterier

Regionerne har hver især opstillet en række succeskriterier for implementeringen af medicingennemgangen. Kriterierne varierer på tværs af regionerne, men generelt er målet, at mellem 90-95 pct. af den valgte målgruppe skal modtage medicingennemgang. I de fleste tilfælde har man nået denne målsætning.

Et succeskriterie som går igen i fire regioner er målet om at reducere graden af polyfarmaci. Definitionen af polyfarmaci varierer mellem regionerne, hvor det både defineres som behandling med 2 eller flere antipsykotika eller 3 eller flere antipsykotika. Størrelsen af reduktionen varierer dog regionerne imellem, og spænder fra en halvering til en reduktion på 20 pct. Et andet succeskriterie som

går igen i tre regioner er målet om at reducere kombinationsbehandlinger med antipsykotika og benzodiazepiner. Målet varierer fra 15 pct. til 20 pct. reduktion. Et tredje fælles succeskriterie for to regioner er målet om at reducere behandlingen med doser af antipsykotika, som overstiger de nationale anbefalinger. Reduktionen spænder fra en halvering til 20 pct.

Ud fra de regionale statusrapporter fremgår det, at regionerne generelt ikke har haft mulighed for at vurdere udviklingen i medicinforbruget gennem projektperioden. Dels fordi registreringer har været mangelfulde, og dels fordi udviklingen af et monitoreringssystem til opgørelse af medicinforbruget har været mangelfuld. I Region Syddanmark har man dog opfyldt sit mål om en 5 pct. årlig reduktion af uhensigtsmæssig psykofarmakologisk behandling af ældre patienter med benzodiazepiner i 2015-2016. I Region Midt er der sket en reduktion på 25 pct. i antallet af borgere i kombinationsbehandling med 3 eller flere antipsykotika, hvor målet var en halvering.

Samlet set er det, p.gr.a. manglende data dog ikke muligt for evalueringen at konkludere noget entydigt angående opfyldelse af succeskriterierne vedrørende medicinforbrug.

Det varierer i hvilket omfang medicingennemgangen videreføres i regionerne efter projekternes afslutning. I Region Midtjylland videreføres den afprøvede form for medicingennemgang, da det vurderes at andre initiativer og projekter i kommunerne og regionen vil øge fokus på medicineringen. I Region Sjælland fortsætter man efter planerne med de farmaceutiske oplæg til medicingennemgang i sekundærsektoren, hvilket sker som led i implementeringen af retningslinjen for udvidet medicingennemgang. I Region Nordjylland indstilles farmaceuternes medicingennemgang på sengeafsnittene. I Region Syddanmark videreføres den farmaceutiske tilknytning til klinikken (psykiatriske sengeafsnit). Farmaceuterne peger dog på, at det skal overvejes, hvor indsatsen giver mest værdi, og at det måske giver mest værdi at lave medicingennemgang, når patienterne er i stabil fase, og er udskrevet og/eller i ambulant behandling.

5.2 Lægemedelrådgivning og medicinmonitoreringssystem

Lægemedelrådgivning er gennemført i tre regioner: Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Sjælland. Tiltaget indebærer rådgivning om medicinering og er henvendt til læger både i Psykiatrien og almen praksis. De tre regioner har afprøvet forskellige former for lægemiddelrådgivning.

Rådgivningen vurderes i bred forstand at være relevant og nyttig. Særligt relevant har det været at få sparring om somatisk medicin og interaktionen med psykofarmaka. En praktiserende læge vurderer, at der er behov for netop denne type rådgivning, da den kan bidrage til, at man undgår unødvendige indlæggelser i Psykiatrien.

Generelt har anvendelsen af lægemiddelrådgivningen dog ikke levet op til projekternes forventninger. Regionerne oplever særligt, at det er de praktiserende

læger som ikke anvender tilbuddet. Der kan være flere forklaringer på den manglende anvendelse, herunder tidspres og manglende kendskab til rådgivningen. Derudover kan en mulig forklaring være, at lægerne foretrækker at sparre med hinanden frem for at anvende rådgivningen. Flere steder er opmærksomheden på rådgivningen blevet øget f.eks. ved at tilbuddet introduceres i undervisningsmodulerne, på de tværfaglige møder eller i nyhedsbreve.

Rådgivningen foregår enten via telefon eller igennem skriftlig korrespondance. Der er forskel på, hvilken kommunikationsform regionerne vurderer som mest relevant. Et sted påpeges det, at telefonrådgivning kan være tidskrævende og vanskelig rent praktisk at gennemføre. En anden region oplever særligt telefonrådgivningen som brugbar, da det giver mulighed for dialog og hurtigt svar. De faste telefontider opleves i den forbindelse som relevante.

I flere af de regionale projekter indgår udviklingen af et medicinmonitoreringssystem som et element i projektet. Systemets formål er at kunne monitorere patienters medicinforbrug på individniveau og gøre det muligt at identificere målgruppen med medicinsk risikoprofil. Systemet vil altså kunne give indblik i omfanget af problemerne med medicinering, og hvor der især er problemer.

Projekterne har ikke haft succes med medicinmonitorering. I to projekter foregår monitoreringen i et manuelt system, og i én region peger personalet på vanskeligheder med, at det udviklede elektroniske medicinmonitoreringssystem ikke arbejder sammen med regionens journalsystem. Derfor forventede man ved projektets afslutning at værdien af medicinmonitoreringssystemet, vil blive reduceret, da det indebærer et behov for dobbeltregistreringer.

5.3 Patientinddragelse og kompetenceudvikling

I tre projekter: Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden, er der indtænkt inddragelse af både patienter og pårørende i forbindelse med fokus på medicinering.

Generelt oplever regionerne det som særligt positivt at inddrage patienter og borgere, og at inddragelsen skaber værdi både for patienten/borgeren men også for de sundhedsprofessionelle.

Projekterne har inddraget patienter/pårørende på to forskellige måder:

- > I Region Midtjylland deltager borgerne efter medicingennemgangen i et opfølgende møde, hvor medicineringsforholdene diskuteres. På mødet deltager udover borgeren, relevante sundhedsprofessionelle og borgerens praktiserende læge samt psykiater, hvis sådan en er tilknyttet. Tilgangen er dermed ganske ressourcekrævende, men er samtidig med til at øge sandsynligheden for, at de praktiserende læger reelt set anvender medicingennemgangens forslag til justeringer i sit fortsatte samarbejde med patienten.

- > I patientmødet i Region Hovedstaden deltager alene borger og farmaceut. Tilgangen er dermed langt mindre ressourcekrævende, men har så samtidig ikke inddragelse af den praktiserende læge.

I fire af de fem projekter indgår kompetenceudvikling som et element. Kompetenceudvikling angår særligt uddannelse af fagpersoner i relevante farmakologiske emner. Formålet er overordnet at klæde fagpersoner bedre på i forhold til medicinering.

En problematik som går på tværs af flere projekter er, at det kan være udfordrende at få særligt privat praktiserende læger til at deltage i undervisningen, hvilket igen forventes at hænge sammen med et højt tidspres i almen praksis. Den samme problemstilling gør sig nogle steder til dels også gældende for læger i psykiatrien.

I flere projekter indgår gode eksempler på hvordan en oplysningsindsats kan være et godt supplement til undervisning. Dette kan f.eks. ske ved et oplæg på lægernes morgenkonference eller ved at igangsætte oplysningskampagner om kvalitet i medicinering i psykiatrien både i primær- og sekundærsektoren.

Én region har oplevet særlig stor værdi i at tilbyde undervisning til patienter og pårørende. Undervisning af denne målgruppe vil kunne bidrage til en bedre dialog med patienterne og samtidig en bedre forståelse for deres indstilling til medicinering. Dette må forventes at kunne bidrage positivt til lægernes samarbejde med patienten og muligvis skabe en bedre dialog.

Det er vigtigt, at ambitionsniveauet i undervisningens indhold tilpasses målgruppen. Med et for lavt ambitionsniveau er der risiko for, at lægerne i mindre omfang vil deltage i undervisningen. Samlet viser erfaringerne, at man skal målrette undervisning og indhold til forskellige målgruppers faglige forudsætninger for at gøre den så relevant som muligt.

Bilag A Interviewoversigt

Region Sjælland (5 pers.)
<p><u>Fokusgruppeinterview:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Klinisk farmakolog > Klinisk farmaceut fra Sygehusapoteket > Ledende overlæge > Overlæge fra retspsykiatriens ambulante funktion > Projektleder
Region Syddanmark (10 pers.)
<p><u>Fokusgruppeinterview:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > 4 farmaceuter samt teamleder, > Speciallæge i psykiatri og farmakologi. <p><u>Individuelle interviews:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Psykiater fra psykiatrisk afdeling i Svendborg, > Psykiatriens lægefaglige direktør > Sygeplejerske fra Esbjerg Kommune > Leder af bosted for personer med sindslidelse > Privatpraktiserende psykiater
Region Hovedstaden (7 pers.)
<p><u>Fokusgruppeinterview:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > 2 farmaceuter > Leder for farmaceuterne > Centerleder for Psykiatrisk Center Glostrup > 2 læger ved hhv. akutmodtagelse og sengeafsnit > Projektleder for Region Hovedstadens projekt
Region Midtjylland (I alt 11 pers.)
<p><u>Fokusgruppe 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Psykiater, medlem af Medicinteamet, > Farmaceut, medlem af Medicinteamet, > Praktiserende læge, medlem af Medicinteamet, > Klinisk farmakolog, medlem af Medicinteamet, > Psykiater fra Regionspsykiatrien (ambulant) <p><u>Fokusgruppe 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Sundhedskonsulent, Silkeborg Kommune > Leder af Psykiatrien, Viborg Kommune > Social- og sundhedsassistent, Socialpsykiatrien Syd, Ikast-Brande Kommune

- > Sygeplejerske, Center for Psykiatri, Holstebro Kommune

Fokusgruppe 3:

- > Farmaceut og lægemiddelkonsulent, Kvalitet og Lægemidler, Region Midtjylland
- > AC-medarbejder, Kvalitet og Lægemidler, Region Midtjylland

Region Nordjylland (17 pers.)

Fokusgruppe 1:

- > Leder af Central Visitation i voksenpsykiatrien,
- > Lægefaglig direktør i Psykiatrien,
- > Læge under Hoveduddannelse og projektleder

Fokusgruppe 2:

- > 2 kliniske farmaceuter
- > 2 overlæger på sengeafsnit,
- > Lægefaglig direktør i Psykiatrien
- > Læge under Hoveduddannelse og projektleder

Fokusgruppe 3:

- > 2 kliniske farmaceuter,
- > Klinisk professor ved Aalborg Universitet og leder af Enhed for Psykiatrisk Forskning, Psykiatrien, medlem af Medicinkomiteén,
- > Lægefaglig direktør i Psykiatrien,
- > Læge under Hoveduddannelse og projektleder,
- > Sekretær for Medicinkomiteén

Individuelle interviews:

- > Lægemiddelkonsulent ved Nord-KAP og alment praktiserende læge
- > Klinisk farmakolog
- > Ledende overlæge ved Psykiatrien i Region Nordjylland.

Bilag B Interviewguide

Nedenstående er en bruttoliste af interviewtemaer og -spørgsmål. Der skal udvælges relevante temaer og spørgsmål ud fra, hvilke projektaktiviteter, der har været i det pågældende regionale projekt. I nogle tilfælde vil spørgsmålene skulle udvides med yderligere konkretiserede underspørgsmål. Udvælgelsen og eventuelle underspørgsmål aftales forud for de enkelte interview med projektets tovholder, så det giver mening i forhold til de planlagte interview.

Overordnede spørgsmål – jf. metodenotat – TIL ALLE

Anvendes til invitation af interviewpersoner, indledende introduktion under interviewet samt opsamling ved afslutning af interviewet:

- > Oplever de tværfaglige teams og samarbejdspartnere, at der er tale om en hensigtsmæssig brug af ressourcer og har det værdi for borgerne/patienterne?
- > Hvilke faktorer hæmmer/fremmer implementeringen af tværfaglig medicinrådgivning?
- > Hvordan tænkes den videre forankring af medicinrådgivende teams og øvrige dele af medicinrådgivning – på baggrund af erfaringerne indtil videre?
- > Er der ledelsesmæssig opbakning til projektet på lokal plan i jeres organisation?
- > Hvad betyder det for projektet, at I har/mangler ledelsesmæssig opbakning?

Det tværfaglige team – til projektledere samt medarbejdere og ledere i den regionale psykiatri

- > Tværfaglighed: Hvilke faggrupper er involveret projektet, og hvilke roller har de?
- > Hvad er styrkerne og udfordringerne ved den valgte form for og grad af tværfaglighed i projektet?
- > Hvad er organiseringen i forhold til farmaceuterne: Hvor er farmaceuterne ansat og hvilke fordele/ulempes er der ved den organisering?
- > Normering i forhold til efterspørgsel/behov?

Kompetenceudvikling og uddannelse i projektet – til projektledere, ledere i den regionale psykiatri, farmakolog o.a., der står for kompetenceudvikling, læger o.a., der deltager i kompetenceudvikling og uddannelse

- > Beskriv og vurder kompetenceudviklingen af projektmedarbejdere i projektperioden.

- > Beskriv og vurder uddannelses- og dialogaktiviteter i projektet; dvs. kompetenceudvikling af medarbejdere generelt.
- > Hvilke kompetenceudviklende initiativer giver mest udbytte - hvad kan anbefales?

Medarbejderes udbytte af projektets aktiviteter – til medarbejdere og ledere i den regionale psykiatri, almen praksis og kommuner

- > Hvem er brugerne af hhv. rådgivning/farmaceutisk oplæg/medicingennemgang? Hvorfor er disse medarbejdere relevante for projektets aktiviteter?
- > Hvad er disse medarbejdergruppers udbytte af projektets aktiviteter?

Definition af målgruppen – patienter/borgere – og deres udbytte af projektets aktiviteter – til projektledere samt medarbejdere og ledere i den regionale psykiatri, almen praksis og kommuner

- > Hvordan defineres populationen for projektet?
- > Hvordan "visiteres" til projektet og hvem "visiterer"?
- > Sker der inddragelse af borgeren i forbindelse med, at borgerens medicin gennemgås? (hvad er fordele/ulemper herved?)
- > Hvad er patienternes/borgernes udbytte af projektets aktiviteter?

Farmaceuters rolle i klinikken (sengeafsnit og evt. ambulante afsnit) – til projektledere, de fagpersoner, der yder medicinrådgivning samt relevante medarbejdere og ledere i den regionale psykiatri, borgere

- > Hvordan adskiller projektets anvendelse af farmaceuter og farmakologer sig fra vanlig praksis?
- > Hvornår fungerer farmaceutens bidrag til medicingennemgang godt?
- > Hvornår fungerer farmaceutens bidrag til medicingennemgang mindre godt?
- > Hvilken form for kommunikation, teknologi mv. sikrer anvendelse af farmaceutens oplæg/medicingennemgang i klinikken? Og hvad fordele/ulemper?
- > I hvilket omfang er der ønske om fysisk tilstedeværelse og tilbagemelding fra farmaceuterne?
- > Hvordan dokumenterer farmaceuten sit bidrag til medicineringen?
- > Efterspørger lægerne i klinikken (oplæg til) medicingennemgang? Hvorfor? Hvorfor ikke?

- > Hvordan benyttes medicingennemgangen i det efterfølgende arbejde i klinikken?
- > Hvad bidrager medicingennemgangen til? Og modsvarer det ressourceforbruget?

Farmakologer – til projektledere, de fagpersoner, der yder medicinrådgivning samt relevante medarbejdere og ledere i den regionale psykiatri, borgere

- > Hvordan bidrager farmakologer/farmakologisk enhed til projektets aktiviteter? Hvad kan anbefales som udbytterigt? Er der ønske om, at farmakologerne benyttes anderledes/til øvrig aktivitet (hvad?)?

Rådgivningsfunktionen – til projektledere, de fagpersoner, der yder medicinrådgivning, medarbejdere og ledere i den regionale psykiatri, praktiserende læger, borgere

- > Beskriv og vurder rådgivningsfunktionen
- > Hvem benytter rådgivningsfunktionen?
- > Hvad benyttes rådgivningsfunktionen til?
- > Hvilken monitorering og kvalitetsudvikling af rådgivningsfunktionen er der brug for?
- > Hvilket udbytte har brugerne af rådgivningsfunktionen?

Medicinkomité

- > Hvordan er komiteen sammensat (forskellige faggrupper, repræsentanter fra forskellige instanser/afdelinger)?
- > Hvilke opgaver varetager komiteen? Hvilke beslutningskompetencer har de?
- > Hvad bidrager komiteens arbejde med i forhold til projektet?

Spørgsmål vedr. almen praksis' rolle og anvendelse af input fra farmaceuter – TIL projektledere, de fagpersoner, der yder medicinrådgivning, medarbejdere og ledere i den regionale psykiatri, praktiserende læger, kommunale ledere, borgere

- > Beskriv og vurder almen praksis' rolle i projektet, herunder rolle i projektets fora?
- > Almen praksis' rolle i uddannelses- og andre projekt-aktiviteter?
- > Bruger almen praksis farmaceutens oplæg/det tværfaglige teams medicingennemgang? I så fald hvordan og til hvad?
- > Hvilken form for kommunikation, teknologi mv. sikrer almen praksis' anvendelse af oplæg/medicingennemgang?
- > Hvordan fungerer samarbejdet med almen praksis?
- > Efterspørger lægerne i almen praksis selv medicingennemgang? Hvorfor? Hvorfor ikke?
- > Hvordan benyttes medicingennemgangen i det efterfølgende arbejde?
- > Hvad bidrager medicingennemgangen til? Og modsvarer det ressourceforbruget?

Samarbejdet med kommuner, bosteder mv. - til projektledere, de fagpersoner, der yder medicinrådgivning, praktiserende læger, psykiatere i primær sektor, kommunale ledere, borgere

- > Beskriv og vurder inddragelsen af kommunale parter i projektets aktiviteter.
- > Hvilke gevinster og udfordringer er der ved at kommuner involveres i at forbedre psykiatriens medicinering af borgere inden for projektets målgruppe?
- > Hvordan fungerer samarbejdet med kommunerne?
- > Efterspørger kommunerne projektets aktiviteter? Hvorfor? Hvorfor ikke?
- > Hvilke af projektets aktiviteter efterspørger kommunerne? (medicingennemgang, undervisning etc).
- > Hvordan benyttes medicingennemgangen i kommunernes arbejde?
- > Hvad bidrager medicingennemgangen til? Og modsvarer det ressourceforbruget?
- > Hvad bidrager undervisningen til?

Somatik – til projektledere, de fagpersoner, der yder medicinrådgivning, medarbejdere og ledere i den regionale psykiatri

- > Er der læger fra somatik med i projektets uddannelsesaktiviteter?
- > Omfatter det farmaceutiske oplæg/medicingennemgangen alle præparater? Bør det det? Udfordringer og gevinster?

Monitorering af medicinering – til projektledere og medarbejdere og ledere i den regionale psykiatri

- > Beskriv og vurder projektets initiativer i forhold til forbedret medicinmonitorering.

Sammenhæng med øvrige initiativer og rammer på medicineringsområdet- til relevante ledere i den regionale psykiatri

- > Hvordan hænger projektets aktiviteter sammen med medicineringsområdet og initiativer, der er i gang – nationalt og regionalt?
- > Er der initiativer eller rammer, der understøtter fortsættelse af elementer fra projektet (medicinoplæg og -gennemgang, uddannelse mv.)?
- > Er der initiativer eller rammer, der forhindrer fortsættelse af elementer fra projektet?

Afsluttende – gentage de overordnede spørgsmål – TIL ALLE – SAMT TIL projektledere, de fagpersoner, der yder medicinrådgivning, relevante ledere i den regionale psykiatri

- > Er der elementer, der har været umulige at gennemføre i jeres projekt? Hvilke? Hvorfor?
- > Er der elementer, I gerne ville have haft med i projektet, evt. elementer fra de andre projekter? Hvilke? Hvorfor?
- > Hvordan tænkes den videre forankring af projektet og aktiviteterne? Hvilke aktiviteter føres viden? Under hvilken organisering? Overvejelser omkring dette?

Bilag C Effektstudienotat

Formålet med det registerbaserede studie har været, at undersøge om de satspuljefinansierede projekter har haft en effekt på interventionsgruppens medicinforbrug.

C.1 Metode

C.1.1 Før og efterundersøgelse

Oprindeligt var det tanken, at registeranalyserne både skulle gennemføres som:

- > En før-efterundersøgelse af interventionsgruppens medicinforbrug før og efter medicingennemgangen
- > En case-kontrol undersøgelse af interventionsgruppens medicinforbrug i forhold til en sammenlignelig kontrolgruppes medicinforbrug (målt efter samme kriterier som ovennævnte før-efter-studie) med henblik på at vurdere, om udviklingen er en følge af interventionen eller en generel trend i behandlingen af psykiske lidelser

Det er imidlertid COWIs vurdering, at der på det foreliggende grundlag ikke kunne etableres en tilstrækkelig sammenlignelig kontrolgruppe, hvis medicinforbrug meningsfuldt kunne sammenholdes med interventionsgruppens medicinforbrug. Årsagen er, at udvælgelsen af patienter til interventionsgruppen i et vist omfang vurderes at have hvilet på subjektive eller uigennemskuelige kriterier³⁰. Hertil kommer, at der var meget stor forskel på målgrupperne i de enkelte regioner. Derved var der ikke tilstrækkelig sikkerhed for, at der kunne udvælges en sammenlignelig kontrolgruppe på grundlag af registerbaserede oplysninger.

På den baggrund besluttede COWI, i samråd med Sundhedsstyrelsen, at de registerbaserede analyser alene skulle omfatte en før-efter undersøgelse af interventionsgruppens medicinforbrug.

³⁰ Eksempel fra Region Hovedstaden:

"Derudover omfatter målgruppen også de patienter, som lægerne gennem projektet har rettet henvendelse til farmaceuterne om med specifikt ønske om udarbejdelse af en medicingennemgang."

"I akutmodtagelsen er praksis, at farmaceuten screener alle ny-indlagte patienter på baggrund af det Fælles Medicinkort (FMK). Derefter deltager de i morgenkonferencen og prioriterer på det grundlag, hvilke patienter, der skal laves medicingennemgang for."

C.1.2 Afgrænsning af før- og efterperioden

Før-efter undersøgelsen sammenligner medicinforbruget i to kalendermæssigt ens perioder, således at sæsonmæssige påvirkninger af medicinforbruget undgås.

- > Efter-perioden starter 7 dage efter medicingennemgangen og varer ½ år.
- > Før-perioden er den tilsvarende periode et år tidligere.

Det vil sige, at hvis medicingennemgangen f.eks. er foretaget den 1/7 2016, er den pågældende patients efter-periode: den 8/7 2016 – 8/1 2017 og før periode: den 8/7 2015 – 8/1 2016.

C.1.3 Datagrundlag

Den kvantitative del af undersøgelsen er gennemført på grundlag af registerbaserede analyser af data fra: Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Befolkningsstatistikregisteret samt registeret vedr. døde i Danmark.

Registrene bidrager bl.a. med oplysninger om apotekernes udlevering af receptpligtig medicin og diagnoser i forbindelse med hospitalskontakter.

Analyserne er foretaget på forskermaskinen på Danmarks Statistik.

C.1.4 Interventionsgruppen

Datagrundlaget indeholder oplysninger om patienter, der har fået foretaget en medicingennemgang som led i projektet. Oplysningerne er indberettet direkte til Danmarks Statistik af Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Region Sjælland – og derefter i anonymiseret form stillet til rådighed for analysearbejdet.

En række patienter modtager hovedparten af deres medicin på/fra sygehuset. Dette gælder dels de patienter, der er indlagte, og de, som umiddelbart efter indlæggelsen har fået medicin med hjem fra sygehuset. Derudover gælder det de patienter, der modtager deres behandling fra sygehuset vederlagsfrit. Denne medicin er ikke personhenførbart og indgår ikke i Lægemedelstatistikregisteret.

For at kunne vurdere medicinforbruget på grundlag af Lægemedelstatistikregisteret har det derfor været nødvendigt at ekskludere de patienter fra analysen, for hvem regionerne *ikke* har svaret "NEJ" til at patienten har fået udleveret vederlagsfri medicin³¹. Udlevering af medicin fra sygehusene indgår således ikke på patientniveau i dette register.

³¹ Af denne årsag indgår der ikke patienter fra Region Midtjylland i de registerbaserede analyser, idet regionen ikke har indsendt svar på spørgsmålet omkring udlevering af vederlagsfri medicin til Danmarks Statistik.

På den baggrund indgår der som udgangspunkt 2.001 patienter i datagrundlaget. Heraf var 76 patienter afdøet ved døden før afslutningen af efter-perioden og er ekskluderet fra datagrundlaget af denne årsag.

Samtidig er patienter med indlæggelser i mere end 100 dage i før- eller efterperioden ligeledes blevet ekskluderet fra datagrundlaget, for at undgå at analysere resultaterne påvirkes af patienter, som over en længere periode har modtaget medicin på sygehuset.

Alt i alt omfatter de registerbaserede analyser herefter 1.663 patienter.

C.1.5 Overlap af medicinforbrug

Før-efter studiet har imidlertid også vist sig at være vanskeligt gennemførligt, fordi analyserne viste, at kun 12 % af udleveringerne af receptpligtig antipsykotisk medicin til målgruppen var forsynet med en doseringsvejledning i Lægemiddelstatistikregisteret. Dette har betydet, at vi i praksis ikke har sikker viden om, hvor lang tid en medicinudlevering rækker.

Vurderingen af, om de nævnte former for medicin er brugt i kombination, dvs. af om der er tale om tidsmæssigt overlap i forbruget af flere lægemidler, er derfor forbundet med betydelig usikkerhed – dels fordi udleveret medicin ikke nødvendigvis bruges af patienten, og dels fordi vurderingen af overlap mellem forskellige typer af medicin er forbundet med stor usikkerhed som følge af manglen på doseringsvejledninger i registeret.

Først blev det overvejet, hvorvidt WHO's definerede døgndoser (DDD) kunne anvendes til at beregne en indikator for, hvor lang tid en given medicinudlevering rækker. De danske anbefalinger til vedligeholdelsesdoser adskiller sig imidlertid en del fra WHO's anbefalinger, når det drejer sig om antipsykotika.

På den baggrund er der udarbejdet oversigter over høj og lav vedligeholdelsesdosis baseret på de danske doseringsforslag til de relevante typer af medicin jf. Promedicin.dk. Disse oversigter er efterfølgende blevet valideret af Linda Aagaard Thomsen, Ph.D. Pharm, Head of Research Governance, Evaluation & Communication, Danish Cancer Society Research Center.

Tidsmæssigt overlap er mindre sandsynligt, hvis der tages udgangspunkt i, at patienterne følger de danske anbefalinger til en høj vedligeholdelsesdosis, end hvis de følger WHO's definerede døgndoser – en høj dosis indebærer nemlig, at den udleverede medicin er forbrugt på et mindre antal dage, og WHO's definerede døgndoser er i de fleste tilfælde lavere, end de høje danske anbefalinger til vedligeholdelsesdosis³².

³² Der er dog enkelte undtagelser i de relevante medicingrupper: De gælder N05AF01, hvor WHO's definerede døgndoser er 4 mg, mens den anvendte høje danske vedligeholdelsesdosis er beregnet til 2,86 mg, N05AF03 hvor WHO's definerede døgndoser er 300 mg, mens den anvendte høje danske

På den baggrund og for at få en stringent metode og for de fleste typer af medicin samtidig den størst mulige sikkerhed for, at der er tale om overlap, når indikatoren viser et overlap - har COWI i samråd med Sundhedsstyrelsen valgt at gennemføre de registerbaserede analyser under antagelse af, at patienterne følger de høje danske vedligeholdelsesdoser i stedet for at følge WHO's definerede døgndoser (DDD). Dette, når vi skal afgøre, om der er tale om overlap. Omvendt vil det betyde, at nogle tilfælde af f.eks. polyfarmaci formentlig ikke registreres som polyfarmaci.

Generelt gælder det, at vi sammenligner før-perioden (før medicingennemgangen) med efter-perioden (efter medicingennemgangen) for at se, om antallet af tilfælde med polyfarmaci eller andre former for overlap er steget eller faldet.

C.1.6 Datamodellen

Medicinforbruget og ændringer heri er undersøgt med afsæt i anbefalingerne i "Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser". Medicingennemgangen i projekterne er målrettet voksne patienter (over 18 år), hvilket afspejles i registeranalysen.

Analysen tager udgangspunkt i en datamodel for medicingennemgang, der baserer sig på en allerede afprøvet model, udviklet af Pharmakon, og indebærer en binær vurdering i forhold til typer og omfang af medicinforbrug i en given tidsperiode. Der er således i medicingennemgangen fokus på følgende parametre:

- 1 At der kun i særlige tilfælde er anbefalet brug af kombination af mere end et antipsykotikum (polyfarmaci)
- 2 At der ikke anbefales brug af benzodiazepiner og antipsykotika i kombination udover den akutte fase (1-2 uger)
- 3 At der generelt ikke anbefales antipsykotika til demente patienter
- 4 At behandlingen med antipsykotika i udgangspunktet ikke må overskride de doser, der er anført i produktresuméet
- 5 Kombineret brug af antipsykotika og bivirkningsmedicin

Parametrene for medicingennemgangen tager udgangspunkt i de parametre fra vejledningen³³, som Sundhedsstyrelsen og COWI i samarbejde har skitseret for evalueringen.

vedligeholdelsesdosis er 200 mg, N05BA04 hvor WHO's definerede døgndoser er 50 mg, mens den anvendte høje danske vedligeholdelsesdosis er 45 mg samt N05BA08, hvor WHO's definerede døgndoser er 10 mg, mens den anvendte høje danske vedligeholdelsesdosis er 9 mg.

³³ Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 06/05/2014

De enkelte punkter i datamodellen skitseres i det følgende:

C.1.7 Polyfarmaci

Der er ifølge vejledningen ikke evidens for, at samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler (polyfarmaci) medfører bedre effekt, men derimod ser det ud til, at polyfarmaci medfører flere bivirkninger.

Polyfarmaci undersøges ved at se på ekspeditionsdatoen for forskellige antipsykotiske lægemidler afgrænset ved ATC-koder.

Ved at sammenholde datoen for udleveringen af lægemidlerne med de danske anbefalinger til høje vedligeholdelsesdoser kan vi beregne en indikator for, hvornår det er sandsynligt, at der var tale om behandling med flere antipsykotiske lægemidler på samme tid. En bagatelgrænse på henholdsvis 6 og 10 uger for overlap er inddraget i analysen.

Kriterie: Tidsmæssigt overlap for brug af to eller flere antipsykotika udgør et negativt udfald: Positivt udfald er tildelt værdien 0 i datamodellen. Negativt udfald er tildelt værdien 1.

Forbehold: Det er ikke muligt at se, om en person reelt har indtaget den ordinerede medicin, analyserne baseres alene på, om patienten har afhentet medicinen på apoteket.

Såfremt en patient har fået udskrevet ét præparat, har hentet det på apoteket og efterfølgende har fået udskrevet et andet præparat inden det første præparats pakning er spist op, vil det eksempelvis fremgå, at der er et overlap mellem de to præparater – også selvom patienten kun indtager præparat 2.

C.1.8 Antipsykotika og benzodiazepiner

I vejledningen nævnes muligheden for samtidig brug af antipsykotika og benzodiazepiner i en kortere periode (1-2 uger), såfremt der er tale om patienter med debuterende psykose eller ved akutte uro tilstande hos patienter kendt med skizofreni eller andre psykotiske tilstande.

Analysen fokuserer, efter konsultation med kvalitetssikringsgruppen, på, om der er overlap eller ej, og det vil efterfølgende være muligt at analysere, hvor langt dette overlap er.

Beregningen sker på baggrund af dato for indløsning af recept for et antipsykotika og benzodiazepin (N05BA og N05CD). Ved at sammenholde datoen for udleveringen af lægemidlerne med de danske anbefalinger til høje vedligeholdelsesdoser kan vi beregne en indikator for, hvornår det er sandsynligt, at der var tale om behandling med antipsykotika og benzodiazepiner på samme tid.

Kriterie: Overlap er ikke i overensstemmelse med anbefalingen: Positivt udfald tildeles værdien 0 i datamodellen. Negativt udfald tildeles værdien 1.

Forbehold: Som tidligere nævnt under punktet: Polyfarmaci.

C.1.9 Antipsykotika til demente borgere

Demens kan ikke isoleres vha. lægemidler, idet langt fra alle med demens behandles med specifikke lægemidler for denne indikation. Demente borgere i interventionsgruppen udskilles derfor på baggrund af en (entydig) aktions- eller bi-diagnose i det somatiske eller psykiatriske Landspatientregister i årene 2010 - 2017 (diagnosekode: DF00-DF03³⁴), og det undersøges om de får antipsykotika.

Kriterie: Hvis der er kombination af demensdiagnose og brug af antipsykotika er behandlingen ikke i overensstemmelse med anbefalingen: Positivt udfald tildeles værdien 0 i datamodellen. Negativt udfald tildeles værdien 1.

C.1.10 Overskridelser af doser anført i produktresuméet

Denne analyse kræver en sammenholdelse af de reelle doser med de anbefalede doser af antipsykotika. Som tidligere nævnt viste analyserne, at kun 12 % af udleveringerne af receptpligtig antipsykotisk medicin til målgruppen var forsynet med en doseringsvejledning i Lægemiddelstatistikregisteret, hvorfor denne delanalyse ikke er foretaget.

C.1.11 Samtidig brug af antipsykotika og bivirkningsmedicin

Samtidig brug af antipsykotika og bivirkningsmedicin (N04AA02, N04AA04 og N04AB02) bør ikke forekomme medmindre patienten lider af Parkinsons sygdom.

På grundlag af Landspatientregisteret vurderes det, om patienterne i Interventionsgruppen har været indlagt med Parkinsons sygdom som aktions- eller bi-diagnose (diagnosekode: DG20) i perioden 2010 - 2017.

Blandt de øvrige patienter, vurderes det, om der er færre patienter, der får antipsykotika samtidig med bivirkningsmedicin efter medicingennemgangen. Ved at sammenholde datoen for udleveringen af lægemidlerne med de danske anbefalinger til høje vedligeholdelsesdoser kan vi således beregne en indikator for, hvornår det er sandsynligt, at der var tale om behandling med antipsykotika og bivirkningsmedicin på samme tid.

Kriterier: Denne delanalyse indgår ikke i datamodellen, men afrapporteres selvstændigt.

³⁴ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/geriatri/symptomer-og-tegn/demens/>

C.1.12 Opfølgning efter medicingennemgang

Der foretages en samlet vurdering af, om der er sket en forbedring fra før til efter medicingennemgangen.

C.2 Resultater

Resultaterne af de registerbaserede analyser præsenteres i det følgende. Først præsenteres resultaterne af de enkelte delanalyser og til slut præsenteres den samlede vurdering af, hvorvidt der er sket en forandring fra før til efter medicingennemgangen.

C.2.1 Polyfarmaci

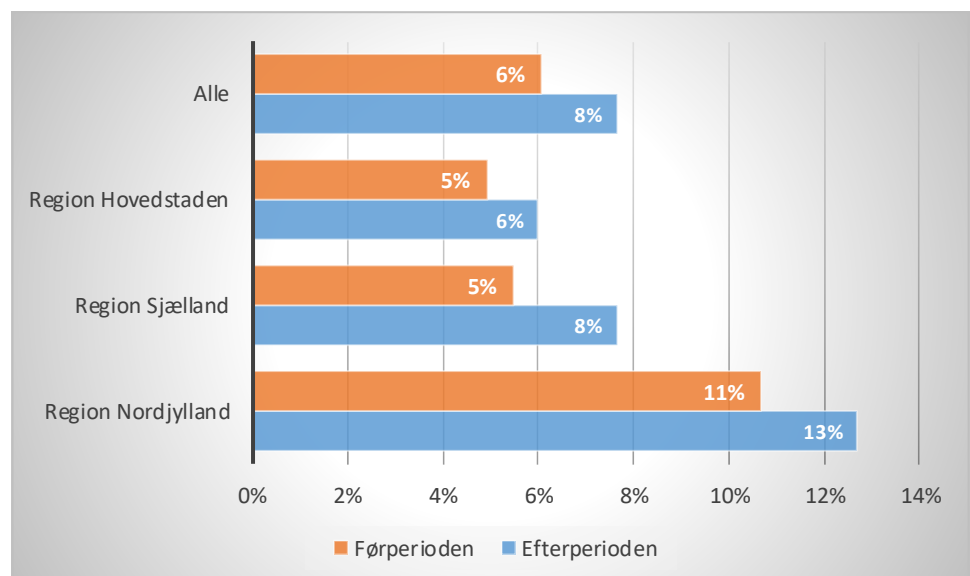
Som nævnt er der ifølge vejledningen ikke evidens for, at samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler (polyfarmaci) medfører bedre effekt. Tværtimod ser det ud til, at polyfarmaci medfører flere bivirkninger.

De gennemførte analyser har ikke fundet tegn på, at andelen af patienter i interventionsgruppen, der samtidig bliver behandlet med mere flere antipsykotiske lægemidler, er mindre efter medicingennemgangen end før. Tværtimod er andelen af patienter med polyfarmaci lidt større i efter-perioden (8 %) end i før-perioden (6 %).

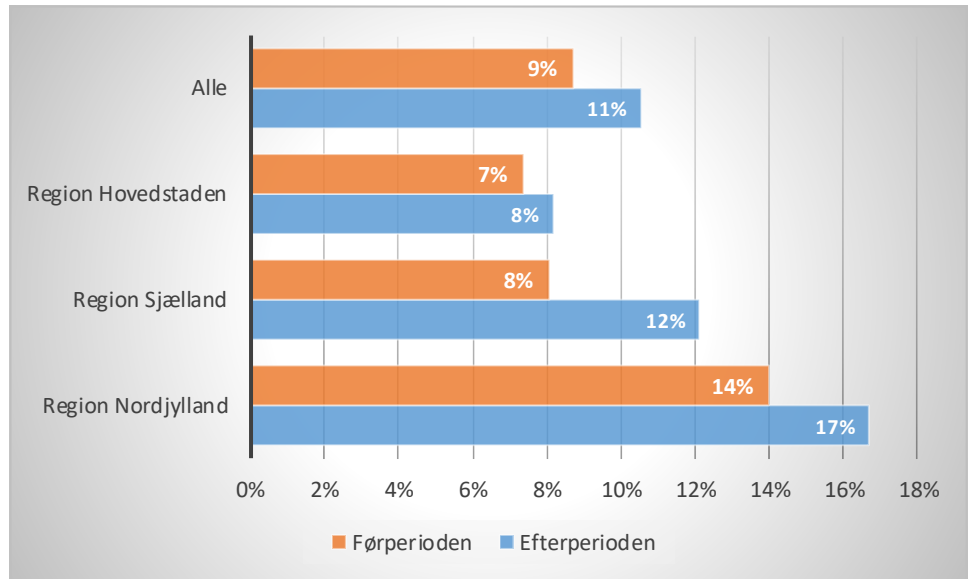
Det er tilfældet i alle de regioner, der har kunnet analyseres, og det er tilfældet, uanset om vi regner med en bagatelgrænse for overlap på 6 eller 10 uger – bortset fra, at andelen af patienter med polyfarmaci er lidt større, når bagatelgrænsen er 6 uger, end når den er 10 uger (Figur C. 1 og Figur C. 2).

Samtidig er den fundne andel af patienter med polyfarmaci generelt højere i Region Nordjylland end i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Figur C. 1 Andelen af patienter med polyfarmaci i henholdsvis før- og efterperioden. Kun patienter med overlap på 70 dage og derover.



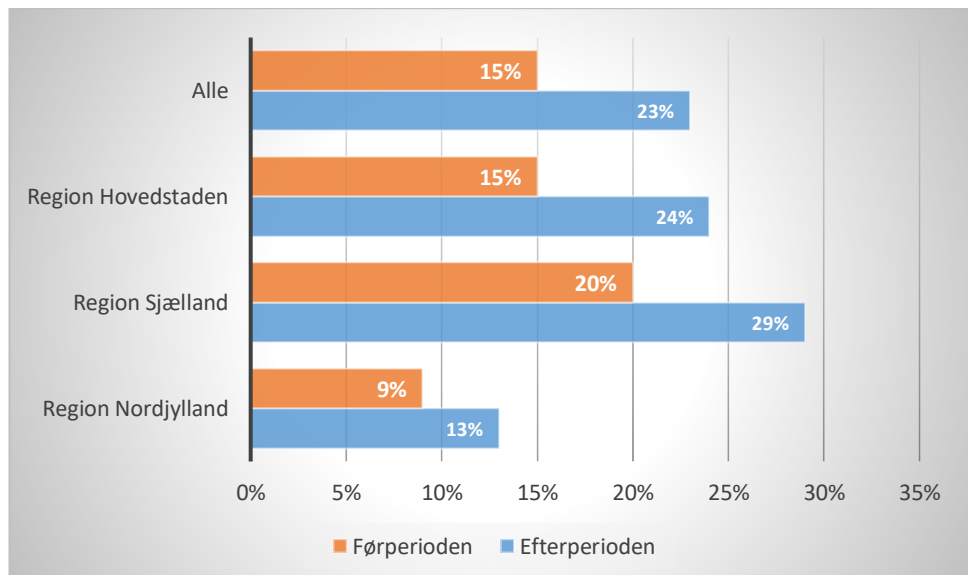
Figur C. 2 *Andelen af patienter med polyfarmaci i henholdsvis før- og efterperioden. Kun patienter med overlap på 42 dage og derover.*



C.2.2 Antipsykotika og benzodiazepiner

I vejledningen nævnes som sagt muligheden for samtidig brug af antipsykotika og benzodiazepiner i en kortere periode (1-2 uger), såfremt der er tale om patienter med debuterende psykose eller ved akutte uro tilstande hos patienter kendt med skizofreni eller andre psykotiske tilstande.

Figur C. 3 *Andel af patienterne, der både har brugt antipsykotika og benzodiazepiner i henholdsvis før- og efterperioden.*



De registerbaserede analyser har ikke fundet tegn på, at andelen af patienter, der både har brugt antipsykotika og benzodiazepiner, er blevet mindre efter medicinnemgangen end før. Tværtimod var andelen af patienter, som analyserne tyder på både brugte antipsykotika og benzodiazepiner 15 % før

medicingennemgangen og 23 % efter. Og analyserne tyder på, at der var sket en stigning i andelen i alle de tre analyserede regioner.

Analyserne tyder samlet set på, at der blandt de 1.663 patienter i interventionsgruppen var 785 perioder med overlap af antipsykotika og benzodiazepiner i før-perioden og 1.051 perioder i efter-perioden.

Tabel C. 1 Antal perioder med overlap – og gennemsnitlig varighed af overlap - af antipsykotika og benzodiazepiner blandt patienterne.

	Før-perioden	Efter-perioden
Antal overlap	785	1.051
Gennemsnitlig varighed af overlap (median)	10 dg.	10 dg.

Note: I tabellen indgår alle perioder med overlap, som har helt eller delvist har fundet sted i henholdsvis før- og efterperioden.

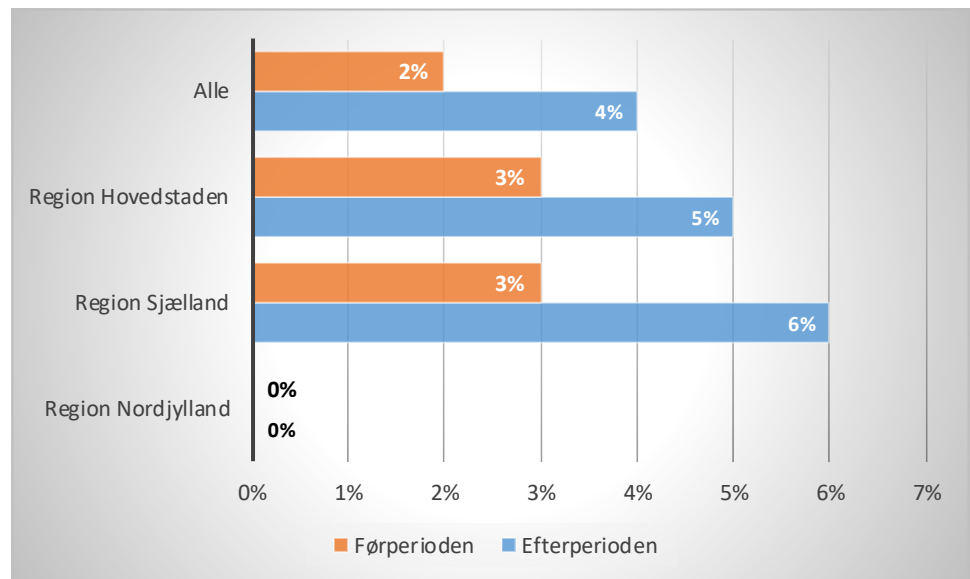
Nogle tilfælde af overlap var meget lange og strakte sig over flere år, men vurderet ud fra medianen var den gennemsnitlige varighed af overlappet 10 dage i både før- og efter-perioden (Tabel C. 1). Det tyder på, at nogle af de fundne tilfælde af samtidig brug af antipsykotika og benzodiazepiner ligger inden for vejledningens rammer, dvs. samtidig brug i en kortere periode på 1-2 uger.

C.2.3 Antipsykotika til demente borgere

Behandling af demente med antipsykotika er som nævnt ikke i overensstemmelse med anbefalingen.

De registerbaserede analyser viser, at 5 % af interventionsgruppen har været i kontakt med et psykiatrisk eller somatisk sygehus i årene fra 2010 til 2017 og i den forbindelse er blevet registreret med en demensdiagnose, som aktions- eller bi-diagnose. Patienter, der fået registeret en demensdiagnose i disse år, regnes i analyserne for demente, uanset hvornår demensdiagnosen er registreret.

Figur C. 4 *Andel af patienterne, der er registreret med en demens-diagnose i Landspatientregisteret i perioden 2010 – 2017, og får antipsykotika i henholdsvis før- og efterperioden.*



Analyserne finder ikke tegn på, at der er færre patienter med demens, der får antipsykotika efter medicingennemgangen end før. Tværtimod er andelen større i efter-perioden end i før-perioden. Det gælder både for Region Hovedstaden og Region Sjælland. Der indgår ikke demente blandt patienterne i interventionsgruppen i Region Nordjylland.

2 % af interventionsgruppen var registreret som demente og fik antipsykotika i før-perioden. 4 % var registreret som demente og fik antipsykotika i efter-perioden. Andelen steg i såvel Region Hovedstaden som Region Sjælland.

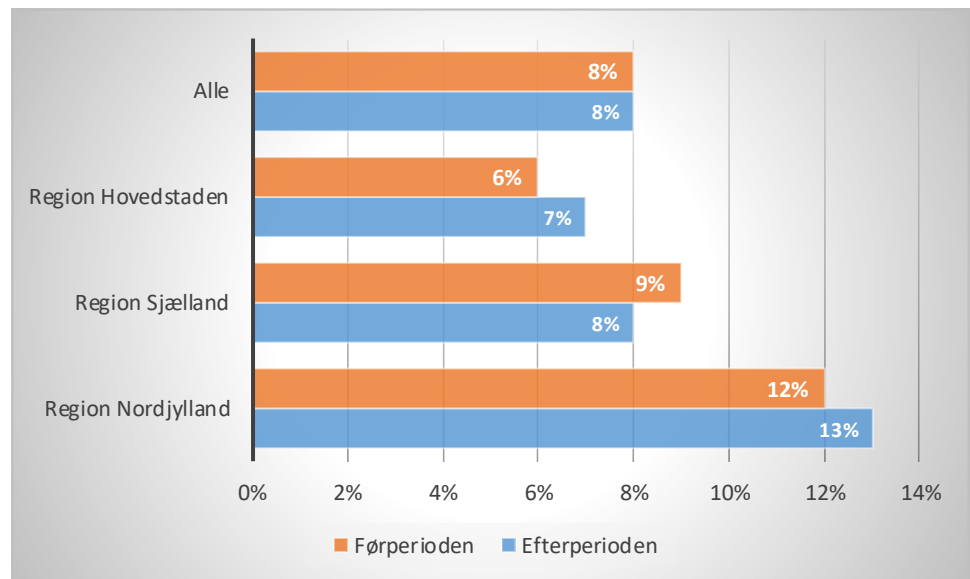
C.2.4 Samtidig brug af antipsykotika og bivirkningsmedicin

Samtidig brug af antipsykotika og bivirkningsmedicin (N04AA02, N04AA04 og N04AB02) bør som nævnt ikke forekomme, medmindre patienten lider af Parkinsons sygdom.

De registerbaserede analyser finder ikke klare tegn på, at der er færre patienter uden Parkinsons sygdom, der samtidig fik antipsykotika og bivirkningsmedicin (N04AA02, N04AA04 og N04AB02). 8 % af patienterne fik samtidig antipsykotika og bivirkningsmedicin i før-perioden, og den samme andel fik det i efter-perioden.

Det eneste tegn i den retning finder vi i Region Sjælland, hvor 9 % af patienterne samtidig fik antipsykotika og bivirkningsmedicin i før-perioden, og 8 % fik det i efter-perioden (Figur C. 5)

Figur C. 5 *Andel af patienterne, der samtidig får antipsykotika og bivirkningsmedicin i henholdsvis før- og efterperioden, og som ikke er registreret med Parkinsons sygdom i Landspatientregisteret i årene 2010 - 2017.*



C.2.5 Opfølgning efter medicingennemgang

På grundlag af resultaterne af de enkelte delanalyser og den udviklede datamodel, har COWI foretaget en samlet vurdering af, om der er sket en forbedring af udskrivningen af fra før til efter medicingennemgangen.

Som nævnt bygger tildelingen af point i datamodellen på følgende kriterier:

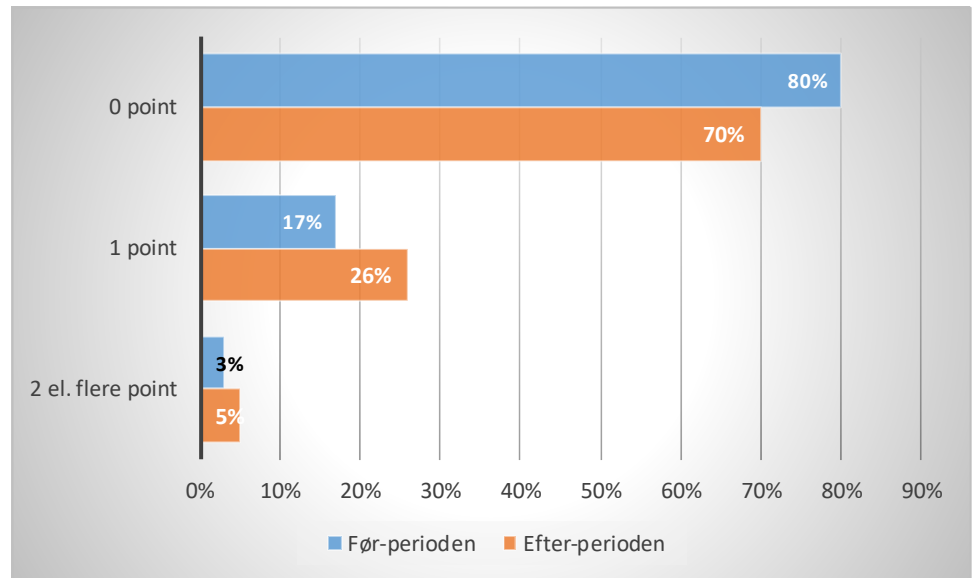
- > Polyfarmaci: Tidsmæssigt overlap for brug af to eller flere antipsykotika udgør et negativt udfald: Positivt udfald er tildelt værdien 0 i datamodellen. Negativt udfald er tildelt værdien 1.
- > Samtidig brug af antipsykotika og benzodiazepiner: Overlap er ikke i overensstemmelse med anbefalingen: Positivt udfald tildeles værdien 0 i datamodellen. Negativt udfald tildeles værdien 1.
- > Brug af antipsykotika til demente borgere: Hvis der er kombination af demensdiagnose og brug af antipsykotika er behandlingen ikke i overensstemmelse med anbefalingen: Positivt udfald tildeles værdien 0 i datamodellen. Negativt udfald tildeles værdien 1.

Alt i alt er point således udtryk for manglende overensstemmelse med anbefalingerne i vejledningen, og samlet set kan den enkelte patient få op til 3 point. Det har færre end 5 personer dog fået.

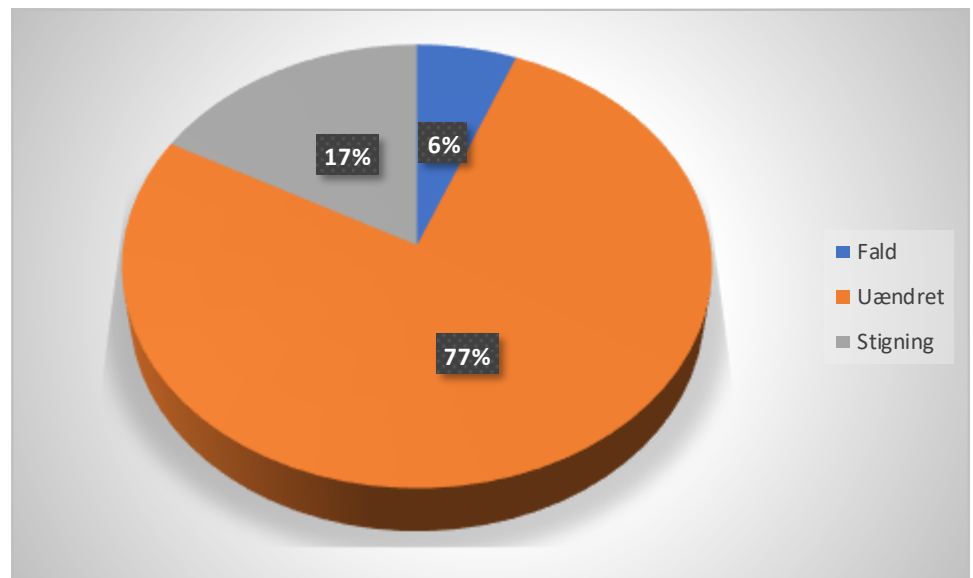
De registerbaserede analyser finder ikke tegn på, at de analyserede anbefalinger i vejledningen er blevet fulgt i højere grad efter medicingennemgangen end før. Snarere tværtimod.

80 % af patienterne fik 0 point i før-perioden svarende til, at alle de analyserede anbefalinger i vejledningen blev fulgt. I efter-perioden var den tilsvarende andel 70 %. Omvendt var der en stigning i andelen patienter, der fik både 1 og 2 eller flere point fra før- til efterperioden. 17 % fik f.eks. 1 point i før-perioden, mens den tilsvarende andel var 26 % i efter-perioden (Figur C. 6).

Figur C. 6 *Andel af patienterne, hvis medicin-udleveringer gav anledning til henholdsvis 0, 1 og 2 eller flere point opdelt efter før- og efterperioden.*



Figur C. 7 *Andel af patienterne, der henholdsvis har flere, færre eller uændret antal point i efter-perioden sammenlignet med før-perioden.*



Alt i alt oplevede 6 % af patienterne et fald i antallet af point fra før- til efter-perioden, svarende til at vejledningens anbefalinger i højere grad blev fulgt efter medicingennemgangen for disse 6 %. Omvendt oplevede 17 % af patienterne en stigning i antallet af point svarende til, at vejledningens anbefalinger i mindre grad blev fulgt for disse patienter. Endelig var antallet af point uændret fra før- til efter-perioden for 77 % af patienterne, svarende til, at vi ikke fandt tegn på,

at vejledningens anbefalinger blev fulgt i hverken større eller mindre grad efter medicingennemgangen (Figur C. 7).

Inddrager vi også analysen af bivirkningsmedicin i modellen, er resultatet, at 8 % af patienterne ikke længere fik bivirkningsmedicin eller oplevede, at behandlingen i højere grad fulgte vejledningens anbefalinger efter medicingennemgangen. 19 % af patienterne var begyndt at få bivirkningsmedicin eller oplevede, at behandlingen i mindre grad fulgte vejledningens anbefalinger efter medicingennemgangen. Og 74 % oplevede ikke ændringer efter medicingennemgangen med hensyn til, om de fik bivirkningsmedicin, eller i hvilken grad vejledningens analyserede anbefalinger blev brugt.

C.3 Konklusion

Alt i alt finder vi i de registerbaserede analyser ikke tegn på, at vejledningens anbefalinger i højere grad er blevet brugt efter medicingennemgangen.

Som nævnt kan vi ikke vide, om resultatet ville have været det samme, hvis vi havde kendt de reelle doseringer af medicinen og dermed de reelle overlap mellem forskellige typer af antipsykotika eller mellem antipsykotika og andre former for medicin.

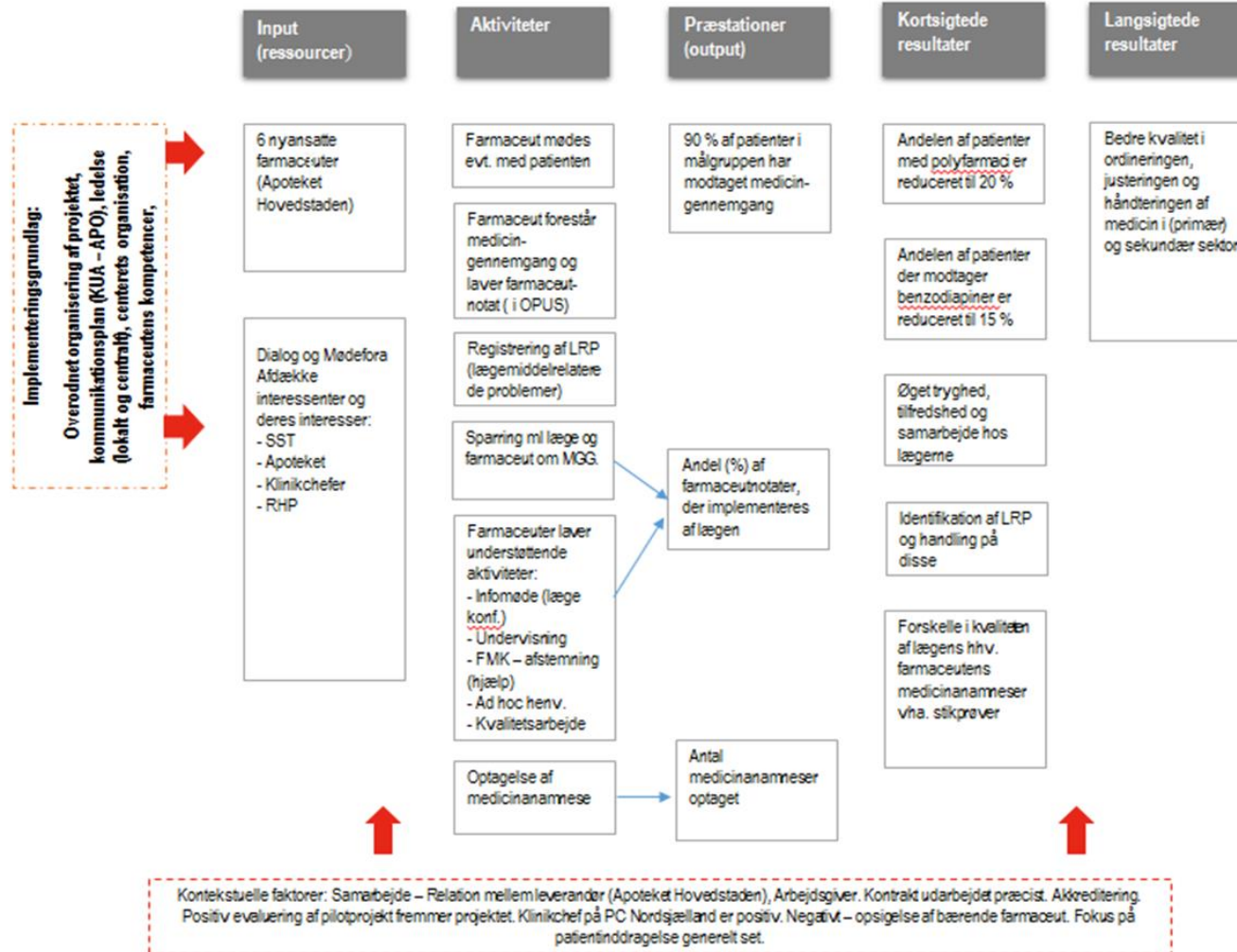
Vi har forsøgt at gennemføre analyserne således, at kun de mest sikre tilfælde af overlap er registreret som overlap, men vi må erkende, at datagrundlaget er forbundet med større usikkerhed end ventet.

Samlet er det COWIs vurdering - i samråd med Sundhedsstyrelsen - at de registerbaserede analyser ikke er egnede til at drage endegyldige konklusioner om de behandlingsmæssige effekter af anvendelsen af medicingennemgangen og tværfaglige medicinrådgivende teams. Dertil har datagrundlaget vist sig at være for usikkert og ufuldstændigt. Samtidig er det opfattelsen, at studiet (dvs. den registerbaserede del af undersøgelsen) under alle omstændigheder er værdifuldt i forhold til at pege på muligheder og begrænsninger i de eksisterende registre og de forholdsregler og metodespørgsmål, man skal være opmærksom på, næste gang man vil gennemføre et tilsvarende studie.

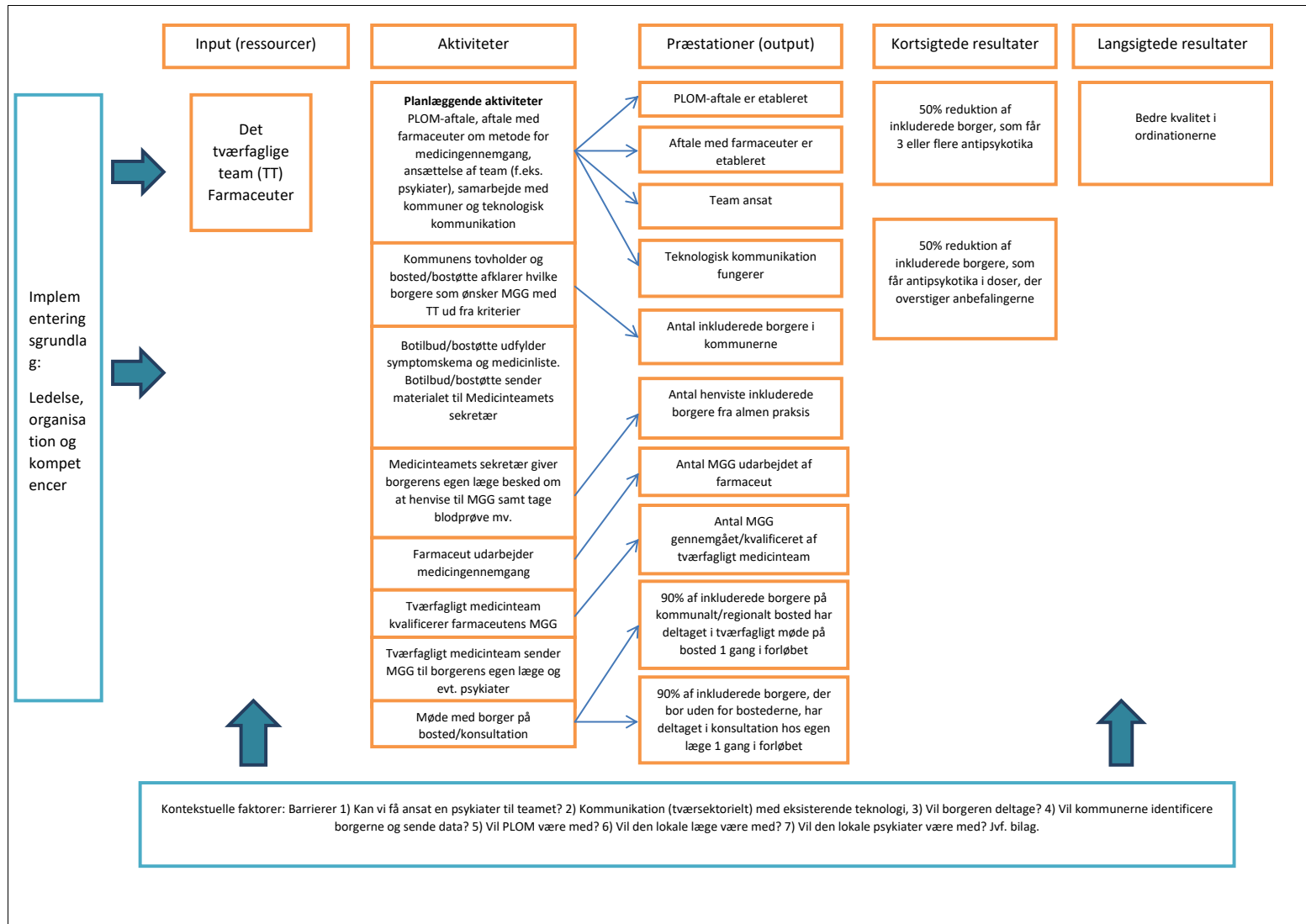
I den forbindelse er læren af dette registerbaserede studie, at det i fremtidige analyser er helt afgørende, at man indhenter pålidelige data om patienternes reelle medicinforbrug eller som minimum om de doseringer af medicinen, som ordineres af lægerne. Her er oplysningerne i Lægemiddelstatistikregisteret i den nuværende form ikke tilstrækkelige.

Bilag D Forandringsteori

D.1 Region Hovedstaden



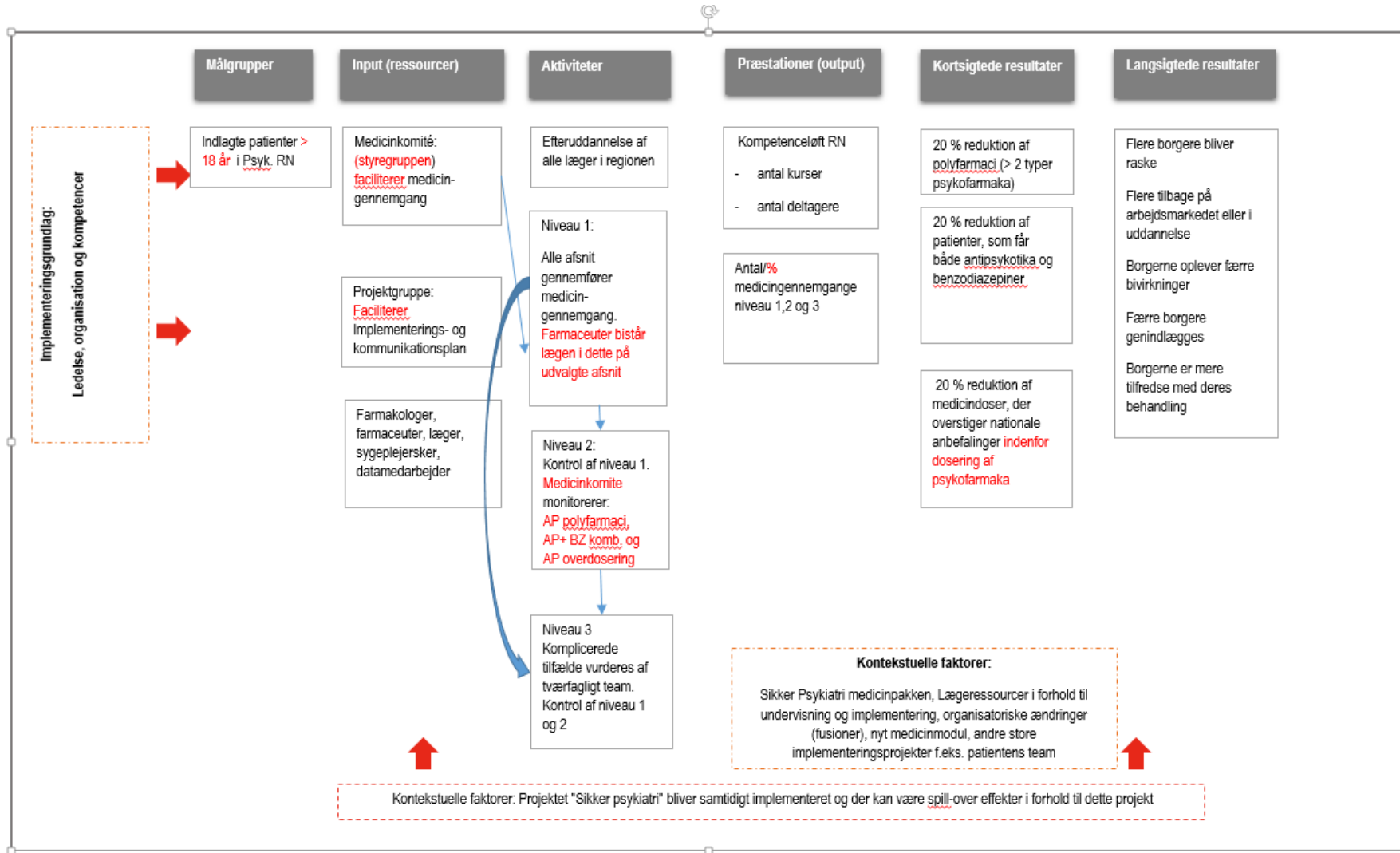
D.2 Region Midtjylland



D.3 Region Sjælland

Målgruppe	Input (ressourcer)	Aktiviteter	Output (præstationer)	Kortsigtede resultater	Langsigtede resultater
Målgruppe A: Skizofrene polyfarmaci patienter	Farmaceut + læge i primærsektor Farmaceut i sekundærsektor + rådgivning fra multidisciplinære medicinrådgivningsteam	Farmaceut finder patienter på plejehjem/bosteder (primær) eller afdelinger (sekundær) + behandlingsansvarlige læge kan tage kontakt	Antal medicingennemgange (min 180 samlet set for primær og sekundær)		
Målgruppe B: Ældre polyfarmaci patienter		Medicingennemgang på baggrund af OPUS + FMK + muligvis patientsamtale, notat i OPUS notat (sekundær)	Lægerne vurderer medicingennemgangene som nyttig	Region Sjælland er stor og geografisk meget forskellig region. Medicingennemgangene vil, så vidt det er muligt blive spredt ud over hele regionen.	
		Medicingennemgang på baggrund af OPUS + kommune datasystem, lægemøde med den alment praktiserende læge og psykiater + skriftlig tilbagemelding (primær)		Antal medicingennemgange (min 120 samlet set for primær og sekundær)	
Målgruppe C: Speciallæger og Personale på plejehjem/bosteder	Undervisere fra projektgruppen	Undervisning i psykofarmakologi af læger i psykiatrien og de alment praktiserende læger i regionen Herudover undervisning i medicinhandling for plejepersonale	Afholde kurser Deltagerantal (evt. %) på kurserne for læger		
Målgruppe D: Pt behandlet i Psyk. Info.	Psykiatriens medicininfo		100 henvendelser om året til Psykiatriens medicininformation	100 besvarelser i LIVEB	
				Henvendelser både fra primær og sekundærsektor	
Kontekstuelle faktorer	<ul style="list-style-type: none"> Geografien i regionen Læger i primærsektoren som ikke vil deltage Almen praksis vil ikke tage stilling til psykiatrisk behandling 		<ul style="list-style-type: none"> Mange private psykiatriske bosteder, som muligvis ikke er nemme at ramme Hver borger på bosted/plejehjem har sin egen praktiserende læge, hvilket kan være en geografisk udfordring mht. ressourceforbrug 		<ul style="list-style-type: none"> Ingen henvendelser fra almen praksis til Psykiatriens Medicininformation

D.4 Region Nordjylland



D.5 Region Syddanmark

Figur 1. Illustration af indsats teorien

