



Dato: 24.01.2008

## BILAG 1

### Uddybende status beskrivelse af de strategiske indsatsområder for medicinområdet 2007

#### *1. Maskinel dosisdispensering*

Dosisdispensering er en ordning, hvor apoteket maskinelt pakker den aftalte mængde medicin til den enkelte borger. Apoteket pakker medicinen maskinelt i dosispakker i den kronologiske rækkefølge, som medicinen skal tages. Maskinel pakning af medicin er en mere nøjagtig, sikker og hygiejnisk måde at ophælde medicin på end manuel medicindosering. Alle apoteker i Danmark er forpligtede til at fremskaffe og forhandle dosisdispenserede lægemidler, og apoteket pakker billigste stykpris af et lægemiddel. Dosisdispensering giver øget sikkerhed og kvalitet i medicinhåndteringen, mindre forbrug af tid til medicindosering, lavere udgifter for den enkelte borger til medicin og mindre medicinaffald og spild. Lægen vurderer og afgør, om dosisdispensering er egnet hos en borger, og det er derefter kommunens tilbud til borgeren.

Målet for dosisdispensering var fuld implementering med udgangen af 2007 hos alle borgere, hvor dette er muligt. De fleste plejehjem har helt eller næsten implementeret dosisdispensering og hjemmeplejen er godt på vej. Baseret på erfaringer fra de lokalområder som er længst fremme, vurderer Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF), at 30% af hjemmeplejemodtagerne er så stabile, at de kan overgå til maskinel dosisdispensering.

Der har været en række udfordringer mht. arbejdsgange, registrering i omsorgssystemet (KOS) og samarbejdet med de praktiserende læger. Arbejdsgangene er løbende blevet justeret i en mere hensigtsmæssig retning. Det drejer sig f.eks. om ajourføring og observation af medicinering (tidligere modtagekontrol) Registreringsproblemet i KOS er ikke helt løst, men der arbejdes på at sikre, at de borgere, som er registreret, også er de borgere som faktisk får dosisdispensering. Der opstår til stadighed spørgsmål vedr. lægernes villighed til at henvise borgerne til dosisdispensering. Der arbejdes løbende på at forbedre samarbejdet med de praktiserende læger.

#### *2. Polyfarmaci*

##### *2.1. Aftale med praktiserende læger vedr. medicingennemgang*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen blev fra Sundheds- og Omsorgsudvalget (SOU 22/6-2006) bemyndiget til at indgå en 3-årig aftale med de praktiserende læger om systematisk, lægelig gennemgang af borgere over 65 år samt kronisk syge uanset alder, som får mere end 4 lægemidler dagligt. Aftalen trådte i kraft den 1. november 2006. Antallet, som har fået lavet en medicingennemgang pr. oktober 2007 er 2008 borgere, fordelt på 298 i 2006 og 1710 i 2007. I alt har 110 praktiserende læger benyttet ydelsen.

##### *2.2. Aftalen med Region Hovedstaden*

I forbindelse med regionsdannelsen overgik aftalen med de praktiserende læger til Region Hovedstaden pr. 1. januar 2007. Region Hovedstaden har i brev af 23. oktober 2007 bekræftet overtagelsen af rettigheder og forpligtelser i forbindelse med aftalen, og at den løber frem til 1. november 2009. I følge aftalen skal der foretages en samlet evaluering af aftalens resultater senest 3 mdr. inden aftalens udløb.

### *2.3. Kursus i polyfarmaci for praktiserende læger*

I forbindelse med polyfarmaciaftalens ikrafttræden pr. 1.11.2006 blev der udbudt et kursus i emnet til alle praktiserende læger. Omkring 40-45 læger deltog i kurset. Det overvejes at gentage kurset efter samme koncept som i november 2006. Det vil i så fald ske i et samarbejde imellem Region Hovedstaden og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

### *2.4. Elektronisk medicinprofil (PEM)*

Medicinprofilen er en elektronisk oversigt over den medicin, som hver enkelt borger køber på recept på apotekerne. Ordningen er obligatorisk, og alle køb af medicin på recept bliver automatisk registreret i Medicinprofilen. Der har været arbejdet på PEM i ca. 3 år, og systemet er nu i pilotafprøvningsfasen. Som udgangspunkt er det borgeren, læger og apotekere, som har adgang til den enkeltes profil. Formålet med medicinprofilen er at forebygge, at patienter får forkert medicin, for meget medicin og medicin, der interagerer (som ikke virker efter hensigten p.g.a. at præparaterne gives samtidigt). Via omsorgssystemet (KOS) vil fagpersoner i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kunne få adgang til PEM med den nye version 8.1, der er berammet til efteråret 2008. Her forudses dog nogle udfordringer i fht. evt. forskel på medicinstatus i KOS og PEM. Konkret forventes det, at Københavns Kommunes hjemmepleje og plejehjem først for alvor vil kunne samarbejde via systemet 2009-2010 på grund af begrænsninger i systemet.

### **3. Forbrug af psykofarmaka samt ansættelse af praksiskoordinator og lægekonsulenter**

I sommeren 2007 er der afviklet besøg på 5 større plejehjem, for at afdække, hvilke behov/problemer som skal prioriteres højest i forbindelse med brugen af antidepressiva på kommunens plejehjem. Hovedkonklusionen fra besøgene er, at der er behov for et smidigere samarbejde, og en højere kvalitet i samarbejdet med de praktiserende læger. Eksempelvis i fht. identificerede og erkendte problemer så som polyfarmaci, ordination og behandling med psykofarmaka. Såvel hjemmepleje som plejehjem skal agere i krydsfeltet mellem borgeren og den praktiserende læge.

Som en styrkelse af medicinområdet, arbejdes der på at ansætte en praksiskoordinator, som placeres i Center for Faglig Udvikling i Centralforvaltningen. Praksiskoordinatoren skal indgå i bl.a. udarbejdelse af handleplaner samt fungere som bindeled imellem de praktiserende læger og plejehjemmene. Derudover ansættes et antal lægekonsulenter, som skal fungere lokalt. Lægekonsulenterne kan fungere med udgangspunkt fra et plejehjem, fra et ældrekontor eller andet. Det er hensigten at afprøve forskellige modeller for, hvordan organisationen fungerer bedst. Stillingen som praksiskoordinator genopslås, da den ikke blev besat ved første opslag. Sundheds- og Omsorgsudvalget besluttede i december 2007 (SOU 316/2007, bilag 2) generelt at styrke samarbejdet med de praktiserende læger. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anbefaler, at der laves en evaluering af ordningen, når praksiskoordinatoren samt et antal lægekonsulenter, har været ansat ca. 1 år.

### **4. Samarbejdet med almen praksis**

Københavns Kommunes samarbejde med almen praksis har senest været drøftet i Sundheds- og Omsorgsudvalget den 6. december 2007 (SOU 316/2007 J.nr. 84/2006, 6. december 2006). Her konkluderes, at kommunens vej til et godt samarbejde med de praktiserende læger går gennem tæt og konstruktiv dialog og konkrete eksempler på vellykket samarbejde. De praktiserende læger indgår i en række mødefora med kommunen. Det centrale mødeforum er det lægelige kommunale kontaktudvalg.

### **5. Den reviderede lægemiddelhåndbog**

Tredje reviderede udgave af lægemiddelhåndbogen udkommer i slutningen af januar 2008. Håndbogen er bl.a. revideret iht. Sundhedsstyrelsens vejledning samt Embedslægeinstitutionens bemærkninger i forbindelse med tilsyn i 2006. Embedslægeinstitutionen har gennemlæst og kommenteret den nye version. For at øge kvalitet og sikre ensartethed i hele kommunen, er der nedsat en arbejdsgruppe som skal udarbejde fælles instrukser for medicinbehandling på alle områder, hvor det er muligt. Arbejdet forventes færdigt ved udgangen af marts 2008, hvorefter instrukserne vil blive implementeret i hvert lokalområde. Håndbogen vil blive lagt på KK-net. Det forventes, at også den reviderede håndbog vil blive efterspurgt af andre kommuner.

### **6. Aktiviteter på forskningsplejehjemmet Sølund med fokus på medicinområdet**

I forbindelse med etablering af forskningsplejehjemmet på Sølund, har Københavns Kommune fået forhåndstilsagn på 1,5 mil. Kr. fra Apotekerfonden til et projekt med fokus på medicinområdet. Arbejdstitlen er 'Bedre medicinbehandling på plejehjem'. Formålet med projektet er bedre livskvalitet for borgeren igennem kompetenceudvikling, forbedret samarbejdet mellem praktiserende læger og plejehjem og test af, om apotekets ydelse 'medicinalgennemgang' kan medvirke til en rationel og kvalitetssikret medicinalgennemgang. Fokus for projektet er polyfarmaci, psykofarmaka, vanedannede medicin, indikation, interaktion, dosering, behandlingsvarighed, virkning og bivirkning. Projektet er stadig i støbeskeen, og de indledende møder med Apotekerforeningen har været afholdt i januar 2008.

### **7. Projekt 'Medicinadministration via hospitalsmedicin'**

Håndtering af lægemidler på plejehjem (BEK nr. 1222 07/12/2005) specificerer kravene til rekvirering, håndtering og opbevaring af lægemidler samt til personale, organisering, instruktioner og tilsyn. Der har været gennemført et 1-årigt projekt på Palliativ Aflastningsenhed B-5, Bispebjergplejehjemmet (nu flyttet til Håndværkerforeningens Plejehjem). Projektet skulle vise nye veje indenfor medicinadministration. Projektet krævede dispensation fra Lægemiddelstyrelsen. Hovedformålet med projektet var at øge kvaliteten af plejen bl.a. gennem kortere ventetid på igangsættelse af nye eller ændrede ordinationer på lægemidler. Projektet blev igangsat 15. maj 2006 til 15. maj 2007.

Evalueringen viser, at der for såvel patienter, pårørende som personale er skabt bedre kvalitet og tilfredshed med den behandling og pleje som palliativ enhed kan tilbyde. Der er dokumentation for en betydelig besparelse på bl.a. returmedicin, også når honorar til lægekonsulent er indregnet. Modellen med et centralt medicinskab anbefales gjort permanent. Dette kræves endelig godkendelse af Lægemiddelstyrelsen, hvilket der arbejdes på.

### **8. Københavns Kommunes deltagelse i pilottest om udvikling af kommunale akkrediteringsstandarder**

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) har ansvar for implementering af 'Den Danske Kvalitetsmodel' (DDKM). Modellen er obligatorisk for offentlige hospitaler, men sigtet med kvalitetsmodellen er, at den skal omfatte alle offentlige finansierede sundhedsydelser.

I efteråret 2005 blev Sundhedsforvaltningen indbudt til at deltage i et pilotprojekt om udvikling af kommunale akkrediteringsstandarder i regi af DDKM. Formålet med pilotprojektet var dels at efterprøve modellens bæredygtighed, dels at udvikle en model for kvalitetsudvikling af kommunale sundhedsydelser. I perioden oktober 2006 til marts 2007 blev de kommunale akkrediteringsstandarder udviklet. Der er tale om i alt

16 akkrediteringsstandarder inden for fem temaer, hvoraf et af temaerne er medicinering. Akkrediteringsstandarderne pilottestes i perioden december 2007 – februar 2008.

Pilottesten af alle standarder inklusiv medicinering består af tre selvstændige faser. IKAS har forud for pilottesten, inddelt de 16 akkrediteringsstandarder i forskellige standardpakker. En inddeling, som skal sikre, at deltagere i pilottesten behandler akkrediteringsstandarder med betydning for deres eget arbejde. Standardpakkerne vil blive vurderet i forhold til forvaltningens organisation og ledelseshierarki. Efterfølgende afholdes workshops, hvor de enkelte akkrediteringsstandarder i pakkerne gennemgås for deres forståelighed og målbarhed. Deltagerne er centrale og decentrale ledelsesrepræsentanter og/eller kernemedarbejdere beskæftiget på sundhedscentre, trænings- og aktivitetscentre, plejehjem/boligenheder, hjemmesygeplejen, den kommunale tandpleje, Ældrekontorer og Pensions- og Omsorgskontorer. Endelig gennemfører forvaltningen en basisvurdering af to temaer. Basisvurderingen vedrører den/ de udvalgte enheders mål opfyldelse af akkrediteringsstandarderne på nuværende tidspunkt. Efter pilottesten forventes standarderne indarbejdet i kommunens praksis.

#### **9. Tilsyn**

Embedslægeinstitutionen afholder ét årligt, uanmeldt tilsyn på plejehjemmene. Det er det eneste tilsyn, som har fokus på medicinrådet. Et af målepunkterne ved tilsynet er 'sundhedsfaglige forhold' herunder medicinbehandling. Medicinrådet fylder meget både i hjemmeplejen og på plejehjemmene, og det er svært at undgå, at der kommer bemærkninger ved tilsynene. Forvaltningen arbejder løbende på at forbedre indsatsen på området. F.eks. er den reviderede lægemiddelhåndbog og udviklingen af et system til registrering af utilsigtede hændelser indsatser med henblik på forbedring af praksis.

#### **10. Utilsigtede hændelser på medicinrådet**

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1018 af 10. december 2003 indeholder vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser (UTH) i sygehusvæsenet. På nuværende tidspunkt findes der ingen lovpligtig registrering eller indberetningspligt for utilsigtede hændelser i kommunalt regi. Revision af loven om patientsikkerhed forventes vedtaget i løbet af 2008, hvilket vil medføre at der i 2009 kommer indrapporteringskrav om utilsigtede hændelser fra kommunerne, på lige fod med sygehusvæsenet. Der er i Københavns Kommune ingen regler om indrapportering fra plejehjem eller hjemmeplejen.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i september 2007 taget initiativ til et møde med repræsentanter fra Region Hovedstaden, som har erfaring med implementering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet i Frederiksborg Amt. Der arbejdes på at etablere en læringskultur omkring registrering af utilsigtede hændelser. En del plejehjem har allerede etableret et system til registrering af utilsigtede hændelser og fejl vedr. medicinbehandling mv. med systematisk opfølgning. Rapporteringen forbliver internt i organisationen, og bruges som udgangspunkt for revision af arbejdsgange, vurdering af kompetenceudviklingsbehov mm.

I det videre arbejde med at etablere et system til registrering af utilsigtede hændelser forventer SUF at kunne bygge videre på de systemer, som allerede er etableret eller under etablering i kommunen.