

Øget patientsikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap

Version 1.1 - oktober 2011

Øget patientsikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap
Version 1.1 – oktober 2011

©Pharmakon, oktober 2011

ISBN 978-87-91598-51-7

Pharmakon

Milnersvej 42
DK-3400 Hillerød
Denmark

Tel +45 4820 6000
Fax +45 4820 6062
www.pharmakon.dk

Forord

Formålet med denne rapport er at præsentere resultaterne fra pilotprojektet *Øget patientsikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap*.

I pilotprojektet er der udviklet og afprøvet en indsats vedrørende kvalitetssikring af medicineringsrutiner på det enkelte botilbud og en indsats vedrørende gennemgang af den individuelle borgers medicinering.

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Danske Handicaporganisationer, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danmarks Apotekerforening og Pharmakon i perioden fra september 2010 til maj 2011.

Rapporten indeholder en beskrivelse af implementeringen af indsatsen ”Kvalitetssikring af medicineringsrutiner” og indsatsen vedrørende gennemgang af den individuelle borgers medicinering, herunder samarbejdet mellem apoteksfarmaceuter, botilbuddenes personale, borgerne og borgernes læger.

Rapporten indeholder en vurdering af indsatsernes effekter foretaget af de fagprofessionelle og en fremstilling af de deltagende borgeres eller deres pårørendes tilfredshed med medicingennemgangen.

Rapporten er en arbejdsrapport, som især henvender sig til opdragsgiverne: Danske Handicaporganisationer, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Danmarks Apotekerforening.

Desuden henvender rapporten sig til de deltagende sundhedsprofessionelle med henblik på evaluering samt læring af projektet.

Tak til de borgere og pårørende, apoteker, almen praksis og speciallæger, som har bidraget til projektets gennemførelse. Ikke mindst tak til Københavns Kommune, Helsingør Kommune og personalet ved de fire botilbud for deres store engagement og entusiasme i projektet.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 - Resumé.....	5
Kapitel 2 - Introduktion	10
2.1 Medicineringsprocessen på botilbud.....	10
2.2 Projektets formål.....	11
2.3 Succeskriterier og forventede resultater.....	11
2.4 Organisering af projektet	11
Kapitel 3 - Metode.....	14
3.1 Projektrammen	14
3.2 Indsatsen	14
3.3 Valg af botilbud og apoteker	16
3.4 Evaluering og afrapportering	17
Kapitel 4 - Resultater	20
4.1 Behovsafdækning blandt personalet på botilbuddene.....	20
4.2 Kvalitetssikring af medicin håndteringsrutiner på botilbuddet	21
4.3 Den individuelle medicingennemgang.....	22
4.4 Tidsforbrug til medicingennemgang.....	26
4.5 Tilfredshed med projektføreløbet blandt borgere og pårørende	26
4.5 Faggruppernes evaluering af projektføreløbet.....	27
4.6 Tidsforbrug	29
Kapitel 5 - Diskussion.....	30
5.1 Diskussion af indsats	30
5.2 Diskussion af metode og resultater.....	31
Kapitel 6 - Konklusion	32
Referenceliste.....	35
Bilag 1 – Projektbeskrivelse.....	37
Bilag 2 – Samtykkeerklæring til inklusion af borgere i projektet.....	45
Bilag 3 – Resultat af behovsafdækning med botilbuddenes personale	47
Bilag 4 – Apoteksfarmaceuternes forslag og ideer til ændringer af medicin håndteringsrutiner på botilbuddene.	49
Bilag 5 – Apotekets interventionsregistrering ved kvalitetssikring.....	53
Bilag 6 – Apotekets interventionsregistrering ved medicingennemgang	55
Bilag 7 – Spørgeguide til fokusgruppeinterview.....	61

Kapitel 1 - Resumé

Introduktion

Der er påvist en række patientsikkerhedsmæssige udfordringer i forbindelse med medicinering på botilbud for personer med handicap. En af udfordringerne i forhold til at skabe et mere sikkert medicinforløb er, at der i mange tilfælde ikke er tilknyttet et fast sundhedsfagligt personale til det enkelte botilbud, og at borgere på botilbud ofte medicineres af både speciallæge og praktiserende læge.

Projektets overordnede formål var at øge patientsikkerheden i medicineringen på botilbud for borgere med handicap gennem tre delmål:

1. at afprøve om dialog mellem apotekspersonale og botilbuddets borgere/personale, om procedurer og retningslinjer for medicineringen kan forbedre vilkårene for sikker medicinering
2. at afprøve om en individuel medicinomsorg/tværfaglig medicinsamtale med særligt fokus på de specifikke handicaprelaterede udfordringer kan højne patientsikkerheden for personer, der bor i botilbud pga. et handicap
3. at skabe mere viden om patientsikkerhedsmæssige problemstillinger i medicineringsprocessen på botilbud samt identificere mulige løsninger herpå.

Metode

Projektet var et pilotprojekt udformet som en "hjælp til selvhjælp" med udgangspunkt i dialog-baseret samarbejde mellem botilbud og apoteksfarmaceut om:

1. kvalitetssikring af medicineringsrutiner på det enkelte botilbud
2. gennemgang af den individuelle borgers medicinering.

Med "hjælp til selvhjælp" menes, at botilbuddets personale fik støtte fra apoteksfarmaceuten til at øge deres egen indsats vedrørende sikker medicinering gennem de to indsatser beskrevet nedenfor.

Kvalitetssikring af medicin håndteringsrutiner på det enkelte botilbud

Udgangspunktet for kvalitetssikring af medicineringsrutiner var en ydelse udarbejdet af Danmarks Apotekerforening rettet mod plejehjem og hjemmepleje med udgangspunkt i relevante vejledninger fra Sundhedsstyrelsen.

Botilbuddet gennemgik sammen med farmaceuten de eksisterende medicin håndteringsrutiner og afdækkede eventuelle behov for støtte til kvalitetssikring og -udvikling. Formålet var at skabe overblik for at styrke kvalitetsarbejdet på botilbuddet fremadrettet.

Apoteksfarmaceutens gennemgang tog udgangspunkt i botilbuddets seneste embedslægerapport og/eller tilsynsrapport, relevante instruktioner og eventuelle registreringer af fejl og utilsigtede hændelser. Farmaceutens gennemgang af medicin håndteringsrutiner på botilbuddet foregik ved interview og observationer. Resultaterne blev forelagt ledelse og relevante medarbejdere, og en rapport med opsummering af observationer og anbefalinger blev efterfølgende udarbejdet til botilbuddet.

Gennemgang af den individuelle borgers medicinering

Formålet med gennemgang af den individuelle borgers medicinering var at bidrage til kvalitets-sikring af lægemiddelbehandlingen hos den enkelte borger. Dette indebærer fokus på eventuelle problemer, som den enkelte borger måtte opleve med sin medicin og omfattede:

1. farmaceutens gennemgang af borgerens medicin¹
2. medicindialog mellem farmaceut, medicinansvarlig og eventuelt borger
3. ved behov, en tværfaglig medicinsamtale mellem farmaceut, medicinansvarlig, borger og andre relevante personer, så som praktiserende læge, speciallæge og pårørende.

Farmaceuten gennemgik borgerens medicin og fremlagde efterfølgende de lægemiddelrelaterede fund og mulige løsninger ved medicindialogen. Som konklusion på dialogen udarbejdede

¹ En struktureret gennemgang af borgerens samlede medicinering med fokus på at afdække potentielle problemer med lægemiddelbehandlingen.

farmaceuten, botilbuddets personale og eventuelt borgeren sammen en skriftlig opsummering af lægemiddelrelaterede fund, anbefaling af løsninger og eventuelt anbefaling af en tværfaglig medicinsamtale. Botilbudet sendte konklusionen til borgerens praktiserende læge og/eller speciallæge og fulgte op på, om lægen accepterede eller afviste de beskrevne anbefalinger. Desuden udarbejdedes et resumé af medicingennemgangen til borger og pårørende. En efterfølgende dialog med lægen om ændringer i medicineringen blev foretaget enten af farmaceuten eller botilbuddets personale efter aftale.

Ved behov indkaldte botilbudet relevante personer til en tværfaglig medicinsamtale.

Evaluering og afrapportering

Evalueringen af kvalitetssikringsindsatsen var baseret på apoteksfarmaceutens registreringer af antal gennemførte kvalitetssikringsaktiviteter på botilbuddene, herunder antal og typer af forslag til ændringer i kvalitetsrutiner og løsningsforslag implementeret eller planlagt implementeret.

Evalueringen af gennemgangen af den individuelle borgers medicinering var baseret på apoteksfarmaceutens registreringer af antallet af gennemførte tekniske medicingennemgange, gennemførte medicindialoger og tværfaglige medicinsamtaler. Desuden blev målt på antal og typer af lægemiddelrelaterede fund, anbefalede interventioner, henvendelser til læge og implementerede behandlingsændringer.

Tilfredshed med projektføreløbet blev målt ved interview med deltagende borgere, pårørende og faggrupper.

Resultater

Der deltog to botilbud og to apoteker fra Københavns Kommune og to botilbud og to apoteker fra Helsingør Kommune. Sammenlagt deltog 47 borgere.

Kvalitetssikring af medicinbehandlingsrutiner på botilbudet

Interventionen vedrørende kvalitetssikring blev afprøvet på alle fire botilbud. Farmaceuterne foreslog ændringer i kvalitetsrutiner på botilbudene i 45 tilfælde; de fleste omhandlede opbeholdning af medicin og medicingivning. Farmaceuternes løsningsforslag omhandlede forebyggelse af medicineringsfejl gennem dokumentation, kontrol, instrukser, kvalitetssikring af medicinlister, observation af medicinens effekt og læring af utilsigtede hændelser. Der blev ikke foretaget en systematisk opfølgning på implementering af løsningsforslag; men i 6 tilfælde havde botilbudet implementeret eller planlagde at implementere et eller flere løsningsforslag ved projektets afslutning.

Den individuelle medicingennemgang

Apoteksfarmaceuterne og botilbuddene gennemførte medicingennemgang for alle 47 borgere. De 47 borgere anvendte gennemsnitligt 5,2 [fra 1 til 12] lægemidler til fast brug, og 2,3 [fra 0 til 7] lægemidler efter behov.

Hos 17 af de 47 borgere blev der ikke gjort lægemiddelrelaterede fund. Ved medicindialogen blev der gjort i alt 66 lægemiddelrelaterede fund, svarende til 1,4 [0 - 5] lægemiddelrelaterede fund pr. borger. Bivirkninger var det hyppigste lægemiddelrelaterede fund (32 % af alle fund), efterfulgt af uhensigtsmæssigt præparatvalg og underdosering (hver 18 % af alle fund).

Hos 29 borgere medførte medicingennemgangen og medicindialogen 50 løsningsforslag på lægemiddelrelaterede fund. For 27 borgere (36 løsningsforslag) blev farmaceut og bosted enige om, at botilbudet tog kontakt til borgerens læge med henblik på drøftelse af løsningsforslag, og for 14 borgere (14 løsningsforslag) blev farmaceut og bosted enige om, at botilbudet implementerede løsningsforslag uden lægens involvering.

Løsningsforslagene fokuserede på anvendelsen af medicin hos borgeren eller på valg af behandling. For 22 af 36 løsningsforslag sendt til lægen forelå en tilbagemelding fra lægen (61 %). I 19 tilfælde accepterede lægen løsningsforslagene, mens 3 forslag blev afvist.

Der blev afholdt en tværfaglig medicinsamtale. I samtalen deltog borgeren selv, borgerens medicinansvarlige, farmaceuten, borgerens praktiserende læge og distriktspsykiater.

Apoteksfarmaceuternes samlede tidsforbrug til den individuelle medicingennemgang var gennemsnitligt 1 time og 39 minutter, mens tidsforbruget til den ene tværfaglige samtale var 1 time og 45 minutter.

Tilfredshed med projektforsløbet blandt borgere og pårørende

Der blev foretaget et interview med 1 pårørende, mens 2 borgere deltog i fokusgruppeinterview på et botilbud.

Borgere og pårørende udtrykte generelt tilfredshed med projektet. Den pårørende oplevede, at projektet gav tryghed, fordi det gav vished om, hvilken medicin gives, og hvorfor. Borgerne var glade for at få drøftet medicinen med en farmaceut og oplevede at have færre bivirkninger efter medicinændringerne. Den ene borger deltog i en tværfaglig medicinsamtale; den anden ville gerne have været inviteret med til medicindialogen.

Faggruppernes evaluering af projektforsløbet

Der blev gennemført interview med 9 ansatte på botilbud, de 4 farmaceuter, 1 praktiserende læge og 2 overlæger. Faggruppernes generelle indtryk af projektet var positivt. Projektets indhold oplevedes som relevant; det opfyldte et behov og gav læring til personalet.

Lægerne oplevede forslagene fra farmaceuterne som relevante og som kvalificeret feedback på deres medicineringspraksis. Den praktiserende læge havde oplevet, at samtalen med botilbuddets personale nu var mere kvalificeret. Den tværfaglige medicinsamtale oplevedes urealistisk at gennemføre af to læger, dog oplevede alle professionelle der deltog i den tværfaglige medicinsamtale den som meget givende.

Projektet har givet personalet på botilbuddene ny viden om medicin og medicinadministration og det ansvar, der følger med. De efterspurgte mere viden om medicin gennem mere undervisning. Personalet føler sig nu sikrere og mere trygge ved at give borgerne deres medicin. De oplevede kvalitetssikringsindsatsen som en støtte til at tænke systematisk om medicineringsprocessen og som en hjælp til løsning af praktiske problemer og spørgsmål om medicin.

Projektet har forstærket det eksisterende samarbejde mellem botilbud og apotek, mens flere botilbud oplevede, at det var svært at få lægerne i tale om resultaterne af medicindialogen.

Konklusion

Det viste sig muligt at etablere et samarbejde imellem botilbud og apotek, som begge parter oplevede positivt og givende.

Der blev tilpasset og afprøvet en systematisk kvalitetssikring af medicin håndteringen på botilbud gennemført af apoteksfarmaceuter. Farmaceuten bidrog med relevante forslag til forbedringer af medicineringsprocessen og til korrigerende handlinger. Indsatsen gav personalet på botilbuddet støtte til at tænke systematisk omkring medicineringsprocessen og var en hjælp til løsning af praktiske problemer og spørgsmål om medicin.

Der blev tilpasset og afprøvet en individuel medicingennemgang med en medicindialog mellem apoteksfarmaceut, botilbuddets personale og evt. borgeren. Denne bidrager til at identificere relevante lægemiddelrelaterede problemstillinger. De lægemiddelrelaterede fund, der blev forelagt behandlende læge, blev i overvejende grad accepteret af lægen.

De implementerede løsninger kan bidrage til øget patientsikkerhed. Lægemiddelrelaterede løsningsforslag direkte til botilbuddet var af praktisk karakter (fx tidspunkt for indtagelse af lægemiddel), mens løsningsforslag stilet til borgerens læge omhandlede medicinanvendelse (fx ændring af doseringstidspunkt eller lægemiddelformulering) eller valg af behandling (fx seponering af dobbeltmedicinering).

Den tværfaglige medicinsamtale opleves som relevant og givende for alle implicerede. Den vurderes som svær at organisere i praksis.

Samarbejdet med almen praksis om løsning af lægemiddelrelaterede fund kan med fordel styrkes.

Kapitel 2 - Introduktion

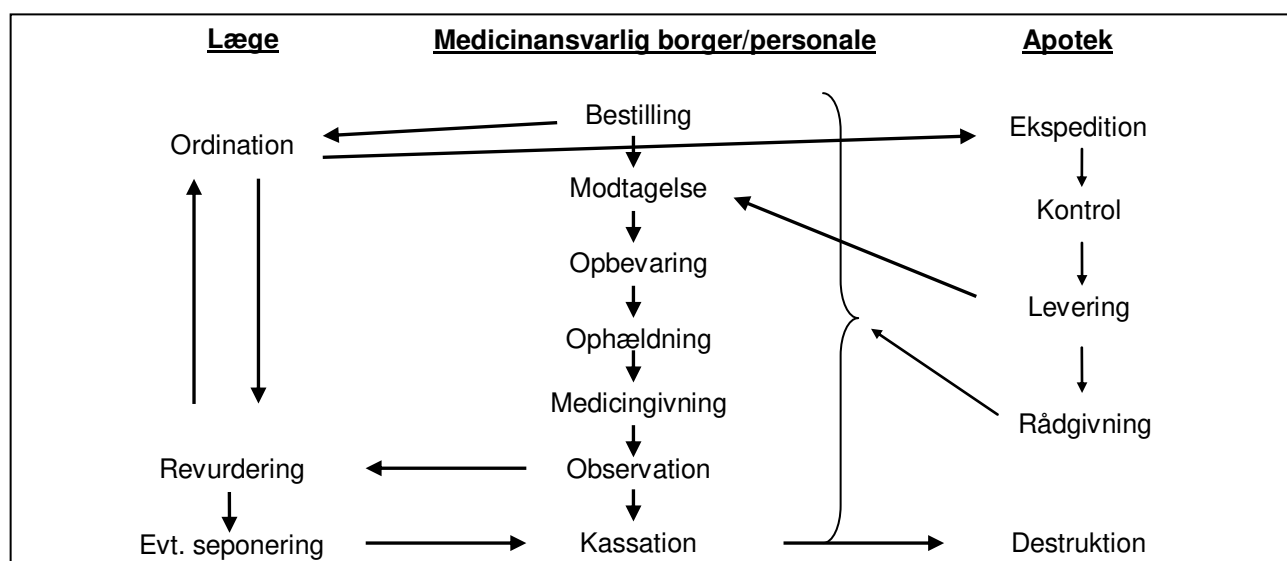
Der har de senere år været øget fokus på sundhed hos personer med handicap, bl.a. i kraft af FN's handicapkonvention, der understreger, at borgere med handicap har ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand uden diskrimination på grund af deres handicap. Et væsentligt bidrag til sundhedstilstanden er sikker og rationel medicinering.

Konkret er der påvist en række patientsikkerhedsmæssige udfordringer i forbindelse med medicinering på botilbud for personer med handicap bl.a. på grund af borgernes særlige vilkår og forudsætninger²⁻⁸. En af udfordringerne i forhold til at skabe et mere sikkert medicinforløb er, at der i mange tilfælde ikke er tilknyttet et fast sundhedsfagligt personale til det enkelte botilbud. Det betyder bl.a., at medicineringen ofte varetages af personale med forskellige forudsætninger og kompetencer og under såkaldt delegeret ansvar fra den ordinerende læge. Samtidig er det karakteristisk, at borgerne i gennemsnit har et større forbrug af lægemidler end resten af befolkningen.

2.1 Medicineringsprocessen på botilbud

Medicineringsprocessen er reguleret af dansk lovgivning på området, blandt andet reglerne vedrørende såkaldt delegeret ansvar og vedrørende utilsigtede hændelser, som alle botilbud skal følge. På det enkelte botilbud vil medicineringsprocessen dog også afhænge af, hvilken type handicap/kroniske sygdomme borgerne har samt eventuelle forskelle i botilbuddenes procedurer for medicin håndtering.

Medicineringsprocessen tager udgangspunkt i borgeren og skal tilrettelægges, så den er relevant i forhold til det enkelte botilbud. Medicineringsprocessen indeholder ofte følgende elementer:



Figur 1: Elementer i medicineringsprocessen for borgere tilknyttet botilbud

Det er vigtigt at tage højde for, at der kan opstå utilsigtede hændelser mange forskellige steder i processen: Fra lægens ordination eller genbestilling til apotekets udlevering af medicin og/eller håndkøbsmedicin. Herefter kan der ske utilsigtede hændelser i forhold til botilbuddets retningslinjer for medicin håndtering, der skal sikre, at den rette medicin administreres til den rigtige borger i rette mængde og på rette tidspunkt. I forbindelse med administration og effektvurdering har det stor betydning, om personalet har ansvaret for at administrere borgerens medicin, eller om borgeren selv administrerer sin medicin.

Borgere på botilbud medicineres ofte af både speciallæge og praktiserende læge. Derfor var det prioriteret, at både praktiserende læger og speciallæger blev inddraget i projektet. Borgeren er

altid den vigtigste person i ethvert medicineringsforløb, og projektets medicinpædagogiske udgangspunkt var derfor, at borgerne skulle inddrages i hele processen, hvor det var muligt.

2.2 Projektets formål

Projektets overordnede formål var at øge patientsikkerheden i medicineringen på botilbud for borgere med handicap. Projektets formål skulle opnås gennem tre delmål:

1. At afprøve om dialog mellem apotekspersonale og botilbuddets borgere/personale, om procedurer og retningslinjer for medicineringen kan forbedre vilkårene for sikker medicinerings
2. At afprøve om en individuel medicinomsorg/tværfaglig medicinsamtale med særligt fokus på de specifikke handicaprelaterede udfordringer kan højne patientsikkerheden for personer, der bor i botilbud pga. et handicap
3. At skabe mere viden om patientsikkerhedsmæssige problemstillinger i medicineringsprocessen på botilbud samt identificere mulige løsninger herpå.

2.3 Succeskriterier og forventede resultater

Projektet ville blive betragtet som vellykket, hvis der ved dets afslutning var udarbejdet en afrapportering, som 1) gav et validt indblik i forholdene vedr. medicinerings på de deltagende botilbud, og 2) beskrev om og hvordan systematisk inddragelse af apotekspersonale samt brug af tværfaglige medicinsamtaler kunne bidrage til at løse nogle af de problemer, som botilbuddene, borgere og pårørende oplever i dag.

Herudover skulle projektet bidrage til at skabe viden om de nuværende vilkår for medicineringsprocessen på botilbud for borgere med handicap samt viden om, hvordan patientsikkerheden eventuelt kan forbedres.

Der er endnu ikke foretaget studier, som belyser effekterne af tilsvarende interventioner; men erfaringer med kvalitetssikring af medicinbehandlingsrutinerne på landets plejehjem viser, at lignende projekter bl.a. har givet bedre viden om sikker medicinbehandling og større tryghed blandt de ansatte.

Resultaterne af et projekt om forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer i samarbejde med 7 europæiske lande viser endvidere, at der er grundlag for at forvente følgende effekter blandt de borgere, der får foretaget en medicingennemgang:

- Færre behandlingskrævende sygdomme samt faldende indlæggelsesfrekvens
- Forbedret helbredsstatus
- Færre problemer med medicinen.

2.4 Organisering af projektet

Projektet blev drevet af Danske Handicaporganisationer, Danmarks Apotekerforening, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Pharmakon, der sammen med repræsentanter for de to deltagende kommuner, Helsingør Kommune og Københavns Kommune, udgjorde projektledelsesgruppen.

Danske Handicaporganisationer varetog den primære sekretariatsfunktion for projektet, der bl.a. omfattede udarbejdelse af dagsordener og referater for møder i projektledelsesgruppen og referencegruppen samt koordinering med kommuner og botilbud. Herudover bidrog Danske Handicaporganisationer med brugervalidering af projektet, så det blev målrettet borgerne på botilbuddene.

Danmarks Apotekerforening og Pharmakon bidrog med farmaceutfaglige ressourcer i udarbejdelse af relevante manualer og materiale på baggrund af tidligere lignende projekter. Herudover bidrog Danmarks Apotekerforening og Pharmakon også med bistand til den afsluttende afrapportering og offentliggørelse af projektet. Pharmakon bistod endvidere med kompetenceløft til de medvirkende apoteksfarmaceuter.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed bidrog med faglig ekspertise og rådgivning om patientsikkerhed i processen samt til kommentering og offentliggørelse af den afsluttende afrapportering.

Der blev endvidere nedsat en referencegruppe, der bestod af op til to repræsentanter hver fra Danske Handicaporganisationer, Danmarks Apotekerforening, Dansk Selskab for Patient-sikkerhed, Socialpædagogernes Landsforening, Kommunernes Landsforening, Lægeforeningen og Landsforeningen For Socialpædagoger. Referencegruppen støttede projektledelsen med gode råd og konstruktiv kritik.

Kapitel 3 - Metode

3.1 Projektrammen

Projektet var et pilotprojekt med deltagelse af fire udvalgte botilbud i henholdsvis Københavns og Helsingør Kommune. Det skulle ses som en forløber for en eventuel efterfølgende indsats. Til hvert botilbud knyttedes en farmaceut fra det apotek, som leverede medicin til det pågældende botilbud.

3.2 Indsatsen

Projektet blev udformet som en "hjælp til selvhjælp" og tog udgangspunkt i dialogbaseret samarbejde mellem botilbud og apoteksfarmaceut om:

1. kvalitetssikring af medicineringsrutiner på det enkelte botilbud
2. gennemgang af den individuelle borgers medicinering.

Med "hjælp til selvhjælp" menes, at botilbuddets personale fik støtte fra apoteksfarmaceuten til at øge deres egen indsats vedrørende sikker medicinering gennem de to indsatser beskrevet ovenfor.

3.2.1 Kvalitetssikring af medicinhåndteringsrutiner på det enkelte botilbud

Udgangspunktet for kvalitetssikring af medicineringsrutiner var en ydelse udarbejdet af Danmarks Apotekerforening rettet mod plejehjem og hjemmepleje¹⁰. Ydelsen består af en basisdel og en udvidet del. Kun basisdelen blev anvendt i dette projekt. Ydelsen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler¹¹ og Vejledning om tilsyn med plejehjem, plejeboliger og tilsvarende enheder¹². Den er struktureret efter Sundhedsstyrelsens standardisering af plejehjemstilsynet.

Kvalitetssikringen var baseret på en proces, hvor botilbuddet i samarbejde med farmaceuten dokumenterede de eksisterende rutiner og afdækkede eventuelle behov for støtte til kvalitetssikring og -udvikling. Formålet var at skabe overblik for at styrke kvalitetsarbejdet fremover på det enkelte botilbud. Det kunne fx dreje sig om opdatering af eksisterende instrukser og rutiner for medicinhåndtering, støtte til organisering af kvalitetsarbejdet, tilbagevendende medicin-gennemgange m.v. Dette arbejde var ikke en del af projektet; men botilbuddet kunne efterfølgende entre med apoteket om støtte hertil, hvis de ønskede det.

Implementering af kvalitetssikring

Apoteksfarmaceuten modtog botilbuddets seneste embedslægerapport og/eller tilsynsrapport, eksisterende instruktioner vedrørende medicinhåndtering (herunder såvel fælles kommunale som lokale instruktioner) og, hvis det var muligt, registreringer af fejl og utilsigtede hændelser (anonymiseret i forhold til personalet og borgerne). De indhentede informationer blev gennemgået, så observationer/interview kunne forberedes og struktureres.

Farmaceutens gennemgang af medicinhåndteringsrutiner på botilbuddet foregik ved interview og observationer. Resultaterne heraf blev ved afslutningen af besøget forelagt ledelse og relevante medarbejdere. For hvert botilbud blev der af farmaceuten udarbejdet en rapport. Rapporten indeholdt en opsummering af observationer og anbefalinger vedrørende de relevante trin i medicineringsprocessen. Farmaceuten fulgte efterfølgende op med dialog om og diskussion af praksis og muligheder for ændringer.

3.2.2 Gennemgang af den enkelte borgers medicinering

Formålet med gennemgang af den individuelle borgers medicinering var at bidrage til kvalitetssikring af lægemiddelbehandlingen hos den enkelte borger. Dette indebar fokus på eventuelle problemer, som den enkelte borger måtte opleve med sin medicin, og omfattede:

1. farmaceutens gennemgang af borgerens medicin
2. medicindialog mellem farmaceut, medicinansvarlig og eventuelt borger
3. ved behov, en tværfaglig medicinsamtale mellem farmaceut, medicinansvarlig, borger og andre relevante personer, så som praktiserende læge, speciallæge og pårørende.

De to første trin kaldes også samlet for medicinomsorg. *Medicinomsorg er en gennemgang af en borgers medicinering og en medicindialog mellem sygeplejerske og apotek*¹³. Medicinomsorg blev udviklet til brug på plejehjem og i hjemmepleje og blev tilpasset dette projekt således, at medicin-

dialogen foregik mellem apotek og medicinansvarlig på botilbuddet samt borgeren, hvis denne ønskede det og var i stand til at deltage.

Medicindialogen udnytter, at personalet på botilbuddet har viden om borgerens helbredsstatus og præferencer i forhold til sin medicinering, samt at de dagligt observerer effekt og bivirkninger af behandlingen. Dette - kombineret med farmaceutens lægemiddelelkspektise - benyttes til at afdække lægemiddelrelaterede problemer og de bedst mulige forslag til interventioner. Hvis interventionerne krævede ændringer i borgerens medicinering, blev borgerens praktiserende læge eller speciallæge konsulteret. Den medicinansvarlige på botilbuddet var krumtappen i samarbejdet mellem apotek, læger, botilbud, borger og pårørende.

Farmaceutens gennemgang af borgerens medicin omfatter en struktureret gennemgang af borgerens samlede medicinering med fokus på at afdække potentielle problemer med lægemiddelbehandlingen. Disse fund tages op i *medicindialogen*. Her verificeres, om de lægemiddelrelaterede fund er reelle problemer, og i givet fald aftales interventioner.

Et lægemiddelrelateret fund er en uønsket situation, som patienten oplever, og som skyldes eller mistænkes for at skyldes lægemiddelbehandling. Et lægemiddelrelateret fund indebærer eller indebærer muligvis problemer for det ønskede resultat af lægemiddelbehandlingen.

Lægemiddelrelaterede fund kan kategoriseres i følgende typer: ubehandlet indikation, uhensigtsmæssigt præparatvalg, uhensigtsmæssig anvendelse af medicinen hos borgeren (non-compliance), dobbeltmedicinering, overmedicinering, undermedicinering, bivirkninger, interaktioner og uhensigtsmæssig medicinering. For at sikre den bedst mulige lægemiddelbehandling for borgeren vurderes desuden fx aktuelt anvendte lægemiddelformer, håndtering og opbevaring af lægemidler samt behov for hjælpemidler til medicinindtagelse.

Den *tværfaglige medicinsamtale* var ikke tidligere afprøvet. Formålet med den var at inddrage alle relevante interessenter i borgerens medicinering for at skabe fælles overblik og fælles løsninger på lægemiddelrelaterede fund. Den tværfaglige medicinsamtale var initieret af botilbuddet.

Implementering af gennemgang af den enkelte borgers medicinering

Som indledning udvalgte botilbuddet de borgere, der skulle deltage i projektet, og indhentede deres skriftlige samtykke til at deltage og til at apoteksfarmaceuten kunne få adgang til oplysninger om deres medicinering.

Farmaceut og botilbud lagde sammen en plan for, hvornår borgerne skulle have gennemgået deres medicin, og hvornår og på hvilken måde dialogen mellem botilbud og apotek skulle foregå. Personalet på botilbuddet afklarede, om borgeren skulle deltage i medicindialogen.

Farmaceuten gennemgik borgerens medicin ved hjælp af aktuelt medicinskema fra botilbuddet, borgerens Medicinprofil, oplysninger fra botilbuddet om eventuelle problemer med medicinen samt diagnoser og aktuelle og relevante symptomer. På baggrund af disse oplysninger identificerede farmaceuten potentielle lægemiddelrelaterede problemer og forslag til relevante interventioner ved disse fund.

Ved den efterfølgende medicindialog blev de lægemiddelrelaterede fund vurderet og verificeret. Der blev set på mulige løsninger, og som konklusion på dialogen udarbejdede farmaceuten, botilbuddets personale og eventuelt borgeren sammen en skriftlig opsummering af lægemiddelrelaterede fund, forslag til løsninger og eventuelt anbefaling af en tværfaglig medicinsamtale. Nogle løsningsforslag indebar ikke en ændring i medicineringen, men kunne implementeres af borgeren selv eller af botilbuddet. Botilbuddet sendte konklusionen til borgerens praktiserende læge og/eller speciallæge og fulgte op på, om lægen accepterede eller afviste de beskrevne løsningsforslag. Desuden udarbejdedes et resumé af medicingennemgangen til borger og pårørende. En efterfølgende dialog med lægen om ændringer i medicineringen blev foretaget enten af farmaceuten eller botilbuddets personale efter aftale.

Ved behov indkaldte botilbuddet relevante personer til en tværfaglig medicinsamtale.

3.2.3 Informering af botilbud

Hvert botilbud blev informeret om projektet. Dette skete ved, at en repræsentant fra Danske Handicaporganisationer og en repræsentant fra Danmarks Apotekerforening holdt et møde på hvert bosted. På mødet blev ledelse og personale præsenteret for projektets formål og dets forløb for bostedets personale. Herunder blev det også præsenteret hvordan samarbejdet med apoteket ville komme til at foregå. Ledelse og personale havde mulighed for at kommentere og stille spørgsmål til projektet. Endvidere blev der gennemført en behovsafdækning på botilbuddene (jf. nedenfor).

3.2.4 Kvalificering af apoteksfarmaceuterne til projektet

Apoteksfarmaceuterne deltog i et 2-dages kompetenceløft. Dette havde til formål at ruste apoteksfarmaceuterne til at:

- få fokus på specifikke problemstillinger ved medicin og sygdomme for denne specifikke målgruppe
- blive rustet til at gennemføre indsatserne i projektet
- kommunikere med borgere, pårørende og personale
- etablere samarbejdsrelationer i projektet med botilbuddet og relevant sundhedspersonale.

Kompetenceløftet omhandlede organiseringen af et botilbud, botilbuddets rutiner ved medicinhåndtering, farmaceutens rolle i kvalitetssikring af medicinhåndtering på et botilbud, psykiske og neurologiske sygdomme, lægemiddelbehandling og potentielle problemstillinger i behandlingen af psykiske og neurologiske sygdomme samt kommunikationstræning.

I løbet af projektperioden blev afholdt to møder, hvor farmaceuterne erfaringsudvekslede erfaringer om deres arbejde med indsatserne i projektet sammen med Danmarks Apotekerforening og Pharmakon.

3.3 Valg af botilbud og apoteker

Københavns Kommune og Helsingør Kommune stod for udvælgelsen af de fire deltagende botilbud. I projektbeskrivelsen var der lagt op til, at udvælgelsen kunne tage hensyn til relevante forskelle mellem botilbuddene, fx ift. medicinbehov, geografisk beliggenhed, antal borgere, personalesammensætning, borgernes muligheder for egenomsorg, samt i hvilken udstrækning borgerne anvendte risikolægemidler, dvs. lægemidler, hvor der til brugen er knyttet en særlig risiko, fx for bivirkninger eller non-compliance.

De deltagende botilbud var:

- Bo- og dagtilbuddet Musvågevej, København (botilbud for 50 beboere med fysisk og psykisk handicap)
- Thorupgården, København (botilbud med 112 boliger for beboere med psykisk sygdom)
- Kronborghus, Helsingør (botilbud for 21 beboere med fysisk og psykisk handicap)
- Petersborg, Helsingør (botilbud for 13 beboere med psykisk sygdom).

I hhv. Københavns kommune og Helsingør kommune blev de apoteker, der havde den daglige leverance til de udvalgte botilbud, inviteret til at deltage i projektet. Alle 4 apoteker ønskede at deltage. De deltagende apoteker var:

- Nørrebro Apotek, København
- Apoteket Svalen, København
- Helsingør Axeltorv apotek
- Helsingør Stengade apotek.

3.4 Evaluering og afrapportering

Evalueringen af pilotprojektet blev baseret på målepunkterne og metoderne i Tabel 1.

Evalueringsparameter	Datakilde	Indsamlingstidspunkt
Procesmål – relevans af ydelser		
<i>Lægemiddelopfølgning</i> <ul style="list-style-type: none"> • Gennemførte medicingennemgange • Gennemførte medicindialoger • Identificerede lægemiddelrelaterede fund • Forslag til løsninger • Henvendelser til praktiserende læge • Løsningsforslag implementeret af læge 	<ul style="list-style-type: none"> • Apotekets registrering 	<ul style="list-style-type: none"> • Løbende
<i>Medicinadministration</i> <ul style="list-style-type: none"> • Gennemgang af medicinhåndteringsrutiner • Ændring i kvalitetsrutiner • Korrigerende handlinger 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoteksregistrering 	<ul style="list-style-type: none"> • Løbende
<i>Tidsforbrug</i> <ul style="list-style-type: none"> • Apotek 	<ul style="list-style-type: none"> • Indberetningsskemaer 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Løbende
<i>Borgertilfredshed</i> <ul style="list-style-type: none"> • Borgertilfredshed • Pårørendetilfredshed 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview 	<ul style="list-style-type: none"> • Slut
<i>Vurdering af forløb samt generering af løsningsforslag</i> <ul style="list-style-type: none"> • Botilbud, apotek og læge 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokusgrupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Slut

Tabel 1: Målepunkter og evalueringsmetoder i projektet.

3.4.1 Behovsafdækning blandt personalet på botilbuddene

Indledningsvis gennemførte projektgruppen en behovsafdækning på botilbuddene. Formålet med behovsafdækningen var at få overblik over personalets erfaringer med borgernes problemer med medicinbrug. Projektgruppen inviterede personalet på bostedet til fokusgruppeinterviews, hvor personalet blev bedt om at komme med historier, der beskrev faktorer, som gjorde det svært at sikre en effektiv medicinering, at undgå fejl og utilsigtede hændelser, at opnå tryghed og borgertilfredshed og at undgå ressourcspild. Desuden diskuteredes, hvilke faser af medicinforløbet, der giver problemer, og i hvilke samarbejdsrelationer der opstår problemer.

3.4.2 Evaluering af kvalitetssikring

Evalueringen blev baseret på apoteksfarmaceutens registreringer af antal gennemførte kvalitetssikringsaktiviteter på botilbuddene, herunder antal og typer af forslag til ændringer i kvalitetsrutiner og antal og typer af løsningsforslag implementeret eller planlagt implementeret på botilbuddene.

3.4.3 Evaluering af gennemgang af den individuelle borgers medicinering

Evalueringen blev baseret på apoteksfarmaceutens registreringer af antal gennemførte tekniske medicingennemgange, antal gennemførte medicindialoger og antal tværfaglige medicinsamtaler. Desuden blev der målt på antal og typer af lægemiddelrelaterede fund, antal og typer af forslag til løsninger, antal henvendelser til læge og antal forslag til behandlingsændringer implementeret af lægen.

3.4.4 Evaluering af tilfredshed med projektforsløbet

Tilfredshed blev målt ved interview med deltagende borgere og pårørende til deltagende borgere.

Endvidere blev faggruppernes vurdering af projektforsløbet målt ved:

- fokusgruppeinterview med ansatte på to botilbud
- fokusgruppeinterview med ansatte og apoteksfarmaceut på et botilbud
- fokusgruppeinterview med ansatte, apoteksfarmaceut og borgere på et botilbud
- interview med en pårørende til en projektdeltager
- interview med de fire deltagende apoteksfarmaceuter
- interview med tre deltagende læger.

Til interviewene blev udarbejdet og anvendt en semistruktureret spørgeguide med en række fælles spørgsmål og mere specifikke spørgsmål til de respektive faggrupper i projektet (Bilag 7). Interviewene tog ca. 1 time, og der blev taget fyldige referater undervejs, som deltagerne efterfølgende fik mulighed for at kommentere/supplere.

Kapitel 4 - Resultater

Der deltog to botilbud og to apoteker fra Københavns Kommune og to botilbud og to apoteker fra Helsingør Kommune. Fra hver kommune deltog et botilbud for psykisk handicappede og et botilbud for fysisk og psykisk handicappede. De to botilbud i Københavns Kommune havde tilknyttet en sygeplejerske; ellers bestod personalet alle steder af pædagoger og eventuelt enkelte social- og sundhedsassistenter eller social- og sundhedshjælpere. I alt deltog 47 borgere fra de 4 bosteder.

4.1 Behovsafdækning blandt personalet på botilbuddene

Personalet på botilbuddene oplevede et behov for løsninger på problemer relateret til:

- ordination af medicin
- rekvirering af medicin
- borgernes selvadministration af medicin
- substitution af medicin
- medicingivning
- dokumentation
- egen viden om medicin
- samarbejde.

En detaljeret beskrivelse af behovsafdækningen ses i Bilag 3.

Problemer relateret til *ordination af medicin* omhandlede ofte polyfarmaci, og deraf øget risiko for fejl og bivirkninger og større medicinbelastning for borgeren. Polyfarmaci gjorde det svært for både borgere og personale at overskue behandlingen, og hvilken læge havde ansvar for hvilke behandlinger.

Botilbuddene oplevede, at *rekvirering af medicin* hos psykiater/ambulatorium medførte, at medicinen ikke kom til forventet tidspunkt, eller at der ikke kom den forventede medicin.

Det, at *nogle borgere selv havde ansvar for deres medicin*, gav usikkerhed om, hvorvidt medicinen blev taget, og om den blev taget rigtigt. Botilbuddene havde stort fokus på samarbejde med borgerne i forhold til deres egen situation og medicin. I den forbindelse kunne medicinadministration opleves som et pædagogisk redskab. Det skete, at psykiateren vurderede, at borgeren selv kunne administrere sin medicin, mens botilbuddet vurderede, at borgeren ikke kunne. Eller at personalet ikke ville lave overgreb på en borger, men samtidig vurderede, at borgeren ikke kunne administrere sin medicin selv.

Substitution medførte forvirring og tvivl hos personale og borgere. Det medførte undertiden en anderledes virkning og krævede, at der blev brugt tid på tilretning af medicinoplysninger, hvorved der kunne ske fejl.

Ved *medicingivning* oplevedes, at der skete fejl, fx ved ophældning, fordi personalet blev forstyrret og ved udlevering, fordi al dagens medicin blev stillet op samlet. Det oplevedes også, at personalet kunne have svært ved at følge den gældende vejledning om medicingivning, fx på grund af praktiske problemer. For mange hænder ind over medicinen vurderedes at kunne give problemer, fx ved at gøre borgeren utryg. Ændringer i dosispakket medicin medførte behov for manuel ophældning af medicin i perioder, hvilket kunne medføre fejl. Overvågning af borgernes medicinindtag kunne give problemer, hvis borgeren ikke ville samarbejde.

Dokumentation af medicinbehandling foregik ikke altid som beskrevet i retningslinjerne, især når der var mange personer involveret. Det gav problemer ved embedslægetilsyn.

Personalet savnede *viden om medicins* virkning, bivirkninger og dosering. De oplevede, at de enten ikke kom på kurser, eller at kursernes faglige indhold ikke svarede til det, de havde brug for. Personalet følte sig ikke i stand til at vurdere og registrere bivirkninger og havde i det hele taget mange spørgsmål om bivirkninger.

Personalet fandt, at *samarbejdet* med lægerne på nogle områder ikke var helt tilfredsstillende. Et eksempel var, at borgere (bevidst/ubevidst) fremstillede deres situation bedre end den reelt var over for psykiateren, og dermed opnåede mere selvstændighed, end botilbuddet mente var godt. Til gengæld oplevedes det positivt, at psykiaterne kom på botilbuddet, hvis blot det var de samme, der kom. Botilbuddene ønskede, at de praktiserende læger blev bedre til at dokumentere ordination af håndkøbsmedicin, bedre til at følge op på borgernes behandling og gav enslydende instruktioner til personalet om de samme ting. Der opstod også ofte forvirring om medicinen ved sektorovergang. Og så var det svært at få alle de læger, der behandlede en borger, til at foretage en samlet vurdering af medicineringen.

Personalet fandt endvidere, at samarbejdet med apoteket ikke altid var helt tilfredsstillende, fx angående returnering af medicin, leveringstid og information om medicin.

4.2 Kvalitetssikring af medicinbehandlingsrutiner på botilbuddet

Indsatsen vedrørende kvalitetssikring blev afprøvet på alle fire botilbud.

Sundhedsstyrelsens målepunkter for medicinbehandling fungerede som struktur/tjekliste for farmaceutens gennemgang af medicineringsrutiner på botilbuddet, for samtaler med personalet og for egne observationer.

Tabel 2 viser, inden for hvilke aktiviteter vedrørende medicinbehandling apoteksfarmaceuterne havde forslag til ændringer i kvalitetsrutiner. Detaljerede beskrivelser af farmaceuternes løsningsforslag kan ses i Bilag 4.

Løsningsforslagene omhandlede forebyggelse af medicineringsfejl gennem:

- dokumentation (hvad, hvem, hvornår, hvor meget)
- kontrol/tjek (ved modtagelse, ophældning og udlevering af medicin)
- anvendelse af tjeklister og instrukser
- kvalitetssikring af medicinlister
- observation af medicinens effekt på borgeren (virkning og bivirkninger)
- læring af utilsigtede hændelser.

Der er ikke gennemført en systematisk opfølgning på korrigerende handlinger foretaget på botilbuddene, det vil sige, hvorvidt botilbuddene implementerede eller planlagde at implementere løsningsforslagene.

I de tilfælde, hvor der var en tilbagemelding fra botilbuddet, ses, at løsningsforslag blev gennemgået og nogle udvalgt til implementering. Eksempelvis blev forslaget om dokumentation af dato for bestilling af medicin og kvittering for modtaget medicin umiddelbart implementeret. Med hensyn til dobbeltkontrol af medicinophældning var der divergerende holdninger til dette på et botilbud. Nogle afdelinger valgte at implementere dobbeltkontrol. En anden afdeling bibeholdt vanlig praksis, da de oplevede, at de derved kunne forebygge fejl opstået ved medicinændringer midt i en doseringsperiode. Et andet forslag gik på, at botilbuddet sendte en opdateret borgerliste til apoteket ved ændringer for at mindske risikoen for, at apoteket leverede medicinen forkert. Dette blev også umiddelbart implementeret.

Et løsningsforslag omhandlede dokumentation for, at en borger havde indtaget medicinen. Dette forslag blev afvist begrundet med, at det ville kræve lægeordination. Botilbuddet er forpligtet til at udlevere medicin; men kun i få tilfælde (fx ved behandlingsdom) skal personalet se medicinen blive indtaget.

Aktivitet	Ændring i kvalitetsrutiner (antal forslag)	Implementerede handlinger ved projektets afslutning
Ophældning af medicin	10	1
Medicिंगivning	9	1
Bestilling af medicin	7	1
Modtagelse af medicin	5	1
Opbevaring af medicin	3	0
Observation af medicinens effekt	3	0
Kassation af medicin	3	0
Instrukser vedr. medicinhåndtering	3	1
Registrering af fejl og utilsigtede hændelser	2	1

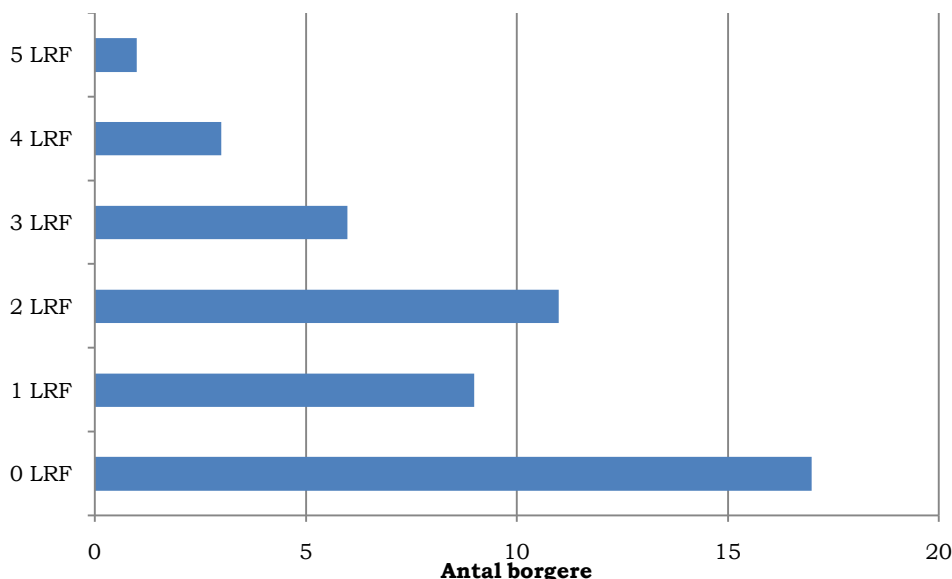
Tabel 2: Apoteksfarmaceuternes forslag til ændringer i kvalitetsrutiner på botilbuddene

4.3 Den individuelle medicingennemgang

Apoteksfarmaceuterne og botilbuddene gennemførte medicingennemgang for 47 borgere i alt. Der blev afholdt 1 tværfaglig medicinsamtale. I den tværfaglige samtale deltog borgeren selv, borgerens medicinansvarlige, farmaceuten, borgerens praktiserende læge og distriktspsykiater.

De 47 borgere anvendte gennemsnitligt 5,2 lægemidler fast [fra 1 til 12 lægemidler] og 2,3 lægemidler efter behov, også kaldet til p.n.-brug [fra 0 til 7 lægemidler].

Ved medicindialogen blev der gjort i alt 66 lægemiddelrelaterede fund blandt de 47 borgere, svarende til 1,4 [fra 0 til 5] lægemiddelrelaterede fund i gennemsnit. Hos 17 borgere blev der ikke verificeret lægemiddelrelaterede fund. Hos de resterende 30 blev der i gennemsnit verificeret 2,2 lægemiddelrelaterede fund [fra 1 til 5 fund].



Figur 2: Antal lægemiddelrelaterede fund (LRF) blandt borgere på botilbud for handicappede

Tabel 3 viser, at bivirkninger var det hyppigste lægemiddelrelaterede fund (32 % af alle lægemiddelrelaterede fund), efterfulgt af uhensigtsmæssigt præparatvalg og underdosering (hver 18 % af alle lægemiddelrelaterede fund).

Lægemiddelrelaterede fund	Antal	% af alle fund
Bivirkninger	21	32
Uhensigtsmæssigt præparatvalg	12	18
Underdosering	12	18
Uhensigtsmæssig anvendelse hos patienten	7	11
Ubehandlet indikation	2	3
Dobbeltmedicinering	2	3
Overdosering	2	3
Medicin uden begrundet indikation	2	3
Andet	6	9

Tabel 3: Forekomst af forskellige typer af lægemiddelrelaterede fund, der kunne give anledning til intervention, herunder drøftelse af problemstillingen med behandlende / ordinerende læge

Apoteksfarmaceuterne dokumenterede 50 interventioner i form af forslag til løsninger på lægemiddelrelaterede fund for 29 af de 47 borgere.

Løsningsforslagene medførte, at:

- botilbuddet tog kontakt til borgerens læge med henblik på accept og implementering af de ved medicindialogen udarbejdede løsningsforslag (36 løsningsforslag hos 27 borgere)
- botilbuddet implementerede farmaceutens løsningsforslag uden involvering af lægen (14 løsningsforslag hos 14 borgere).

Forslag direkte til botilbuddet kunne være brug af cremer, korrekt brug af håndkøbslægemidler, forslag til nye håndkøbslægemidler og rutiner angående kliniske målinger (fx blodtryksmåling).

For 36 af de 66 lægemiddelrelaterede fund (55 %) foreslog apoteksfarmaceuten og bostedet løsninger, der indebar, at behandlende læge skulle tage stilling til medicineringen. I 22 tilfælde (61 %) forelå en tilbagemelding fra lægen på løsningsforslag udarbejdet af botilbud og farmaceut. I 19 af de 22 tilfælde accepterede lægen løsningsforslaget (86 % accept af de 22 forslag, hvor lægen meldte tilbage, 53 % accept af alle 36 forslag); i 3 tilfælde afviste lægen forslaget (14 % afvist af de 22 forslag, der blev meldt tilbage på, 8 % afvist af alle 36 forslag). De 3 forslag, som den praktiserende læge afviste, omhandlede alle en revurdering af behandling med antipsykotika, som typisk vil være en specialistopgave.

De løsningsforslag, som bostederne og apoteksfarmaceuterne kom med, kan kategoriseres i løsninger, som fokuserede på anvendelsen af medicinen hos borgeren, eller løsninger, som fokuserede på valg af behandling.

Løsninger, som fokuserede på lægemiddelanvendelsen, var ofte af mere praktisk karakter, fx:

- flytte doseringstidspunktet med henblik på bedre virkning/færre bivirkninger
- ændre lægemiddelformulering med henblik på bedre virkning, pris eller mere acceptabel indtagelse for borgeren
- skifte fra to lægemidler til brug af et kombinationslægemiddel, så der skulle tages færre lægemidler
- fordele dosis på to doser for at nedsætte bivirkninger
- tage medicin sammen med mad for at nedsætte bivirkninger.

Løsninger, som fokuserede på valg af behandling omhandlede fx:

- seponering af unødigt dobbeltmedicinering, fx samtidig anvendelse af to typer antihistamin eller blodfortyndende medicin
- optimere dosering med henblik på bedre virkning/færre bivirkninger
- optimere valg af lægemiddel, fx til smertebehandling
- afhjælpning af bivirkninger med lægemidler, fx midler mod forstoppelse eller mundtørhed
- stillingtagen til behov for behandling, fx smertestillende eller blodfortyndende behandling

- monitorering af behandlingseffekt, fx måling af blodtryk og blodsukker.

Nedenfor er indsat 4 illustrative cases, der beskriver det samlede forløb for 4 udvalgte borgere. Disse cases er udvalgt for at vise variationen i de problemstillinger, der er set. Endelig er casen, hvor der er gennemført en tværfaglig medicinsamtale, medtaget.

Case fra medicingennemgang – bedre valg af inhalator

En borger er i behandling for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) med bl.a. Bricanyl® og Spirocort® Turbuhaler. Under en nylig indlæggelse blev lungekapaciteten målt til at være 27 % af normal. En så lav lungekapacitet gør det svært at anvende en Turbuhaler®. Borgeren får også metformin for sukkersyge; men blodsukker og blodtryk måles sjældent.

Farmaceut og botilbud bliver enige om at forelægge problemstillingen for borgerens læge og anbefale et skift til medicin, der kan inhaleres ved hjælp af en Diskos®, Respimat® eller inhalationsspray.

Lægen beslutter at ændre borgerens KOL-medicin.

Farmaceuten anbefaler endvidere botilbuddet at indarbejde en rutine omkring måling af blodsukker og blodtryk.

Case fra medicingennemgang – unødigt dobbeltmedicinering

En borger får både Marevan og Xarelto®; begge virker blodfortyndende. Xarelto® blev ordineret i forbindelse med en hofteoperation for næsten et år siden. Den normale behandlingsvarighed er nogle få uger. Xarelto® er meget dyrt og har mange bivirkninger. Efter at borgeren er kommet i behandling med Xarelto®, har lægen yderligere ordineret pantoprazol for mavesår. En bivirkning ved Xarelto® er netop maveblødninger.

Farmaceut og botilbud beslutter at forelægge problemstillingen for borgerens læge og foreslå en revurdering af den blodfortyndende behandling samt eventuelt senere seponering af pantoprazol.

Lægen vælger at seponere både Xarelto® og pantoprazol.

Case fra medicingennemgang – afhjælpning af bivirkninger

En borger er i behandling med Abilify® og risperidon. Borgeren oplever svimmelhed, træthed og mundtørhed, hvilket er almindelige bivirkninger ved behandling med disse lægemidler. Borgeren tager Abilify® om morgenen. Farmaceuten foreslår, at doseringstidspunktet for Abilify® ændres, så det tages til natten. Mundtørheden kan afhjælpes med Xerodent® Sugetabletter.

Farmaceuten og botilbuddet vælger at forelægge begge problemstillinger for borgerens læge.

Case fra medicingennemgang med tværfaglig medicinsamtale

Borgerens generelle tilstand er langsomt forværret med angst, uro og træthed. Behandling med lithium/Litarex® er netop seponeret. På baggrund af dette og efter ønske fra den medicinansvarlige på botilbuddet er der taget initiativ til en tværfaglig medicinsamtale mellem praktiserende læge, distriktspsykiatrien, farmaceuten, den medicinansvarlige og borgeren selv.

Borgeren får Eltroxin®, og farmaceuten foreslår, at Eltroxin® tages om morgenen før morgenmaden i stedet for om aftenen, da Eltroxin® helst skal tages på tom mave.

Borgeren får D-vitamin og UniKalk Silver, og farmaceuten foreslår at seponere begge præparater og ordinere UniKalk Forte i stedet. Lægen vælger at implementere begge løsningsforslag.

Borgeren får desuden Diural® og Kaleorid® pga. forhøjet blodtryk, men har samtidig problemer med at kontrollere vandladningen. Botilbuddet har kontrolleret blodtrykket løbende efter medicindialogen, og da blodtrykket viser sig at være velreguleret, seponerer lægen Diural® og Kaleorid® efter den tværfaglige samtale.

Borgeren har sukkersyge; men blodtrykket kontrolleres sjældent. Botilbuddet anbefales at kontrollere blodtrykket rutinemæssigt.

Borgerens træthed formodes at hænge sammen med overvægt og vejrtrækningsproblemer. Efter den tværfaglige medicinsamtale iværksætter lægen en lungefunktionsundersøgelse for at afklare, om der er tale om KOL.

4.4 Tidsforbrug til medicingennemgang

Apoteksfarmaceuterne registrerede tidsforbrug til medicingennemgang. De brugte i gennemsnit 41 minutter [10 - 80 minutter] på forberedelse af den individuelle medicingennemgang, 27 minutter [10 - 60 minutter] på medicindialogen på botilbuddet og 31 minutter [10 - 50 minutter] på efterfølgende dokumentation. Det vil sige et samlet tidsforbrug på gennemsnitligt 1 time og 39 minutter for den individuelle medicingennemgang.

Der er kun gennemført en tværfaglig samtale; denne tog 30 minutter at forberede, 45 minutter at afholde og 30 minutter at dokumentere, det vil sige et tidsforbrug på 1 time og 45 minutter i alt.

4.5 Tilfredshed med projektførelsen blandt borgere og pårørende

Der blev foretaget et interview med 1 pårørende, og 2 borgere deltog i fokusgruppeinterview på et botilbud.

Den pårørende oplevede projektet som et meget stort fremskridt, fordi det har givet vished om, hvilken medicin gives, og hvorfor. Det har givet tryk.

Borgerne var glade for at få talt om medicinen med en farmaceut. Begge borgere oplevede at have færre bivirkninger, og den enes humør er blevet bedre efter medicinændringerne. Den ene borger deltog i en tværfaglig medicinsamtale, mens den anden var ærgerlig over ikke at være blevet inviteret med til medicindialogen.

*”Der er behov for, at vi også får indsigt i medicinen – og hvad der virker. Og hvorfor vi får det.”
(borger)*

”Det ville være rart med en gennemgang af medicinen med en farmaceut en gang imellem. Det er trods alt os, der spiser det”. (borger)

Den pårørende udtrykte, at der manglede konkret information om projektets indhold, fremdrift og proces, og at de pårørende ikke blev godt nok forberedt til at deltage i medicindialogen.

Medicindialogerne forløb godt. Den pårørende oplevede det som et meget stort fremskridt, at kontakten til apoteket var blevet bedre. Hun er nu i stand til at tale med farmaceuten på en helt anden måde.

Den pårørende deltog ikke i en tværfaglig medicinsamtale og mente, at en sådan samtale kun er relevant i særlige tilfælde. Men da medicingennemgangen efter hendes mening kan være med til at vise, om der er nogle særlige problemer, der kræver en tværfaglig medicinsamtale, syntes hun, at en årlig medicingennemgang ville være en god idé.

Den pårørende som deltog i interviewet og hendes mand varetog selv medicineringen af deres barn indtil dette projekt, men bl.a. som følge af de positive resultater af dette projekt og en styrket tillid til og et bedre samarbejde med botilbuddet, har botilbuddet nu overtaget medicinen, hvilket er rigtig positivt.

”Det er også en vigtig pointe, at de pårørende kan lære mere om medicinen og få afklaret spørgsmål. Så her gælder samme fordele som for borgerne og personalet. Men det kræver selvfølgelig, at de pårørende bliver inddraget og informeret.” (pårørende)

Den pårørende vil i høj grad anbefale projektet til andre botilbud/kommuner, der vil sætte fokus på medicin. Farmaceuterne giver et ekstra blik på medicinen og håndteringen og kan give supervision og viden til personalet, som ofte består af vikarer og personale uden medicinkursus.

4.5 Faggruppernes evaluering af projektføreløbet

Der blev gennemført interview med 9 ansatte på botilbud, de 4 farmaceuter, 1 praktiserende læge og 2 overlæger.

4.5.1 Deltagernes generelle indtryk af projektet

Deltagernes generelle indtryk af projektet er positivt. Projektets indhold opleves som relevant, det opfylder et behov og giver læring til personalet. Et botilbud ønskede sig et opfølgingsmøde umiddelbart efter projektstarten for at gøre det helt klart, hvad projektet handlede om, og for at sikre, at relevant viden om projektet nåede helt ud til alle relevante ansatte.

"Positivt, at nogen har fundet på det her... der har været behov for det i mange år." (botilbud)

"Det vigtigste er, at vi er begyndt at kigge på rutinerne og medicinen. Og så har det givet en del ahaoplevelser" (botilbud)

"Vi har fået noget foræret, fordi vi alligevel skulle i gang med arbejdet. Så det har været en gave." (botilbud)

Farmaceuterne oplevede, at omfanget af undervisning og formularer var stort. Lægenes erfaringer med projektet har også været positive. Lægerne har oplevet forslagene fra farmaceuterne som relevante, og at det er godt at få kvalificeret feedback på sin medicineringspraksis.

"Botilbuddet har fået øjnene op for, hvad de kan bruge apoteket til." (farmaceut)

Den tværfaglige medicinsamtale opleves urealistisk at gennemføre af to læger. Den tredje læge havde selv deltaget i en tværfaglig samtale og oplevet den som meget givende, men svær at organisere. Et brev med resume af medicindialogen fungerede godt; men telefonmøder er svære at passe ind i lægens dagligdag. En læge mente, at en årlig medicinstatus i samarbejde med botilbuddene ville være godt og tvinge lægerne til at tage stilling til ordinationerne. Derefter kunne farmaceuten så eventuelt kobles på.

"Risikoen for denne gruppe borgere er, at nogle patienter bliver forsømt, fordi det kører bare derudad". (praktiserende læge)

"Det giver gode konstruktive input til os og giver også en lejlighed til at vurdere om argumentationen bag ordinationerne holder – alt sammen til patientens bedste." (overlæge)

4.5.2 Samarbejde mellem faggrupperne

Både botilbud og farmaceuter oplevede, at projektet forstærkede grundlaget for det eksisterende samarbejde mellem apotek og botilbud. Botilbuddet kunne desuden se et behov for et styrket samarbejde med apoteket.

"Det har givet et bedre samarbejde med apoteket." (botilbud)

"Kommunikationen er den samme, for vi snakker ikke altid med vores farmaceut; men forståelsen er blevet bedre (for apoteket)". (botilbud)

"Det er nu nemmere at tale med borgernes kontaktpersoner, når de kommer ned på apoteket". (farmaceut)

"Det har været en øjenåbner at se, hvilke problemer der opleves på botilbuddene". (farmaceut)

Farmaceuterne havde ikke samarbejde med lægerne (bortset fra ved den ene tværfaglige medicinsamtale), da botilbuddene havde lægekontakten. Botilbuddene oplevede, at det var svært

at få de praktiserende læger i tale om resultaterne af medicindialogen, og at det fremadrettet vil være hensigtsmæssigt at afdække, hvad der skal til, for at lægerne bliver mere inddraget.

"... indblik i, hvor svært det kan være at samarbejde med lægerne. Det har været svært at få lægerne til at reflektere over medicingennemgangen". (botilbud)

"Nogle læger har bedt om, at borgerne kommer til konsultation, og flere har ikke villet tage et telefonmøde om medicingennemgangen." (botilbud)

"Tre af lægerne ville kun tale om medicinen, hvis de kom med borgeren til en konsultation; men det ville have været overgreb for flere af dem. De ville have skreget hele vejen og hele tiden. Efter tre læger opgav hun at ringe til flere". (botilbud)

En læge vurderede, at denne model virker brugbar, idet den lader ansvar og overblik over medicinen være hos få personer, hvilket lægen finder er afgørende.

4.5.3. Viden om medicin på botilbuddene

Projektet har givet personalet på botilbuddene ny viden om medicin og medicinadministration, og det ansvar, der følger med. Samtidig efterspørger personalet mere viden om medicin gennem mere undervisning.

"Det er et kæmpe ansvar, og vi kan rent faktisk slå folk ihjel, hvis vi gør noget forkert. Og vi har ingen uddannelse." (botilbud)

"... mere undervisning om, hvilken medicin borgerne får – både for borgere og personale." (botilbud)

"Vi har fået øjnene op for, at det kunne være en god idé med et kontinuerligt uddannelsesforløb for personalet." (botilbud)

Den praktiserende læge oplevede, at personalet ved en konsultation med en borger var mere forberedte, end de plejer. Samtalen var baseret på viden og ikke tro, ud fra en ajourført medicinliste over al medicin. Det højnede niveauet i samtalen.

"Ofte diskuteres, hvad personalet tror, borgeren får af medicin. Denne gang var samtalen baseret på viden." (praktiserende læge)

4.5.4 Oplevelse af kvalitetssikringsdelen

Botilbuddene oplevede farmaceutens gennemgang af rutiner angående medicinhåndtering som positivt. Gennemgangene medførte både praktiske fif og ændringer i rutiner på botilbuddene.

".. medførte nogle enkelte ændringer af medicinskabet. Ellers snarere fif". (botilbud)

"Det gav en snak om kontrol af doseringsrullerne, som vi nu arbejder videre med." (botilbud)

"Når der er dispenseret, skal en kollega med medicinhåndteringskursus tælle efter. Det er nyt. Der har ikke været nogen utilsigtede hændelser siden ... det giver noget ekstra arbejde. Men det er meget rart, at en kollega tæller efter, om vi har talt rigtigt." (botilbud)

"Farmaceuten har lavet noget af det arbejde om rutiner etc., som vi alligevel skulle have lavet. Vi har fået meget ud af hendes gennemgang. Nogle gange kan det være svært at skille tingene ad i vores verden, og der har farmaceuten været rigtig god." (botilbud)

4.5.5 Oplevelse af medicingennemgangsdelen

Personalet på botilbuddene følte sig sikrere og mere trygge ved at give borgerne deres medicin. Farmaceuterne havde kunnet imødekomme nogle af personalets bekymringer om borgeres medicinering.

”Vi har tit været dybt bekymrede over specielt én borger, der får meget forskellig medicin. Og så var det virkelig dejligt og beroligende at få at vide, at der ikke var nogen interaktioner, og at det ikke nødvendigvis gav problemer med al den medicin.”(botilbud)

”Borgerne tænker nogle gange, at de får rigtig meget medicin; der ville det være rart med en gennemgang af det hele en gang imellem.” (botilbud)

”Én ting er, at epilepsiklinikken på Rigshospitalet kan kigge på det, men så er der måske også noget blodtryksmedicin ordineret fra en anden læge og noget fra psykiateren. Så tænker vi ”hold da op”. Så er det godt, at nogle kigger på det ude fra. Det er betryggende.” (botilbud)

”Medicinprojektet her har givet lidt ro på. Fx ift. bivirkningerne, hvor vi nu har mere viden”.
(botilbud)

Både personalet på botilbuddene og farmaceuterne oplevede at have fået udbytte af medicingennemgangene og medicindialogerne.

Farmaceuterne udtrykte det således:

”De ansatte vil intuitivt ikke så gerne give medicin, for de får jo så meget. Så positivt at snakke om, at det er OK...” (farmaceut)

”... fik forståelse for, hvorfor der ikke må bruges kopimedicin for én borger.” (farmaceut)

”... det var en bivirkning ved flere af borgernes lægemidler, som botilbuddet ikke var bevidst om.” (farmaceut)

”At snakke medicin med botilbuddet var ret nemt, og der var fokus på fælles læring. Jeg startede med at sige, at der ikke ville komme nogen løftede pegefingre, og at projektet skulle ses som en hjælp, og som alle kunne drage læring af - også mig som farmaceut.” (farmaceut)

Lægerne har været glade for de skriftlige tilbagemeldinger med tips og forslag, fx i forhold til interaktioner, bivirkninger, tilbagemeldinger fra patienter etc.

4.5.6 Borgerinddragelse i projektet

Borgerne er ikke blevet inddraget i gennemgangen af deres medicin særlig ofte. Som regel skyldes det, at borgerne ikke har ønsket at snakke med personer uden for botilbuddet om deres medicin eller i det hele taget at skulle forholde sig til det. På nogle botilbud var der kun en enkelt borger, som havde sprog, men denne fik ikke medicin. En ansat på et botilbud udtrykte, at det var oplagt, at borgerne selv deltog, og undrede sig over, hvem der havde besluttet, at de ikke skulle deltage. En anden gav udtryk for, at der måske er behov for mere beskrivelse af, hvordan borgerne kan inddrages, fx i forbindelse med udarbejdelse af medicinskema. En borger var ærgerlig over ikke at være inviteret til at deltage i medicindialogen om sin medicin.

4.6 Tidsforbrug

Ingen af botilbuddene eller lægerne har oplevet projektet som meget tidskrævende. Derimod har farmaceuterne oplevet, at der i projektførelsen har været en del dokumentationsarbejde. Farmaceuterne har desuden oplevet det som tidskrævende at gennemføre medicingennemgang og at have fokus både på medicingennemgang og kvalitetssikring. En farmaceut har følt det nødvendigt at nedprioritere andre ansvarsområder på apoteket.

Kapitel 5 - Diskussion

5.1 Diskussion af indsats

Der er udviklet og afprøvet en model for klinisk farmaci til handicappede tilknyttet botilbud. Modellen omfatter et samarbejde om kvalitetssikring af medicin håndteringsrutiner på botilbud og et samarbejde om gennemgang af den individuelle borgers medicinering med evt. efterfølgende tværfaglig medicinsamtale mellem apotek, botilbud, borger, praktiserende læger og speciallæger.

Det er vigtigt, at undersøgelsens resultater tolkes i lyset af, at der har været tale om en pilotundersøgelse. De 47 borgere fra de fire botilbud som deltog i undersøgelsen er ikke nødvendigvis repræsentative for borgere på botilbud generelt. Men resultaterne peger på nogle tendenser som i korthed er:

1. Modellen har højnet botilbuddenes personales kompetencer vedrørende medicin og givet muligheder for en mere kvalificeret dialog mellem personale og borgernes læger
2. Medicingennemgangene rejste en række relevante problemstillinger og udløste løsningsforslag, der dels kunne gennemføres af bostedets personale, eventuelt i samarbejde med borger / pårørende dels løsningsforslag, der skulle forelægges borgerens læge, som i vidt omfang accepterede forslagene.

Medicineringen af borgere med handicap tilknyttet et botilbud er meget varierende. Nogle borgere er i en kompleks polyfarmaceutisk behandling, som både omfatter behandling af somatiske og psykiske sygdomme og derfor varetages af flere forskellige læger. Andre borgere anvender ingen eller meget lidt medicin. Personalet på botilbuddene bliver ofte nøglepersoner, der i det daglige har kontakt med de praktiserende læger, speciallæger, sygehuspersonale, apotekspersonale foruden borgere og pårørende, om opfølgning på borgernes medicinering. Ofte har personalet ikke den viden om medicin, som de føler behov for.

Tidligere undersøgelser på plejehjem og i hjemmepleje har vist, at empowerment af det personale, som har den daglige kontakt med de ældre, kan øge personalets selvoplevede handlekompetence, således at de føler sig mere sikre i deres ansvar og rolle i forhold til ældres medicinering¹³. Arbejdet med medicinomsorg var en vigtig del af kompetenceløftet hos personalet på plejehjem og i hjemmepleje, og i nærværende projekt sås også, at personalet på botilbuddene oplevede, at medicinomsorgen øgede deres viden og kompetencer omkring medicin.

En praktiserende læge gav udtryk for, at personalet var blevet mere kompetent i dialogen om medicin, resulterende i et højere fagligt niveau i dialogen. Personalet på botilbuddene har udtrykt stor tilfredshed med den viden om medicin og medicin håndtering, de har fået gennem projektforløbet og samarbejdet med apoteket, og har tydeligvis lyst til og ønske om at lære mere i form af et undervisningsforløb.

Kvalitetssikringsdelen af projektforløbet viste, at en systematisk kvalitetssikring af medicin håndteringen på botilbud gennemført af apoteksfarmaceuter kan bidrage med relevante forslag til forbedringer af medicineringsprocessen på botilbuddet. Farmaceutens bidrag var også en støtte til at tænke systematisk om medicineringsprocessen. Fokus i kvalitetssikringen var sikkerhed i medicineringen, og ofte bestod farmaceutens forslag i enkle løsninger på praktiske problemer og spørgsmål om medicin. Personalet oplevede, at løsningsforslagene nogle gange lettede deres arbejde og andre gange påførte dem merarbejde, men gav dem tryghed i, at medicineringen blev sikrere.

En individuel medicingennemgang og dialog mellem apoteksfarmaceut og personale på botilbud kan bidrage til at afklare om lægemiddelrelaterede fund dækker over egentlige problemer med medicineringen, der bør løses. Patientgruppen medicineres anderledes end i andre studier med anvendelse af medicingennemgang, som er gennemført hos ældre, blodtrykspatienter, diabetikere eller astmapatienter^{13;15-18}. Farmaceuternes lægemiddelrelaterede fund var ofte relateret til praktiske problemer vedrørende lægemiddelbehandlinger. Som oftest omhandlede fundene de somatiske sygdomme og ikke de psykiske. Det kan virke, som om der er mere fokus på de psykiske sygdomme end de "almindelige sygdomme" hos lægerne til denne gruppe borgere. Det

kan også være, at farmaceuterne har følt sig mere på hjemmebane i arbejdet med lægemidler til behandling af somatiske sygdomme og derfor har følt det lettere at påpege mulige problemer på dette område.

De var en del borgere inkluderet i undersøgelsen, for hvem der ikke blev registreret lægemiddelrelaterede fund. Det er vigtigt at afdække, hvem der er relevant målgruppe for en medicin-gennemgang, så ressourcerne anvendes på de borgere, som har størst udbytte af den. Mulige målgrupper kunne fx være borgere på botilbud, som mistænkes at have praktiske problemer med brugen af lægemidler; borgere med somatiske sygdomme; borgere, der benytter specielle risikolægemidler, eller borgere i polyfarmaceutisk behandling. Her kan det være givtigt for patientsikkerheden at få farmaceutperspektivet ind over borgernes medicinbrug. En afdækning af mulige målgrupper kunne med fordel gennemføres.

I dette projekt var det meningen, at personalet på botilbuddene skulle have dialogen med lægerne om, hvilke ændringer i lægemiddelbehandlinger skulle foreslås. Mange læger meldte positivt tilbage i forhold til henvendelserne og udtrykte, at det var positivt systematisk at få kigget behandlingen igennem, ligesom de oplevede, at dialogen med personalet fra botilbuddet var blevet kvalificeret.

I enkelte tilfælde oplevede personalet, at lægerne ikke ønskede at diskutere behandlingen, medmindre borgerne kom i konsultationen - en handling, som kan virke som en barriere for visse handicappede borgere. På plejehjems- og hjemmeplejeområdet foregår dialogen om borgerens medicinering naturligt via telefon; men forskellen kan måske skyldes, at de almenpraktiserende læger ikke tidligere har oplevet en dialog som denne fra personalet på botilbuddet.

5.2 Diskussion af metode og resultater

Projektet var et pilotprojekt, der skulle skabe viden og læring om patientsikkerhedsmæssige problemstillinger ved medicineringsprocessen på botilbud. Succeskriterierne for projektet var at give et validt indblik i medicineringen på de deltagende botilbud samt at undersøge, hvordan et samarbejde mellem apotek og botilbud kunne struktureres omkring en medicindialog. Dette viste sig muligt. Der er således genereret viden og læring om både medicineringsprocessen på botilbuddene og samarbejde mellem farmaceut, personale på bostederne og evt. andre aktører om optimering af medicinering af den enkelte borger.

Vedrørende kvalitetssikring af medicineringsprocessen er der identificeret problemstillinger og givet relevante løsningsmuligheder, som modsvarer, hvad der tidligere er fundet inden for plejehjemsområdet.

Vedrørende medicingennemgang er der identificeret lægemiddelrelaterede fund blandt 30 af de 47 inkluderede borgere, svarende til 2,2 lægemiddelrelaterede fund pr. borger. Antal og typer af lægemiddelrelaterede fund stemmer overens med, hvad der er identificeret i medicingennemgangsprojekter på fx plejehjemsområdet.

Det er imidlertid fremadrettet væsentligt at fokusere indsatsen og dermed tilbyde ydelsen til de borgere, der har størst behov for den.

Kapitel 6 - Konklusion

Det viste sig muligt at etablere et samarbejde imellem botilbud og apotek, som begge parter oplevede positivt og givende.

Der blev tilpasset og afprøvet en systematisk kvalitetssikring af medicin håndteringen på botilbud gennemført af apoteksfarmaceuter. Farmaceuten bidrog med relevante forslag til forbedringer af medicineringsprocessen og til korrigerende handlinger. Indsatsen gav personalet på botilbuddet støtte til at tænke systematisk omkring medicineringsprocessen og var en hjælp til løsning af praktiske problemer og spørgsmål om medicin.

Der blev tilpasset og afprøvet en individuel medicingennemgang med en medicindialog mellem apoteksfarmaceut, botilbuddets personale og evt. borgeren. Denne bidrager til at identificere relevante lægemiddelrelaterede problemstillinger. De lægemiddelrelaterede fund, der blev forelagt behandlende læge, blev i overvejende grad accepteret af lægen.

De implementerede løsninger kan bidrage til øget patientsikkerhed. Lægemiddelrelaterede løsningsforslag direkte til botilbuddet var af praktisk karakter (fx tidspunkt for indtagelse af lægemiddel), mens løsningsforslag stilet til borgerens læge omhandlede medicin anvendelse (fx ændring af doseringstidspunkt eller lægemiddelformulering) eller valg af behandling (fx seponering af dobbeltmedicinering).

Den tværfaglige medicinsamtale opleves som relevant og givende for alle implicerede. Den vurderes som svær at organisere i praksis.

Samarbejdet med almen praksis om løsning af lægemiddelrelaterede fund kan med fordel styrkes.

Perspektivering

Rammen for indsatsen

Denne indsats der er afprøvet viste at det var muligt at kvalitetssikre medicinprocessen og medicineringen for bostedets beboere. For nuværende er der ikke myndighedskrav om embedslægetilsyn på bosteder ligesom Den Danske Kvalitetsmodel ikke er implementeret på botilbud.

En indsats som den afprøvede, kunne med fordel tænkes ind i kvalitetssikring af medicineringsproces og medicinering generelt på botilbud.

Samarbejde med almen praksis

Det konkluderes i dette projekt, at der med fordel kan arbejdes videre med samarbejdet mellem personalet på botilbuddene og almenpraksis. I dette projekt blev der fra projektgruppens side arbejdet på at etablere rammer omkring indsatsen, som gjorde at det var muligt for lægerne at deltage i projektet. Her tænkes dels på honorering af indsatsen, men også på en løbende kommunikation med både de praktiserende lægers organisation (PLO) og med Region Hovedstaden.

Bostederne rapporterede, at det stadig var ressourcekrævende at få feedback fra de almenpraktiserende læger, og at de ønskede et øget samarbejde omkring deres beboeres medicin.

Samarbejde mellem apotek og botilbud

Indsatsen viste at et samarbejde mellem apoteksfarmaceuter og personale på botilbud omkring medicin kunne kvalitetssikre denne. At få en apoteksfarmaceut tilknyttet botilbud til sparring omkring medicinering kunne hjælpe til øget sikkerhed og tryghed omkring medicineringen og indsatsen viste at en række forslag, der øger borgernes livskvalitet, kunne klares uden at involvere læge.

Personalebehov på botilbud

Personalet på botilbudene tog positivt imod indsatsen i projektet, da det gav mening i deres hverdag at have adgang til medicinfagligt personale. Flere ønskede et kompetenceløft omkring medicin. Dette kunne med fordel tænkes ind i en samlet model med apoteksfarmaceuten, som består dels af undervisning og dels af løbende medicindialoger med personalet.

Flere projekter

Projekter omkring medicinering på botilbud er et nyt fokusområde, og det vil derfor være relevant at arbejde videre med udvikling af indsatser på området.

De botilbud der har deltaget i projektet har ikke været udvalgt for at fremstå som generaliserbare, men mere som gode eksempler på forskellige botilbud. Det kunne undersøges, hvordan en indsats som denne kunne bidrage mere generelt til patientsikkerhed på botilbud.

Referenceliste

- (1) UN. Convention on the Rights of Persons with Disabilities [internet]. UN; [Sidst opdateret 2006; citeret 12 Jul 2011]. Tilgængelig på: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=14&pid=150>.
- (2) NIRAS konsulenterne. Undersøgelse af bosteder og bofællesskaber i Københavns Kommune [internet]. Københavns Kommune; [Sidst opdateret 2008; citeret 12 Jul 2011]. Tilgængelig på: www.kk.dk/Nyheder/2008/September/~//media/Files/Nyheder/SOF_Nyheder/Hovedrapport_Bostedsundersoegelse.ashx.
- (3) NIRAS konsulenterne. Undersøgelse af bosteder og bofællesskaber i Københavns Kommune. Caserapporter – bosteder indenfor handicapområdet. [internet]. Københavns Kommune; [Sidst opdateret 2008; citeret 12 Jul 2011]. Tilgængelig på: www.kk.dk/Nyheder/2008/September/~//media/Files/Nyheder/SOF_Nyheder/Bilag_Caserapporter_handicapbosteder.ashx.
- (4) NIRAS konsulenterne. Undersøgelse af bosteder og bofællesskaber i Københavns Kommune. Tabelrapport [internet]. Københavns Kommune; [Sidst opdateret 2008; citeret 12 Jul 2011]. Tilgængelig på: www.kk.dk/Nyheder/2008/September/~//media/Files/Nyheder/SOF_Nyheder/Bilag_Tabelrapport.ashx.
- (5) Årsrapport for tilsynet på bosteder for fysisk og psykisk udviklingshæmmede Københavns Kommune [internet]. Københavns Kommune; [Sidst opdateret 2007; citeret Tilgængelig på: www.sst.dk/publ/publ2007/eli/ELIhvs/Bosteder/udviklingshaemmede.pdf.
- (6) Socialforvaltningen. Undersøgelse af indberetning af fejl og utilsigtede hændelser vedr. medicinbehandling på socialpsykiatriske bosteder [internet]. Københavns Kommune; [Sidst opdateret 2008; citeret 12 Jul 2011]. Tilgængelig på: www.kk.dk/eDoc/Socialudvalget/10-09-2008%2016.15.00/Referat/11-09-2008%2015.55.42/4027674.PDF.
- (7) Sørensen K. Psykiske lidelser hos udviklingshæmmede [internet]. Center for Oligofrenipsykiatri; [Sidst opdateret 2011; citeret 12 Jul 2011]. Tilgængelig på: www.oligo.dk/Psykiaterne/Psykiske%20lidelser%20hos%20udviklingsh%C3%A6mmede.aspx.
- (8) Thomsen T, Hørslev T. Behandling med antipsykotiske lægemidler på bosteder og plejeboliger [internet]. Sundhedsstyrelsen; [Sidst opdateret 2010; citeret 12 Jul 2011]. Tilgængelig på: www.sst.dk/publ/Publ2010/TILSYN/Tilsynsystema/Tilsynsystema2009BehandlingAntipsykotiskPlejhjemBosteder.pdf.
- (9) Søndergaard B, Herborg H, Jørgensen T, Lund J, Frøkjær B, Tomsen D.V, Fønnesbæk L, Jarlov S. Forbyggelse af lægemiddelrelaterede problemer gennem Apotekets Ældre Service. Pharmakon: Pharmakon; 2002.
- (10) Pultz Kirsten, Damsø Lone Bettina, Radin Malene. Medicingennemgang på plejehjem og i hjemmeplejen. Pharmakon: Produceret af Pharmakon for Danmarks Apotekerforening; 2009. 2. udgave, august 2009.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. 2008. Vejledning nr. 9429 af 30/6 2006, Sundhedsstyrelsen.

- (12) Sundhedsstyrelsen. Vejledning og tilsyn med plejehjem, plejeboligbebyggelser og tilsvarende boligenheder. Til landets embedslægeinstitutioner. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (13) Rossing C, El-Souri M, Herborg H, Pultz K, Thomsen LA. Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem. Et udviklings- og pilotprojekt for en kontrolleret undersøgelse. Hillerød: Pharmakon; 2010.
- (14) Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1990;47:533-543.
- (15) Herborg H, Søndergaard B, Jörgensen T, Lund J, Frøkjær B, Tomsen D, Fonnesbæk L, Jarlov S. Forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer gennem Apotekets Ældreservice. Hillerød: Pharmakon; 2001.
- (16) Herborg H, Søndergaard B, Frøkjær B et al. Improving Drug Therapy for Patients with Asthma - part 1 and part 2. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:539-359.
- (17) Dam P, Herborg H, Rossing C, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for brugere af blodtryksmedicin. Hillerød: Pharmakon; 2007.
- (18) Dam P, Herborg H, Rossing C, Pultz K, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere. Hillerød: Pharmakon; 2007. Arbejdsrapport.

Bilag 1 – Projektbeskrivelse



Projektbeskrivelse: Øget patientsikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap

Formål og baggrund

Projektets overordnede formål er at øge patientsikkerheden i medicineringen på botilbud for borgere med handicap. Projektets formål skal opnås gennem tre delmål:

1. at afprøve om dialog mellem apotekspersonale og botilbuddets borgere/personale, om procedure og retningslinjer for medicineringen kan forbedre vilkårene for sikker medicinerings
2. at afprøve om en individuel medicingennemgang/tværfaglig medicinsamtale med særligt fokus på de specifikke handicaprelaterede udfordringer kan højne patientsikkerheden for personer, der bor i botilbud pga. et handicap.
3. at skabe mere viden om patientsikkerhedsmæssige problemstillinger i medicineringsprocessen på botilbud samt identificere mulige løsninger herpå.

Der har de senere år været øget fokus på personer med handicap og sundhed, bl.a. i kraft af FN's handicapkonvention², der understreger, at borgere med handicap har ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand uden diskrimination på grund af deres handicap.

Konkret er der påvist en række patientsikkerhedsmæssige udfordringer i forbindelse med medicinerings på botilbud for personer med handicap, bl.a. på grund af borgernes særlige vilkår og forudsætninger.³ En af udfordringerne i forhold til at skabe et mere sikkert medicinforløb er, at der i mange tilfælde ikke er tilknyttet et fast sundhedsfagligt personale til det enkelte botilbud. Det betyder bl.a., at medicineringen ofte varetages af personale med forskellige forudsætninger og kompetencer og under såkaldt "delegeret ansvar" fra den ordinerende læge. Samtidig er det karakteristisk, at borgerne i gennemsnit har et større forbrug af lægemidler end resten af befolkningen.

Deltagere

Projektet drives af Danske Handicaporganisationer, Danmarks Apotekerforening og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, der sammen med repræsentanter for de to deltagende kommuner, Helsingør Kommune og Københavns Kommune, udgør projektledelsesgruppen.

Helsingør Kommune og Københavns Kommune deltager i projektet med to botilbud i hver kommune samt de personalemæssige ressourcer, som pilotprojektet vil medføre på de respektive botilbud. Danske Handicaporganisationer varetager den primære sekretariatsfunktion for projektet, der bl.a. omfatter udarbejdelse af dagsordener og referater for møder i projektledelsesgruppen og referencegruppen. Herudover bidrager Danske Handicaporganisationer med brugervalidering af projektet, så det bliver målrettet borgerne på botilbuddene. Danmarks

² FN's Konvention om rettigheder for personer med handicap blev vedtaget i FN den 13. december 2006 og ratificeret af Folketinget den 28. maj 2009.

³ Se henvisningerne sidst i projektbeskrivelsen for mere information om tidligere undersøgelser, kortlægninger m.m. af medicineringsprocesser på botilbud for personer med handicap.

Apotekerforening bidrager med udarbejdelse af relevante manualer og materiale på baggrund af tidligere lignende projekter og med apotekspersonale. Herudover bidrager Danmarks Apotekerforening også med bistand til den afsluttende afrapportering af projektet. Dansk Selskab for Patientsikkerhed bidrager med faglig ekspertise og rådgivning om patientsikkerhed i processen samt til kommentering og offentliggørelse af den afsluttende afrapportering.

Projektledelse

Projektledelsen udgøres af repræsentanter fra Danske Handicaporganisationer, Danmarks Apotekerforening og Dansk Selskab for Patientsikkerhed (der bidrager med faglig sparring ved behov) samt repræsentanter fra henholdsvis Helsingør Kommune og Københavns Kommune. Danske Handicaporganisationers repræsentant er tovholder i projektledelsesgruppen. Projektledelsen er ansvarlig for, at projektet gennemføres til aftalt slutresultat indenfor aftalte tids-, kvalitets- og omkostningsrammer.

Tovholderen er ansvarlig for at drive projektet frem via god projektkoordination, rettidigt informationsformidling og tillidsfuldt samarbejde med øvrige deltagere.

Projektledelsen støttes af en referencegruppe, der består af op til to repræsentanter hver fra Danske Handicaporganisationer, Danmarks Apotekerforening, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Socialpædagogernes Landsforening, Kommunernes Landsforening, Lægeforeningen og Landsforeningen For Socialpædagoger. Referencegruppen støtter projektledelsen via gode råd og positiv kritik. Referencegruppen bidrager alene med viden og er ikke ansvarlige for projektet. Tovholderen er ansvarlig for informering af og kommunikation med referencegruppen.

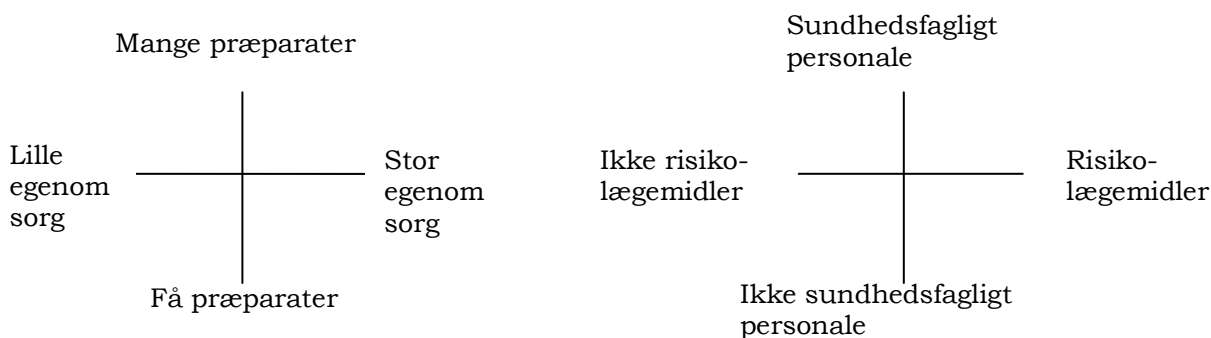
Metode

I et samarbejde med apotekspersonalet gennemgås eksisterende rutiner og vilkår for medicin håndtering på det enkelte botilbud, ligesom der gennemføres en individuel medicingennemgang for at afdække, hvilke problemer den enkelte borger har med sin medicin. Borgeren er altid den vigtigste person i ethvert medicineringsforløb og projektets medicinpædagogiske udgangspunkt er derfor, at borgerne naturligvis skal inddrages i hele processen, hvor det er muligt.

Medicineringsprocessen er reguleret af dansk lovgivning på området, bl.a. reglerne vedr. såkaldt delegeret ansvar og vedr. utilsigtede hændelser, som alle botilbud skal følge. På det enkelte botilbud vil medicineringsprocessen dog også afhænge af hvilken type handicap/kroniske sygdomme, der er tale om, og der forventes nogen forskel på procedurerne på de enkelte botilbud. I udvælgelsen af de deltagende botilbud er det derfor vigtigt at tage hensyn til relevante forskelle, fx mht. medicinbehov, geografisk beliggenhed, antal borgere, personalesammensætningen, samt i hvilken udstrækning borgerne anvender risikolægemidler.

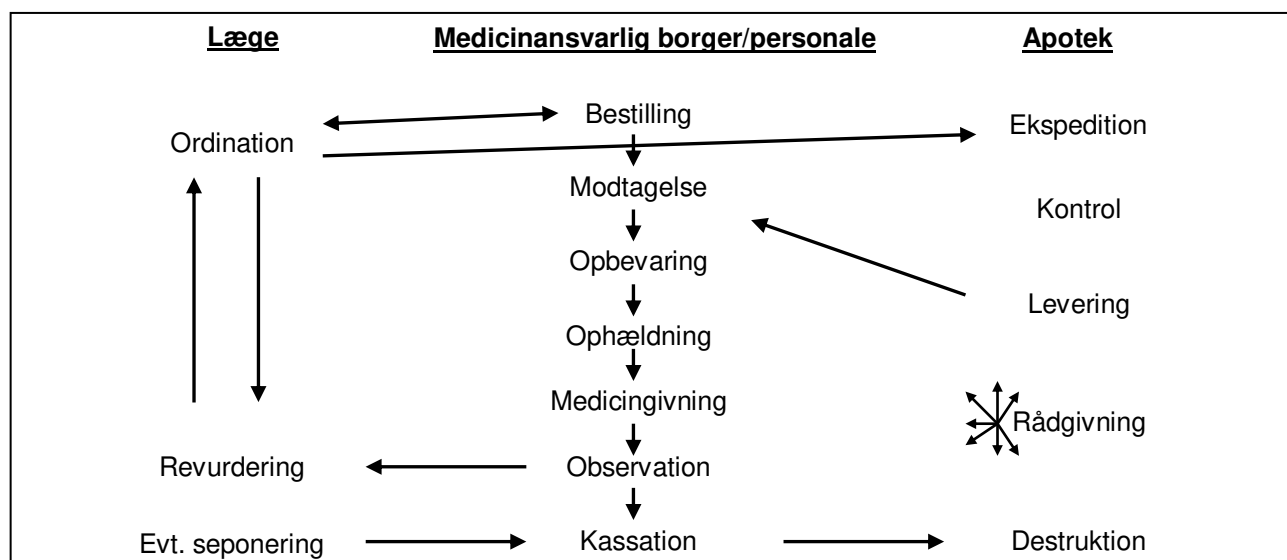
Udover størrelsen på botilbuddet og antallet af borgere kan følgende parametre indgå som grundlag for udvælgelsen af botilbud og borgere i pilotfasen:

- Antal præparater (polyfarmaci)
- Borgernes evne til egenomsorg (døgntilbud eller mere løs tilknytning)
- Andel af sundhedsfagligt personale
- Anvendelse af risikolægemidler



Projektet udformes som en "hjælp til selvhjælp" og tager udgangspunkt i en dialog om kvalitetssikring af eksisterende medicin håndteringsrutiner på det enkelte botilbud. Dialogen skal bidrage til at skabe læring og give personalet mere viden om årsagerne til og omfanget af utilsigtede hændelser. Projektet fokuserer på de praktiske muligheder for at forebygge medicineringsfejl fremover og skal på den måde give borgerne et mere sikkert medicineringsforløb.

Medicineringsprocessen tager udgangspunkt i patienten og skal tilrettelægges, så den er relevant i forhold til det enkelte botilbud. Medicineringsprocessen indeholder ofte følgende elementer:



Det er vigtigt at tage højde for, at der kan opstå utilsigtede hændelser mange forskellige steder i processen: Fra lægens ordination (genbestilling) til apotekets udlevering af medicin og/eller håndkøbsmedicin. Herefter kan der ske utilsigtede hændelser i forhold til botilbuddets retningslinjer for medicin håndtering, der skal sikre, at den rette medicin administreres til den rigtige borger i rette mængde og på rette tidspunkt. I forbindelse med administration og effektvurdering har det stor betydning, om personalet har ansvaret for at administrere borgerens medicin, eller om borgeren selv administrerer sin medicin. I mange tilfælde spiller borgerens praktiserende læge en gennemgående og helt central rolle i medicineringsprocessen, hvorfor det er vigtigt, at de praktiserende læger også inddrages i projektet.

Indsatsen sætter både fokus på det enkelte botilbud i form af dialog omkring eksisterende procedure og på den enkelte borger i form af medicingennemgang/medicinsamtale. Nedenfor angives de faser, som skal tilrettelægges i dialog med de involverede botilbud og i takt med gennemførelse af pilotprojektet.

- Fase 1 Introduktion og generel information om projektet til borgere og personale på det enkelte botilbud samt overfor pårørende, læger, kommune, apotek, m.v.
- Fase 2 Apoteksfarmaceuten besøger botilbuddet og gennemgår eksisterende retningslinjer for medicin håndtering.
(Output: kort beskrivelse af rutiner og gode råd om muligheder for forbedring)
- Fase 3 Dialog med repræsentanter for borgerne, hvor det er relevant, og personalet på botilbuddet om farmaceutens anbefalinger på baggrund af de eksisterende instruktioner. Dialogen sker med henblik på det videre kvalitetsarbejde på området, herunder fx nedsættelse af en arbejdsgruppe, som beslutter hvilke instrukser og vejledninger, der skal opdateres og eller udarbejdes.
(Output: anbefalinger på botilbudsniveau)

- Fase 4 Botilbuddet indhenter en samtykkeerklæring fra de borgere, der skal deltage i pilotprojektet. Erklæringen giver farmaceuten adgang til at gennemgå borgerens medicinoversigt.
- Fase 5 Apoteksfarmaceuten foretager en medicingennemgang med fokus på interaktioner, bivirkninger og effekt. (jævnfør manual).
- Fase 6 Farmaceutens anbefalinger fremsendes til borgerens praktiserende læge. Anbefalingerne udformes således, at de kan tjene som grundlag for den efterfølgende medicinsamtale.
- Fase 7 Botilbuddet indkalder borgeren og dennes praktiserende læge (evt. speciallæge), personale, apoteksfarmaceut, evt. pårørende og andre relevante deltagere til en medicinsamtale, hvor de forskellige parter kan dele viden og information om medicineringen. Der indkaldes kun til en medicinsamtale, hvis der opleves problemer med borgerens medicin, eller hvis medicingennemgangen giver anledning hertil. Medicinsamtalen tager udgangspunkt i lægens vurdering af farmaceutens anbefalinger (interventions-forslag). Samtalen tager desuden hensyn til borgerens konkrete oplevelser, ligesom evt. pårørende og ansatte inddrages efter behov. (Output: Fælles handlingsplan for forbedring af borgerens medicinering og med klar aftale om hvem der gør hvad)
- Fase 8 Opsamling og tilbagemelding til borgerne/botilbudene og deltagende læger etc. om resultaterne af fase 1 – 8.

Projektet er et pilotprojekt med deltagelse af fire udvalgte botilbud i henholdsvis Københavns Kommune og Helsingør Kommune og skal ses som en forløber for en eventuel efterfølgende indsats. I den afsluttende afrapportering skal der indgå en vurdering af, hvorvidt projektet bør følges op af et egentligt forskningsprojekt i større skala eller om nogle af erfaringerne kan implementeres direkte.

På botilbudsniveau (Fase 1 – 3)

Kvalitetssikringen ses som en proces, hvor botilbuddet samarbejder med farmaceuten om at dokumentere de eksisterende rutiner og afdække evt. behov for støtte i kvalitetsudviklingen. Botilbuddet vil i samarbejde med farmaceuten gennemgå rutiner og arbejdsgange for medicinhåndteringen med fokus på skrevne instrukser og retningslinjer. Desuden vurderer farmaceuten personalets kendskab til botilbuddets instrukser gennem samtale med personalet og ved observation i forbindelse med medicinhåndtering.

Formålet er at skabe overblik over behovet for at styrke kvalitetsarbejdet fremover på det enkelte botilbud og i den sammenhæng vurdere, hvilke konkrete behov botilbuddet (personalet) kan have for støtte fra apoteksfarmaceuten eller andre relevante aktører. Det kan f.eks. dreje sig om opdatering af eksisterende instrukser og rutiner for medicinhåndtering, støtte til organisering af kvalitetsarbejdet, tilbagevendende medicingennemgange m.v.

På individniveau (Fase 4-7)

Den individuelle indsats fokuserer på at afdække evt. problemer, som den enkelte borger oplever med sin medicin. Botilbuddet udvælger de borgere, der skal deltage i pilotprojektet, og giver dernæst farmaceuten information om borgerens og personalets indtryk af borgerens medicinering (baseret på observation). Det kan f.eks. være tale om, at personalet observerer, at borgeren har vanskeligheder med at indtage medicinen, eller har mistanke om bivirkninger ved medicinen eller manglende effekt.

Farmaceuten gennemgår de specifikke lægemidler, den enkelte borger anvender. Der vil i første omgang være fokus på at afdække, hvilke specifikke lægemidler der volder problemer, eller hvor borgeren er utilfreds. Det kan resultere i forskellige interventionsforslag, f.eks. en anbefaling om

at skifte en tablet ud med mikstur (hvis borgeren har svært ved at sluge tabletter), eller undervisning i brug af en inhalator etc.

Medicinsamtalen tilrettelægges således, at problemer med borgerens medicinering kan drøftes i et fælles forum bestående af relevante personer, der har en jævnlig kontakt til den pågældende. Det kan være relevant at involvere den praktiserende læge (evt. speciallæge), personale, apoteks-farmaceut og evt. pårørende. Inden samtalen finder sted, har farmaceuten fremsendt sine interventionsanbefalinger til lægen. Formålet med samtalen er at skabe klarhed over borgerens medicinering og om nødvendigt aftale konkrete ændringer i medicineringen, der formuleres i en form for fælles handlingsplan. I hvert enkelt tilfælde tager farmaceuten stilling til, om de nødvendige kompetencer er til stede for at foretage en vurdering af borgerens medicinering. I denne vurdering indgår bl.a., om borgeren er i et behandlingsforløb, der er styret af en specialist eller i en behandling, der bør styres af en specialist.

Succeskriterier og forventede resultater

Projektet er vellykket, hvis der udarbejdes en afrapportering, som 1) giver et validt indblik i forholdene vedr. medicinering på de deltagende botilbud, og som 2) beskriver om og hvordan systematisk inddragelse af apotekspersonale samt brug af tværfaglige medicinsamtaler kan løse nogle af de problemer, der opleves på området i dag.

Herudover skal pilotprojektet bidrage til at skabe viden om de nuværende vilkår for medicineringsprocessen på botilbud for borgere med handicap, samt viden om hvordan patientsikkerheden eventuelt kan forbedres.

Der er endnu ikke foretaget studier, som belyser effekterne af tilsvarende interventioner, men erfaringer med kvalitetssikring af medicin håndteringsrutinerne på landets plejehjem viser, at lignende projekter bl.a. har givet bedre viden om sikker medicin håndtering og større tryk blandt de ansatte.

Resultaterne af et projekt om forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer i samarbejde med 7 europæiske lande⁴ viser endvidere, at der er grundlag for at forvente følgende effekter blandt de borgere, der får foretaget en medicingennemgang:

- Færre behandlingskrævende sygdomme samt faldende indlæggelsesfrekvens
- Forbedret helbredsstatus
- Færre problemer med medicinen

Evaluering og afrapportering

Evalueringen af pilotprojektet bliver baseret på målepunkterne og metoderne i nedenstående Skema:

Evalueringsparameter	Datakilde	Indsamlingstidspunkt
Procesmål – relevans af ydelser		
<i>Lægemiddelopfølgning</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gennemførte medicingennemgange ○ Gennemførte medicinsamtaler ○ Identificerede lægemiddelrelaterede problemer ○ anbefalede interventioner ○ Henvendelser til praktiserende læge ○ Lægemiddelændringer 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Apotekets registrering 	<ul style="list-style-type: none"> • Løbende

⁴ Forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer gennem apotekets ældreservice, Birte Søndergaard et al. Pharmakon 2002.

implementeret af læge		
<i>Medicinadministration</i> ○ Aktiviteter gennemført ○ Ændring i kvalitetsrutiner ○ Korrigerende handlinger	○ Apotek registrering	○ Løbende
<i>Tidsforbrug</i> ○ Botilbud, apotek og læge	○ Indberetningsskemaer	○ Løbende
<i>Borgertilfredshed</i> • Borgertilfredshed	○ Interview	• Slut
<i>Vurdering af forløb samt generering af løsningsforslag</i> ○ Botilbud, apotek og læge	○ Fokusgrupper	• Slut

Projektets resultater bliver både afrapporterede i en skriftlig publikation og i form af en mere anvendelsesorienteret "værktøjskasse"/brochure eller lignende til inspiration for botilbud/kommuner.

Projektforløb

Projektet kan opdeles i en række milepæle, der efter planen senest skal være afsluttede på nedenstående datoer. Tidsplanen kan blive revideret undervejs efter aftale i projektledelsesgruppen:

- 22. september 2010: Kvalificering af projektet og diverse materiale via referencegruppe og via møde med brugerorganisationerne.
- 1. oktober 2010: Udvikling af skriftligt projektmateriale afsluttet.
- 1. november 2010: Undervisning af deltagende apotekspersonale afsluttet.
- 15. november 2010: Apotekspersonalets første besøg på de 4 botilbud.
- 1. marts 2011: De individuelle medicingennemgange er afsluttet.
- 1. april 2011: Fokusgruppe-interviews i forb. m. evaluering er afsluttet.
- 15. maj 2011: Første udkast til arbejdsrapport foreligger og der aftales fælles strategi for udbredelse af resultaterne.

Projektafslutning

Projektet afsluttes medio 2011. Projektet er afsluttet, når alle de deltagende botilbud har fået feedback på gennemgangen af deres procedure og rutiner, alle relevante borgere har fået foretaget medicingennemgang (eller afslået dette), og slutrapporteringen er offentliggjort og distribueret til relevante aktører.

Henvisninger til relevante undersøgelser, kortlægninger m.m.

Sundhedsstyrelsen. Red: Thomsen T, Hørslev T. *Tilsynstema 2009: Behandling med antipsykotiske lægemidler på bosteder og plejeboliger*. København, marts 2010.

<http://www.sst.dk/publ/Publ2010/TILSYN/Tilsynstema/Tilsynstema2009BehandlingAntipsykotiskPlejehjemBosteder.pdf>

NIRAS konsulenterne. Hovedrapport: *Undersøgelse af bosteder og bofællesskaber i Københavns Kommune*. Københavns Kommune, september 2008.

http://www.kk.dk/Nyheder/2008/September/~~/media/Files/Nyheder/SOF_Nyheder/Hovedrapport_Bostedsundersoegelse.ashx

NIRAS konsulenterne. Bilag til hovedrapporten: *Undersøgelse af bosteder og bofællesskaber i Københavns Kommune. Caserapporter – bosteder indenfor handicapområdet*. Københavns Kommune, september 2008.

http://www.kk.dk/Nyheder/2008/September/~media/Files/Nyheder/SOF_Nyheder/Bilag_Caserapporter_handicapbosteder.ashx

NIRAS konsulenterne. Tabelrapport: *Undersøgelse af bosteder og bofællesskaber i Københavns Kommune*. Københavns Kommune, september 2008.

http://www.kk.dk/Nyheder/2008/September/~media/Files/Nyheder/SOF_Nyheder/Bilag_Tabelrapport.ashx

Socialforvaltningen, Københavns Kommune. Notat: *Undersøgelse af indberetning af fejl og utilsigtede hændelser vedr. medicinbehandling på socialpsykiatriske bosteder*, 2008.

<http://www.kk.dk/eDoc/Socialudvalget/10-09-2008%2016.15.00/Referat/11-09-2008%2015.55.42/4027674.PDF>

Region Midtjylland, Center for kvalitetsudvikling. Red: Knudsen EM. Delrapport: *Evaluering af den medicinske behandling i botilbud til sindslidende*. Århus.

http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Center%20for%20Kvalitetsudvikling/psykiatri/Delrapport_resume_medicinsk%20behandling%20af%20botilbud.pdf

Sundhedsstyrelsen. *Årsrapport for tilsynet på bosteder for fysisk og psykisk udviklingshæmmede Københavns Kommune i 2007*.

<http://www.sst.dk/publ/publ2007/eli/ELIhvs/Bosteder/udviklingshaemmede.pdf>

Center for oligofrenipsykiatri. Red: Sørensen K. *Psykiske lidelser hos udviklingshæmmede*.

<http://www.oligo.dk/Psykiaterne/Psykiske%20lidelser%20hos%20udviklingsh%C3%A6mmede.aspx>

Hvidovre, den 9. juli 2010
Sag 08/1160 – Dok. 6819/10 /JS

Bilag 2 – Samtykkeerklæring til inklusion af borgere i projektet

Øget patientsikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap

Formular til samtykkeerklæring

Navn: _____

Adresse: _____

CPR-nr.: _____

Jeg giver samtykke til, at helbredsoplysninger samt information om min medicinering, må anvendes i pilotprojektet ”Øget patientsikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap”.

Du kan læse om formålet med og gennemførelsen af undersøgelsen i folderen ”Øget patientsikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap – information til borgere og deres pårørende”.

Alle resultater af projektet vil fremtræde fuldstændigt anonymiseret. Alle forskere, apotekere og øvrige projektdeltagere er underlagt tavshedspligt med hensyn til oplysningerne. Disse oplysninger vil kun være tilgængeligt for personer, der er tilknyttet projektet. Oplysningerne vil ikke kunne bruges til andre formål og vil automatisk blive slettet efter 5 år. Projektet er anmeldt til Datatilsynet.

Jeg kan til enhver tid få indblik i de oplysninger, der er registreret om mig ved henvendelse til Charlotte Rossing (cr@pharmakon.dk). Jeg kan til enhver tid bede om at få oplysningerne slettet.

Jeg erklærer mig indforstået med, at farmaceuter fra Apoteket⁵ som led i projektet, får adgang til min Personlige Elektroniske Medicinprofil.

Du kan læse om den Personlige Elektroniske Medicinprofil i folderen ”Øget patientsikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap – information til borgere og deres pårørende”.

Jeg erklærer mig endvidere indforstået med, at mit botilbud eller apotek i projektperioden kan orientere min læge om min medicin, såfremt der som led i projektet findes uhensigtsmæssigheder i min medicinering.

Dette samtykke vil blive opbevaret af forskergruppen på Pharmakon.

Underskrift: _____ Dato: _

⁵ Deltagende Apoteker: Apoteket Svalen, Nørrebro Apotek, Helsingør Axeltorv Apotek, Helsingør Stengades Apotek

Bilag 3 – Resultat af behovsafdækning med botilbuddenes personale

Tema	Undertemaer
Ordination	<ul style="list-style-type: none">• Polyfarmaci medfører ↑fejlrisiko, ↑bivirkninger og ↑”pill-burden” (borgeren skal tage mange lægemidler).• Polyfarmaci gør det svært at overskue en behandling for både personale og borger.• Svært at overskue hvem der har ansvaret for hvad mht. de somatiske og de psykiske sygdomme.• Receptfornyelse er ikke fast rutine, så apoteket ringer ofte til botilbuddet og fortæller, at der mangler recepter, og borgeren får først får sin medicin i sidste øjeblik.
Rekvirering	<ul style="list-style-type: none">• Medicinbestilling hos psykiater opleves problematisk, da medicinen undertiden ikke kommer eller der kommer mere medicin end forventet.• Medicinbestilling til ambulatorium kan resultere i at botilbuddet motager forkert medicin eller at medicinen leveres fra det forkerte apotek.
Selvadministration	<ul style="list-style-type: none">• Medfører usikkerhed om hvorvidt medicinen tages• En psykiater kan vurdere, at en borger selv kan administrere sin medicin, mens personalet kan have et billede af, at det kan borgeren slet ikke.• Personalet vil ikke lave overgreb på borgeren, men vurderer, at han/hun måske ikke kan administrere medicinen selv.
Substitution	<ul style="list-style-type: none">• Medfører forvirring og tvivl hos personale og borgere.• Tilsætningsstofferne opleves at kunne give problemer.• Forskellig virkning opleves af borgerne.• Personalet bruger en del tid på at rette præparatnavne i borgernes medicinoplysninger, og her kan ske fejl.
Medicingivning	<ul style="list-style-type: none">• Der sker fejl i ophældningen pga. af forstyrrelser / afbrydelser.• Svært at få personalet til at give medicin ”rigtigt” pga. praktiske udfordringer /forvirring vedr. gældende vejledning.• Der gives ind imellem medicin til den forkerte borger. Dagens medicin lines op på et stort bord, hvorved borgernes medicin kan forveksles.• Ved kontaktpersonens fravær kommer der for mange ind over medicindoseringen. Det kan gøre, at borgeren bliver utryg.• Det ville være bedst med 1 medicinansvarlig, så der ikke kom for mange hænder på i en medicinproces.• Personalet skal følge aftaler om udlevering af medicin (overvåget / ikke overvåget indtag); kræver individualisering ift. borger.• Ved ændringer i dosispakket medicin skal i en periode gives medicin ved siden af. Det er ikke fast rutine for personalet og kan medføre fejl.• Vedrørende udlevering og overvågning af indtag:<ul style="list-style-type: none">○ Et problem med ophældning af medicin, når borgeren ikke vil samarbejde○ Borgere, der ikke ønsker/ikke kan tage medicinen på aftalt tid○ Usikkerhed hos personalet om hvorvidt borgeren tager dobbeltdoser senere, der er uheldige virkninger, og om medicinen overhovedet tages.

Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende dokumentation ved afkrydsning af medicinindtag. • Problemer, når der er meget personale ind over. • Problem ved embedslægetilsyn. • Lederen påpeger, at der ikke er kompetence-ret til at give medicinen, hvis dokumentationen ikke er i orden.
Viden om medicin	<ul style="list-style-type: none"> • Ophævede krav til undervisning af personalet i medicin gør, at personalet ikke længere sendes på sådanne kurser. • Kursernes faglige indhold skifter ofte, så det medicinansvarlige personale ikke lærer det samme, og der er ikke overensstemmelse mellem det lærte og embedslægernes fokus. • Mangler viden om medicin, for bedre at kunne observere mulige problemer. • Kender opslagsværker, men bruger det ikke meget i hverdagen. • Samarbejdet med psykiaterne giver stor læring om lægemidler. • Personalet føler sig ikke i stand til at vurdere og registrere bivirkninger, da der ikke undervises i disse. • Mangler viden om virkning, <i>bivirkninger</i>, dosering • Mange spørgsmål omkring bivirkninger: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kan der være bivirkninger ved gammelt ordineret medicin? ○ Mange myter om mulige bivirkninger ved medicinen ○ Skyldes overvægt bivirkning eller overspisning ○ Eksperterne (psykiaterne) giver ikke ens svar ○ Refleksioner såsom ”Har han taget stoffer – eller er det en bivirkning?”
Samarbejde	<ul style="list-style-type: none"> • Stor fokus på samarbejde med borgerne i forhold til deres egen situation og medicin. • Medicinadministration kan opleves som et pædagogisk redskab. • Borgere kan (bevidst / ubevidst) overfor psykiateren fremstille situationen bedre, end den reelt er, og dermed gives mere selvstændighed til borgeren, end personalet mener, er godt. • Det er svært at få lægens dokumentation for ordination af håndkøbsmedicin, selv om dette er påkrævet. • Der sker ringe opfølgning på borgeren fra egen læges side. • En borger bestilte medicin fra 3 forskellige læger. • Forskellige læger giver forskellige instruktioner til personalet, hvilket skaber utryghed om, hvad der er det rigtige at gøre. • Aftaler om tilbagelevering af medicin til apoteket kan forbedres. • Der er lang leveringstid på dosispakninger fra apoteket. • Apoteket kan ikke svare på, hvorfor nogle lægemidler ikke kan dosispakkes. • Det er svært at samarbejde med de praktiserende læger og sygehusene. Afdelingerne på sygehusene snakker ikke sammen omkring medicin ved udskrivninger. • Botilbuddet har tilknyttet mange praktiserende læger, men kun 2 psykiatere, der besøger botilbuddet. Samarbejdet med psykiaterne fungerer godt. • Det kunne være rart med nogle informationsmøder med apoteket. • Det er svært at få psykiater, speciallæger, neurologer og praktiserende læger til at foretage en samlet vurdering af en borgers medicinering, da der mangler samarbejde mellem disse parter. • Botilbuddet er lagt under distriktpsykiatrien, så der kommer

Bilag 4 – Apoteksfarmaceuternes forslag og ideer til ændringer af medicin håndteringsrutiner på botilbuddene.

Apoteksfarmaceutens forslag og ideer til ændringer af medicin håndteringsrutiner på botilbuddene

Medicinbestilling

Det kan være en god ide, at personalet sætter en dato for bestilling af fx øjendråber, som kun har begrænset holdbar efter åbning. Herved kan apoteket levere medicinen til botilbuddet en uge før den åbne medicin udløber.

God ide med liste over hvilke borgere, der har lov til selv at købe håndkøbsmedicin.

Der bør være en instruktion for en medicinrekvisition med henvisning til bestillingssedlen som et bilag.

Medicinbestilling foregår ved opringning til apoteket. Foreslår udarbejdelse af en bestillingsformular til receptfornyelse hos lægen og en til medicinbestilling på apoteket. Derved dokumenteres bestilt medicin (navn, styrke og mængde), hvem og hvornår det er blevet bestilt samt til/for hvilken borger. Beskrives i instruks.

Det foreslås at benytte en skematisk oversigt over den enkelte borgers faste medicin, med angivelse af lægemiddel, hvem der ordinerer det, og om apoteket evt. opbevarer recept på det.

Det foreslås at lægemidlet altid er angivet med både handelsnavn og generisk navn, som f.eks. Alopam/Oxazepam.

Det foreslås at der ved bestilling til apoteket benyttes fax, så bestillingen er dokumenteret.

Modtagelse af medicin

Poserne med medicin tjekkes for indhold ved ophældning af medicin. Der bliver ikke kvitteret for modtagelse. Hvis personalet kunne finde tid til at tjekke og kvittere for modtaget medicin ved sammenligning med medicinskema, kan det måske bremse nogle af de fejl, som kan forekomme under dosering. Fx doseringsfejl, seponeret medicin som er alligevel genbestilt mm. Desuden kan det tjekkes, om der er kølevarer i bestillingen.

Instruksen bør beskrive hvem der må modtage medicinleverancer, hvordan det dokumenteres hvem der tager imod medicinen, hvordan det sikres at den rigtige medicin er leveret, håndtering af fejlleverancer, relevante telefonnumre.

Rekvireret medicin kan ved modtagelse kontrolleres efter bestillingssedlen før den låses i borgerens medicinskab.

Instruksen kan beskrive rutiner omkring modtagelse fra apotekets chauffør eller fra de borgere, der selv henter sin medicin på apoteket, så medicinen omgående kan kontrolleres for om den stemmer overens med den afgivne rekvisition. I instruksen uddybes, hvem der må tage imod medicinen, hvordan det sikres at det er den rigtige medicin samt hvad der gøres ved fejl.

Det foreslås at botilbuddet sender en opdateret borgerliste til apoteket, når der er ændringer (så apoteket kan fordele til rigtige afdelinger), samt en revideret oversigt over telefonnumre til afdelingerne.

Opbevaring af medicin

Personalet har ikke hjælpemidler til at være opmærksomme på lægemidler som kræver

særlig opbevaring. Personalet kan til enhver tid ringe til apoteket hvis de har spørgsmål, ellers kan der laves en aftale med apoteket om at skrive på etiketten hvis der er særlige opbevaringsbetingelser.

Instruksen bør beskrive hvem der har adgang til medicinskabet og hvornår.

Medicinskabe skal ifølge botilbuddets instruks årligt efterses af Stengades apotek. Det er en god idé med en ansvarlig, der sørger for, at det sker.

Ophældning af medicin

Der er ikke dobbeltkontrol af ophældning, men dobbeltkontrol kan være en god ide, da det er svært at opdage egne fejl.

Udarbejde instruks hvor personalet kan kvittere for, at de har tjekket styrke, præparatnavn, dosis og antal tabletter, så ophældningsfejl mindskes.

Sikre at det anvendte medicinskema er opdateret.

Fortsæt med at tjekke medicinen mod det aktuelle medicinskema, når der tages frem til næste dag.

Der tjekkes ikke for interaktioner eller dosis. Læge eller apoteksfarmaceut kan påtage sig den tidskrævende opgave at tjekke for interaktioner mm. et par gange årligt.

Hver 14. dag doseres medicin i doseringsæsker efter skema fra lægen. Dette er ikke beskrevet i retningslinjen, hvilket det bør.

Ophældningen foregår i et åbent rum, og man kan overveje, om det er hensigtsmæssigt, at borgerne kan komme og gå under ophældningen, da det kan distrahere personalet.

Det foreslås, at der efter afsluttet ophældning tjekkes at der er tilstrækkeligt med medicin til næste gang. Dette gør, at der er tid til at bestille medicin og forny recepter, før der skal doseres igen.

Det foreslås, at instruksen beskriver hvordan man doserer i doseringsæsker, hvordan man kontrollerer doseringen, og hvad man gør hvis der er uoverensstemmelser i forhold til medicinlisten.

Den anden kontaktperson kan med fordel bruges til dobbeltkontrol af ophældningen.

Medicिंगivning

Medicinen knuses ved behov og gives ofte på faste tidspunkter. Apoteket kan skrive forholdsregler omkring indtagelsestidspunkter på etiketten.

Der kvitteres ikke for udlevering af medicin, men for at de har set borgeren den dag. Mange fejl er relateret til at der er givet forkert medicin til borgeren. Dette kan forebygges ved fx ekstra kontrol foretaget af en kollega. Det forekommer også, at en borger får en anden borgers medicin. Dette kan måske forhindres ved, at der kvitteres for indtagelsen af medicin, og at borgeroplysninger tjekkes en ekstra gang.

Fejlmedicinering som skyldes manglende kommunikation mellem hospital og botilbud er et stort og hyppigt problem. Det kan være en med et skema hvor der kvitteres for kontakt til egen læge og evt. sygehuset, og kvittere for at seponere medicin er kasseret, så borgeren ikke får seponeret medicin ved en fejl.

Instruksen bør beskrive hvordan medicinudleveringen foregår, hvordan det sikres at

borgeren tager sin medicin og hvem der må administrere medicin til borgerne.

Da der sjældent anvendes flydende medicin, kan man overveje, at henvise til lederen i disse tilfælde, og at der doseres i målebæger umiddelbart før indtagelse.

Det er en god idé at have en fortegnelse over hvem der må dosere medicin og hvem der må give det. Evt. kan et medarbejderstamkort angive den enkeltes kompetencer og hvor ofte de revideres. Alle skal vide, hvor de kan finde ud af, hvem der må dosere og give medicin.

Medicinlisterne savner oplysninger om den ordinerende læges navn, ordinationens start og/eller seponeringsdato. Desuden er der krav om at medicinlisten også indeholder oplysninger om indikation og effekt vurdering hvilket sjældent fremgår. Jeg vil foreslå, at disse punkter indarbejdes.

Ifølge tilsynsrapporten fra 2010 er der opserveret mangler og fejl ved føring af medicinskemaerne. Det foreslås at etablere en aktiv udveksling af viden, erfaring og gode ideer afdelinger imellem ved at lave "tilsyn" hos hinanden. Apoteket videregiver gerne egne erfaringer med "intern survey", "selvevaluering" og læring af registrerede fejl, til inspiration.

Pn - medicin

Skema til registrering af pn-medicin foreslås kaldet "indtaget pn medicin". Skemaet kan med fordel indeholde information om dato, tid, præparat og dosis, hvad det gives for, hvem der har givet det, virkning/bivirkning samt borgerens cpr.nr.

Observation af medicinens effekt

Personalet observerer ikke rutinemæssigt effekt af medicinen. Effektvurdering er vigtig. Personalet kan dermed hjælpe lægen til at ordinere bedst mulig behandling.

Botilbuddet kan bede apoteket om at tjekke inhalationsteknik hos brugere af astmamedicin og om information om håndtering og opbevaring af inhalationspræparater.

Hvordan følges op på virkningen af medicinen? Hvis man følger op på effekten af medicinen kan man blive bedre til at se fx bivirkninger. Disse punkter bør være i en instruks så man sikrer ensartet effektopfølgning.

Kassation af medicin

Personalet skal huske at dokumentere at ikke-anvendt medicin kasseres.

Der bør være retningslinjer for tjek for udløb af medicin.

På indersiden af borgernes medicinskab kan placeres en seddel, hvor det dokumenteres, hvornår medicinen senest er gennemgået for udløb. Instruksen bør beskrive hvem, hvornår og hvorledes dette skal udføres.

Instrukser for medicin håndtering

De gældende retningslinjer bør opdateres efter gældende praksis. God ide at påføre dato for godkendelse af instruks, initialer for hvem, der har udstedt instruksen og hvem, der har godkendt den. Disse bør være forskellige personer.

Embedslægen påpegede, at samtlige instrukser mangler datering samt initialer for hvem der har godkendt og udstedt instruksen. Dette bør være forskellige personer. Det foreslås at botilbuddet inkluderer disse informationer f.eks. i et sidehoved på medicin håndteringsinstruksen.

Dosispakket medicin giver anledning til forskellige problemstillinger. Som forslag har apoteket udarbejdet en instruks vedrørende dosispakket medicin til botilbuddet, som er identisk med apotekets instruks vedrørende dosispakket medicin til botilbud.

Registrering af fejl og utilsigtede hændelser vedrørende medicinering

Registrering af utilsigtede hændelser kunne ikke fremskaffes. Opfordrer til at man udvikler intranettet til registrering af utilsigtede hændelser. Giver læring og derved mere gennemskuelighed og overblik.

Der er også læring i utilsigtede hændelser, som kunne have været sket, men ikke fandt sted. Hændelserne kan skabe overblik, f.eks. over hvilke fejl der hyppigt sker. Det er menneskeligt at lave fejl, og det er vigtigt at motivere og instruere personalet til at registrere dem, så man kan lære af dem og undgå dem en anden gang.

Bilag 5 – Apotekets interventionsregistrering ved kvalitetssikring

Apotekets dokumentation
Kvalitetssikring af medicinhandling på botilbud
Sundhedsydelse udført af:
Apotek:
Dato:

Kommune	
Botilbud	

Observation/interview

Afdeling/enhed	Tidspunkt	Initialer

Dokumentation af aktiviteter

Aktivitet	Ændring i kvalitetsrutiner	Korrigerende handlinger
Bestilling		
Modtagelse af medicin		
Opbevaring af medicin		
Ophældning af medicin		
Mediceringivning		
Observationer		
Kassationer		
Registrering af fejl og utilsigtede hændelser		

Afrapportering til botilbuddet

Baggrund

Processen

Generelt

Forslag og ideer

I det følgende er givet en liste med forslag og ideer, som er fremkommet under besøget. Oversigten følger strukturen i Sundhedsstyrelsens målepunkter for medicinhandling.

Instrukser for medicinhandling, herunder personalets egenkontrol

Dokumentation af medicinordinationer

Opbevaring af medicin

Ophældning af medicin

Medicinadministration

Andet

Fejl og utilsigtede hændelser

Botilbuddets ønsker om eller behov for yderligere bistand fra apoteket

Bilag 6 – Apotekets interventionsregistrering ved medicingennemgang

Orientering til læge	
Projektet	
Øget patientsikkerhed i medicinering på botilbud for personer med handicap	
Navn og botilbud	
CPR-nummer	
Praktiserende læge	
Speciallæge	

Apoteket har i samarbejde med medicinansvarligt personale på botilbud _____ gennemgået en af dine patienters medicinering. Resultatet heraf er resumeret nedenfor.

--

Udført af	
Apotek	
Botilbud	
Dato	

Projektnummer: _____

Borgerens navn				
Apotekets dokumentation				
Medicingennemgang på botilbud				
Sundhedsydelse udført af:				
Apotek:				
Dato:				
Tidsforbrug (minutter)				
Forberedelse:	Medicindialog:	Dokumentation:		
Forberedelse:	Tværfaglig medicinsamtale:	Dokumentation:		
CPR-nummer				
Botilbud				
Den				
medicinansvarlige/kontaktperson				
Praktiserende læge				
Speciallæge				

Identificerede lægemiddelrelaterede problemer

Problemtype	Beskrivelse (angiv præparat)	Apotekets rådgivning/forslag til løsning	Forelagt læge	Accepteret af læge
<input type="checkbox"/> Ubehandlet indikation				
<input type="checkbox"/> U hensigtsmæssigt præparatvalg				

Projektnummer: _____

Problemtype	Beskrivelse (angiv præparat)	Apotekets rådgivning/forslag til løsning	Forelagt læge	Accepteret af

				læge
<input type="checkbox"/> Uhensigtsmæssig anvendelse hos patienten (non-compliance)				
<input type="checkbox"/> Dobbeltmedicinering				
<input type="checkbox"/> Underdosering				
<input type="checkbox"/> Overdosering				
<input type="checkbox"/> Bivirkninger				
<input type="checkbox"/> Interaktioner				
<input type="checkbox"/> Medicinering uden begrundet indikation				
<input type="checkbox"/> Andet				

Interventioner (sæt kryds)

Anbefalet lægekontakt		Apoteket kontakter lægen	
Anbefalet intervention til botilbuddet		Botilbuddet kontakter lægen	
Andet:			

Resultat af medicingennemgang

--

Tværfaglig medicinsamtale afholdt

Resultat af tværfaglig medicinsamtale

--

Resume af Medicingennemgang

BORGER		BOLIG	
KONTAKTPERSON		DATO	
FARMACEUT			

RESUME

--

Bilag 7 – Spørgeguide til fokusgruppeinterview

Evaluering af projekt vedr. øget patientsikkerhed i medicineringen på botilbud

Botilbud:

Dato:

Interviewdeltagere:

Fælles spørgsmål:

Spørgsmål	Botilbud	Farmaceut	Borger
Hvordan oplever I, at det har været at deltage i projektet? Positivt såvel som negativt.			
Hvad kunne have været gjort anderledes (i projektet)?			
Hvordan har projektet påvirket kommunikationen vedr. borgernes medicin? Både ift. borgere/pårørende, læge(r), apotek og ansatte.			
Hvor mange samtaler blev der gennemført, og hvad var erfaringerne med disse?			
Hvordan har projektet påvirket samarbejdet omkring borgernes medicineringer? Både ift. borgere/pårørende, læge(r), apotek og ansatte.			
Har projektet eventuelt påvirket samarbejdet på andre områder (evt. i forbindelse med kvalitetssikringen af medicinbehandlingen)			
Hvordan har projektet fungeret i forhold til dagligdagens andre opgaver?			
Har der manglet nogen materialer eller andre ting i projektførelsen? Evt. hvilke?			
Har I nogen ideer til, hvordan der kan arbejdes videre med emnet i forlængelse af dette projekt? Her tænkes på borgernes medicinering, kvalitetssikring og evt. kompetenceløft af personale på lægemiddelområdet.			
Ifølge projektbeskrivelsen skal der laves en form for værktøjskasse, som botilbuddene kan anvende i dagligdagen. Hvilke redskaber ser I, der vil være relevante at have i denne?			
Har I nogen ideer til, hvordan erfaringerne fra projektet bedst kan formidles?			
Ville I anbefale projektet og modellen til andre botilbud?			

Individuelle spørgsmål:

Til botilbuddet:

Valgte I at inddrage borgerne i medicinsamtalerne?
Hvorfor/hvorfor ikke?

Valgte I at indkalde til den større medicinsamtale?
Hvorfor/hvorfor ikke?

Hvordan oplevede I, at borgerne/pårørende tog imod projektet?

Hvordan har gennemgangen af jeres medicin håndtering påvirket rutinerne i jeres hverdag?

Hvordan har I tænkt jer at arbejde videre med farmaceutens kvalitets anbefalinger?

Hvis medicinsamtalerne foregik mellem læge og botilbuddets personale, hvordan har dette så fungeret?

Til farmaceuten:

Hvordan fungerede manualen og støttematerialet i praksis?

Hvordan fungerede undervisningsforløbet og hvilke rolle havde det for projektet?