

Legemiddelgjennomganger i apotek

Legemiddelsamtaler

Rapport fra Apotekforeningens pilotprosjekt

Desember 2007



Apotekforeningen

Legemiddelgjennomganger
i apotek -

Legemiddelsamtaler

Sammendrag

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) fikk i 2006 i oppdrag gjennom Stortingsmelding nr 18 2004-2005: *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk* å starte pilotprosjekter for gjennomgang av utsatte pasienters legemiddelbruk i sykehus, syke- og aldershjem, hjemmesykepleien og apotek. Prosjektene skulle blant annet gi direktoratet et bilde av pasientenes nytte og sannsynlig reduksjon i legemiddelutgiftene. På bakgrunn av pilotprosjektene og direktoratets evaluering av disse vil departementet vurdere myndighetenes mulige framtidige tiltak for innføring av slike tjenester. Apotekforeningen mottok 450 000 kroner i prosjektmidler for pilotprosjektet "Legemiddelgjennomganger i apotek". Prosjektet er gjennomført som et samarbeid mellom alle apotekgrupperingene i Norge.

Prosjektets målsetning har vært å undersøke om farmasøyter i apotek kan identifisere legemiddelrelaterte problemer ved å gå igjennom legemiddelbruken basert på historikk fra apotekets datasystem (FarmaPro) og informasjon fra pasienten, i løpet av en 30-minutters samtale med pasienten.

Metode

Det ble rekruttert 39 farmasøyter hvorav 38 gjennomførte 2-4 samtaler hver. Pasientene ble rekruttert blant de av apotekets kunder som tilfredsstilte ett eller flere av tre kriterier: 1) eldre enn 60 år og bruker 5 legemidler eller mer, 2) bruker legemidler for lungelidelser eller 3) bruker legemidler for hjerte- karlidelser. Oversikt over legemiddelbruken ble hentet fra apotekets datasystem, FarmaPro og ved opplysninger fra pasienten selv. Gjennom samtalen skulle farmasøyten avdekke eventuelle legemiddelrelaterte problemer og om mulig hjelpe pasienten med en løsning på disse enten ved å diskutere det med pasientens lege eller med å gi et generelt, farmasøytisk råd.

Resultater

38 farmasøyter (25 provisorfarmasøyter/apotekere og 13 reseptarfarmasøyter) har gjennomført 135 legemiddelsamtaler. De 135 pasientene brukte totalt 1003 legemidler, et gjennomsnitt på 7,4 legemidler. Utskriftene fra FarmaPro måtte suppleres med opplysninger fra pasienten for å få oversikt over total legemiddelbruk.

Lege ble kontaktet for spørsmål angående 90 legemiddelrelaterte problemer - LRP (17%), og endret forskrivningen for 51 (57%) av disse. Legeendringene utgjør 9 prosent av de 543 LRP som ble funnet totalt.

Farmasøytene ga råd til alle pasientene, og foreslo endringer i 24 prosent av situasjonene (128 LRP). Farmasøytene sine råd og foreslåtte endringer dreide seg i hovedsak om praktisk legemiddelbruk, mens situasjonene som ble diskutert med lege var av behandlingsmessig karakter. Pasientevalueringene viste at pasientene var svært godt fornøyd med tjenesten (122 av 135 har evaluert samtalen). Farmasøytene uttrykte at de hadde god nok kompetanse til å gjennomføre samtalene, og opplevde dette som nyttig for pasientene.

Konklusjon

Prosjektet viser at farmasøyter i apotek gjennom legemiddelsamtaler avdekker legemiddelrelaterte problemer og hjelper pasienten med løsninger på disse. Leger endrer i relativt stor grad forskrivningen når de blir kontaktet av farmasøyt etter en legemiddelsamtale. Oversikten fra apotekets FarmaPro gir ikke en fullstendig legemiddeloversikt. Det er derfor nødvendig med pasientens opplysninger i tillegg. Samtalene er gjennomførbare i dagens apotek, med hensyn på tid og farmasøytene kompetanse. Pasientene opplevde samtalene som nyttige.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning og bakgrunn	5
1.1.	Bakgrunn	5
1.2.	Utlysning og søknad	5
1.3.	Prosjektorganisering	5
1.3.1.	Prosjektleder og arbeidsgruppe	5
1.3.2.	Referansegruppe	6
1.3.3.	Prosjektstyringsgruppe	6
1.3.4.	Kvalitetssikring av metode og vurdering av prosjektet	6
1.4.	Legemiddelgjennomganger i andre land	6
1.5.	Erfaringer fra Norge	8
1.6.	Utfordringer i apotek	8
2.	Mål	8
2.1.	Hovedmål	8
2.2.	Delmål	8
2.2.1.	Etablere kriterier for tilbud om legemiddelsamtale	8
2.2.2.	Informasjon om deltagelse i prosjektet	9
2.2.3.	Sikre bedre forståelse for egen legemiddelbruk	9
2.2.4.	Avdekke legemiddelrelaterte problemer (LRP), finne løsninger	9
2.2.5.	Vise om legemiddelsamtaler kan gi lavere legemiddelkostnader	9
2.2.6.	Legemiddelsamtalens omfang	10
2.2.7.	Evaluerer kompetansenivået	10
2.3.	Begrensninger	10
3.	Metode	11
3.1.	Begreper	11
3.1.1.	Legemiddelgjennomganger	11
3.1.2.	Legemiddelsamtale	11
3.1.3.	Legemiddelprofil	12
3.1.4.	Legemiddelrelaterte problemer	12
3.1.5.	Reseptar og provisor	13
3.2.	Rekruttering av farmasøyter	13
3.3.	Rekruttering av pasienter	13
3.4.	Legemiddelsamtalene	13
3.4.1.	Opplæring av farmasøytene	13
3.4.2.	Muntlig og skriftlig informasjon / samtykke	13
3.4.3.	Avtaleinngåelse og timebestilling	14
3.4.4.	Forberedelser til legemiddelsamtalen	14
3.4.5.	Legemiddelsamtalen	14
3.4.6.	Etterarbeid og oppfølging av samtalen	15
3.5.	Hvilke kriterier skal legges til grunn for intervensjoner?	15
3.6.	Pasientevaluering	15
3.7.	Farmasøytevaluering	15
4.	Resultater	16
4.1.	Utføre legemiddelsamtaler med utvalgte pasientgrupper	16
4.1.1.	Farmasøytene	16
4.1.2.	Farmasøytenes kompetanse	16
4.1.3.	Respondentene – samtalepasientene	17
4.1.4.	Tidsbruk	18
4.2.	Være problemløsende	19
4.2.1.	Legemiddelprofil	19
4.2.2.	Registrerte LRP – håndtering av disse	19
4.3.	Vurdere pasientens nytte av samtalen	22
4.3.1.	Pasientens kunnskap om egen legemiddelbruk	22

4.3.2.	Pasientenes opplevelse av legemiddelsamtalene.....	22
4.3.3.	Farmasøytene evaluering	23
4.4.	Vurdere kostnadseffektivitet i et helhetsperspektiv	25
4.4.1.	Betalingsvillighet	25
4.4.2.	Bruk av generiske legemidler.....	25
4.4.3.	Forståelse for samfunnets legemiddelutgifter	25
5.	Diskusjon.....	27
5.1.	Legemiddelsamtaler med utvalgte pasientgrupper.....	27
5.1.1.	Farmasøytene	27
5.1.2.	Farmasøytene kompetanse.....	28
5.1.3.	Respondentene – samtalepasientene	28
5.1.4.	Tidsbruk	30
5.2.	Problemløsende	30
5.2.1.	Registrerte LRP – håndtering av disse	30
5.2.2.	Legemidler registrert i FarmaPro	31
5.3.	Vurdere kundens nytte	32
5.4.	Økonomiske betraktninger	32
5.4.1.	Betalingsvillighet	33
5.4.2.	Generikabruk	33
5.4.3.	Samfunnets legemiddelutgifter	33
5.4.4.	Kostnadsvurderinger	34
5.5.	Metodekritikk	35
6.	Konklusjoner	36
6.1.	Utføre legemiddelsamtaler med utvalgte kundegrupper i apotek	36
6.2.	Problemløsende	36
6.3.	Nytte for pasientene i prosjektet.....	36
6.4.	Kostnadseffektivt	36
7.	Evaluering av prosjektet.....	37
8.	Vedlegg	37
9.	Referanser.....	38

1. Innledning og bakgrunn

1.1. Bakgrunn

I legemiddelmeldingen ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk”¹ nevnes legemiddelgjennomganger som et mulig tiltak for riktigere legemiddelbruk. Ønsket er at legemiddelgjennomganger skal gjøre den enkelte pasient i stand til å oppnå bedre helse gjennom bedre legemiddelbruk og at den enkelte pasient og samfunnet skal få lavere legemiddelkostnader og bedre utnyttelse av ressursene. I legemiddelmeldingen er man opptatt av at gjennomgang av legemiddelbruk i apotek innrettes med åpenhet og tillit. Pasientenes nytte må stå i fokus, i tillegg er det interessant å se om slike tiltak kan føre til en sannsynlig reduksjon i legemiddelutgifter.

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) fikk i oppgave å gjennomføre prosjekter med mål å vise om dette er mulig å oppnå. Det ble iverksatt prosjekter med midler fra SHdir på følgende områder:

- i sykehus i forbindelse med pasientopplæring
- i sykehjem
- for mottakere av hjemmesykepleietjenester
- for bestemte pasientgrupper i apotek, i samarbeid med lege

I dette prosjektet er målet å se om legemiddelgjennomganger i apotek, uten tilgjengelige laboratoriedata og uten nødvendigvis å kjenne til fullstendig legemiddelliste likevel kan avdekke legemiddelrelaterte problemer som har betydning for pasientens legemiddelbruk. For å tydeliggjøre at legemiddelgjennomganger i apotek er noe annet enn legemiddelgjennomganger i sykehus vil begrepet ”legemiddelsamtaler” benyttes i dette prosjektet.

1.2. Utlysning og søknad

Sosial- og helsedirektoratet utlyste midler til prosjekter knyttet til legemiddel-gjennomganger sommeren 2006. Apotekforeningen tok initiativ til en felles søknad for apotekbransjen slik at legemiddelgjennomganger i apotek kunne bli et prosjekt som omfatter alle apotekgrupperinger. Prosjektet ble tildelt kr 450 000,- til gjennomføring av prosjektet med vekt på inkludering av pasienter invitert av apoteket etter fastsatte kriterier.

SHdir ba i tildelingen spesielt om at prosjektet skulle vektlegge spørsmål om hvordan oppdagede legemiddelrelaterte problemer ble håndtert med hensyn på intervensjoner og kontakt med lege. Videre ba de også om at man skulle diskutere hvorvidt legemiddelopplysningene apoteket har om en pasient danner pasientens fullstendige legemiddelprofil (vedlegg 1).

1.3. Prosjektorganisering

1.3.1. Prosjektleder og arbeidsgruppe

En arbeidsgruppe bestående av representanter fra apotekgrupperingene sammen med prosjektleder fra Apotekforeningen ble etablert. Arbeidsgruppen har utarbeidet definisjonen av ”legemiddelgjennomgang i apotek” (legemiddelsamtale) og definert målene for prosjektet. Videre har den stått for utvikling av samtalemetoden, apotekeksemplene i klassifiseringene, rekruttering av farmasøyter og opplæring i forhold til gjennomføring. Arbeidsgruppen har diskutert resultatene og sammen kommet fram til konklusjonene i prosjektet.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Prosjektleder Agnes Gombos, Apotekforeningen
Kari Svane Mellbye, Allianceapotek

Christine Frigaard, Apotek1, erstattet av Åse Ertesvåg fra mai 2007
Åste Flatmark, Vitusapotek
Anne Marit Pedersen Bjergaard, Ditt apotek

1.3.2. Referansegruppe

Det ble etablert en referansegruppe for prosjektet. Referansegruppens medlemmer er blitt fortløpende orientert om prosjektets utvikling og de har vært invitert til å komme med innspill og kommentarer underveis i prosjektet. Referansegruppen har avholdt tre møter: 23. november 2006, 15. mars 2007 og 24. september 2007. Siste versjon av rapportutkastet ble sendt referansegruppens deltagere 5. oktober 2007.

Referansegruppen har bestått av

Trine Bjørner, Legeforeningen, Legeforeningen meddelte i brev datert 17. oktober 2007 at "verken Legeforeningens representant eller Legeforeningen blir identifisert med rapportens innhold" og trekker derfor sin representant fra referansegruppen.

Hege Willoch, Norges Farmaceutiske forening

Andreas Habberstad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)

Jon Andersen, Apotekforeningen (Jan Berg til mars 2007)

1.3.3. Prosjektstyringsgruppe

Prosjektstyringsgruppen ble etablert som overordnet styringsorgan med oppgave å godkjenne arbeidsgruppens arbeid. Prosjektstyringsgruppen har også hatt anledning til å komme med innspill til prosjektet.

Prosjektstyringsgruppen har bestått av

Anne E. Smedstad, fagdirektør i Apotekforeningen,

Trond Rausandmoen, Allianceapotek

Hanne Andressen, NMD (Brit Wolden til januar 2007)

Christine Frigård, Apotek1 (Hans Petter Heide Johansen til januar 2007)

Oddbjørn Tysnes, Apotekforeningen.

1.3.4. Kvalitetssikring av metode og vurdering av prosjektet

Leg. Apotekare, Med Dr Tommy Westerlund, Sverige, har vurdert metoden for gjennomføring av legemiddelsamtaler og innsamling av data. Westerlund har tatt doktorgrad innenfor feltet med oppgaven *Drug-Related Problems. Identification, Characteristics and Pharmacy Interventions* ved Socialmedicinska avdelningen, Göteborgs Universitet 2002.

Prosjektet er vurdert av Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste og Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Ingen av instansene hadde innvendinger til prosjektets gjennomføring.

Apotekforskningsinstituttet Pharmakon AS i Danmark er engasjert til å evaluere rapporten i forhold til måloppnåelsen.

1.4. Legemiddelgjennomganger i andre land

Sverige

I Sverige har de innført tjenestekonseptet "Bokad rådgivning" som sitt tilbud om legemiddelgjennomganger. Det er mulig for en pasient å få to ulike rådgivningstyper, den ene på 15 minutter, den andre på 30 minutter. Rådgivning over 15 minutter er for de pasientene som trenger litt ekstra informasjon utover det som gis under ekspedisjonen av legemidlene. Dette kan være ekstrainformasjon om bruken av legemidlene, for eksempel veiledning om riktig astmainhalasjonsteknikk etc. Tilbudet om 30 minutters rådgivningssamtale innebærer en gjennomgang av alle legemidlene pasienten bruker. Man går igjennom bruksområder,

doseringer, interaksjoner, bivirkninger etc. Pasienten får med seg en legemiddelprofil, som også lagres i apotekets database. Legemiddelprofilen inneholder en samlet oversikt over legemidlene pasienten bruker, eventuelle opplysninger om allergier, og om vanskeligheter som har kommet fram under samtalen.

Tjenestene ble innført i 2006, og det er til nå ca 20000 pasienter som har mottatt 15 minutters rådgivning, og ca 5500 har gjennomført 30 minutters rådgivning. Det er ca 250 nye pasienter som mottar 30 minutters rådgivning hver måned².

Mellom 800 og 1000 farmasøyter har fått opplæring, og gjennomfører nå slike tjenester. Tjenesten er gratis for pasienten, alle utgifter dekkes av staten (Apoteket AB).

Australia

I Australia kan legemiddelgjennomganger gjennomføres i apotek der apoteker har inngått en spesiell avtale med helsemyndighetene. Apoteker forplikter seg til at alle legemiddelgjennomgangene (Home medicines review, HMR) gjøres i henhold til avtalte standarder og kvalitetssystemer. Farmasøytene må ha gjennomført opplæring i kommunikasjon, og forståelse av problemer knyttet til legemiddelanvendelse (concordance), for å kunne utføre tjenesten.

Tjenesten tilbys til hjemmeboende pasienter med stor risiko for legemiddelrelaterte problemer, etter anbefaling av lege. Problemene kan være bruk av mange legemidler, bruk av potente legemidler, eller legemidler som er vanskelig å håndtere. Oppfølging etter utskrivning fra sykehus er også en god grunn for å motta en slik tjeneste. En pasient kan ikke få gjennomført en HMR oftere enn hver 12. måned.

Lege vil gjennomføre en første konsultasjon som avdekker behovet for HMR, og vil fylle ut et anbefalingsskriv til apoteket. Farmasøyten på apoteket avtaler tidspunkt for hjemmebesøk direkte med pasienten, og samler inn nødvendig informasjon for gjennomgangen. Farmasøyten gjennomfører samtalen, estimert til 30 – 45 minutter og lager en rapport over de funnene som er gjort og de anbefalingene som er gitt. Denne sendes lege og utleveres til pasienten. Lege møter pasienten for andre gang, og sammen utarbeider de en oppfølgingsplan for legemiddelbruken³.

Farmasøyten (apoteket) får betalt AUD 180 (ca NOK 900,-) per HMR, mens legen får AUD 134 (ca NOK 670,-)

I mars 2007 var det akkreditert 1719 farmasøyter som kan gjennomføre HMR, og det er fra oppstart i 2001 til mars 2007 gjennomført 133000 HMR (januar - mars 2007: 9061 HMR)⁴.

Storbritannia

Medicines use review (MUR) er etablert som en "advanced service" etter NHS Community Pharmacy Contractual Framework; en rammeavtale mellom helsemyndighetene i Storbritannia og private apotek. Farmasøytene blir akkreditert før de kan gjennomføre tjenesten selvstendig. MUR skal gjennomføres som en enkel samtale mellom farmasøyt og pasient på egnet sted i apoteket. Farmasøyten inviterer pasienter som tilfredsstillende bestemte kriterier som bruk av mange legemidler, og bruk av legemidler for langtidslidelser. Pasienten må ha benyttet det aktuelle apoteket i minst tre måneder for å kunne få en MUR, og de kan kun få MUR hver 12. måned. Også annet helsepersonell kan henvise pasienten til en MUR hos en farmasøyt. Intervensjoner vil bli formidlet til pasientens lege, det samme blir foreslåtte anbefalinger.

”Medicines use review” er en enklere legemiddelgjennomgang enn en ”medication review”. En ”medication review” skal alltid bygge på fullstendig legemiddelliste og laboratorieverdier. Denne gjøres på ulike nivåer og av forskjellig helsepersonell⁵.

Både apotek og farmasøyt må være akkrediterte for å gjennomføre MUR, og apoteket kan få betalt for inntil 400 MUR per år, med £25 per gjennomgang. Det er ikke fastsatt noe bestemt tid en MUR-samtale skal ta, men de varer gjerne rundt 15 - 20 minutter.

Rundt 4500 apotek tilbyr MUR (mars 2007), og det er akkreditert 14162 farmasøyter til å gjøre det. Fra oppstart i 2005 til mars 2007 er det gjennomført ca 704000 MUR.

1.5. Erfaringer fra Norge

Det er gjennomført flere prosjekter med legemiddelgjennomganger i Norge. Best beskrevet er legemiddelgjennomganger i sykehus, for eksempel ved Kirsten K. Viktils doktorgradsavhandling i 2007⁶. I sin avhandling konkluderer hun med at for å avdekke alle typer legemiddelrelaterte problemer (LRP) må man ha kunnskap om pasientens totale legemiddelbruk og andre faktorer som influerer på pasientens legemiddelbruk, og man må gjennomføre en samtale med pasienten for å forstå pasientens faktiske bruk av legemidlene. I Viktils studier og en del andre sykehusstudier forutsettes det at man kjenner pasientens fullstendige legemiddelbruk og kliniske verdier som viser pasientens legemiddelbruk, for å kunne identifisere alle pasientens legemiddelrelaterte problemer. En legemiddelgjennomgang på dette grunnlaget tilsvarer det som i Storbritannia beskrives som "Medication review" (se over).

1.6. utfordringer i apotek

Apotek og farmasøyter er involvert i flere prosjekter med hensikt å vise hvilke nytte farmasøytens bidrag har for pasientenes riktige legemiddelbruk. En av utfordringene med å sette i gang en slik tjeneste har vært spørsmålet om det er nok ressurser til dette i dagens apotek. Et annet spørsmål har vært om farmasøytene i apotek har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta nødvendig veiledning, og om farmasøytene bidrag overfor pasienten faktisk gjør at pasienten oppnår bedre behandlingsresultat.

2. Mål

2.1. Hovedmål

Følgende hovedmål ble definert i tildelingsbrevet fra Sosial- og helsedirektoratet:

- Utføre Legemiddelgjennomganger (legemiddelsamtaler) med utvalgte kundegrupper i apoteket
- Vurdere kundens nytte av samtalen
- Være problemløsende
- Vurdere kostnadseffektivitet i et helhetsperspektiv

Prosjektet Legemiddelgjennomganger i apotek ble delt inn i flere delmål som omfattet den praktiske planleggingen, gjennomføringen og de resultatene som var ønskelig å trekke ut av prosjektet.

2.2. Delmål

Følgende delmål ble utarbeidet for prosjektet.

2.2.1. Etablere kriterier for tilbud om legemiddelsamtale

”Utarbeide kriterier for hvilke pasientgrupper som skal inviteres til legemiddelsamtale”

- Pasienter som er over 60 år og bruker 5 eller flere legemidler
- Pasienter som bruker legemidler for hjerte- og karlidelser uavhengig av alder

- Pasienter som bruker legemidler for lungelidelser uavhengig av alder

For å bli invitert til samtale skulle ett av de tre kriteriene være oppfylt. Der flere av kriteriene var aktuelle, ble det kriteriet som var årsaken til at pasienten ble vurdert som mulig deltager registrert.

2.2.2. Informasjon om deltagelse i prosjektet

”Utarbeide informasjonsskriv og samtykkeskjema for pasienters deltagelse i prosjektet, og informasjon til leger lokalt”

- Lege har mulighet til å kontakte farmasøyten hvis han/hun har pasienter med behov for en slik samtale, og lege kan bli kontaktet av farmasøyt etter samtalen, ved behandlingsmessige spørsmål

2.2.3. Sikre bedre forståelse for egen legemiddelbruk

”Gi pasienten mulighet til å få bedre oversikt over egen legemiddelbruk og dermed sikre bedre forståelse for riktig legemiddelbruk”

- En skriftlig oppsummering av samtalen leveres pasienten etter samtalen
- Pasientevalueringen stiller spørsmål om pasienten opplever å ha fått bedre oversikt/forståelse for egen legemiddelbruk
- I løpet av samtalen undersøkes det om legemiddelets bruksområde er kjent, antall kjente bruksområder telles opp

”Avklare ”i hvilken grad kan apoteket ta utgangspunkt i at de opplysninger de har / skaffer seg om pasientens legemiddelbruk er fullstendig?””

- Opplysninger om legemiddelbruk hentes fra FarmaProhistorikken på pasientens valgte apotek, pasientens resepter og pasienten selv. Eventuelt kan opplysninger hentes inn fra legen. En sammenligning av opplysninger fra apotekenes datasystem FarmaPro og pasient/lege vil vise i hvilken grad FarmaProhistorikk er fullstendig

2.2.4. Avdekke legemiddelrelaterte problemer (LRP), finne løsninger

”Vurdere hvilke legemiddelrelaterte problemer (LRP) fra konsensusdokumentet¹ som er relevante for apotek, og utarbeide apotek eksempeler innen disse gruppene”

”Registrere LRP i løpet av samtalen, og etter samtalen klassifisere disse etter konsensusdokumentet og apotek eksempelerne”

”Vurdere: ”hvordan bør oppdagede LRP håndteres med hensyn til intervensjoner og kontakt med lege” og registrere intervensjoner etter legekontakt”

- I hvilke tilfeller bør lege kontaktes, og i hvilken grad krever legekontakten pasientens samtykke
- Registrere antall LRP oppdaget i legemiddelsamtalen og som medfører legekontakt, og hvor mange av disse som fører til endring i legemiddelbehandling
- Registrere antall intervensjoner (resept endret / ikke endret) foretatt av farmasøyt
- Registrere de ganger pasienten selv ønsker å ta kontakt med lege

2.2.5. Vise om legemiddelsamtaler kan gi lavere legemiddelkostnader

Generikabruk

- Har samtalen endret pasientens forståelse og gitt økt trygghet om hva generika er og hva legemiddelbytte innebærer
- Har samtalen avdekket at pasienten bruker flere synonyme legemidler samtidig, fordi vedkommende ikke har forstått at det er to like

¹ Utarbeidet av en arbeidsgruppe på Institutt for Farmakoterapi, Hege S. Blix, Kirsten Viktil og Sabrine Ruths (omtalt i kapittel 3.1.4)

Overskuddslagre av legemidler

- Avdekke holdninger og praktisk erfaring med oppbevaring og /eller tilbakelevering/kasting av legemiddelpakninger som ikke lenger er i bruk

Reduksjon av feilbruk – indirekte

- Vil avdekning av LRP føre til redusert feilbruk som kan måles i reduserte kostnader i helsetjenesten

2.2.6. Legemiddelsamtalens omfang

Registrere tidsbruk på legemiddelsamtale

- Avklare om rammen på 30 minutter er tilstrekkelig til å gjennomføre en samtale
- Avklare om rammen på 1 time til for- og etterarbeid er tilstrekkelig

2.2.7. Evaluere kompetansenivået

Avklare hvilken kompetanse som skal til for å avdekke og håndtere LRP

- Farmasøytevaluering – farmasøyt vurdere egen kompetanse
- Registrere farmasøytens realkompetanse

2.3. Begrensninger

Dette pilotprosjektet tar ikke mål av seg til å avdekke alle aspekter ved legemiddelgjennomganger i apotek. Utvalget pasienter er beskjedent, og er ikke representativt for apotekets kunder i sin helhet. Resultatene sier kun noe om gjennomføringsevnen i apotek, og hva deltagende pasienter opplever.

I opprinnelig søknad om midler til prosjektet var det beskrevet en prosjektdel der lege kunne henvise pasienter til legemiddelsamtale. I tildelingsbrevet fra SHdir fikk prosjektet ikke støtte til å rekruttere pasienter på den måten. Av den grunn belyser ikke resultatene hvordan en legemiddelsamtale kan gjennomføres etter initiativ fra lege.

3. Metode

3.1. Begreper

3.1.1. Legemiddelgjennomganger

En legemiddelgjennomgang er et etablert begrep i sykehus. Begrepet benyttes om den farmasøytiske vurderingen av et legemiddelregime basert på samarbeid mellom pasient, lege og farmasøyt hvor diagnoser, laboratorieverdier og pasientens opplevelse av behandlingen legges til grunn for vurdering av riktig legemiddelbehandling. En legemiddelgjennomgang i apotek vil være noe annet, fordi forutsetningene er forskjellige. Av den grunn vil vi i dette prosjektet kalle en legemiddelgjennomgang i apotek for en legemiddelsamtale.

3.1.2. Legemiddelsamtale

En Legemiddelsamtale i apotek ble i prosjektet definert som:

En planlagt, strukturert og dokumentert samtale hvor målet er at pasienten får innsikt i, blir trygg på og oppnår best mulig effekt av sin legemiddelbehandling. Samtalen tar utgangspunkt i

- Pasientens behov
- Pasientens legemiddelbruk

Samtalen har en ramme på 30 minutter og foregår på apotekets informasjonsrom. Ved klinisk relevante spørsmål kontaktes legen.

Med en planlagt samtale menes det at pasienten inviteres og det avtales en tid hvor pasienten kommer tilbake til samtalen. Farmasøyten skal allerede på dette tidspunktet hente inn så mange opplysninger som mulig om pasientens legemiddelbruk basert på tilgjengelige kilder. Pasienten må gi samtykke dersom opplysninger fra samtalen skal gis videre til andre, for eksempel behandlende lege.

Samtalen skal være strukturert ved at farmasøyten på forhånd har forberedt seg og at samtalen inneholder en del faste elementer slik at både pasient og farmasøyt er forberedt til legemiddelsamtalen.

Det som er avtalt mellom pasient og farmasøyt dokumenteres i en skriftlig oppsummering som pasienten får med seg hjem og som etter pasientens samtykke kan arkiveres på apoteket for senere oppfølging eller oversendes fastlegen. Det dokumenteres hvis lege kontaktes og hva som eventuelt endres i legemiddelbruken på grunnlag av en slik kontakt.

Med utgangspunkt i pasientens behov menes det at det i størst mulig grad skal fokuseres på de spørsmålene pasienten har. Det skal være en oppklarende samtale for pasienten, ikke en enveis rådgivningssamtale fra farmasøyten. Dette vil sikre og styrke brukermidvirkningen i dette helsetiltaket.

Pasientens legemiddelbruk kan i tillegg til de reseptpliktige legemidlene være bruk av reseptfrie midler og naturmidler/naturlegemidler/kosttilskudd. Opplysninger om pasientens legemiddelbruk kommer fra tilgjengelige kilder, det vil si opplysninger fra pasienten selv, pasientens resepter, legemiddelhistorikk fra apotekets datasystem FarmaPro og eventuelt fra leger (fastlege, spesialister, sykehuslege) hvis pasienten samtykker til det. I FarmaPro registreres de reseptene en pasient henter ut fra det enkelte apotek. Opplysningene blir kun lagret lokalt og er ikke tilgjengelige for andre apotek.

Legemiddelsamtalens mål er at pasienten får innsikt i, blir trygg på og får bedre forståelse for egen legemiddelbruk. Pasienten skal få økt kunnskap om egne legemidlers bruksområde, deres effekt, hva som er riktig legemiddelinntak samt praktisk bruk av legemidlene. Pasienten skal ha mulighet til å diskutere opplevde problemer med egen legemiddelbruk. Målet er riktig legemiddelbruk, med best mulig nytte for pasienten og best mulig utnyttelse av samfunnets ressurser.

Det er viktig å poengtere at en legemiddelsamtale i apotek ikke skal inneholde noen klinisk vurdering av selve legemiddelbehandlingen.

Med ”Ved klinisk relevante spørsmål kontaktes legen” menes at farmasøyten kontakter legen der det er nødvendig med behandlingmessige avklaringer (relevante interaksjoner, behov for legemiddel i tillegg, unødvendig legemiddel og / eller uhensiktsmessige legemiddelvalg).

En legemiddelsamtale skal gi pasienten noe mer enn en vanlig reseptekspedisjon. Ved en reseptekspedisjon gjennomføres et kort møte mellom pasient og farmasøyt der det informeres om bruken av de utleverte legemidlene i tillegg til de tekniske oppgavene rundt ekspedisjonen. Reseptekspedisjon vil ikke inneholde en strukturert gjennomgang av alle pasientens legemidler og bruken av disse, men det vil gjøres rimelighetsvurderinger av forskrivningen i forhold til dose og eventuelt andre legemidler pasienten bruker. Reseptekspedisjonen er i utgangspunktet ikke tilrettelagt for mange utdypende spørsmål om legemiddelbruk.

3.1.3. Legemiddelprofil

En legemiddelprofil er en fullstendig oversikt over en pasients legemiddelbruk, på grunnlag av det som er ordinert av fastlege og eventuelt andre leger.

3.1.4. Legemiddelrelaterte problemer

Et legemiddelrelatert problem har vært definert på ulike måter. Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) har lagt mye arbeid i å få en felles forståelse av begrepet, og har anbefalt følgende definisjon: *A Drug-Related Problem is an event or circumstance involving drug therapy that actually or potentially interferes with desired health outcomes.* I Kirsten Viktils doktorgradsarbeide⁶ inngår en vurdering av ulike klassifiseringssystemer benyttet i forskjellige studier rundt om i verden. Hennes arbeid har resultert i ”Norsk konsensus om definisjon og klassifisering av legemiddelrelaterte problemer (LRP)”(vedlegg 2). I vårt prosjekt valgte vi å benytte denne klassifiseringen, og bearbeidet eksempler til det som oppleves i daglig apotekarbeide (vedlegg 3). Et legemiddelrelatert problem er definert som: *en hendelse eller et forhold i forbindelse med legemiddelbehandling som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt.*

Klassifiseringen er inndelt i 6 hovedkategorier:

Hovedkategori	LRP – definisjon
1. Legemiddelvalg	Manglende samsvar mellom legemiddelbruk og kliniske behov
2. Dosering	Ikke optimal dosering, doseringstidspunkt eller formulering
3. Bivirkning	Skadelig/uønsket legemiddeleffekt
4. Interaksjon	Interaksjoner med utilsiktede kliniske effekter
5. Avvikende legemiddelbruk	Bruk avviker fra ordinasjon mht legemiddel, dose, tidspunkt
6. Annet	

3.1.5. Reseptar og provisor

Det er to kategorier farmasøyter, universitetsutdannede cand. pharm / master i farmasi, og høyskoleutdannede reseptarer / bachelor i farmasi. De universitetsutdannede er autorisert som provisorfarmasøyter, mens høyskoleutdannede er reseptarfarmasøyter. I denne rapporten benyttes titlene provisor og reseptar om de respektive farmasøytkategoriene.

3.2. Rekruttering av farmasøyter

Prosjektet er et samarbeid mellom alle apotekgrupperingene, og farmasøyter fra alle grupperingene er representert. Arbeidsgruppemedlemmene fra hver av kjedene stod for rekruttering av farmasøyter i sin kjede, mens prosjektleder var ansvarlig for de uavhengige apotekene. Siden prosjektet hadde begrenset tid var det en fordel å få med farmasøyter som også tidligere har deltatt i prosjekter knyttet til legemiddelsamtaler, og /eller deltatt på etterutdanningskurs for opplæring i slike samtaler⁷. Dette var likevel ikke en forutsetning. Det ble ikke lagt begrensning i forhold til farmasøytkategori, både universitets- og høyskoleutdannende deltok.

3.3. Rekruttering av pasienter

De rekrutterte farmasøytene skulle invitere pasientene, men annet apotekpersonale kunne ta den første kontakten med pasienten og videreformidle kontakt med prosjektfarmasøyten. Antallet forespurte ble ikke registrert. Det skulle rekrutteres 150 pasienter fordelt på tre inkluderingskriterier (se kap.2.2.1). Det var ikke på forhånd bestemt hvor mange deltagere det skulle være for hvert inkluderingskriterium. Hver farmasøyt skulle gjennomføre 3-4 legemiddelsamtaler, og kun én samtale per pasient. Det var ikke rom for oppfølgingssamtaler innenfor prosjektet.

3.4. Legemiddelsamtalene

3.4.1. Opplæring av farmasøytene

Forberedelser til legemiddelsamtalene ble gjort ved én dags innføring i prosjektmetoden i begynnelsen av januar 2007. Her ble det blant annet avklart hvordan klassifiseringssystemet skulle forstås, og gitt eksempler på bruk av alle skjemaene i tilknytning til prosjektet. Det ble ikke gitt noe faglig oppdatering på området legemiddelbruk.

3.4.2. Muntlig og skriftlig informasjon / samtykke

Ved invitasjonen ble skriftlig informasjon utlevert sammen med en muntlig gjennomgang. Pasienten måtte samtykke til deltagelse i prosjektet, og til at farmasøyten kunne kontakte lege der det var nødvendig med behandlingsmessige avklaringer (relevante interaksjoner, behov for legemiddel i tillegg, unødvendig legemiddel og / eller uhensiktsmessige legemiddelvalg). Pasienter som ikke ønsket å samtykke til legekontakt kunne ikke delta i prosjektet. For å ivareta frivillighet rundt deltagelse fikk pasientene anledning til å lese gjennom informasjonen

i ro, ved ta den med seg hjem eller sette seg ned på apotekets informasjonsrom.

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv som kunne sendes til leger lokalt, og legene fikk der anledning til å kontakte farmasøyten hvis en av legens pasienter skulle ha spesielt behov for en slik samtale.

3.4.3. Avtaleinngåelse og timebestilling

Samtykke

Når pasienten aksepterte invitasjonen, ble skriftlig samtykke inngått og det ble avtalt tid for legemiddelsamtalen.

Prosjektskjema

De skjemaene som ble benyttet under prosessen ble merket med kundeID. Prosjektskjema ble fylt ut med pasientens alder og kjønn samt inklusjonskriteriet (vedlegg 4).

Oversikt over legemiddelbruk (legemiddelprofil)

Det ble etablert en legemiddelprofil i legemiddelsamtalskjemaet basert på opplysninger fra

- Pasienten
- Pasientens resepter
- FarmaPro (apotekenes datasystem) – historikk siste 6 måneder
- Eventuelt legen (etter pasientens samtykke)

Be pasientene skrive opp de legemidlene de har hjemme

Da det kan være vanskelig å huske alle legemidler man bruker ble pasienten oppfordret til å skrive opp det de hadde av legemidler hjemme og eventuelt ta med legemidlene til samtalen. Alternativt tilbød farmasøyten å ringe pasienten for å få denne oversikten før samtalen fant sted.

3.4.4. Forberedelser til legemiddelsamtalen

Gjennomgang av opplysninger før samtalen

Farmasøyten skulle gjøre en vurdering av mottatte opplysninger i forhold til

- Dobbeltekspederinger (generika / synonymer)
- Manglende ekspedering av legemidler
- Vanligste doseringer og interaksjoner

Opplysningene ble vurdert i forhold til LRP-klassifiseringens punkt 1,2,4 og 6.

Problemstillinger kunne eventuelt avklares med lege i forkant av samtalen.

3.4.5. Legemiddelsamtalen

Samtaleguide

Stikkord til samtalen finnes på samtalskjemaet (vedlegg 5). Samtalskjemaet består av

- Legemiddelprofilen
- Plass til farmasøytens vurderinger før samtalen
- Plass for kommentarer under samtalen
- Enkelte spørsmål angående bruk av doseringshjelpemidler, generika og overskuddslagre av legemidler

Opplysningene ble vurdert i forhold til LRP-klassifiseringens punkt 3 og 5.

Problemstillingene kunne eventuelt avklares med lege i forkant av samtalen.

Oppsummeringsskjema til pasienten

Pasienten fikk med et oppsummeringsskjema etter samtalen hvor eventuelle råd fra farmasøyten framkom. Pasienten kunne få med kopi av samtalskjemaet, og kopi av begge skjemaene kunne sendes fastlegen med pasientens samtykke. (vedlegg 6a og 6b)

3.4.6. Etterarbeid og oppfølging av samtalen

Dokumentasjon av eventuell intervensjon

Der lege ble kontaktet ble eventuell endring dokumentert i følge apotekets egne intervensjonsrutiner.

Oppbevaring av samtalskjema

Samtalskjema ble oppbevart i prosjektmappe gjennom prosjektperioden. Skjemaet skal makuleres hvis pasienten trekker tilbake samtykke og senest ved prosjektets slutt.

3.5. Hvilke kriterier skal legges til grunn for intervensjoner?

Farmasøytene skulle klassifisere legemiddelrelaterte problemer etter de seks hovedkategoriene i ” Norsk konsensus om definisjon og klassifisering av legemiddelrelaterte problemer” (kap.2.4).

Med utgangspunkt i konsensusforslaget ble det utarbeidet apotekeksempler på LRP og klassifisering av disse. I tillegg ble det bestemt følgende som felles retningslinjer:

- Der pasienten bruker to generika skal feilbruk-LRP kun registreres på en av dem
- En interaksjon skal kun registreres på det ene legemiddelet
- Avvik mellom hva lege har forskrevet og hva pasienten bruker er LRP nr.5
- Der forskrevet dose er forskjellig fra normalen velges LRP nr.2
- Feil håndteringsteknikk (eks. inhalasjonsteknikk) er LRP nr.5
- Dobbeltforskrivning av generika er LRP nr.1

3.6. Pasientevaluering

Evalueringsskjema og adressert og frankert konvolutt ble levert pasienten etter samtalen. Skjemaene var adressert til prosjektleder, og hvert skjema kun merket med pasientens KundeID (vedlegg 7).

3.7. Farmasøyteevaluering

Etter at samtlige samtaler var gjennomført svarte farmasøytene på en egen evaluering av prosjektet (vedlegg 8).

4. Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra samtalene, kundeevalueringene og farmasøyteevalueringene. Resultatene er organisert etter de fire hovedmålene.

4.1. Utføre legemiddelsamtaler med utvalgte pasientgrupper

4.1.1. Farmasøytene

Farmasøyter fra alle apotekkjedene og fra de frittstående apotekene deltok. Apotek fra hele landet, både store byer og små tettsteder var representert. Tabell 4.1.1 viser antallet og fordelingen.

Tabell 4.1.1 Antall apotek og farmasøyter fordelt etter apotekgruppering

Apotekgruppering	Antall apotek	Antall farmasøyter
Apotek1	7	10
Allianceapotek	5	9
Vitusapotek	11	11
Ditt Apotek	4	6
Frittstående apotek	3	3
Sum	30	39

Av farmasøytene var 13 reseptarer og 26 provisorer. Én av de 26 provisorene gjennomførte ingen samtaler. Omtrent halvparten (19 av 39) har eksamen fra de siste fem årene, mens de resterende har eksamen fra årene 1977 til 2000. Av de 19 nyutdannede er 14 provisorer.

4.1.2. Farmasøytenes kompetanse

Farmasøytene ble i sin evaluering spurt om grunnkompetanse, eksamensår, gjennomført videre- og etterutdanning og ønsker for etterutdanning relevant for gjennomføring av legemiddelsamtaler.

Av de 39 farmasøytene hadde tre provisorer gjennomført "Videreutdanning i apotekfarmasi VIA", én reseptar hadde økonomisk- administrativ utdanning, ni oppga annen tilleggsutdanning, dette var blant annet humanbiologi, kjemiingeniør, yrkespedagogikk, bioteknologi, sosialfarmasi og sosialantropologi. Kun fem av farmasøytene oppga at de ikke hadde gjennomført etterutdanningskurs. Fire av disse har eksamen fra 2006, den siste fra 2002.

Farmasøyter i begge utdanningsgruppene hadde gjennomført kurs som er aktuelle for legemiddelsamtaler (farmakologi, fysiologi, interaksjoner, legemiddelgjennomganger og kommunikasjon), men flere provisorer enn reseptarer har vært med på kurs om legemiddelgjennomganger og farmakologi. Flere reseptarer enn provisorer ønsker seg etterutdanningskurs innenfor de to temaene.

Tabell 4.1.2 Antall farmasøyter som gjennomførte samtaler, fordelt på utdanningskategori

Utdanningskategori	Antall farmasøyter	Antall samtaler	Antall samtaler per farmasøyt
Provisor	25	85	3,9
Reseptar	13	50	3,4
Samlet	38	135	3,6

4.1.3. Respondentene – samtalepasientene

Inkludering av pasienter

I løpet av prosjektperioden ble det gjennomført 135 legemiddelsamtaler etter invitasjon fra 39 farmasøyter på 30 apotek. Av pasientene i de 135 gjennomførte samtalene var 82 kvinner og 53 menn, inkludert etter tre fastsatte kriterier (tabell 4.1.3). Alle var over 18 år, og hadde selv samtykkekompetanse.

Tabell 4.1.3 Antall pasienter og deres alder fordelt etter inkluderingskriteriene

På hvilket grunnlag inviterte du pasienten til samtalen?	Totalt	Gjennomsnittalder	Aldersintervall
Pasienten er over 60 år og bruker 5 legemidler eller mer	65	73,7	61-89
Pasienten bruker legemidler mot hjerte-/karlidelser	53	65,3	31-92
Pasienten bruker legemidler mot lungelidelser	17	57,9	39-81
Totalt	135		

Det ble ikke registrert hvor mange pasienter som ble forespurt om samtale og takket nei.

Årsakene til at pasienter takket nei var:

- Føler ikke behov for en slik samtale
- Har ikke tid
- Får nok opplysninger fra lege
- Har ikke lyst
- Har ikke lyst etter å ha lest samtykkeskjema
- Kan fornærme legen

Pasientenes legemiddelbruk

Tabell 4.1.4 viser gjennomsnittlig antall reseptpliktige legemidler brukt av pasientene i hver inkluderingsgruppe. Alle tallene er basert på antallet reseptpliktige legemidler pasienten selv opplyser å bruke.

Tabell 4.1.4 Antall legemidler pasienten opplyser å bruke, fordelt på inkluderingskriteriene.

	Ant LM (intervall)	Gjennomsnitt
Pasienten bruker legemidler mot hjerte-/karlidelser	0-17	6,5
Pasienten bruker legemidler mot lungelidelser	3-14	7,6
Pasienten er over 60 år og bruker 5 legemidler eller mer	3*-16	8,2
Totalt		

* Ved inkludering av pasienter har farmasøytene forholdt seg til antall legemidler registrert i FarmaPro. Pasienten har likevel oppgitt å bruke færre.

I tillegg til de reseptpliktige legemidlene oppga pasientene sitt forbruk av reseptfrie legemidler og naturlegemidler/naturmidler/kosttilskudd.

Tabell 4.1.5 Antall pasienter som oppgir å bruke reseptfrie legemidler og/eller kosttilskudd/naturlegemidler i tillegg til reseptpliktige legemidler, samt gjennomsnittet av slik bruk.

	Pasienter som bruker reseptfrie legemidler		Pasienter som bruker kosttilskudd/naturmidler/naturlegemidler	
	Antall (prosent)	Gjennomsnitt ant. reseptfrie	Antall (prosent)	Gjennomsnitt ant. kost/natur
Pasienten er over 60 år og bruker 5 legemidler eller mer (n = 65)	34 (52)	1,7	44 (68)	1,9
Pasienten bruker legemidler mot hjerte-/karlidelser (n = 53)	21 (40)	1,4	28 (53)	2,4
Pasienten bruker legemidler mot lungelidelser (n = 17)	9 (53)	1,8	13 (77)	2,7
Sum (n = 135)	64 (47)		85 (63)	

4.1.4. Tidsbruk

Gjennomføring av en legemiddelsamtale består av fire trinn; timebestilling, forberedelser, samtalen og oppfølging. Totalt var dette stipulert til å ta 1 time og 30 minutter, hvor 30 minutter skulle være rammen for selve samtalen. I løpet av prosjektet ble det registrert hvor mye tid som gikk med til hvert av de fire trinnene.

Tabell 4.1.6 Tidsbruk på de fire trinnene i legemiddelsamtalen (minutter)

	Timebestilling	Forberedelser	Samtaler	Oppfølging
Gjennomsnitt	8	45	42	19
Median	5	40	40	15
Maks	40	120	90	60
Minimum	2	0	15	0

Tabell 4.1.7 Tidsbruk på selve samtalen

	Ant. samtaler	Provisor n = 85	Reseptar n = 50
<= 30 min	41	31 (36%)	10 (20%)
31-45 min	54	28 (33%)	26 (52%)
46-60 min	34	21 (25%)	13 (26%)
> 60 min	6	5 (6%)	1 (2%)

95 samtaler (70 %) ble gjennomført innenfor 45 minutter

Av de 39 farmasøytene mener 15 at 30 minutter er passe tid til gjennomføring av samtaler, mens 18 mener 40-45 minutter passer bedre. Seks deltagende farmasøyster ønsker 60 minutter.

Tabell 4.1.8 Tidsbruk forberedelser, samtale og oppfølging fordelt på utdanningskategorier

Utdanningskategori	Gjennomsnitt ant. minutter forberedelse	Gjennomsnitt samtalen	Gjennomsnitt oppfølging
Provisor	40	42	17
Reseptar	52	42	22
Samlet	45	42	19

Det var kun 3 som gjennomførte legemiddelsamtalen innenfor totalrammen på 1,5 timer. Mer en 90 prosent av pasientene mente at det var avsatt nok tid til samtalen.

4.2. Være problemløsende

4.2.1. Legemiddelprofil

For å få innsikt i om registreringene i FarmaPro gir nok opplysninger om pasientenes legemiddelbruk, ble følgende registrert:

- antall legemidler som var registrert siste 6 måneder
- antall legemidler registrert i FarmaPro og i bruk i dag
- antall legemidler pasienten selv oppgir å bruke

Tabell 4.2.1 viser en oversikt over antallet samtaler der det var samsvar mellom antall legemidler registrert brukt i FarmaPro og det antallet pasienten selv oppgir å bruke.

Tabell 4.2.1 Sammenheng mellom registrert og opplyst antall reseptpliktige legemidler

	Antall (prosent) N = 135
Antall samtaler hvor det var samsvar i antall reseptpliktige legemidler registrert i FarmaPro og det pasienten opplyser å bruke	78 (58 %)
Antall samtaler der det var registrert flere reseptpliktige legemidler i FarmaPro enn det pasienten opplyser å bruke	29 (21 %)
Antall samtaler der pasienten oppgir å bruk flere reseptpliktige legemidler enn registrert i FarmaPro	28 (22 %)
	135 (100 %)

Av de 135 deltagende pasientene opplyser 59 (44 %) at de benytter doseringseske, og tre pasienter får legemidlene sine pakket som multidose. Åttiåtte av pasientene har ikke noe problem med å huske legemiddeldosene sine, mens 29 glemmer doser månedlig eller sjeldnere og 9 glemmer å ta legemidler ukentlig.

4.2.2. Registrerte LRP – håndtering av disse

Legemiddelrelaterte problemer (LRP) er registrert etter klassifiseringsmetoden nevnt i kapittel 4.6. Kolonnen ”annen/ingen intervensjon” viser antallet LRP som er registrert, men som ikke har ført til endring i medikasjonen. Det er registrert LRP i 127 av de 135 samtalene, og totalt er det registrert 543 LRP. Det ble avdekket mellom 0 og 12 LRP i samtalene, gjennomsnittlig 4 LRP per samtale (median også 4). Antallet pasienter som hadde mellom 1 og 6 LRP var 105.

Tabell 4.2.2 Gjennomsnittlig antall LRP og antall legemidler hos deltagende pasienter inndelt etter aldersintervall

Fødselsårsintervall	Gj.snitt LRP	gj.snitt antall legemidler
1915-1924	3	8
1925-1934	5	8
1935-1944	4	7
1945-1954	4	8
1955-1964	5	8
1965-1974	5	5
1975-1984	4	1
Totalt	4	7

Tabell 4.2.3 Oversikt over antall LRP fordelt etter klassifiseringsnøkkelen, samt hvordan de ble håndtert.

	Antall LRP	Lege endret	Lege endret ikke	Endring etter farmasøytråd	Annen/ingen intervensjon
Legemiddelvalg	85	12	5	19	49
Dosering	75	6	1	39	29
Bivirkninger	169	17	9	19	124
Interaksjoner	72	5	15	10	42
Avvikende legemiddelbruk	105	9	6	35	55
Annet	37	2	3	7	25
Sum	543	51	39	129	324

Lege ble kontaktet for 90 LRP (tabell 4.2.3). Dette utgjør 16,9 prosent av de registrerte LRP'ene. Lege foretok endring for 51 LRP det vil si 57 prosent av tilfellene der lege ble kontaktet. Farmasøyten ga råd i forbindelse med 129 LRP (24 %).

324 av de 543 LRP (60 %) medførte ingen registrerte endringer eller legekontakt. Dette dreier seg i stor grad om potensielle LRP registrert før samtalen, uten at de nødvendigvis var problematisk for pasienten. Eksempler på LRP i gruppen "annen/ingen intervensjon" er vist i tabell 4.2.4.

Tabell 4.2.4 Eksempler på LRP i gruppen "annen/ingen intervensjon"

Legemiddelvalg:	Redusere mengde reseptfri ibuprofen og paracetamolbruk. Pasienten opplever manglende effekt av legemidler.
Dosering:	Dosering over eller under normalt, eller til annen tid av døgnet enn anbefalt.
Bivirkninger:	Vanlige, kjente og forbigående – munntørhet, hoste, kalde hender/føtter etc.
Interaksjoner:	Registrert mulige interaksjoner før samtale, ikke alltid opplevd av pasienten.
Avvikende legemiddelbruk	Spørsmål av en slik art at pasienten selv vil kontakte legen. Oppfordring til å bruke legemiddelet som legen har forskrevet.
Annet:	Pasienten opplever manglende oppfølging fra legen. Problemer knyttet til generisk bytte av legemidler. Generell informasjon om behandling.

Tabell 4.2.5 Utførte samtaler satt i sammenheng med LRP og kompetanse

	Antall	Antall samtaler	Antall LRP	Ratio LRP/samtaler
Provisor	25	85	355	4,2
Reseptar	13	50	188	3,8

Provisorene fant 355 LRP i sine 85 samtaler (4,2 LRP/samtale), mens tilsvarende tall er 188 LRP på 50 samtaler for reseptarer (3,8 LRP/samtale).

Tabell 4.2.6 Antall LRP avdekket, og hvordan disse er håndtert overfor legen, fordelt på utdanningskategori

	Provisor				Reseptar			
	ant. LRP	lege endret	lege endret ikke	Farmasøyt-råd	ant. LRP	lege endret	lege endret ikke	Farmasøyt-råd
Legemiddelvalg	53	7	5	9	32	5	0	10
Dosering	47	5	1	19	28	1	0	20
Bivirkninger	110	15	9	9	59	2	0	10
Interaksjoner	50	5	13	6	22	0	2	4
Avvikende LM-behandling	66	8	5	20	39	1	1	15
Annet	29	2	3	4	8	0	0	3
SUM	355	42	36	67	188	9	3	62

Lege gjorde endring for 42 av de 78 LRP oppdaget av provisor, og for 9 av de 12 LRP oppdaget av reseptarer.

En gjennomgang av hvilke LRP farmasøytene ringer til legen for, og legen velger å endre, er sammenfattet i tabell 4.2.7.

Tabell nr. 4.2.7 Eksempler på LRP det ble ringt til lege om, og lege vurderte annen behandling.

Legemiddelvalg:	Uheldig legemiddelvalg pga interaksjonsfare. Mangler legemiddel anbefalt i terapien. Valgt legemiddel er kontraindisert med annet legemiddel. Behandles med to like legemidler (eks Vival/Sobril).
Dosering:	Doseendring pga bivirkninger eller manglende virkning Pasient velger å bruke annen dosering enn forskrevet, lege endrer enten til faktisk bruk, eller insisterer på at pasient bør bruke som forskrevet (gjelder tilsvarende for "Avvikende legemiddelbruk").
Bivirkninger:	Simvastatin, Avandamet, Enalapril, Symbicort, Zyloric, Digitoxin og generelt ved blodtrykksbehandling.
Interaksjoner:	Zyloric/Triatec, Marevan/Q10.
Avvikende legemiddelbruk	Pasient velger å bruke annen dosering enn forskrevet, lege endrer enten til faktisk bruk, eller insisterer på at pasient bør bruke som forskrevet (gjelder tilsvarende for "Dosering").
Annet:	Lege kan reservere mot bytte av likeverdige legemidler, lege må vurdere alle pasientens legemidler.

Provisorene ga egenhendig råd for 67 LRP i de 85 samtaler, det tilsvarer 0,8 farmasøyt-råd per samtale. Reseptarene ga 62 råd i sine 50 samtaler, dvs 1,2 råd per samtale.

Tabell nr. 4.2.8 Oppsummering av type råd som ble gitt av farmasøyter i hver av klassifiseringsgruppene

Legemiddelvalg:	Bruk av naturlegemidler og kosttilskudd sammen med reseptpliktig. Ikke bruke legemidler etter de er seponert. Bruk av paracetamol i stedet for ibuprofen ved samtidig Marevan- bruk. Ikke bruke Dispril samtidig med Albyl-E.
Dosering:	Tablettinntak i løpet av døgnet i forhold til anbefalinger (Simvastatin om kvelden, vandrivende om morgen). Tablettinntak i forbindelse med måltider.
Bivirkninger:	Munntørhet Vanlige bivirkninger ved behandlingsstart som vanligvis går over. Munnskylling etter kortisoninhalasjoner
Interaksjoner:	Mellom reseptpliktige legemidler og reseptfrie
Avvikende legemiddelbruk	Råd om at legemidlene bør brukes slik lege har forskrevet. Ikke ta dobbelt dose av for eksempel Simvastatin hvis en dose er utglemt.
Annet:	Oppfordre til bedre blodsukkerkontroll. Råd om riktig oppbevaring av legemidler. Bruk av medisinsk utstyr (insulinpenn, blodsukkerstiks etc.). Generelle råd om legemiddelbruk – legemidler skal svelges hele, tas til mat etc.

4.3. Vurdere pasientens nytte av samtalen

4.3.1. Pasientens kunnskap om egen legemiddelbruk

Pasientene ble spurt om bruksområde for hvert av legemidlene de brukte, og det ble notert om bruksområdet var registrert på resepten (i FarmaPro). De 135 deltagerne brukte til sammen 1003 reseptpliktige legemidler (pasientenes opplysninger). Det er registrert bruksområde for 736 av disse 1003 legemidlene, 73,4 prosent. Tallene viser at 43 av de 135 pasientene (32 %) ikke kjenner til bruksområde for ett eller flere av sine legemidler.

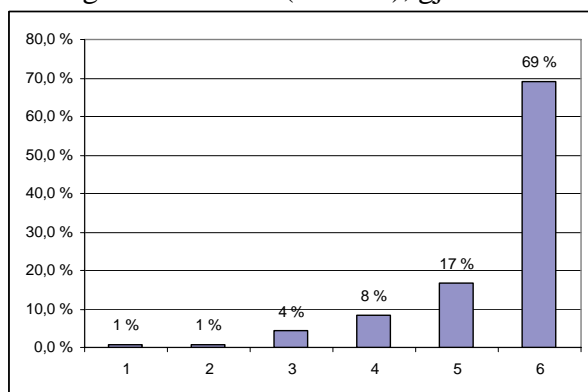
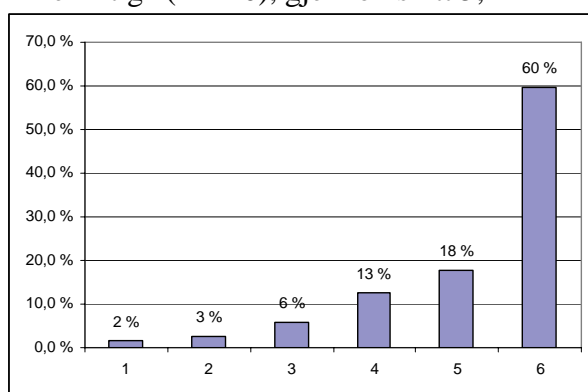
4.3.2. Pasientenes opplevelse av legemiddelsamtalene

Etter gjennomført samtale ble pasienten bedt om å svare på et evalueringsskjema om sin opplevelse av samtalen. Skjemaet hadde 12 spørsmål fordelt på 3 ulike kategorier. Det er innlevert 123 evalueringsskjemaer, hvorav ett ble forkastet, dermed er 122 tellende. Dette gir en svarprosent på 90,4.

Spørsmålene er formulert som påstander hvor pasienten krysser av på en skala fra 1-6 der 1 er helt uenig og 6 er helt enig.

Tabell nr 4.3.1 Gjennomsnittsscore fra pasientevalueringen

Spørsmål til pasientene	Gjennomsnittscore
Jeg opplevde legemiddelsamtalen som nyttig	5,6
Jeg har fått bedre oversikt og forståelse for min legemiddelbruk	5,4
Det vil nå bli lettere å bruke legemidlene mine riktig	5,1
Denne legemiddelsamtalen har gitt meg større trygghet rundt min legemiddelbruk	5,1
Jeg opplevde at farmasøyten har nødvendig kunnskap til å veilede om mine legemidler	5,7
Farmasøyten formidlet kunnskap om legemiddelbruk på en forståelig måte	5,7
Farmasøyten kunne svare på mine spørsmål om legemidlene og behandlingen	5,6
Det var satt av tilstrekkelig tid til gjennomføring av samtalen	5,6
Jeg mener at apotek er et egnet sted for slike samtaler	5,5
Jeg opplevde at nødvendig diskresjon ble ivaretatt under samtalen	5,8
Apotek bør ha legemiddelsamtaler som dette som et fast tjenestetilbud til sine pasienter	5,6

Figur 4.3.1 Fordeling av svar på spørsmålet ”Jeg har fått bedre oversikt og forståelse for min legemiddelbruk” (n = 120), gjennomsnitt 5,4**Figur 4.3.2 Fordeling av svar på spørsmålet ”Det vil nå bli lettere å bruke legemidlene mine riktig” (n=120), gjennomsnitt 5,1**

4.3.3. Farmasøytene evaluering

Det ble innlevert 39 av 39 mulige evalueringer fra farmasøytene. Evalueringsskjemaet var sammensatt av påstander som besvares på en skala fra 1-6 (6 = helt enig).

Farmasøytene ble spurt om det var lett å rekruttere pasienter (Påstanden: ”Det var lett å rekruttere pasienter til samtale”). Det var 19 av 39 (49 %) som var helt eller nesten helt uenig i denne påstanden. Farmasøytene ble også bedt om å beskrive kort hva de største utfordringene var rundt gjennomføringen av disse legemiddelsamtalene. Beskrevet flest

ganger var vanskeligheter med å rekruttere (21 av 39 farmasøyter), både det å finne pasientene og det å få tid til å invitere dem. I tillegg til rekrutteringen var største utfordring å få tid til gjennomføringen (20 av 39 farmasøyter).

På spørsmålet ”Jeg følte usikkerhet da jeg skulle besvare spørsmål pasienten stilte under samtalen” var scoren 2,4 i gjennomsnitt, og det var ingen forskjell mellom de to utdanningsgruppene. En score på 2,4 betyr for dette spørsmålet at de er nesten helt uenig i påstanden.

I prosjektet var et av målene å kunne si noe om farmasøytene kontakt med legene. Tabell 4.3.2 viser score for de to spørsmålene der dette ble behandlet.

Tabell 4.3.2 Gjennomsnittsscore for de to utdanningskategoriene på spørsmål knyttet til kontakt med legen (1 – helt uenig, 6 – helt enig)

	Gjennomsnittsscore	
	provisor	reseptar
Jeg har nok opplysninger og kunnskap til å diskutere legemiddelspørsmål med legen	4,9	4,1
Legen var positiv til å diskutere spørsmål om deres pasienters legemiddelbruk med meg	4,6	4

Tjueto av farmasøytene mener de ikke manglet opplysninger om pasienters legemiddelbruk, mens 15 svarte at de delvis manglet slike opplysninger.

Farmasøytene ble videre spurt om egen opplevelse av samtalen og hva pasientene synes om tilbudet.

Tabell nr 4.3.3 ”Opplevde du at pasientene var fornøyd med legemiddelsamtalene?”

	Totalt
Ja, veldig fornøyd	33
Ja, litt fornøyd	6
Ikke så veldig fornøyd	0
Nei, ikke fornøyd i det hele tatt	0
Totalt	39

Tabell nr 4.3.4 ”Tror du at legemiddelsamtalen var nyttig for pasientene?”

	Totalt
Ja, veldig nyttig	18
Ja, litt nyttig	21
Ikke så veldig nyttig	0
Nei, ikke nyttig i det hele tatt	0
Totalt	39

Tabell nr 4.3.5 ”Var DU fornøyd med legemiddelsamtalene?”

	Totalt
Ja, veldig fornøyd	19
Ja, litt fornøyd	19
Ikke så veldig fornøyd	1
Ikke fornøyd i det hele tatt	0
Totalt	39

Tabell nr 4.3.6 "Synes du legemiddelsamtale er et godt tilbud til pasienter i apoteket?"

	Totalt
Ja, et veldig godt tilbud	30
Ja, et litt godt tilbud	9
Ikke så veldig godt tilbud	0
Nei, ikke godt tilbud i det hele tatt	0
Totalt	39

4.4. Vurdere kostnadseffektivitet i et helhetsperspektiv

4.4.1. Betalingsvillighet

I pasientevalueringen ble det spurt om vilje til å betale for tjenesten "Legemiddelsamtale". Av de 122 pasientene som besvarte evalueringen mente 66 at de gjerne selv kunne betale litt for tjenesten, 51 ønsket ikke betale selv for dette, og 5 svarte ikke på spørsmålet.

Tabell 4.4.1 Betaling for tjenesten

Kroneintervaller	Antall pasienter
30 - 80 kroner	4
100 - 150 kroner	26
200 - 300 kroner	12
350 - 500 kroner	3
1000 kroner	3
Ingen konkret sum	18
Sum	66

Av de 51 som ikke selv ønsket å betale for en slik tjeneste oppga 12 en grunn for dette. Av disse 12 var det flere som mente at tjenesten burde være gratis for pensjonister, storforbrukere av legemidler og apotekets faste pasienter. Flere synes medisinen er dyr nok og at denne tjenesten burde vært med i prisen de betaler for legemidlene.

4.4.2. Bruk av generiske legemidler

Av samtalepasientene var det 81,5 prosent som hadde opplevd bytte mellom generisk likeverdige legemidler (110 av 135). Av disse 110 var det 39 som oppga at generisk bytte av legemidler er / har vært problematisk. Disse 39 har krysset av eller opplyst om hva som er problematisk (noen har angitt mer enn en årsak).

Tabell 4.4.2 Oppsummering av hva som oppleves vanskelig ved bytte mellom generisk likeverdig legemidler

	Antall
Tablettenes utseende	5
Sammenblanding av navn	16
Opplevde bivirkninger	9
Opplevde dårligere effekt	6
Annet*	5
Sum	41

* Tabletter har vond smak, svelgeproblemer, usikker om man tåler tablettenes, stoler ikke på at det er det samme man har fått før og at man vil ha det legen har skrevet.

4.4.3. Forståelse for samfunnets legemiddelutgifter

For å kunne si noe om pasientenes holdninger til og forståelse av samfunnets legemiddelutgifter ble det stilt spørsmål om deres forhold til å kaste legemidler: "Har du noen gang kastet, eller returnert til apotek legemidler du har fått utlevert?" Av de 135 svarte 98 ja, mens 36 svarte nei (1 svarte ikke). Spørsmålet ble fulgt opp med et "hvis ja, hvorfor", og det

ble besvart med at 78 hadde sluttet å bruke legemiddelet (58 %), 39 (29%) hadde opplevd at legemidlene ble for gamle og 9 (7 %) hadde fått utlevert for mye. Ingen hadde fått utlevert dobbelt opp (original- og generiske legemidler).

De ble videre spurt om holdninger til det å kaste legemidler: "Å kaste legemidler er vanskelig fordi det går utover egen økonomi, miljøet eller samfunnets ressurser." Femten av de 135 respondentene (11 %) synes det var vanskelig fordi det gikk utover egen økonomi, 34 mente det gikk ut over miljøet (25 %), mens 32 synes det er vanskelig fordi det går utover samfunnets ressurser (24 %). Ikke alle besvarte dette spørsmålet, og noen oppga mer enn én grunn.

5. Diskusjon

5.1. Legemiddelsamtaler med utvalgte pasientgrupper

På begynnelsen av 1990-tallet var det i farmasøytiske miljøer mye diskusjoner om farmasøytisk omsorg og farmasøytenes mulighet til å bidra for å øke sikkerheten rundt legemiddelbruk. Hepler og Strands artikkel "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care" fra 1990⁸ omtaler dette. I løpet av de siste 15 årene har det vært gjennomført prosjekter^{9,10} der farmasøytisk omsorg (pharmaceutical care) har vært i sentrum.

Farmasøyter har hatt fokus på god legemiddelinformasjon, men det har vært begrenset til en kort dialog over skranken om de legemidlene som leveres ut i det enkelte tilfellet. Det har ikke vært noen arena der en pasient kunne sette seg ned og snakke uforstyrret om legemiddelbruken, verken i apoteket eller hos legen. En legekonsultasjon på rundt 15 minutter vil ofte være for kort til at pasienten får stilt sine spørsmål. Det er også en kjensgjerning at man i øyeblikket sammen med legen enten ikke tør eller ikke husker på å stille spørsmålene man har. En strukturert legemiddelsamtale i apotek representerer en løsning på et udekket behov. Formålet vil være å diskutere praktisk bruk av legemidlene med utgangspunkt i de problemene pasienten selv opplever. Legemiddelsamtalen vil i så måte være et supplement til den kliniske vurderingen av legemiddelbehandlingen som legen utfører.

5.1.1. Farmasøytene

Prosjektet er et samarbeid mellom alle apotekgrupperingene, og det var et ønske i prosjektet å få med farmasøyter fra alle typer apotek. Samtidig var det begrenset tid til opplæring i forbindelse med prosjektet slik at vi så det som en fordel om flere av farmasøytene hadde deltatt i tilsvarende prosjekter tidligere i regi av VETT (Avdeling for videre- og etterutdanningen, Farmasøytisk institutt) eller Apoforsk (Institutt for apotekforskning), Vitusapotek eller Apotek1 eller på sykehusapotek. De utvalgte farmasøytene er derfor ikke tilfeldig valgt og er ikke representative i så måte for farmasøytene i landet. Likevel representerer de ulike apotek, det er storbyapotek, apotek i tilknytning til sykehus/medisinsk senter, småbyapotek og apotek i bygder. Apotekene er også fordelt over hele landet.

For å gjennomføre legemiddelsamtaler må farmasøyten ha gode kommunikasjonsevner i tillegg til god faglig bakgrunn. Farmasøytene må også være komfortabel med en dialogsituasjon alene med en pasient. Det daglige arbeidet til farmasøyter i apotek gir trening i denne pasientkommunikasjonen. Det som er nytt med legemiddelsamtalene er den strukturerte metoden for gjennomføring og at det dreier seg kun om legemidlene. Når pasienten er hos legen vil det være flere temaer oppe til diskusjon, og legen vil danne seg et totalbilde av behandlingen og behandlingsmålene. I en slik situasjon vil det ikke nødvendigvis bli fokusert på den praktiske bruken av legemidlene. I helsetjenesten har det vært mye snakk om samarbeide mellom helseprofesjonene, og legemiddelsamtale i apotek vil være et tiltak som ivaretar en tjeneste som per i dag ikke blir utført. Farmasøytens kompetanse blir trukket med i pasientoppfølgingen i tillegg til legens kliniske vurdering og behandling av pasienten. En anerkjennelse av farmasøytens bidrag vil kunne medføre et godt samarbeid mellom helseprofesjonene til pasientens beste.

Andre fagmiljøer uttrykker skepsis til at farmasøyter og apotekbransjen skal gjennomføre legemiddelgjennomganger i apotek. Jørund Straand trekker blant annet fram i en leder i Legeforeningens tidsskrift¹¹ at å bruke farmasøyter til en gjennomgang kun basert på pasientens legemiddelopplysninger, uten å kjenne pasienten spesielt godt, vil føre til at man taper den kliniske og individuelle vurderingen. Han mener også at en legemiddelgjennomgang

bør bygges inn i den kliniske virksomheten der pasienten er, gjerne i et samarbeide mellom lege og farmasøyt, slik at også legen får kontinuerlig læring.

Selvsagt kan Straand ha rett i at leger bør bruke mer krefter på helhetlig legemiddelvurdering for sine pasienter. Farmasøytens oppgave vil være å sette fokus på pasientens praktiske bruk av legemidlene og dermed utfylle legens vurderinger. Dette kan løses ved hjelp av strukturerte legemiddelsamtaler i apotek.

I British Medical Journal (BMJ) har det vært trykket artikler om studier innenfor feltet legemiddelgjennomganger i Storbritannia, senest i april 2007¹². I denne artikkelen kritiseres farmasøytene for å gi informasjon om ting pasienten gir uttrykk for allerede å vite. Farmasøytene er lite lydhøre, og det er ikke lagt til rette for at pasientens spørsmål er sentrale. Farmasøyten gir også råd der pasienten ikke selv ber om det.

Studien viser viktigheten av å sette rammer rundt tjenestetilbudet, og være bevisst på at utgangspunktet skal være pasientens egne spørsmål om legemiddelbruken.

5.1.2. Farmasøytene kompetanse

I dette prosjektet har både reseptarer og provisorer deltatt. Forskjellen i utdanningen til disse faggruppene går i stor grad ut på dybdekunnskap i de ulike fagene. Universitetsutdanningen inneholder totalt 80 studiepoeng i fag innenfor fysiologi, biokjemi, farmakologi og legemiddelbruk, mens tilsvarende for høyskoleutdanningen er på rundt 50 studiepoeng. Høyskoleutdanningen er også kjent for å være mer praktisk rettet enn den mer teoretiske universitetsutdanningen. I vanlig apotekarbeid gjennomfører begge gruppene farmasøyter de samme arbeidsoppgavene, men provisorene kan i tillegg blant annet bli apoteker. Likhetene i arbeidsoppgavene gir begge gruppene erfaring i pasientbehandling, og de er begge godt forberedt til å lære pasientene riktig legemiddelbruk. Vårt prosjekt viser at begge utdanningsgruppene avdekker legemiddelrelaterte problemer og finner løsninger på slike. Det er ikke grunnlag for å si at det innenfor denne gruppen farmasøyter er noe stor forskjell i de resultatene de oppnår.

Fra spørsmålene om gjennomført og ønsket videre- og etterutdanning ser vi at provisorene i større grad enn reseptarene har gjennomført kurs innenfor temaområdet legemiddelgjennomgang/samtaler, samtidig med at reseptarene i større grad enn provisorene uttrykker ønske om å få slik videre- og etterutdanning.

5.1.3. Respondentene – samtalepasientene

I utlysningsteksten for søknad om prosjektmidler fra Sosial- og helsedirektoratet ble det sagt at midler gis til prosjekter med formål å utføre legemiddelgjennomganger med utvalgte pasientgrupper. I vår studie, hvor pasienter skulle inkluderes i apotek, var det nødvendig å kunne avgrense antall potensielle pasienter. Vi ønsket å inkludere eldre som ordnet med legemidlene sine selv, og som også brukte flere legemidler. I tillegg ville vi ha med pasienter som brukte legemidler mot kroniske lidelser, uavhengig av pasientens alder. Dette er bakgrunnen for de valgte tre inkluderingskriteriene i vårt prosjekt. Antallet legemiddelrelaterte problemer (LRP) vil kunne øke ved bruk av flere legemidler, blant annet ved at det kan være økt fare for interaksjoner, flere bivirkninger, vanskeligere å huske alle legemidlene og så videre. Det er vist i studien til Kirsten Viktil⁶ at det er en lineær sammenheng mellom antall legemidler og antall LRP.

De pasientene som ble inkluderte tilfredsstilte ett eller flere kriterier, men ble registrert ut fra det kriteriet som var tydeligst for farmasøyten. I tillegg var pasientene over 18 år og hadde selv samtykkekompetanse. Dette utelukket foreldre som ønsket gjennomgang av sine barns legemidler og pårørende som ønsket gjennomgang av legemidler til sine eldre familiemedlemmer.

Det var ikke satt noe mål på hvor mange pasienter det skulle være i hver inkluderingsgruppe, eller lagt noen føringer for om samtaler med de ulike pasientgruppene skulle håndteres forskjellig.

Det var ingen annen informasjon om prosjektet i apotekene enn den farmasøytene selv ga til mulige pasienter. Det ble laget informasjonsbrosjyre (vedlegg 9) og informasjonsskriv om prosjektet samt en samtykkeerklæring (vedlegg 6b). Pasientene måtte derfor ta i mot en direkte invitasjon og kunne ikke selv vurdere et tilbud eller melde egen interesse. En slik begrensning kan være medvirkende årsak til at det var noe vanskelig å rekruttere deltagere.

Underveis i gjennomføringen har farmasøytene kommet med tilbakemeldinger om at det har vært vanskelig å rekruttere pasienter. Inkluderingskriteriene skulle være vide nok til et godt rekrutteringsgrunnlag, og problemene har mer vært å sette av tid til rekrutteringsarbeidet. De som takket nei oppga følgende årsaker: de ikke følte behov, hadde ikke tid eller lyst, fikk nok opplysninger fra legen og ønsket ikke "å fornærme" legen ved å snakke med andre om legemidlene.

Selv mener farmasøytene at dette vil bli helt annerledes hvis denne tjenesten er en form for "offentlig tjeneste", som et fast tilbud til pasientene, og dermed mer kjent.

Farmasøytene skulle ikke registrere antall pasienter de forespurte om deltagelse, men ble i etterhånd bedt om å angi omtrent hvor mange som hadde takket nei til samtale. Totalt ble omtrent 560 personer invitert til samtale og omtrent en fjerdedel takket ja. Fem av farmasøytene stod for invitasjon av ca 200 personer, og gjennomførte 13 samtaler, mens de resterende 34 inviterte rundt 350 personer og gjennomførte 122 samtaler (ca 35 prosent deltagelse). Siden det på forhånd ikke var lagt noen føringer for hvordan invitasjonen skulle gjennomføres, og det heller ikke ble gitt kriterier for hvordan farmasøytene i etterkant skulle telle de som ble invitert er det derfor ikke mulig å benytte dette tallet til å si noe om hvor stor andel av pasientene som seriøst har vurdert tilbudet. Av denne grunn er det heller ikke mulig å benytte prosjektets resultater til å generalisere for en større del av befolkningen.

Vi har ikke i denne sammenheng koblet resultatene i forhold til apotekenes plassering i by eller bygd. Det er derfor ikke noe grunnlag til å si om det er forskjeller her. En av farmasøytene har ikke fått gjennomført noen samtaler. Farmasøytene arbeider på et apotek tilknyttet en privat helseinstitusjon (sykehus/poliklinikk). Pasientene som besøker dette apoteket gjør det stort sett etter utskrivning etter behandling, og er ikke faste brukere av apoteket. Dette kan være en mulig årsak til at ingen takket ja til å komme igjen for en legemiddelsamtale ved dette apoteket.

De deltagende pasientene brukte i gjennomsnitt nær 7,5 reseptpliktige legemidler (se tabell 4.1.4). Omtrent halvparten av pasientene brukte reseptfrie legemidler og 63 prosent brukte kosttilskudd eller naturlegemidler/naturmidler regelmessig i tillegg (tabell 4.1.5).

Farmasøytene har gitt informasjon om mulige interaksjoner ved bruk av reseptfrie legemidler sammen med de reseptpliktige, for eksempel ibuprofen og Marevan, samt ved bruk av naturlegemidler sammen med reseptpliktige legemidler. Slike problemstillinger er vanskelig å fange opp i vanlig ekspedisjonsarbeid, da reseptfrie legemidler ikke nødvendigvis kjøpes sammen med de reseptpliktige.

Pasientene skulle få med seg hjem en oppsummering av samtalen der løsningsforslag for LRP ble anført (vedlegg 10). Skjemaet er benyttet i nær alle samtaler, men det er ulik kvalitet på den informasjonen som er skrevet på skjemaene. Skal et slikt oppsummeringsskjema være nyttig bør det være mer strukturert enn det som ble benyttet i dette prosjektet.

5.1.4. Tidsbruk

Totalt ble det stipulert at en legemiddelsamtale med timebestilling, forberedelser, samtale og etterarbeid skulle ta 1 time og 30 minutter, hvorav samtalen alene skulle ta 30 minutter. Tre samtaler ble gjennomført innen tidsrammen på halvannen time. 85 legemiddelsamtaler tok lengre tid, 47 kortere. Forberedelsene ble i gjennomsnitt gjort på 45 minutter og samtalene på 42 minutter. Medianverdiene til begge disse er 40 minutter, og siden median og gjennomsnitt ikke avviker mye fra hverandre er det ikke store ekstremverdier som trekker resultatet i den ene eller andre retningen. Under oppfølging er det kun registrert den tiden som gikk med til pasientoppfølgingen, det farmasøytene skulle registrere til prosjektet kommer i tillegg. Farmasøytene brukte med andre ord betydelig lenger tid enn stipulert, men i forbindelse med prosjektet skulle det registreres flere opplysninger enn det skal gjøres i en etablert tjeneste. Når en tjeneste som dette blir vanlig vil farmasøytene få trening i å avgrense samtalene, og mer erfaring vil redusere behovet for mye tid til forberedelser. Vi vil derfor anta at samtalene i framtiden vil kunne avholdes innenfor en tilsvarende ramme.

Av tabell 4.1.9 ser vi at de to utdanningskategoriene bruker omtrent like lang tid på samtalen og oppfølgingen, men reseptarene bruker relativt lengre tid på forberedelser (52 mot 40 minutter). Dette er muligens et resultat av ulikt kompetansenivå i de to farmasøytgruppene.

Pasientene ga i sine evalueringer uttrykk for at det var avsatt tilstrekkelig tid til samtalen. Dette er likevel et resultat det er vanskelig å bruke da det i de aller fleste tilfellene faktisk ble brukt mer tid enn egentlig stipulert. Det var ingen som kommenterte at legemiddelsamtalen tok for lang tid.

5.2. Problemløsende

5.2.1. Registrerte LRP – håndtering av disse

Registrering av LRP er en utfordring fordi det er vanskelig å få det helt objektivt. Klassifiseringen som er benyttet er en relativt grov inndeling av ulike problemer. En gjennomgang av legemiddelsamtalskjemaene viser at de aller fleste har registrert de LRPene de avdekker under riktig kategori, men det er ikke gjort en etterprøving av alle disse registreringene. I hvilken grad farmasøytene forstår og intervensjoner likt i forhold til legemiddelrelaterte problemer er ikke kjent, men Institutt for apotekforskning – Apoforsk gjennomfører for tiden et prosjekt hvor de foretar en slik validering.

Det ble registrert 4 LRP/per samtale. Vi har registrert og talt med mulige LRP som ble oppdaget under forberedelser til samtalen selv om disse ikke ble verifisert som et problem av samtalepasienten. Derfor ser vi et høyt antall registreringer hvor det ikke nødvendigvis er gjort noen tiltak. I ”Skåneundersøkelsen”¹³ ble det gjennomført legemiddelgjennomganger for 127 pasienter på 33 alder- og sykehjem. Der ble det funnet 832 LRP og helseproblem knyttet til legemidlene, noe som gir 6,5 problemer per pasient. I Viktils materiale ble det registrert rundt 2 pasientrelaterte LRP (R-DRP), og 2,6 medisinske LRP (M-DRP), 81 prosent av pasientene i studien hadde R-DRP. Selv med registrerte LRP som ikke nødvendigvis krevde tiltak, er antallet avdekte LRP i vår studie på linje med andre studier.

Kirsten Viktil⁶ viser i sin doktoravhandling at antall LRP øker liniært med antall legemidler. Våre tall kan ikke si noe om at antallet LRP er økende med alder eller antall legemidler. Til det er vårt materiale for lite.

Instruksene for registrering under ”endret etter farmasøytråd” har ikke vært helt klare, og vi ser at samme type reaksjon har vært registrert enten under dette punktet eller under kategorien ”Annen/ingen intervensjon” (se tabell 4.2.3).

Når vi ser på hva farmasøytene konkret ga råd om, og når de kontaktet lege (tabell 4.2.6 og 4.2.7) ser vi at farmasøytrådene i stor grad dreier seg om å forklare hvorfor det er riktig og viktig å bruke legemiddelet som legen har gitt beskjed om. Videre er det registrert vanlige og forbigående bivirkninger (munntørrehet, hoste, kalde hender/føtter), og råd om å ta dette opp med lege hvis det ikke gir seg eller er svært ubehaglig. Farmasøytene har kontaktet lege i situasjoner der det kan være mulighet for interaksjoner, der det mangler et legemiddel i forhold til anbefalt terapi og der pasienten har fått behandling med to like legemidler. Ved noen anledninger har pasienten selv endret dosering, og farmasøyten har diskutert med lege om pasienten skal tilbake til doseringen legen har rekvirert, eller kan fortsette med den han/hun har valgt selv. I tillegg har noen av legekontaktene vært angående vanskeligheter med generisk bytte, og informasjon om legens mulighet til å reservere seg mot bytte. Av disse resultatene ser vi at lege er kontaktet der det er behov for behandlingsmessige avklaringer, mens farmasøyten selv har tatt seg av de praktiske rådene.

Begrepet compliance brukes om samsvaret mellom legens ordinasjon og pasientens bruk av et legemiddel. En pasient er non-compliant hvis vedkommende ikke bruker legemiddelet som han/hun skal eller bør. Årsakene til non-compliance er ofte at pasienten bruker mange legemidler, og gjerne i mange doser i løpet av dagen. I tillegg er compliance avhengig av pasientens kunnskap om legemiddelet og egen nytte av å ta dette. Det kan ligge trivielle problemer bak hvorfor pasienten ikke tar legemiddelet, det kan være at de glemmer det, har svelgeproblemer eller ikke klarer å åpne tablettboksene. Det kan også skyldes at pasienten selv velger ikke å ta legemiddelet. Pharmakon AS har i sin Evidensrapport nummer 9 fra 2005 samlet erfaringene fra andre studier, og konkluderer med at farmasøytiske omsorgsprogrammer gir bedre compliance¹⁴.

5.2.2. Legemidler registrert i FarmaPro

I prosjektet skulle vi se på i hvilken grad den informasjonen apoteket hadde i sitt datasystem (FarmaPro) om pasientens legemiddelbruk var fullstendig. Folkehelseinstituttet (FHI) kan hente ut tall som beskriver apoteklojaliteten fra Reseptregisteret. Disse tallene viser at i underkant av halvparten av de som har hentet 5 resepter eller flere i 2005 benyttet kun ett apotek. Apoteklojaliteten er lavest i Oslo, og høyest i Finnmark. Sannsynligheten for at et apotek har fullstendig oversikt over pasientenes legemiddelbruk må derfor antas å være lav¹⁵.

I Legemiddelmeldingen¹ fikk Folkehelseinstituttet i oppgave å utforme krav til, og koordinere et pilotprosjekt for, legemiddelprofilen med utgangspunkt i de opplysningene som allerede registreres ved reseptekspedisjoner i apotek. Ønsket var å kunne etablere en fullstendig legemiddelprofil som både speiler det pasienten har fått forordnet av legemidler, og det vedkommende har hentet ut fra apoteket. En slik fullstendig profil ville være nyttig i pasientbehandlingen og i dialog mellom lege og pasient. En legemiddelprofil vil også være hensiktsmessig ved legemiddelsamtaler blant annet i apotek. FHI skulle gjennomføre pilotprosjektet i samarbeid med Apotekforeningen, farmasøytiske profesjonsorganisasjoner, pasientorganisasjoner og Legeforeningen. Det har vært avholdt et møte angående dette (30. nov. 2006), og FHIs konklusjon etter møtet var blant annet å vente på erfaringene fra de prosjektene med legemiddelgjennomganger / legemiddelsamtaler som allerede er i gang. De igangsatte prosjektene forholder seg til ulike former for legemiddelprofiler, og det vil være nyttig med erfaringene fra disse prosjektene før man vurderer å igangsette et pilotprosjekt om legemiddelprofiler alene. Det er derfor ennå ikke definert hva en legemiddelprofil skal være, eller hvor den skal finnes.

Vi har forsøkt å undersøke i hvilken grad FarmaPro gir en fullstendig legemiddelprofil ved å sammenligne det antall reseptpliktige legemidler som var registrert og fortsatt i bruk av pasienten, og det antall legemidler pasienten selv opplyste å bruke. Det er ikke gjort noen kvalitativ sammenligning av hvilke legemidler som er registrert, kun en opptelling. Dette tallet samsvarte for 58 prosent av pasientene (tabell 4.2.1). For de resterende pasientene var

det for halvparten registrert flere enn de faktisk brukte, og for den andre halvparten var det registrert færre enn de faktisk brukte. Disse tallene viser at FarmaPro i det enkelte apotek ikke gir fullstendig oversikt over en pasients legemiddelbruk. Farmasøytene trenger pasientens opplysninger i tillegg for å utarbeide legemiddelprofilen. Farmasøytene kontaktet ikke fastlegene i forkant av samtalen for å få opplysninger til legemiddelprofilen. Det er usikkert om FarmaPro og pasientens egne opplysninger gir et totalbilde av hva pasienten skal bruke, men det er stor sannsynlighet for at det gir et bilde av hva pasienten faktisk tar av legemidler.

Til tross for at det ikke er gitt at legemiddeloversiktene er fullstendig, er det avdekket mange LRP (totalt 543), og lege har endret legemiddelbehandlingen i ca 10 prosent av tilfellene (49 LRP). I tillegg har farmasøytene gitt mange råd og mye veiledning om riktig legemiddelbruk. Pasientene uttrykker stor tilfredshet med samtaler, og sier at disse har gjort dem mer trygge på egen legemiddelbruk. Det er derfor rimelig å anta at en legemiddelsamtale er nyttig for pasienten selv om man ikke har noen garanti for at legemiddelprofilen er fullstendig.

5.3. Vurdere kundens nytte

Et av målene for prosjektet var å se om en slik legemiddelsamtale ville gi pasienten bedre oversikt og innsikt i egen legemiddelbehandling. I den forbindelse ble pasienten spurt om legemidlenes bruksområde, og det ble registrert om bruksområder var skrevet på reseptene. Så mange som en tredjedel kjente ikke til bruksområdene for alle sine legemidler, mens det var skrevet bruksområde på resepten for 73 prosent av legemidlene. En undersøkelse fra 2004 vedrørende forskrivningsfeil¹⁶ viste at bruksområde manglet for 39 prosent av ordinasjonene på 4667 undersøkte ordinasjoner. Resultatene fra vårt prosjekt viser med andre ord et betydelig bedre resultat enn undersøkelsen fra 2004. Forskjellene kan skyldes at i studien fra 2004 ble alle innleverte resepter registrert, mens i vår studie var det eldre pasienter med mange legemidler samt pasienter med kroniske lidelser som var med. En mulig forklaring kan være at legene er mer nøye med slik informasjon til disse legemiddelbrukerne.

Pasientenes evaluering av tjenesten var veldig positiv, med gjennomsnittsscore på over 5 for samtlige påstander på en skala 1-6 der 6 var "helt enig". Laveste score var 5,1 på spørsmål om det ville bli lettere å bruke legemidlene riktig og om samtalen har ført til økt trygghet rundt legemiddelbruken. Pasientene fikk utlevert evalueringsskjemaet sammen med frankert og adressert konvolutt direkte etter samtalen, og de kunne selv velge om de ville ta med skjemaet hjem før de svarte. Evalueringen viser at alle deltagende pasienter var svært fornøyde, og at de gjerne ser at en slik tjeneste blir et fast apotektilbud.

Farmasøytene ble sendt prosjektledelsen etter at alle samtaler var gjennomført. Farmasøytene ble blant annet spurt om hvordan de selv opplevde legemiddelsamtalene, og hvordan de følte at pasientene opplevde samtalen. Alle mente at pasientene var veldig fornøyd eller litt fornøyd, alle mente samtalen var veldig nyttig eller litt nyttig for pasienten og alle var veldig fornøyd eller litt fornøyd selv. På spørsmål om de synes legemiddelsamtaler er et godt tilbud til pasienter i apoteket, er 30 enig i at det er et veldig godt tilbud, mens ni mener det er et litt godt tilbud. Disse farmasøytene sier med andre ord at de gjerne ønsker legemiddelsamtaler som en del av apotekenes tjenestetilbud.

5.4. Økonomiske betraktninger

I tildelingsbrevet fra Sosial- og helsedirektoratet ble vi spesielt bedt om å se på økonomiske konsekvenser og nytte av legemiddelgjennomganger i apotek. Prosjektet har ikke hatt rom for oppfølgingssamtaler med pasientene, og det har dermed ikke vært mulig å se om foreslåtte endringer fra lege eller farmasøyt har vært fulgt. Et par av farmasøytene har meldt inn til prosjektleder at pasienten har kommet tilbake og fortalt hva samtalen har resultert i.

En slik tilbakemelding er:

"Har i samtale med pasienten fått vite at hun har fått endret 2 legemidler som følge av vår legemiddelsamtale. Hun har hatt bivirkninger bl.a. som hårravfall og ankelødem.

Hun går nå tilbake til Aprovel fra Coaprovel, og tilbake til Aeries fra Loratadin. Hun kunne også fortelle at hun etter samtalen vår hadde begynt å ta Metformin til mat istedenfor før mat. Diaréen hun var plaget med om formiddagen var borte/mye bedre.”

En annen historie er:

”Fikk akkurat vite at min første samtale har båret frukter! Du vet jeg hadde en kjempejobb der med å rydde opp i hans legemiddelregime. Han har nå fjernet det medikamentet som sannsynligvis ga han urinsyregikt, og gått opp i styrke på en av de andre blodtryksmedisinene istedet. Dette ser bra ut!”

Mest sannsynlig fører disse tilfellene til lavere kostnader for samfunnet, uten at materialet gir oss grunnlag for å tallfeste dette. Det er klart at det medfører færre problemer for pasienten, og er dermed et bidrag til riktigere legemiddelbruk. Kanskje har samtalen ført til at disse pasientene vil spørre mer om legemidlene sine også i framtiden, og dermed oppnå riktigere legemiddelbruk.

5.4.1. Betalingsvillighet

I kapittel 4.4.1 omtales pasientenes betalingsvillighet for en tjeneste som dette. Mange mente det er greit å betale noe selv, andre synes dette skulle være en del av det som allerede betales for legemidlene. Hvis alternativet til en legemiddelsamtale i apotek ville være en konsultasjon hos legen vil pasienten selv og det offentlige få utgifter til gjennomførelsen. Det er derfor nærliggende å vurdere om legemiddelsamtaler i apotek kan underlegges samme type finansieringsordning som en legekonsultasjon.

5.4.2. Generikabruk

Vi har ikke avdekket dobbeltbruk av original- og generiske legemidler i prosjektet. Det nærmeste vi kommer er en pasient som bruker Vival og Sobril, begge beroligende legemidler, og pasienter som bruker beroligende og sovetabletter sammen. I løpet av samtalen skulle farmasøytene stille noen spørsmål om bytte mellom generisk likeverdige legemidler. Disse resultatene finnes i kapittel 4.4.2. Sammenblanding av navn opplevdes som det største problemet, mens opplevelser av uheldige bivirkninger når de har byttet til annet legemiddel ble nevnt av flere.

En studie, gjennomført av Apoforsk og publisert i Legeforeningens tidsskrift i 2005¹⁷ viser sammenfallende resultater: 50 av 138, dvs 36 prosent, hadde en eller flere negative erfaringer med generisk bytte. Apoforsk har sammenlignet sine tall med andre studier, og funnet at andelen negative erfaringer i egen studie ligger høyere enn andre. En forklaring mener de er at deres pasienter hadde høy gjennomsnittsalder og brukte mange forskjellige legemidler. En tilsvarende forklaring kan være aktuell også for våre tall.

Det er totalt 39 av 135 pasienter som har opplevd problemer rundt generisk bytte. Det er med andre ord ikke en veldig stor andel, men det er selvfølgelig vanskelig for dem som opplever dette. En forklaring fra farmasøyt om hva et bytte innebærer og hvorfor det gjennomføres vil kunne gjøre pasienten mer trygg på generisk bytte av legemidler.

5.4.3. Samfunnets legemiddelutgifter

Det har vært gjennomført flere undersøkelser om retur av legemidler. Å returnere legemidler er en følge av at pasienten henter ut større mengder legemidler enn de bruker. Årsakene kan være forskjellig. I dette prosjektet så vi at 73 prosent av pasientene hadde returnert legemidler, og årsaken for de fleste var at de hadde sluttet å bruke legemiddelet, dernest at legemidlene var blitt for gamle før de var brukt opp. Det kan være mange årsaker til at man slutter å bruke legemidler man har fått fra lege; det kan skyldes bivirkninger, ikke optimalt behandlingsvalg, man er blitt frisk osv. Årsakene kan også være at man ikke bruker

legemiddelet som forordnet, bruker for lite, glemmer å ta eller velger selv å avslutte behandlingen fordi man synes det er vanskelig. Econs rapport "Kassasjon av legemidler"¹⁸ fra 2002 konkluderte med at det hvert år kasseres legemidler innkjøpt på blå resept for om lag 150 millioner kroner. En legemiddelsamtale hvor pasienten får ytterligere kunnskap om sine legemidler vil føre til riktigere bruk og kan dermed bidra til å redusere kassasjon av legemidler. Pasientene sier selv at de ikke liker å kaste legemidler fordi det går utover miljøet og samfunnets ressurser. Bare en liten andel var opptatt av egen økonomi i dette.

5.4.4. Kostnadsvurderinger

I dette prosjektet har farmasøytene fått kompensert økonomisk for den avtalte tiden som skulle brukes til gjennomføring av samtalen, det vil si 1,5 timer per samtale. Vi har beregnet gjennomsnittlige utgifter til timekostnad til kr 600,-, dermed har hver samtale blitt godtgjort med kr 900,-. I en etablert tjeneste der farmasøytene er godt trent vil tidsbruk på forberedelser muligens kunne reduseres ytterligere slik at det totalt sett brukes 1 time per legemiddelsamtale hvorav selve samtalen tar 30 minutter.

Det finnes ikke eksakte data for antallet potensielle mottakere av legemiddelsamtaler i apotek. Det følgende er derfor drøftelser basert på tall fra Reseptregisteret til Folkehelseinstituttet, for å anskueliggjøre hvilke kostnadsnivåer som kan bli aktuelle ved innføring av en slik tjeneste.

Tall fra reseptregisteret viser at det i 2006 var ca 470 000 legemiddelbrukere over 70 år. I Legemiddelmeldingens kapittel 4.1¹ har man stipulert antallet som har behov for hjemmesykepleie- og sykehjemstjenester til 150 000. De fleste av disse vil være over 70 år, og de vil få hjelp av helsepersonell til legemidlene og er derfor ikke aktuelle for denne type legemiddelsamtaler i apotek. Det betyr at vi står igjen med ca 320 000 potensiell brukere av denne apotektjenesten. Det vil være nærliggende å tro at mange av disse ikke bruker mange legemidler. Kirsten Viktils viser i artikkelen *Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems* (inngår i doktoravhandlingen⁶) at bare omtrent halvparten av pasientene i deres studie bruker 5 legemidler eller flere. På grunnlag av disse dataene og betraktningene vil vi anslå at antallet aktuelle brukere av tjenesten legemiddelsamtaler i apotek vil være rundt 160 000. I dette tallet er det ingen begrensninger i forhold til kronisk syke, ulike diagnoser eller lignende. Det er rimelig å anta at ikke alle potensielle pasienter vil ønske å motta tjenesten.

Hvis alle potensielle pasienter skal ha en legemiddelsamtale annen hvert år vil det bli anslagsvis 80 000 legemiddelsamtaler i året. Gitt at apotekene benytter en kostnadsramme på 600 kroner per time og samtalene tar totalt 1 time vil ressursbruken være av en verdi på rundt 50 millioner kroner per år. Vi har ikke grunnlag for å si hvor mange som kan ønske en slik legemiddelsamtale, men det er mulig å anta at bare halvparten eller 2/3 av de potensielle legemiddelbrukerne som gjør det.

Tabell 5.4.1 Overslag over kostnader med forskjellige antall legemiddelsamtaler

Antall samtaler per år	1 time á 600,- per time
1000	600 000
40000	24 000 000
60000	36 000 000
80000	48 000 000

Implementering av en slik tjeneste vil ta tid da farmasøyster skal læres opp, og tjenesten skal gjøres kjent for publikum. Kostnadene de første årene vil derfor være lave. Et omfang på over 1000 legemiddelsamtaler per år vil gi bedre kunnskap om den samfunnsnyttige effekten av slike samtaler.

I legemiddelmeldingens kapittel 4.1¹ nevnes at det er registrert feilmedisinering i 20 prosent av behandlingsforløpene. Feil i medisineringsen kan skyldes feil forskrivning, feil i formidlings- og forsyningsleddet og feil i pasientens bruk av legemidlene. Samtidig vises det til at 5-10 prosent av alle innleggelse på indremedisinsk avdelinger skyldes feil i legemiddelbehandlingen. I meldingen refereres også til en svensk undersøkelse (Apoteket AB og Vårdsforbundet) hvor feilaktig og ineffektiv legemiddelbruk koster 10 milliarder svenske kroner per år. Overført til norske forhold tilsvarer det 5 milliarder kroner, og i legemiddelmeldingen trekker de ikke i tvil at dette også er gjeldende i Norge.

I Sverige registreres legemiddelrelaterte problemer som oppdages i apotekene i en database som ble opprettet i 2004 (SWE-DRP)¹⁹. I perioden april 2004 til september 2005 var det registrert over 280 000 DRP (Drug related problem = LRP) i databasen. Flest registreringer dreier seg om bivirkninger, deretter kommer problemer med å administrere legemiddelet (å ta legemiddelet på riktig måte) og usikkerhet om målet med behandlingen.

Mange av de registrerte problemene er av en slik art at farmasøyt kan identifisere dem og fremme et løsningsforslag, enten løsningen er å diskutere det med legen eller av praktisk art som gjør behandlingen lettere for pasienten. Det er grunnlag for å anta at farmasøytens innsats kan være med å redusere utgiftene som skyldes feil i legemiddelbruken.

Et slikt omfang av legemiddelsamtaler vil plassere apotekene sentralt i helsetjenesten, og det vil høyst sannsynlig medføre et tettere samarbeid mellom legene og farmasøytene til beste for pasientene.

5.5. Metodekritikk

Det var et mål i prosjektet å få med 150 pasienter til legemiddelsamtaler. I forbindelse med dette målet ble det ikke fokusert på registrering av antall forespurte pasienter slik at svarprosenten ikke kan beregnes. Av den grunn kan heller ikke resultatene benyttes til å generalisere utover den pasientgruppen som deltok.

Prosjektet har ikke hatt som mål å se på klinisk relevans av de legemiddelrelaterte problemene som er oppdaget, eller hvilke helseeffekter som er oppnådd for pasient eller samfunn. Blant annet ville oppfølgingssamtaler hvor man så på om rådene som ble gitt har ført til endringer i legemiddelbruken kunnet gitt oss slik informasjon. Det var ikke rom for slike oppfølgingssamtaler i prosjektet.

Målet var å få 150 pasientsamtaler, mens resultatet ble 135. Dette skyldes blant annet ulikt engasjement og mulighet for farmasøytene til å rekruttere pasienter. Målet med 150 samtaler og metoden for å oppnå det burde vært nøyere diskutert i forkant slik at dette ble gjennomført likt.

6. Konklusjoner

6.1. Utføre legemiddelsamtaler med utvalgte kundegrupper i apotek

I studien ble det inkludert pasienter på grunnlag av alder (over 60 år) og polyfarmasi (5 legemidler eller flere), samt pasienter med lungelidelser eller hjerte-/karlidelser uavhengig av alder og antall legemidler. Resultatene viser at legemiddelsamtaler i apotek er et egnet verktøy for riktigere legemiddelbruk for de pasientene som ble inkludert i studien.

Prosjektet gir grunnlag til å anta at legemiddelsamtalen i apotek vil kunne avholdes innenfor 30 minutter, men det krever struktur på samtalen. Med erfaring og trening vil det være mulig for farmasøyter å gjennomføre legemiddelsamtaler og forberedelser til disse innenfor en tidsramme på 1,5 timer. I framtiden bør tidsrammen for forberedelser om mulig ytterligere reduseres.

Av resultatene tolkes at begge kategorier farmasøyter (reseptarer og provisorer) har nok kompetanse til å gjennomføre legemiddelsamtaler i apotek med det mål å avdekke praktiske legemiddelproblemer og å hjelpe pasienten med løsning på de aktuelle problemene.

6.2. Problemløsende

Legemiddelsamtalene ga grunnlag for å avdekke LRP og hjelp til løsningsforslag ut fra pasientens opplysninger om legemiddelbruk sammen med oversikten som kan hentes fra FarmaPro. Oversikten fra FarmaPro alene er ikke tilstrekkelig for en fullstendig profil.

Materialet viser at det i gjennomsnitt er registrert 4 LRP per samtale. Lege ble kontaktet i nær 17 prosent av tilfellene og endret sin forskrivning i omtrent halvparten av de tilfellene de ble kontaktet. Det ble gitt råd av farmasøyt angående legemiddelhåndtering og bruk for 24 prosent av de avdekkede LRPene. Det er ikke grunnlag ut fra våre data å si at antallet legemiddelrelaterte problemer øker med alder eller antall legemidler. Legemiddelsamtaler i apotek viser seg å være et godt verktøy til å avdekke legemiddelrelaterte problemer og å hjelpe pasienter med løsninger på disse, og dermed øke pasientenes compliance.

6.3. Nytte for pasientene i prosjektet

Lege ble kontaktet der det var behov for behandlingsmessige avklaringer, mens farmasøyten håndterte råd og veiledning om praktisk legemiddelbruk. Pasientene fant tjenesten nyttig, og følte de fikk større trygghet og bedre oversikt over legemiddelbruken sin. Flere pasienter sa at denne samtalen var et godt supplement til den informasjonen de får fra legen.

6.4. Kostnadseffektivt

Det er ikke funnet dobbeltekspederinger som resultat av generisk bytte i undersøkelsen, men mange av pasientene har uttrykt usikkerhet med slikt bytte. Studien viser gjennom pasientenes evaluering at legemiddelsamtalen kan være et middel til å redusere usikkerheten rundt legemiddelbruk, og dermed blant annet kunne øke pasientens motivasjon til å akseptere generisk bytte. Generisk bytte vil redusere de totale legemiddelutgiftene for pasient og samfunn.

Det vil være mulig for apotekene å gjennomføre legemiddelsamtaler innenfor de rammene dette prosjektet har lagt. Det er også et sterkt ønske fra farmasøytene å kunne tilby en slik tjeneste i framtiden. Skal legemiddelsamtaler gjennomføres i apotek må det legges til rette for en finansieringsordning.

Hvis en framtidig tjeneste bare skal tilrettelegges for noen legemiddelbrukere, må det utvikles spesifiserte kriterier for hvem som skal få tilbudet. Det bør være mulig for lege å henvise pasienter som tilfredsstill de spesifiserte kriteriene, slik de har valgt å gjøre det i England og Australia. Pasienter som tilfredsstill kriteriene må også selv kunne ta initiativ til samtale.

7. Evaluering av prosjektet

Dette prosjektet er gjennomført under ledelse av Apotekforeningen og sammen med fagansvarlige i apotekkjedene. Målet har vært å undersøke om legemiddelsamtaler kan bli en framtidig tjeneste i apotek. For å få vurdert og kvalitetssikret resultatene og konklusjonene ble det inngått avtale med apotekforskningsinstituttet Pharmakon AS i Danmark for vurdering av rapporten. Pharmakon har lang erfaring i å vurdere forskningsresultater. Pharmakons evaluering ligger vedlagt i sin helhet (vedlegg 11). Det er ikke foretatt endringer i rapporten basert på evalueringen.

8. Vedlegg

1. Tildelingsbrev fra SHdir
2. Norsk konsensus for klassifisering av LRP
3. Apotekeksempler for klassifisering av LRP
4. Prosjektregistreringsskjema (innrapportert elektronisk)
5. Samtaleskjema
6. Samtykkeinformasjon og samtykke erklæring (6a + 6b)
7. Kundeevalueringsskjema
8. Farmasøytevalueringsskjema (innrapportert elektronisk)
9. Brosjyre
10. Oppsummeringsskjema
11. Pharmakons evaluering

9. Referanser

- ¹ Stortingsmelding nr 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk
- ² Opplysninger fra Anna-Karin Ütterstrøm, Apoteket AB, juni 2007
- ³ Bell JS: Medication management Review in Australia: An overview of the development, implementation and evaluation. Dosis vol 23, no 1/2007
- ⁴ Home medicines review, Quarterly statistics, end march quarter 2007
QUM services facilitator program, Pharmacy Guild of Australia, National secretariat www.guild.org.au
- ⁵ G. Celino M. Dhalla R. Levenson: Implementing medication review: an evaluation of the impact of 'room for review' executive briefing, www.medicines-partnership.org
- ⁶ Viktil K. *Drug-related problems in hospitalized patients, A major challenge in current medicine* ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo våren 2007.
- ⁷ Kursprogram, Årsrapport 2006, Farmasøytisk institutt, avdeling for videre- og etterutdanning
- ⁸ Hepler C, Strand L: Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.
Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-43
- ⁹ Falkum A T, Strømme H K: Farmasøyters oppfølging av astmatikeres legemiddelbehandling, NAT, 2002;8:176-180
- ¹⁰ Evidensrapport nr 3 2002 – 2006, Pharmakon AS (www.pharmakon.dk)
- ¹¹ Straand J: Gjennomgang av pasientens legemidler. Tidsskr Nor Lægeforen nr.9,2007;127
- ¹² Salter C, Holland R, Harvey I, Henwood K. "I haven't even phoned my doctor yet." The advice giving role of the pharmacist during consultations for medication review with patients aged 80 or more: qualitative discourse analysis. *BMJ* 2007 doi: 10.1136/bmj.39171.577106.55 (BMJ 2007;334:1101-4)
- ¹³ Kragh A, Rekman E, Ewe-Svensson C: Ökad läkemedelsnytta og Ökad välmående på äldreboende i nordöstra Skåne, 2004
- ¹⁴ Evidensrapport nr 9 2005, Pharmakon AS, (www.pharmakon.dk)
- ¹⁵ Referat fra møte på Folkehelseinstituttet angående Medisinprofiler – oppdrag i Folkehelseinstituttets tildelingsbrev, 30.nov.2006
- ¹⁶ Haavik S, Horn AM, Mellbye KS, Kjønneksen I, Granås AG: Forskrivningsfeil – omfang og oppklaring. Tidsskr Nor Lægeforen 2006;126:296-8
- ¹⁷ Kjønneksen I, Lindbæk M, Granås AG: Pasienters erfaringer med og holdninger til generisk legemiddelbytte. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:1682-4
- ¹⁸ ECON Kassasjon av legemidler
- ¹⁹ Westerlund T., Björk T. Pharmaceutical care in Community Pharmacy: Practice and Research in Sweden. *Ann Pharmacother* 2006;40:1162-9

Norges Apotekforening
v/ adm.dir Kai Finsnes
Postboks 5070 Majorstuen
0301 Oslo

Deres ref:
Saksbehandler: vda
Vår ref: 06/3791
Arkivkode:
Dato: 25.09.2006

Midler til legemiddelgjennomganger

Vi viser til søknad av 18. august 2006 på NOK 1.779.340,- til prosjektet

Legemiddelgjennomganger i apotek.

Sosial- og helsedirektoratet har mottatt i alt 49 søknader for et samlet beløp av 15,7 mill NOK. Disponibelt beløp for utdeling til prosjekter er 2,0 mill NOK.

Formålet med tildelingen

I forbindelse med oppfølging av St.meld.nr.18 Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk er det avsatt midler til en del prosjekter/tiltak på legemiddelfeltet som Sosial- og helsedirektoratet har fått ansvaret for å gjennomføre. Målet er å etablere prosjekt med legemiddelgjennomganger innen følgende fagområder:

i sykehus i forbindelse med pasientopplæring, i sykehjem, for mottakere av hjemmesykepleietjenester og for bestemte pasientgrupper i apotek, i samarbeid med lege.

Målet med legemiddelgjennomgangene er å gi utvalgte pasientgrupper en utvidet legemiddelsamtale for å sikre bedre forståelse for behandlingen, og om mulig avdekke og finne løsninger på legemiddelrelaterte problem. Et legemiddelrelatert problem kan være knyttet til selve legemiddelvalget, dosering, bivirkning, interaksjon med andre legemidler eller praktisk håndtering av legemidlene.

Midlene kan gis til prosjekter som har som formål å:

- utføre legemiddelgjennomganger med utvalgte pasientgrupper
- vurdere pasientenes nytte av samtalen
- være problemløsende
- vurdere kostnadseffektivitet i et helhetsperspektiv

Prosjekter som har disse formålene, og som samtidig får til et samarbeid med annet relevant helsepersonell, får prioritering. Det blir lagt vekt på at det er relevant kompetanse i prosjektene.

Direktoratets søknadsbehandling

Ved vurdering av hvilke prosjekter som tildeles midler, har direktoratet hatt flg. utgangspunkt:

- prosjektet skal omfatte en legemiddelgjennomgang som inkluderer utvidet legemiddelsamtale med den aktuelle pasientgruppe
- både apotek, hjemmebaserte tjenester, sykehjem og sykehus bør være representert blant de prosjektene som får støtte
- de tilgjengelige midler bør fordeles noenlunde jevnt mellom de ovennevnte grupper
- prosjektene bør kunne gi svar på/ ny kunnskap om de problemstillinger legemiddelmeldingen tar opp
- det bør være en rimelig geografisk spredning blant mottakerne
- prosjekter som inkluderer kostnadsvurderinger/-evalueringer prioriteres foran prosjekter som ikke gjør det
- prosjektene bør i minst mulig grad dublere hverandre
- ingen søkere får fullfinansiering
- tverrfaglighet i prosjektene vektlegges

Beskrivelse av det aktuelle prosjekt slik det framgår av den innsendte søknad

Hensikten med prosjektet slik det framgår av søknaden er å undersøke hvordan legemiddelgjennomganger (som inkluderer pasientsamtale) kan gjennomføres i apotek og hvordan farmasøytens kompetanse kan utnyttes. Målet er at apotekkundene skal få bedre oversikt og forståelse for egen legemiddelbruk og å avdekke eventuelle legemiddelrelaterte problemer og dermed bedre oppfølgingen av den behandling som er avtalt med legen. Samtidig tar prosjektet sikte på å vise om systematiske legemiddelgjennomganger kan bidra til lavere legemiddelkostnader og bedre ressursutnyttelse for pasient og samfunn.

Det er i søknaden forutsatt at legemiddelgjennomganger utvikles som en bransjeovergripende tjeneste som leveres med samme kvalitet i alle apotek som tilbyr tjenesten. Legemiddelgjennomgangene skal gjennomføres etter avtalt tid mellom kunde og farmasøyt, forutsetter at farmasøyten har forberedt seg til samtalen, skal inneholde en strukturert samtale mellom kunden og farmasøyten om fullstendig legemiddelbruk, skal vektlegge reseptpliktige legemidler, reseptfrie legemidler og naturlegemidler og eventuelt tilby kostholds-/livsstilsveiledning. Samtalen skal være et supplement til den rådgivning apotekene tilbyr innenfor rammene av en vanlig reseptekspedisjon.

Prosjektet tenkes inndelt i et hovedprosjekt og fem delprosjekter samt evaluering og kvalitetssikring.

I hovedprosjektet skal metode utvikles og begreper defineres. I delprosjektene tar man sikte på å besvare hvilket nivå legemiddelgjennomgangene bør legges på, hvilken kompetanse som kreves, hvordan avdekkede LRP skal håndteres vis a vis pasient/lege, hvor mye tid som trengs, hvilke kundegrupper som oppnår best resultater og hvordan kunder kan rekrutteres til dette. Det tas sikte på å gjennomføre minst 50 gjennomganger i hvert delprosjekt. Det framgår ikke hvor mange apotek som tenkes å inngå i hvert delprosjekt.

Registrerte data vil blant annet kunne gi informasjon om reduksjon i legemiddelutgifter, erfaring i eventuelle problemer knyttet til generisk bytte samt danne grunnlag for beregninger av kostnader knyttet til samtalene.

Evaluering av prosjektet ønskes gjennomført av ekstern instans og skal vurdere om metoden medfører sikrere og riktigere legemiddelbruk og hvilket nivå og kompetanse som er nødvendig for å gjennomføre samtalene på en tilfredsstillende måte.

Vurdering

Direktoratet har vurdert Deres søknad og finner at prosjektet tilfredsstillende de kriterier som framgår av utlysningen. Direktoratet har i tillegg lagt vekt på at prosjektet slik det er beskrevet i søknaden omfatter kostnadsvurderinger/-evalueringer og prosjektevaluering.

Direktoratet har ved vurdering av andre søknader vektlagt tverrfaglighet. I Deres søknad opplyses at prosjektet ønskes gjennomført i samarbeid med pasientorganisasjoner og leger. Samtidig opplyses at det ved gjennomføring i apoteket, i praksis vil være kundens ønske som avgjør eventuell legekontakt. Direktoratet ser at spørsmålet om tverrfaglighet må løses på en annen måte i apoteksituasjonen enn man kan gjøre f.eks i et sykehus eller i hjemmetjeneste og ønsker at spørsmålet "hvordan bør oppdagede LRP håndteres med hensyn til intervensjoner og kontakt med legen" vektlegges i prosjektgjennomføringen. På samme måte mener vi at spørsmålet om i hvilken grad apoteket kan ta utgangspunkt i at de opplysninger de har/skaffer seg om kundens legemiddelbruk er fullstendige, bør problematiseres i prosjektet.

Direktoratet har i sin søknadsbehandling lagt til grunn at både apotek, hjemmebaserte tjenester, sykehjem og sykehus bør være representert blant de prosjektene som får støtte. Dette innebærer at vi ikke har mulighet til å støtte Deres prosjekt fullt ut. Delprosjekt 3 i Deres søknad dubleres i tillegg av andre søknader som har fått tildelt midler. Direktoratet vil på denne bakgrunn prioritere støtte til delprosjekt 1 b eller c samt til evaluering og kvalitetssikring.

I søknaden fastslås at evaluering må foretas av en kompetent instans som er uavhengig av prosjektet. Direktoratet er enig i dette. Søker uttaler at Apoforsk kan være en slik kompetent og uavhengig instans. Direktoratet er av den oppfatning at Apoforsk allerede er tungt inne i metodeutvikling og gjennomføring av prosjekter basert på legemiddelgjennomgang med utvidet pasientsamtale i apotek. I tillegg har Apoforsk søkt om og fått tilsagn om midler fra direktoratet til validering av metode for pasientsamtale med pasienter med diabetes type 2. Direktoratet hadde derfor sett det som en fordel om det ble benyttet en annen ekstern instans til evalueringen av prosjektet.

Direktoratet gjør oppmerksom på at vi har gitt tilsagn om midler til Apotek 1 Kronen/4M-klinikken for et prosjekt som bla. omfatter legemiddelsamtale med pasienter med diabetes type 2. Direktoratet har forutsatt at apoteket samarbeider med Apoforsk mht metode og med Apotekforeningen i gjennomføring av prosjektet.


Konklusjon

Sosial- og helsedirektoratet finner på bakgrunn av ovennevnte vurdering å kunne tildele NOK 450.000,- i støtte til delprosjekt 1 b og/eller 1c samt til evaluering og kvalitetssikring i prosjektet *Legemiddelgjennomgang i apotek*.

Tildelingen gis på flg. vilkår:

1. Søker må innen tre uker fra mottak av dette brev melde tilbake om midlene vil bli benyttet til det omsøkte prosjekt. (Dersom søker ikke finner å kunne nyttegjøre seg de midlene som er tildelt, vil midlene bli tildelt andre søkere som tilfredsstiller de kriterier som er fastsatt i utlysingen av midlene.)
2. Delrapporter fra prosjektet innsendes Sosial- og helsedirektoratet 1. april 2007 og 31.12 2007. For prosjekter som varer utover 2007 er det i tillegg krav om sluttrapport.
3. Revisorattestert regnskap for de tildelte midler sendes Sosial- og helsedirektoratet ved prosjektets slutt eller innen 31. desember 2007.
4. Etter bevilgningsreglementet § 10 har forvaltningen og Riksrevisjonen adgang til å føre kontroll med at bevilgningen nyttes etter forutsetningene. Dersom mottaker gir uriktige opplysninger eller ikke benytter midlene i samsvar med tildelingen med vilkår slik det framkommer i dette brev, kan midlene helt eller delvis kreves tilbakebetalt.
5. Resultatene fra prosjektet skal søkes publisert

Med vennlig hilsen


Sissel Dyrnes ø.f.
fung. avdelingsdirektør


Vibeke Dalen
seniorrådgiver

FORSLAG TIL NORSK KONSENSUS FOR KLASSIFISERING AV LEGEMIDDELRELATERTE PROBLEMER (LRP)

Bakgrunn

Intensjonen med legemiddelbehandling er å redusere sykelighet og dødelighet. Dette kan bidra til å bevare/øke livskvaliteten og til å opprettholde arbeids- og funksjonsevnen lengre, slik at man kan bevare muligheten for å være yrkesaktiv. Vi kan imidlertid snu dette på hodet: legemiddelbehandling kan også ha uheldige kliniske konsekvenser og dermed bidra til økt sykelighet og eventuelt død, for eksempel når det oppstår bivirkninger eller når forventet behandlingseffekt uteblir. Vi har å gjøre med legemiddelrelaterte problem (LRP). Mange studier har vist at forekomsten og uheldige konsekvenser av LRP er høy. Derfor er det bred enighet i fagmiljøene om å etablere metoder og rutiner for å avdekke, løse og forebygge LRP, og dermed bidra til bedre legemiddelbruk i befolkningen.

Det er gjort flere studier innen feltet, men ofte er det brukt ulike definisjoner på LRP¹. I noen studier har man kun sett på noen få utvalgte LRP, for eksempel bivirkninger eller legemiddelinteraksjoner. Andre studier inkluderer problemstillinger med hensyn til indikasjon, for eksempel uhensiktsmessig preparatvalg eller unødvendig legemiddelbruk, samt kostnader f.eks ved forlenget liggetid. Det er gjort norske studier på LRP i henholdsvis sykehus og sykehjem, og også her brukes ulike klassifiseringer og definisjoner av LRP²⁻⁶.

Det viktig å ha felles forståelse og verktøy for å bedre kunne vurdere omfang, type og konsekvenser av LRP, og for å iverksette tiltak / intervensjoner. Begrunnelsen for dette er ønsket om et felles kategoriseringsverktøy til klinisk bruk, ved dokumentasjon og kartlegging av problemområder innen legemiddelbruk, og som et rammeverk ved prioritering og planlegging, både inne forskning og i praksis.

Leger og farmasøyter med interesse/erfaring med hensyn til LRP deltok på et seminar i Bergen 22. juni 2005. Vi ble der enige om at vi vil arbeide for en felles norsk konsensus med hensyn til definisjon og klassifiseringssystem for LRP. Videre var det enighet om at LRP må defineres slik at de har gyldighet i ulike settinger (sykehus, sykehjem, allmennpraksis, apotek).

En arbeidsgruppe, bestående av Hege Salvesen Blix, Sabine Ruths og Kirsten K Viktil ble utnevnt. Arbeidsgruppen har utarbeidet et forslag til konsensus med hensyn til definisjon og klassifisering av LRP. Forslaget ble sendt til enkeltpersoner, samt grupper av leger og farmasøyter som jobber på det aktuelle feltet, med spørsmål om kommentarer. Vi har fått konstruktive innspill fra ulike fagmiljøer, og klassifikasjonen er blitt redigert i henhold til kommentarene.

Definisjon LRP:

Seminardeltagerne kom allerede under møtet frem til å slutte seg til den definisjonen på begrepet LRP som er gitt av Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE)⁷:

"An event or circumstance involving drug therapy that actually or potentially interferes with desired health outcome"

Norsk oversettelse: Et legemiddelrelatert problem er:

"en hendelse eller et forhold i forbindelse med legemiddelbehandling som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt"

Det er verd å merke seg at definisjonen inneholder begrepene ”reelle og potensielle” LRP. Med potensielle LRP menes et legemiddelrelatert problem som, om en unnlater å følge opp, kan forårsake legemiddelrelatert sykelighet eller død. Mens reelle LRP allerede manifesterer seg klinisk (symptomer, tegn).

Klassifisering av LRP:

Klassifiseringen av LRP basert på følgende grunnlag:

- PCNE Classification scheme for Drug Related Problems V5 (“Problems”)⁷
- Hepler & Strand 1990⁸
- PROMISE 2003⁹
- Klassifisering benyttet i norske studier i sykehus og i sykehjem²⁻⁵

Basis er PCNE-inndelingen⁷, men denne klassifiseringen med ulike nivåer (problem, årsak, tiltak) er for omstendelig i klinisk hverdag. Vi ønsker derfor en enklere variant hvor vi kombinerer dette med den erfaringen vi har etter 5-6 års arbeid innen feltet her i Norge. På denne måten tar vi hensyn til norske forhold inkludert terapiretningslinjer, terapitradisjoner, SPC (=Summary of Product Characteristics, som er utgangspunkt for Felleskatalogtekstene) og helsesystem. Samtidig vil vi kunne sammenligne norske studier på LRP med internasjonale studier.

Nedenfor følger selve klassifiseringen. Inndeling av punktene 1-6 nedenfor er det viktigste – og kan brukes i hverdagen av kliniske farmasøyter og leger for å dokumentere sin virksomhet med hensyn til LRP. Om en ønsker en mer spesifikk sub-klassifisering, f.eks i forskningsøyemed, er det lagt opp en mulighet til det. Beskrivelse/eksempler av LRP er inkludert under hvert enkelt punkt.

1. Bivirkning, inkludert mistanke om bivirkning (Adverse drug reactions)

Definisjon (WHO¹⁰):

En bivirkning er en skadelig og utilsiktet virkning av et legemiddel som inntreffer ved doser som normalt brukes til mennesker eller dyr med sikte på forebyggende behandling, diagnose, behandling av sykdom eller å gjenopprette, korrigere eller modifisere fysiologiske funksjoner.

Eksempler

- ortostatisk hypotensjon, ustøhet/fall ved bruk av blodtrykkssenkende legemiddel
- rabdomyolyse ved bruk av statin
- rash/utslett ved bruk av penicillin

2. Legemiddelvalg (Drug choice problem)

2a) Behov for tillegg av legemiddel

Definisjon:

Det mangler ett eller flere legemidler for en gitt indikasjon i følge etablerte nasjonale/internasjonale retningslinjer. Avvik fra retningslinjer som er begrunnet og ønsket ut ifra pasientens individuelle behandlingsmål og risikofaktorer anses ikke som LRP

Eksempler

- statiner etter hjerteinfarkt
- ASA etter hjerneslag
- ACE (angiotensin converting enzyme)-hemmer ved hjertesvikt
- kalktilskudd ved kortisonbehandling
- ubehandlet/underbehandlet smerte

2b) Unødvendig legemiddel

Definisjon:

Et legemiddel anses som unødvendig dersom indikasjon ikke (lenger) er tilstede, ved manglende seponering, eller dobbeltforskrivning av 2 eller flere legemiddel fra samme terapeutiske gruppe

Eksempler

- antibiotikakur over
- Ibux og Voltaren til samme pasient
- bruk av Hiprex hos pasient med permanent kateter

2c) Uhensiktsmessig legemiddelvalg

Definisjon:

Manglende samsvar mellom legemiddel og diagnose/indikasjon, eller absolutt/relativ kontraindikasjon pga f.eks. alder eller komorbiditet

Eksempler

- NSAID (non steroidal anti-inflammatory drug) ved redusert nyrefunksjon
- bredspektret antibiotikum for banal infeksjon
- antipsykotisk middel for senil uro
- amitryptilin og andre legemiddel med antikolinerg effekt hos eldre
- ACE-hemmer ved aortastenose

3. Dosering (Dosing problem)

Definisjon:

Ikke-optimal dosering, inklusiv doseringstidspunkt og formulering i følge etablerte nasjonale/ internasjonale retningslinjer. Avvik fra retningslinjer som er begrunnet og ønsket ut ifra pasientens individuelle behandlingsmål og risikofaktorer anses ikke som LRP.

3a) For høy dose

Eksempel

- For høy dose ACE-hemmer i forhold til nyrefunksjon

3b) For lav dose

Eksempel

- For lav dose paracetamol i forhold til symptomgivende artrose

3c) Ikke optimal doseringstidspunkt

Eksempler

- nitrater gis uten nitratfri periode
- øyendråper administrert uten pauser

3d) Ikke optimal formulering

Eksempel

- Bør få retard-formulering fremfor ”vanlig ”tablett” f.eks vanndrivende eller smertestillende

4. Avvikende legemiddelbruk (Drug use problem)

Definisjon:

Pasientens reelle legemiddelbruk avviker fra ordinasjon mht legemiddel, dosering eller doseringstidspunkt. Det forutsettes at ordinasjoner er basert på en felles forståelse mellom forskriver og pasient (concordance) dersom dette er mulig (unntak: pasienter med demens, akutt medisin, etc.).

4a) Legemidler som administreres av helsepersonell

Eksempel

- pasienten har fått feil legemiddel eller dose (for mye/for lite/ingen), eller til feil tidspunkt

4b) Legemidler som administreres av pasienten selv

Eksempler

- pasienten har tatt feil legemiddel eller dose (for mye/for lite/ingen), eller til feil tidspunkt
- praktisk problem med å ta legemiddel (klarer ikke åpne boks, svelgvansker, kvalme/oppkast)
- misforståelse av bruksanvisning – behov for informasjon/veiledning

5. Interaksjoner (Interactions)

Definisjon:

Interaksjoner som gir/kan gi utilsiktede kliniske effekter. Legemiddelkombinasjon med tilsiktet summasjonseffekt anses ikke som LRP.

Eksempler

- SSRI og TCA: økt s-konsentrasjon av TCA
- Furosemid og NSAID: redusert diuretisk effekt
- Furosemid og digitalis: økt effekt/toksisitet av digitalis ved hypokalemi
- legemiddel og ulike tilskudd/helsekost

6. Annet (Others)

6a) Behov for, eller manglende monitorering for å følge opp effekt og toksisitet av legemidler

Eksempler

- klinisk undersøkelse (blodtrykk, ødemer, vekt)
- laboratorie-prøver (kreatinin, kalium, INR, etc)
- røntgen

6b) Mangelfullføring av legemiddelkurve/kardex/resept

Eksempler

- legemiddelkurve/kardex/resept som mangler opplysninger vedrørende legemiddel (styrke, formulering) samt bruksanvisning (doseringstidspunkt etc.)
- feil ved overføring mellom ulike kilder

6c) Annet

Generelle terapidiskusjoner som inkluderer flere ulike LRP og som ikke kan føres andre steder:

Eksempler

- pasienten har et behov og det behøves en diskusjon rundt hvordan man kan finne optimal legemiddelterapi f.eks er det riktigst å endre dose eller legge på ny terapi, og hva er mest optimalt for denne pasienten?

Referanser

1. Van Mil JW et al. Drug-related problem classification systems. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 859-65.
2. Blix HS et al. The majority of hospitalised patients have drug-related problems: results from a prospective study in general hospital. *Eur J of Clinical Pharmacology* 2004; 60:651-9.
3. Viktil KV et al. Comparison of Drug Related Problems in Different Patient Groups *The Annals of Pharmacotherapy* 2004; 38:942-8.
4. Ruths S et al. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? *The Bergen district nursing home (BEDNURS) study*. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:176-80.
5. Pretsch P et al. Klinisk farmasøyt forbedrer legemiddelbruken i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:1923-5.
6. Ebbesen J et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Archives of Internal Medicine* 2001; 161: 2317-23.

7. Pharmaceutical Care Network Europe. PCNE classification for drug related problems 5.0. <http://www.pcne.org/dokumenter/PCNE%20help%20V5.00.pdf>
8. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990; 47: 533-43.
9. UTAS School of Pharmacy. PROMISE. Phase one Final report. Pharmacy Guild of Australia. Research Tender RFT 2003-01. http://beta.guild.org.au/uploadedfiles/Research_and_Development_Grants_Program/Projects/2003-504_fr.pdf
10. WHO. International drug monitoring: the role of national centres. Tech Rep Ser WHO 1972, no 498.

Oppsummering - Klassifisering av LRP i Norge

Hovedkategori	LRP - definisjon	LRP – detaljert
1. Bivirkning	Skadelig/uønsket legemiddeffekt	
2. Legemiddelvalg	Manglende samsvar mellom legemiddelbruk og kliniske behov	a) Behov for tillegg b) Unødvendig legemiddel c) Uhensiktsmessig legemiddelvalg
3. Dosering	Ikke optimal dosering, doseringstidspunkt eller formulering	a) For høy dose b) For lav dose c) Ikke-optimalt doseringstidspunkt d) Ikke-optimal formulering
4. Avvikende legemiddelbruk	Bruk avviker fra ordinasjon mht legemiddel, dose, tidspunkt	a) Helsepersonell b) Pasient
5. Interaksjon	Interaksjoner med utilsiktede kliniske effekter	
6. Annet	Sammensatte LRP	a) Behov for/manglende monitorering b) Føring av kurve/kardex/resept c) Annet

NORSK KONSENSUS FOR KLASSIFISERING AV LEGEMIDDELRELATERTE PROBLEMER (LRP)

Definisjon LRP:

Et legemiddelrelatert problem er:

"en hendelse eller et forhold i forbindelse med legemiddelbehandling som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt"

Nedenfor følger selve klassifiseringen av LRP. Inndeling av punktene 1-6 nedenfor er det viktigste – og kan brukes av farmasøyter og leger for å dokumentere LRP.

Klassifisering av LRP i Norge: Oppsummering

Hovedkategori	LRP – definisjon	LRP – detaljert
1. Legemiddelvalg	Manglende samsvar mellom legemiddelbruk og kliniske behov	a) Behov for tillegg b) Unødvendig legemiddel c) Uhensiktsmessig legemiddelvalg
2. Dosering	Ikke optimal dosering, doseringstidspunkt eller formulering	a) For høy dose b) For lav dose c) Ikke-optimalt doseringstidspunkt d) Ikke-optimal formulering
3. Bivirkning	Skadelig/uønsket legemiddeleffekt	
4. Interaksjon	Interaksjoner med utilsiktede kliniske effekter	
5. Avvikende legemiddelbruk	Bruk avviker fra ordinasjon mht legemiddel, dose, tidspunkt	a) Helsepersonell b) Pasient
6. Annet		a) Behov for/manglende monitorering b) Førings/uklar dokumentasjon av kurve/kardex/resept c) Annet

Apotekeksempler

Med i utgangspunkt i konsensusforslaget ble det til dette prosjektet utarbeidet en oversikt over eksempler på klassifisering av LRP. I prosjektet ble LRP fordelt på hovedkategoriene, ikke undergruppene.

Fra konsensus om LRP	Eksempler i apotek
<p>1. Legemiddelvalg 1a) Behov for tillegg av legemiddel Definisjon: Det mangler ett eller flere legemidler for en gitt indikasjon i følge etablerte nasjonale/ internasjonale retningslinjer. Avvik fra retningslinjer som er begrunnet og ønsket ut ifra pasientens individuelle behandlingsmål og risikofaktorer anses ikke som LRP 1b) Unødvendig legemiddel Definisjon: Et legemiddel anses som unødvendig dersom indikasjon ikke (lenger) er tilstede, ved manglende seponering, eller dobbeltforskrivning av 2 eller flere legemiddel fra samme terapeutiske gruppe 1c) U hensiktsmessig legemiddelvalg Definisjon: Ikke begrunnet avvik fra samsvar mellom legemiddel og diagnose/indikasjon, eller absolutt/relativ kontraindikasjon pga f.eks. alder eller komorbiditet. Avvik som er begrunnet og ønsket ut ifra pasientens individuelle behandlingsmål og risikofaktorer anses ikke som LRP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienten vet ikke hva legemiddelet brukes for • Manglende fornyelse av resept – er behandling avsluttet eller uteglemt • Forebyggende inhalasjonssteroider mangler ved astma (kun B2 agonist) • Kalktilskudd ved osteoporosebehandling • Ubehandlet/underbehandlet smerte • Avføringsmiddel ved morfinbehandling • Samtidig bruk av to like generika med ulike merkenavn • Dobbeltforskrivning • Langtidsbehandling av legemidler som er ment for kur • Egenbehandling er unødvendig / feil <ul style="list-style-type: none"> ○ Johannesurt og Seroxat ○ Ibux og Voltaren samtidig
<p>2. Dosering Definisjon: Ikke-optimal dosering, inklusiv doseringstidspunkt og formulering i følge etablerte nasjonale/ internasjonale retningslinjer. Avvik fra retningslinjer som er begrunnet og ønsket ut ifra pasientens individuelle behandlingsmål og risikofaktorer anses ikke som LRP. 2a) For høy dose 2b) For lav dose 2c) Ikke optimalt doseringstidspunkt 2d) Ikke optimal formulering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosen som forskrevet av legen er for høy eller for lav ihht til Felleskatalog / SPC • Nitrat er gis uten nitratfri periode • Diuretika dosert om kvelden • Dosene bør gis regelmessig gjennom dagen, men er dosert om morgenen. • Bør få mikstur eller knusbare tabletter pga svelgeproblemer • Bør få stikkpiller pga kvalme • Behersker ikke inhalator, prøve annen formulering
<p>3. Bivirkning, inkludert mistanke om bivirkning Definisjon (WHO): En bivirkning er en skadelig og utilsiktet virkning av et legemiddel som inntreffer ved doser som normalt brukes til mennesker eller dyr med sikte på forebyggende behandling, diagnose, behandling av sykdom eller å gjenopprette, korrigere eller modifisere fysiologiske funksjoner.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ortostatisk hypotensjon, ustøhet/fall ved bruk av blodtrykkssenkende legemiddel • Utslett for eksempel ved bruk av penicillin • Munntørhet • Tørre øyne • Hoste av for eksempel ACE-hemmer • Synsforstyrrelser
<p>4. Interaksjoner Definisjon: Interaksjoner som gir/kan gi utilsiktede kliniske effekter. Legemiddelkombinasjon med tilsiktet summasjonseffekt anses ikke som LRP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Warfarin sammen med andre legemidler og ulike naturlegemiddel / kosttilskudd/ helsekost • Vær obs på spesielle legemidler som for eksempel erytromycin, teofyllin, uselektive betablokkere, fluconazol, verapamil • Diuretika og NSAID ved egenbehandling (reduisert diuretisk effekt)
<p>5. Avvikende legemiddelbruk Definisjon: Pasientens reelle legemiddelbruk avviker fra ordinasjon mht legemiddel, dosering eller doseringstidspunkt. Det forutsettes at ordinasjoner er basert på en felles forståelse mellom forskriver og pasient (concordance) dersom dette er mulig (unntak: pasienter med demens, akutt medisin, etc.). 5a) Legemidler som administreres av helsepersonell 5b) Legemidler som administreres av pasienten selv</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientens bruk avviker fra legens forskrivning/merking på pakken • Pasienten har selv tatt feil legemiddel eller dose (for mye/for lite/ingen), eller til feil tidspunkt • Knusing av tablett/åpning av kapsler som ikke bør knuses/åpnes • Misforstått bruksanvisningen • Praktisk problem med å ta legemiddel (klarar ikke åpne boks, svelgvansker, kvalme/oppkast) • Problem med generisk bytte. • Husker ikke å ta legemiddelet til rett tid
<p>6. Annet 6a) Behov for, eller manglende monitorering for å følge opp effekt og toksisitet av legemidler 6b) Mangelfull føring/uklar dokumentasjon av legemiddelkurve/kardex/resept 6c) Annet Generelle terapidiskusjoner som inkluderer flere ulike LRP og som ikke kan føres andre steder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienten blir ikke regelmessig fulgt opp med hensyn til INR, blodtrykk, PEF eller blodsukker.

KundeID:

Prosjektregistrerings skjema legemiddelsamtalen

Kundens fødselsår: ____ _		Tidsbruk samtale: Timebestilling _____ min Forberedelser _____ min Samtale _____ min Oppfølging _____ min		Inngått samtykke med kunde <input type="checkbox"/>
Kjønn: K <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>			
På hvilket grunnlag inviterte du legemiddelbrukeren til samtalen? (sett ett kryss)				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Er over 60 år og bruker 5 legemidler eller mer <input type="checkbox"/> ▪ Bruker legemidler mot lungelidelser <input type="checkbox"/> ▪ Bruker legemidler mot hjerte-/karlidelser <input type="checkbox"/> 				
Legemiddelbruk:				
Ant legemidler (substanser) registrert i FarmaPro siste 6 mnd ¹ _____		Ant av FarmaPros registrerte legemidler som brukes i dag ² _____		Ant reseptpliktige legemidler som brukes i dag (opplyst av kunden) ³ _____
Ant. reseptfrie legemidler i regelmessig bruk (opplyst av kunden) _____		Ant. naturlegemidler og kosttilskudd i regelmessig bruk (opplyst av kunden) _____		Oppsummering bruksområde Ant. oppgitt på resepter _____ Ant. kjent for kunden _____
Kassasjon av legemidler Kassert/returnert ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Hvorfor? Sluttet <input type="checkbox"/> gamle <input type="checkbox"/> mye <input type="checkbox"/> dobbelt <input type="checkbox"/> Holdninger? Økonomi <input type="checkbox"/> miljø <input type="checkbox"/> ressurser <input type="checkbox"/>			Generisk bytte Har fått byttet legemidler ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Opplevd som problematisk ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>	
Legemiddelrelaterte problemer (LRP) og håndtering av disse (før inn antallet i rubrikkene nedenfor):				
Type LRP	Antall LRP	Legen endret	Legen endret ikke	Endret uten legekontakt
LRP 1: Legemiddelvalg				
LRP 2: Dosering				
LRP 3: Bivirkning				
LRP 4: Interaksjoner				
LRP 5: Avvikende legemiddelbruk				
LRP 6: Annet (beskriv kort)				
SUM				

Levert evalueringsskjema til kunde Dato:

Opplysningene sendes prosjektleder ved bruk av Questback.

¹ Alt som er registrert i FarmaPro, inklusive kurer og andre engangsekspedisjoner² Det antall substanser man ut fra ekspedisjoner i FarmaPro eller på resepter kan se at fortsatt er i bruk i dag (uten kurer og andre engangsekspedisjoner)³ Hva kunden faktisk bruker kan være forskjellig fra tall fra eksepdisjonene.

Legemiddelsamtale	KundeID:
--------------------------	-----------------

Samtaleguide, spørsmål som bør berøres under samtalen:	Føres i rubrikk nummer
Vet kunden hva legemiddelet brukes for?	1
Er kunden kjent med doseringen, hvor mye og når?	2 + 4
Har kunden praktiske problemer med legemiddelinntaket? praktisk, glemmer, utelatt dose,	3 + 7
Bivirkninger og interaksjoner	3
Legemidler og mat, kosttilskudd, naturlegemidler, alkohol	3
Kassasjon og retur av legemidler	6
Bruk av generika	8

	Andre spørsmål fra kunden:

Generelle spørsmål om legemiddelbehandlingen, som hjelpemiddel til å finne bedre løsninger for kunden:

<p>4 Hvor mange ganger daglig tar du legemidler 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Flere <input type="checkbox"/></p> <p>5 Bruker du doseringshjelpemidler Dosett <input type="checkbox"/> Multidose <input type="checkbox"/></p> <p>6 Har du noen gang kastet eller returnert til apotek legemidler du har fått utlevert? ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvorfor Sluttet å bruke <input type="checkbox"/> Blitt for gamle <input type="checkbox"/> Fått for mye <input type="checkbox"/> Fått dobbelt <input type="checkbox"/> Å kaste legemidler er vanskelig fordi det går utover egen økonomi <input type="checkbox"/> miljø (forurenser) <input type="checkbox"/> samfunnets ressursbruk <input type="checkbox"/> Annet:</p>	<p>7 Glemmer du noen ganger å ta legemidlene dine? Daglig <input type="checkbox"/> ukentlig <input type="checkbox"/> månedlig <input type="checkbox"/> nei, aldri <input type="checkbox"/></p> <p>8 Har du noen gang fått legemidlene byttet til billigere legemiddel (generisk bytte)? ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Har dette vært vanskelig? ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, hva skyldtes det? Brukte dobbelt <input type="checkbox"/> Tablettens utseende <input type="checkbox"/> Sammenblanding av navn <input type="checkbox"/> Annet:</p>
--	--

--	--

Notatfelt for farmasøyt

Legemiddelsamtale	KundeID:
-------------------	----------

Preparat og styrke	Bruksområde og dosering (på resept)	Kundens opplysninger om bruk:	Notater underveis i samtalen - praktiske problemer, opplevde bivirkninger, interaksjoner etc.	Etter samtalen:
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>

Legemiddelsamtale	KundeID:
-------------------	----------

LM-navn og styrke	Bruksområde og dosering (på resept)	Kundens opplysninger om bruk:	Notater underveis i samtalen - praktiske problemer, opplevde bivirkninger, interaksjoner etc.	Etter samtalen:
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>
	Bruksområde	1 Bruksområde	3	Klassifisert LRP (kode):
	Dosering	2 Dosering		Lege kontaktet <input type="checkbox"/> Lege endret <input type="checkbox"/> Endret uten lege <input type="checkbox"/>

Informasjon om prosjektet

Legemiddelgjennomganger i apotek / legemiddelsamtaler

Sosial- og helsedirektoratet ønsker å undersøke hvordan forskjellige tiltak kan medføre riktigere legemiddelbruk slik at best mulig behandling oppnås. Dette prosjektet som gjennomføres av Apotekforeningen skal se på hvordan farmasøytens kompetanse kan utnyttes til beste for kunde og samfunn. Som apotekkunde og bruker av flere legemidler er du derfor invitert til en legemiddelsamtale og deltagelse i dette prosjektet.

En legemiddelsamtale skal være planlagt og strukturert. Farmasøyten setter opp en oversikt over dine legemidler ut fra resepter, tidligere ekspedisjoner i apoteket og dine egne opplysninger. Du og farmasøyten snakker om alle legemidlene med mest vekt på dem du eventuelt har problemer med eller er usikker på.

Gjennomføring

Samtykke

For å være med i prosjektet må du gi ditt samtykke til at opplysningene du gir blir brukt i dette prosjektet. I løpet av legemiddelsamtalen kan det komme fram spørsmål som må avklares med legen din. Du må derfor også samtykke til at farmasøyten kan diskutere din legemiddelbruk med fastlegen.

Legemiddelprofil

Farmasøyten vil lage en oversikt over legemidlene du har fått utlevert fra dette apoteket de siste 6-12 månedene (slik de er lagret i apotekets datasystem) samt føre opp det du selv opplyser om bruk av legemidler (reseptpliktige, reseptfrie midler og naturlegemidler). Du vil bli spurt om du benytter andre apotek, men det vil ikke bli innhentet oversikter fra disse.

Samtale

Dere avtaler tid for en 30 minutters samtale. Under samtalen snakker dere om alle dine legemidler og bruken av disse. Farmasøyten vil registrere de opplysningene du gir og behandle dem fortrolig. Hvis samtalen avdekker spørsmål om behandling vil farmasøyten ta dette opp med din fastlege.

Dokumentasjon

Du kan få kopi av alle skjema som benyttes i samtalen. Originalskjemaene vil bli oppbevart på apoteket så lenge prosjektet varer, deretter blir de makulert.

Kundeevaluering

Du vil få utlevert et evalueringsskjema ved samtals slutt sammen med frankert konvolutt. Vi ønsker at du selv gir tilbakemelding til prosjektet om din opplevelse av samtalen. Dette skjemaet inneholder kun en kundeID-kode og kan ikke føres tilbake igjen til deg.

Prosjektregistreringer og taushetsplikt

Alle data som samles inn i forbindelsen med prosjektet blir behandlet konfidensielt. Farmasøyt er underlagt taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven. Apoteket vil aidentifisere opplysningene før de sendes til sentral prosjektledelse for videre behandling. Prosjektet forventes å være avsluttet innen utgangen av 2007. Etter at prosjektet er avsluttet vil opplysningene bli anonymisert.

Frivillighet

Det er helt frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg eller kreve personopplysningene som er gitt anonymisert.

Resultater av prosjektet

Alle resultater vil bli presentert som grupperesultater og kan ikke føres tilbake til den enkelte deltager. Rapport fra prosjektet blir oversendt Sosial- og Helsedirektoratet. Resultatene vil i tillegg bli publisert i fagtidsskrifter.

Prosjektansvar

Prosjektet finansieres av Sosial- og Helsedirektoratet og Apotekforeningen, og ledes av Apotekforeningen. Gjennomføringen gjøres i rundt 40 apotek over hele landet. Alle kjeder og apotekgrupper er med. Opplysningene du gir vil kun bli brukt i forbindelse med dette prosjektet. Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD)

Prosjektleder
Agnes Gombos

Apotekforeningen
Postboks 5070, Majorstua
0301 Oslo
E-post: agnes.gombos@apotek.no
www.apotek.no

Samtykkeerklæring

Jeg har fått skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet ”Legemiddelgjennomganger i apotek” og har forstått hva som forventes av meg, og mine rettigheter i forbindelse med deltagelse.

- Farmasøyt kan ta ut oversikt over mine legemiddelekspedisjoner fra dette apotekets datasystem og vurdere disse (det innhentes IKKE opplysninger fra andre apotek jeg har brukt)
- Farmasøyt og jeg har en avtalt samtale for gjennomgang av min legemiddelbruk
- Alle opplysninger jeg gir om meg selv og min legemiddelbruk vil bli behandlet fortrolig
- Farmasøyt er underlagt taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven
- Opplysninger som benyttes i sentralt prosjekt vil bli aidentifisert og vil ikke bli tilbakeført til meg, etter registrering
- Jeg kan trekke meg, selv om samtykke er inngått, og det skal ikke få følger for mitt kundeforhold til apoteket
- Alle data som samles inn i forbindelsen med prosjektet blir behandlet konfidensielt. Apoteket vil aidentifisere opplysningene før de sendes til sentral prosjektledelse for videre behandling og vil bli anonymisert etter at prosjektet er avsluttet.
- Jeg deltar frivillig

Jeg samtykker i at farmasøyten kan kontakte min lege på grunnlag av legemiddelsamtalen for å kunne avklare spørsmål om min legemiddelbruk ja

Kundes signatur	Sted	Dato

Kundes navn	Telefon	Fødselsår	KundeID
Fastlegens navn		Fastlegens telefon	

Apotek (stempel)	Farmasøyt	Dato

Original av denne samtykkeerklæringen oppbevares på apoteket i prosjektmappen.
Kopi av erklæringen gis til kunde.

Samtykkeerklæringen kan når som helst trekkes tilbake av kunden, og opplysninger om kundens legemiddelsamtale som fortsatt oppbevares i apotek, makuleres. Data rapportert til sentralt prosjekt anonymiseres.

Evaluering - Legemiddelsamtale i apotek

Kunde ID

For å kunne se om legemiddelsamtaler er nyttig for apotekenes kunder ber vi om å få dine synspunkter på den samtalen du nå har gjennomført med farmasøyten.

Vennligst lever skjemaet på apoteket eller benytt vedlagte frankerte konvolutt og returner utfylt skjema til:

Du skal **ikke** oppgi navnet ditt på skjemaet, og opplysningene vil **ikke** kunne identifiseres i forhold til deg.

Apotekforeningen
Evaluering
Legemiddelsamtaler
Postboks 5070 Majorstua
0301 Oslo

Vennligst svar på følgende påstander:

På skalaen fra 1 til 6 setter du kryss i **1 hvis du er HELT UENIG** og i **6 hvis du er HELT ENIG**, eller du plasserer krysset imellom de to i forhold til hvor enig du er.

Jeg opplevde legemiddelsamtalen som nyttig

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Jeg har fått bedre oversikt og forståelse for min legemiddelbruk

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Det vil nå bli lettere å bruke legemidlene mine riktig

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Denne legemiddelsamtalen har gitt meg større trygghet rundt min legemiddelbruk

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Jeg opplevde at farmasøyten har nødvendig kunnskap til å veilede om mine legemidler

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Farmasøyten formidlet kunnskap om legemiddelbruk på en forståelig måte

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Farmasøyten kunne svare på mine spørsmål om legemidlene og behandlingen

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Det var satt av tilstrekkelig tid til gjennomføring av samtalen

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Jeg mener at apotek er et egnet sted for slike samtaler

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Jeg opplevde at nødvendig diskresjon ble ivaretatt under samtalen

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Apotek bør ha legemiddelsamtaler som dette som et fast tjenestetilbud til sine kunder

Helt uenig 1 2 3 4 5 6 Helt enig

Hvis apoteket hadde tatt seg betalt for veiledningen, ville jeg vært villig til å betale for den

Ja Nei

Hvis ja, hvor mye? _____ kroner

Andre kommentarer:

Legemiddelsamtale Farmasøyteevaluering 1

Farmasøyteevaluering

Farmasøytnummeret er de to første sifrene i det du har brukt som kunde ID.

1) Farmasøytnummer *

.....

SPØRSMÅL OM UTDANNING**2) Utdanningskategori ***

- Reseptar/Bachelor i farmasi
 Cand.pharm/Master i farmasi

3) Hvilket år avsluttet du grunnutdanningen som farmasøyt (oppgi år med 4 siffer)? *

.....

4) Tilleggsutdanning utover grunnutdanning i farmasi *

- Master i klinisk farmasi
 Spesialist i sykehusfarmasi
 Apotekdiplomstudiet
 Økonomisk/administrativ utdanning
 Ingen
 Annet, spesifiser her

5) Gjennomførte kurs (VETT; Legeforeningen, kjedekurs etc.) *

- Farmakologi
 Fysiologi
 Interaksjoner
 Legemiddelgjennomganger
 Kommunikasjon
 Ingen
 Annet, spesifiser her



OPPLÆRING I FORBINDELSE MED PROSJEKTET

På en skala fra 1 til 6 setter du kryss i 6 hvis du er helt enig og i 1 hvis du er helt uenig, eller du plasserer krysset imellom de to i forhold til hvor enig du er.

6) Opplæringsdagen i januar var god nok som forberedelse til legemiddelsamtalene *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

7) Jeg fikk den informasjonen jeg trengte for å gjennomføre legemiddelsamtalen *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

8) Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre legemiddelsamtaler *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



9) Hvis du ikke synes du har tilstrekkelig kompetanse, hva ville du hatt behov for kurs i?

- Farmakologi
- Fysiologi
- Interaksjoner
- Legemiddelgjennomganger
- Kommunikasjon
- Annet, spesifiser her



LEGEMIDDELSAMTALEN**10) Jeg var godt nok forberedt til legemiddelsamtalene ***

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

11) Jeg følte meg usikker da jeg skulle besvare spørsmål kundene stilte under samtalen *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



12) Jeg identifiserte legemiddelrelaterte problemer *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

13) Jeg manglet opplysninger om kundenes legemiddelbruk *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



14) Jeg har nok opplysninger og kunnskap til å diskutere legemiddelspørsmål med legen *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

15) Legen var positiv til å diskutere spørsmål om deres pasienters legemiddelbruk med meg

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



16) Det var lett å rekruttere kunder til samtale *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

17) Omtrent hvor mange av de du spurte takket nei til legemiddelsamtale? *

18) Hvor mange som først takket ja uteble fra samtalen (eller trakk seg underveis)? *

.....
.....



19) Oppgav de som takket nei en grunn for å ikke ville gjennomføre en slik samtale? *

Ja

Nei

20) Angi kort grunner som ble nevnt for ikke å ville ha en slik samtale

.....
.....

21) Beskriv positive og negative erfaringer vedrørende invitasjon og inkludering av kunder til samtale

.....
.....



22) Informasjonsrommet fungerte fint som ramme for samtalen *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

23) Jeg fikk sitte uforstyrret sammen med kundene den tiden samtalen varte *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



24) Det var vanskelig å avgrense samtalen til kun å dreie seg om legemidler *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

25) Det var vanskelig å avslutte samtalen *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



26) Kundene syntes jeg blandet meg inn i legens anliggende *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

27) Kundene syntes det var nyttig å få min informasjon sammen med legens informasjon *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



TIDSBRUK**28) Tidsrammen på 1,5 timer var nok til forberedelser, samtale og etterarbeid ***

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

29) Tretti minutter var nok til å gjennomføre en samtale *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



30) Jeg mener antall minutter satt av til forberedelser burde være (oppgi antall minutter) *

31) Jeg mener antall minutter satt av til samtalen burde være (oppgi antall minutter) *



METODE

32) Det hadde vært en fordel om alle skjemaene hadde vært elektroniske *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

33) Punktene i skjemaet gjorde det mulig å føre en strukturert samtale med kunden *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



34) Skjemaene var godt egnet til bruk under forberedelsen til samtalene *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig

35) Skjemaene var godt egnet til bruk under samtalene *

1 2 3 4 5 6

6 er helt enig, 1 er helt uenig



36) Opplevde du at kundene var fornøyd med legemiddelsamtalene? *

Ja, veldig fornøyd

Ja, litt fornøyd

Ikke så veldig fornøyd

Nei, ikke fornøyd i det hele tatt

37) Tror du at legemiddelsamtalen var nyttig for kundene? *

Ja, veldig nyttig

Ja, litt nyttig

Ikke så veldig nyttig

Nei, ikke nyttig i det hele tatt

38) Var DU fornøyd med legemiddelsamtalene? *

- Ja, veldig fornøyd
 - Ja, litt fornøyd
 - Ikke så veldig fornøyd
 - Nei, ikke fornøyd i det hele tatt
-

39) Synes du legemiddelsamtale er et godt tilbud til kunder i apoteket? *

- Ja, et veldig godt tilbud
 - Ja, et litt godt tilbud
 - Ikke så veldig godt tilbud
 - Nei, ikke noe godt tilbud i det hele tatt
-

40) Hvor mange kroner synes du apoteket skulle ta betalt for en slik tjeneste? *

.....

→

FORSLAG TIL ENDRINGER / FORBEDRINGER

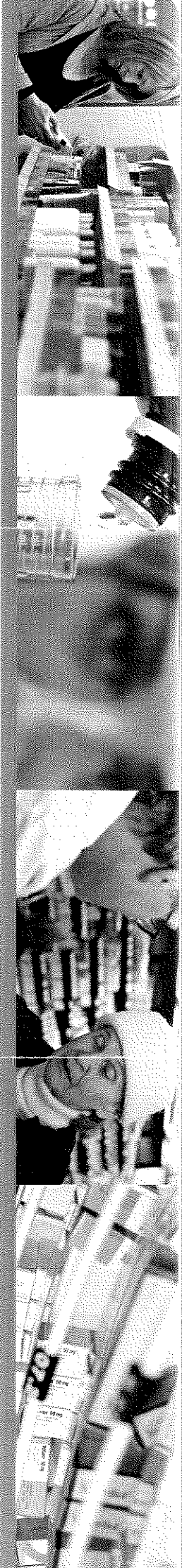
41) Nevn kort eventuelt forslag til forbedringer i metode, skjema og lignende som vil være relevant for et fast tilbud om legemiddelsamtaler i apotek

.....

42) Beskriv kort (stikkord) de tre største utfordringene du hadde ved gjennomføring av samtalene i dette prosjektet.

.....

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.



LEGEMIDDELSAMTALE I APOTEK

En legemiddelsamtale er en samtale mellom deg og en farmasøyt som gjennomføres i apotekets informasjonsrom og tar ca 30 minutter.

- En tjeneste for deg som
- bruker 5 legemidler eller flere og er over 60 år
 - bruker lungemedisiner
 - bruker hjerte- og kar-medisiner

Tjenesten er et pilotprosjekt som mottar støtte fra Sosial- og helsedirektoratet og gjennomføres våren 2007. I prosjektperioden er denne tjenesten gratis.

Hva kan du forvente av apoteket?

- Farmasøyten svarer på dine spørsmål og gir deg råd om riktig legemiddelbruk.
- Opplysningene dine håndteres fortrolig og er underlagt taushetsplikt.

Hva vil samtalen gi deg?

- Større kunnskap om legemidlene du bruker – hvorfor du tar dem og hvordan de virker.
- Større trygghet i bruken av legemidlene dine
- Større trygghet ved valg av reseptfri behandling og kosttilskudd.

DET ER VIKTIG AT DU:

- Kommer med noen av dine spørsmål i forkant av samtalen slik at farmasøyten kan forberede seg på dine spørsmål.
- Gir informasjon om din legemiddelbruk samt hva du bruker av andre midler som for eksempel kosttilskudd, naturmidler og reseptfrie legemidler.
- Samtykker til at farmasøyten kan kontakte din lege ved behov.
- Gir oss beskjed hvis du ikke kan komme til den avtalte timen.
- Svarer på evalueringsskjemaet etter samtalen.

AKTUELLE SPØRSMÅL:

- Hvordan virker legemidlene mine?
- Når og hvordan bør jeg ta legemidlene mine for å få best effekt?
- Hvor lenge skal jeg bruke legemidlene?
- Hva gjør jeg hvis jeg glemmer å ta en dose?
- Kan jeg ta legemidlene mine samtidig med mat? Hva med alkohol? Hva med andre legemidler?
- Hvilke bivirkninger kan jeg oppleve? – Kan jeg gjøre noe for å eventuelt unngå dem?
- Kan jeg kjøre bil når jeg bruker disse legemidlene?
- Finnes det et rimeligere likeverdig alternativ som jeg kan bytte til?
- Hvordan bør jeg oppbevare og eventuelt kaste legemidlene?

Legemiddelsamtale Oppsummering etter samtale	KundeID:
---	-----------------

Identifiserte problemstillinger	Løsningsforslag

Farmasøyt sign.

Apotekstempel

Den 12. november 2007

Pharmakon

Vurdering af "Legemiddelgjennemganger i apotek - Legemiddelsamtaler"**Konklusion på vurderingen**

Som en del af kvalitetssikringen af rapporten "Legemiddelgjennemganger i apotek - Legemiddelsamtaler" har rapportens forfattere ønsket en vurdering af rapporten.

Rapporten "Legemiddelgjennemganger i apotek – Legemiddelsamtaler" vidner om et grundigt gennemført projekt og er i sin helhed en velskrevet og læsevenlig rapport.

Rapporten afslører således en god systematik i projektudførelsen og udviklingen af redskaber til brug for legemiddelsamtaler på apotek. Overordnet er rapporten gennearbejdet og veludført, og de få kommentarer og forbedringsforslag, der er, er på detaljeplan.

Som en rapport over et udviklings-, implementerings- og -evalueringsprojekt vurderes "Legemiddelgjennemganger i apotek - Legemiddelsamtaler" at være en god rapport, der giver overblik over dokumenterede resultater, ligesom den grundigt beskriver erfaringer fra udvikling og implementeringsprocessen. Rapporten vurderes at udgøre et godt beslutningsgrundlag for yderligere afprøvninger eller indførelse af legemiddelsamtaler på apoteket.

Sproget er jævnt og læsevenligt gennem hele rapporten. Rapportens fire hovedmål konkretiseres af en række delmål. Rapportens afsnit er bygget op med hovedmålene som fokus. Diskussionen bidrager med relevante betragtninger, forklaringer på resultaterne og perspektiver fra andre relevante studier, ligesom konklusionen er velopbygget og er underbygget af såvel resultatafsnit som diskussion.

Alt i alt er der meget få steder i rapporten, der kan anfægtes, og de kritikpunkter, der er, er i det store hele ikke væsentlige for kvaliteten af rapporten som helhed. Resultaterne vurderes at være lovende og tilstrækkeligt dokumenterede til at man kan sige at målet med projektet er opnået, dog er den udførte sundhedsøkonomiske vurdering ikke stærk nok til at vurdere eventuelle omkostninger og besparelser, ved implementering af ydelsen på apotek.

Vejledning til læsning af vurderingen

I vurderingen gennemgås rapportens afsnit systematisk, i samme rækkefølge som afsnittene forekommer i rapporten. Til slut perspektiveres resultaterne i forhold til danske medicingennemgangsprojekter, som Pharmakon er bekendt med. Perspektivering er inddelt efter hovedmålene i rapporten.

I Norge findes der på apoteket reseptarer (hvad der på dansk nok vil svare til farmakonomer) såvel som provisorer (på dansk farmaceuter). Begge faggrupper kaldes farmasøyer under ét. For at der ikke skal opstå forvirring bliver samlebetegnelsen 'apotekspersonale' anvendt igennem vurderingen om de reseptarer og provisorer, der deltog i projektet.

Sammenfatning af rapporten

Rapporten indledes med en kort og overskuelig sammenfatning af rapportens hovedafsnit. De væsentligste pointer fra de forskellige afsnit er medtaget, og alt i alt giver sammendraget en god indføring i rapporten. Man kunne som læser ønske sig, at de fire hovedmål var blevet nævnt i sammenfatningen.

Introduktion

I indledningen gøres der grundigt rede for baggrunden for interventionen. Der gøres rede for finansieringen af afprøvningen af projektet om lægemiddelsamtaler, for projektorganiseringen, proceduren for kvalitetssikring af rapporten, ligesom erfaringer fra tilsvarende afprøvninger af legemiddelgennemgange i andre lande oprides.

Konklusion på vurderingen**Vejledning til læsning af vurderingen****Sammenfatning af rapporten****Introduktion**

Den 12. november 2007

Pharmakon

Introduktionsafsnittet giver læseren et fint overblik over baggrunden for afprøvningen af lægemiddelgennemgange. Afsnittet er velopbygget og letlæseligt.

Anvendt terminologi

En fyldestgørende afklaring af centrale begreber findes i begyndelsen af rapportens metodeafsnit. Begreberne lægemiddelgennemgang og lægemiddelsamtale, lægemiddelprofil og lægemiddelrelaterede problemer defineres, ligesom der kort gøres rede for forskellen mellem apotekets *reseptarer* og *provisorer*.

Begrebet lægemiddelgennemgange bruges om en gennemgang af patientens medicin, der bliver foretaget i sygehusregi af en farmaceut i samarbejde med patient og læge. Til grund for lægemiddelgennemgangen anvendes både diagnoser, laboratorie-værdier og patientens oplevelse.

Begrebet lægemiddelsamtale introduceres af projektets arbejdsgruppe, som en betegnelse for en lægemiddelgennemgang, der foretages på apotek, og hvor patientens behov og patientens lægemiddelbrug er udgangspunkt for samtalen. Forfatterne giver en grundig beskrivelse og afgrænsning af, hvad begrebet dækker over, hvad målet med en lægemiddelsamtale er, og hvor langt farmaceuternes ansvarsområde rækker.

Begrebsafklaringen bidrager med fyldestgørende afklaring af de centrale begreber i projektet og letter læsningen af rapporten.

Mål og formål

Målsætningerne for afprøvningen af lægemiddelgennemgange er inddelt i hoved- og delmål. Der er fire hovedmål, der er defineret af Sosial- og Helsedirektoratet. De fire hovedmål er:

- at udføre lægemiddelgennemgange for udvalgte kundegrupper på apoteket
- at vurdere kundens udbytte af samtalen
- at være problemløsende
- at vurdere kosteffektiviteten i et helhedsperspektiv.

Hovedmålene er ambitiøse og ikke særlig konkrete, og projektets arbejdsgruppe har derfor valgt at definere syv delmål, der også er underinddelt.

Delmålene har til formål at konkretisere den praktiske planlægning af afprøvningen, og der er således delmål for udvikling af kriterier for inklusion, patientinformation, patientrelaterede mål, afdækning og håndtering af lægemiddelrelaterede problemer, vurdering af, hvorvidt lægemiddelgennemgange kan give lavere omkostninger, tidsforbrug og evaluering af kompetenceniveauet.

Ét af delmålene lyder "Udarbejde kriterier for hvilke patientgrupper som skal inviteres til lægemiddelsamtale". Kriterierne for udvælgelsen fremgår dernæst: Patienterne skal være over 60 år og bruge 5 eller flere lægemidler, bruge lægemidler for hjerte-kar-lidelser eller bruge lægemidler for lungelidelser. Eftersom målet er at 'udarbejde kriterier', forventer læseren at finde noget om udarbejdelsen af kriterierne senere i rapporten, eksempelvis i metodeafsnittet. Imidlertid fremgår det ingen steder, hvad baggrunden er for at vælge netop disse tre patientgrupper. Derfor ville det styrke rapporten med nogle betragtninger omkring udvælgelsen af patient- og lægemiddelgrupper i selve rapporten.

Af metodeafsnittet (se senere) fremgår det ligeledes, at der ikke var taget nogen beslutning om, hvordan fordelingen af patienter mellem de tre inklusionskriterier skulle være. Et afsnit, hvor der kortfattet blev gjort rede for baggrunden for udvælgelsen af patienter, ville have tydeliggjort, om arbejdsgruppen havde gjort sig nogen overvejelser om konsekvenserne af, at fordelingen af patienter eventuelt ikke blev lige.

Anvendt terminologi

Mål og formål

Den 12. november 2007

Pharmakon

Hovedmålene med projektet er ambitiøse og ukonkrete. Inndelingen i delmål er med til at tydeliggøre målene for læseren og gøre dem mere konkrete og implementerbare.

Afgrænsning

Afgrænsningen af projektet er kortfattet og generel. Det påpeges, at ikke alle aspekter af lægemiddelgennemgange afdækkes, idet lægemiddelgennemgangene kun er foretaget for en udvalgt patientgruppe på apoteket, og at patientgruppen derfor ikke er repræsentativ.

Metode

I metodeafsnittet redegøres for valg af metoder til inklusion af apotekspersonale og patienter, oplæring, praktiske aftaler omkring lægemiddelsamtalerne, hvilke kriterier der skal ligge til grund for interventionen samt valg af metoder til patientevaluering og personaleevaluering.

Inklusion af apotekspersonale

Inklusionen af apotekspersonalet er foregået ud fra praktiske overvejelser af, hvem der havde projekterfaring, hvem der havde efteruddannelse i lægemiddelsamtaler samt personalets tilknytning til de forskellige apotekskæder eller uafhængige apoteker. Der nævnes ikke, hvorvidt der var tale om geografiske overvejelser i udvælgelsen af apotekspersonale, og om der fx var en ambition om at få en ligelig fordeling af apoteker fra land/by. Inklusionen af patienter er betinget af inklusionen af apotekspersonale, og ud fra den betragtning kunne det være godt med en beskrivelse af overvejelserne. Disse betragtninger bliver først beskrevet i diskussionen og kommer dér til at virke som efterrationalisering. Da projektet er et praktisk afprøvningsprojekt snarere end et egentligt forskningsprojekt, vurderes den valgte inklusionsprocedure af apotekspersonale til at være acceptabel og relevant.

Det fremgår ikke, hvilke konsekvenser det kan have for den praktiske implementering, dataindsamling og rutineopbygning, at projektet er udført med mange medarbejdere fra mange forskellige apoteker. Ud fra et afprøvningsperspektiv er antallet af apotekspersonale stort, ud fra et forskningsmæssigt synspunkt og ud fra et ønske om fremtidig udbredelse af ydelsen, er antallet af apotekspersonale en styrke. Forfatterens refleksioner over antallet af projektmedarbejdere, antallet af lægemiddelsamtaler per projektmedarbejder mv. ville have styrket rapporten yderligere og været med til at belyse den praktiske implementering og perspektiver for spredning af ydelsen.

Inklusion af patienter

Inklusionen af patienter foregik ved rekruttering i skranken og blev foretaget af apotekspersonale. Baggrunden for valg af bestemte patientgrupper fremgår desværre ikke, i stedet henvises til afsnittet om mål og formål. Der skulle i alt inkluderes 150 patienter fordelt på de tre inklusionskriterier. Hver af apoteksmedarbejderne skulle gennemføre 3-4 samtaler, hvilket højst sandsynligt ikke er nok til at oparbejde rutine i forhold til lægemiddelsamtaler. Denne model, hvor man har spredt ydelsen på mange apoteksansatte, der skulle foretage få lægemiddelsamtaler, har den fordel, at ydelsen bliver spredt vidt, men har også som konsekvens, at apotekspersonalet ikke opnår erfaring nok til, at lægemiddelsamtalerne overgår til en slags driftsfase. Dette har sandsynligvis været en af årsagerne til, at det estimerede tidsforbrug til samtalerne ikke kunne overholdes.

Kompetence

Der gøres kort og præcist rede for, hvad oplæringen af apotekspersonalet omfattede, og at der ikke indgik nogen faglig opdatering i oplæringen. Det nævnes, at der i forbindelse med oplæringen ikke foretages en egentlig faglig opdatering af apotekspersonalet mht. lægemiddelbrug. Det forudsættes således, både at

Afgrænsning

Metode

Den 12. november 2007

apotekspersonalet rent fagligt er i stand til at gennemføre en lægemiddelsamtale, og at apotekspersonalet er klædt på til rollen som rådgivere.

Der er en grundig gennemgang af den praktiske forberedelse og aftaleindgåelse med patienten forud for samtalen.

Lægemiddelsamtaler

Til brug for lægemiddelsamtalen er der udarbejdet en spørgeguide, der grundigt afdækker lægemiddel- og compliance-relaterede problemer, ligesom der er udarbejdet et skema, hvor samtalen kan opsummeres. Denne opsummering tænkes udleveret til patienten, som et referat af samtalen og apotekspersonalets råd.

Opsummering

Metodeafsnittet giver en stort set fyldestgørende oversigt over metoderne til implementering, men giver ikke noget overblik over metoderne til dataindsamling. Ud fra et evalueringsperspektiv kunne man dog ønske sig lidt flere refleksioner omkring udvikling af redskaber til dataindsamling (spørgeskema til farmaceut-evaluering og patientevaluering).

Resultater

Resultaterne er opgjort for hovedmålene, men ikke for delmålene. Dette gør præsentationen af resultater meget overskuelig, og denne opbygning fortsætter i diskussion såvel som konklusion. Hovedmålene er således lette at genfinde igennem hele rapporten. Man kunne have valgt også at opgøre resultater for alle delmål, men det havde gjort rapporten mere omfattende, og formodentlig også mere uoverskuelig.

Resultater

Udførelse af lægemiddelsamtaler med udvalgte patientgrupper

Af resultaterne fremgik det, at de fleste af projektmedarbejderne havde gennemført én eller anden form for efteruddannelse, men ikke alle havde gennemført en uddannelse, der gav dem et kompetenceløft inden for lægemiddelsamtaler. Aktuelle undersøgelser indikerer, at apotekspersonalet kan have svært ved at udfylde rollen som rådgivere. Derfor havde det styrket interventionen, hvis der udelukkende var rekrutteret apotekspersonale med kompetencer eller erfaringer indenfor lægemiddelsamtaler, alternativt at det havde været en del af oplæringen ved projektstart.

I projektet er antallet af inviterede patienter ikke opgjort, ligesom årsagerne til at patienter har takket nej til en lægemiddelsamtale heller ikke er registreret. Alligevel refereres de gennemgående årsager til, at patienter har takket nej. Det er ikke en væsentlig mangel i projektet, at disse registreringer ikke er foretaget, men det ville naturligvis have styrket rapporten.

Fint med oplysning om, hvor mange det er lykkedes at gennemføre samtalerne indenfor den angivne tidsramme.

Problemløsning

Af afsnittet om registrerede lægemiddelrelaterede problemer fremgår det, hvor mange LRP lægerne er blevet kontaktet i forbindelse med. Det fremgår endvidere, at lægerne har foretaget ændringer i 57 % af de tilfælde, hvor de er blevet kontaktet. Det fremgår ikke, hvordan disse data er indsamlet. Det ville give gode oplysninger om den samarbejdsmodel, der er opbygget i forbindelse med projektet, hvis dette punkt fremgik tydeligere af rapporten.

Meget fin og overskuelig oversigt over de typer af råd, der er givet af apotekspersonalet, og der er også en opsummering af, hvor mange råd der totalt set blev givet af de to faggrupper. Noget overraskende viser resultaterne, at provisorerne

Den 12. november 2007

afdækker langt flere lægemiddelrelaterede problemer end reseptarerne, mens reseptarerne giver flere råd per samtale end provisorerne. Forskellen bliver nedtonet i rapporten, selvom den egentlig er ganske betydelig (hhv. 0,8 og 1,2 råd per samtale). Det ville have styrket rapporten, hvis man havde reflekteret over forskellen. Eksempelvis ved at se, om de to faggrupper giver forskellige typer råd. Fra tidligere projekter har vi erfaring for, at de danske farmakonomer og farmaceuter giver forskellige typer rådgivning. Således var farmakonomerne i vores projekt mere tilbøjelige til at give tekniske løsninger, mens farmaceuterne i højere grad valgte rådgivning.

Lægemiddelsamtalerne

Patientevaluering

Resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelsen viser en imponerende svarprocent på 90,4 % og meget høj generel tilfredshed. I den 6-punkts skala, der er brugt i skemaet er den gennemsnitlige score for alle spørgsmål, højere end 5 og for de fleste spørgsmåls vedkommende over 5,5.

Alle tabeller er relevante og overskuelige, dog kunne man i afsnittet om patienttilfredshed som læser godt bruge noget tekst til at binde resultaterne sammen. Den gennemsnitlige score for alle tilfredshedsspørgsmålene er vist, og dernæst er resultaterne af to spørgsmål vist i søjlediagrammer. Der kunne med fordel være en forklaring på, hvorfor netop disse to spørgsmål var særlig vigtige eller interessante.

Farmaceutevaluering

Af afsnittet om farmaceuternes oplevelser af lægemiddelsamtalerne fremgår det, at omkring halvdelen af apotekspersonalet synes, det havde været vanskeligt at rekruttere patienter. Dels havde de vanskeligheder med at finde patienterne, og dels havde de svært ved at finde tid til at invitere dem. Af metodeafsnittet fremgår det ikke, hvorledes personalet er blevet instrueret i rekruttering af patienter, og hvor lang tid de har haft til at rekruttere og afholde de 3-4 lægemiddelsamtaler. Det ville have været fint, om disse oplysninger stod i et af rapportens baggrundsafsnit eller i resultatafsnittet. Disse oplysninger kunne have forklaret resultaterne. Igen ville det have hjulpet læseren yderligere, hvis der havde været lidt tekst til at binde de præsenterede resultater sammen.

Det fremgår, hvordan læger og patienter blev informeret om projektet, og hvordan lægerne havde mulighed for at henvise patienter til lægemiddelsamtale. Det er normalt vanskeligt at rekruttere patienter til sådanne projekter udelukkende gennem praktiserende læger. Derfor har projektarbejdsgruppen klogeligt valgt at rekruttere gennem apoteket. Det kunne imidlertid have været interessant med en oplysning om, hvor mange patienter der blev henvist til lægemiddelsamtale af lægen, hvis dette er blevet registreret.

Vurdering af kosteffektiviteten i et helhedsperspektiv

Kosteffektiviteten måles ud fra patienternes betalingsvillighed, problemer som følge af generisk substitution og forståelse for samfundets lægemiddeludgifter, sidstnævnte handler om kassation af lægemidler.

Det var et af hovedmålene, at man i projektet skulle vurdere kosteffektiviteten i et helhedsperspektiv. De tre valgte områder giver ikke læseren svar på, om lægemiddelsamtalerne har været kosteffektive, hvilket forfatterne også selv nævner i diskussionen. Det ville have styrket vurderingen, hvis man havde opsummeret, hvor mange penge der var sparet i lægemiddelomkostninger ved, at apotekspersonalet havde rationaliseret patienternes lægemiddelbehandling og eventuelt foreslået generisk substitution. Det må dog erkendes, at en sådan vurdering under alle omstændigheder er vanskelig at lave.

Den 12. november 2007

Pharmakon

Diskussion

Overordnet set fremstår diskussionen fyldestgørende og helstøbt, og selvom den er lang, er den gjort overskuelig for læseren, idet den er inddelt i afsnit.

Igennem hele diskussionen er der mange relevante betragtninger, ligesom de allerfleste aspekter af projektet diskuteres grundigt, ofte også i et bredere perspektiv. De forklaringer, der gives på resultaterne, vurderes at være plausible.

Der er især mange betragtninger om de problemstillinger, der har været i implementeringsprocessen. Disse betragtninger gør diskussionen meget stærk og tydeliggør problemstillinger, forklaringer og mulige løsninger for læsere, der ønsker at iværksætte lignende tiltag.

En del af de ting, der savnes i rapportens metode- og resultatafsnit berøres og forklares i diskussionen.

I diskussionens afsnit om metodekritik berøres de væsentligste mangler ved projektet: at det totale antal patienter, der blev inviteret, ikke blev registreret, at der ikke er medtaget kliniske effekter for patienterne, samt at der ikke blev inkluderet så mange patienter som planlagt (135 i stedet for 150 patienter).

Diskussion

Den 12. november 2007

Pharmakon

Konklusion

Konklusionen er velbegrunnet set ud fra resultat afsnit og diskussion, og der summeres op på de mest relevante resultater. Konklusionen er logisk opbygget, idet den er inddelt i afsnit, hvor der konkluderes på hovedmålene.

Bilag

Der er 10 bilag til rapporten. De fleste bilag er redskaber, der er udviklet til projektet. Der er ikke foretaget en tilbunds gående vurdering af redskaberne, men de giver umiddelbart indtryk af at være meget anvendelige. Registreringsskemaerne til lægemiddelsamtalerne er kortfattede, overskuelige og meget inspirerende.

Perspektivering i forhold til danske medicingennemgangsprojekter

Til perspektivering af resultaterne fra "Legemiddelgjennomganger i apotek" er der valgt fem danske projekter, der på nogle områder er sammenlignelige med det norske. Perspektiveringen er bygget op med hovedmålene fra den norske rapport, som omdrejningspunkt.

Hovedmål 1 – Udførelse af lægemiddelgennemgange med udvalgte kundegrupper på apoteket

Klinisk farmaceut i primærsektoren (1):

Projekt med 1 farmaceut, der var tilknyttet en lægepraksis i 12 måneder. Farmaceuten identificerede polyfarmacipatienter, hvorefter lægen vurderede om patienten skulle tilbydes en samtale med farmaceuten. Der blev gennemført 40 lægemiddelsamtaler. Hovedvægten lå på identifikation af problemer med substitution.

Medicingennemgang – Få styr på medicinen (2):

Et projekt, der blev gennemført i Århus Amt med deltagelse af 22 af amtets 30 apoteker. Der blev gennemført lægemiddelsamtaler med polyfarmacipatienter over 65 år. I alt blev der gennemført lægemiddelsamtale med 179 kunder.

Medicingennemgang for ældre (3):

Afprøvning af ydelsen 'Medicingennemgang for ældre' på 5 apoteker. Der blev gennemført 37 lægemiddelsamtaler i projektperioden.

Forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer (4):

Projekt, der havde til formål at forebygg LRP hos ældre polyfarmacipatienter. Der blev gennemført 143 lægemiddelsamtaler.

Sikker og effektiv medicinbrug (5):

Et større projekt med afprøvning af en apoteksbaseret rådgivningsydelse, der skulle fremme compliance hos type 2-diabetikere. Lægemiddelsamtaler, blev kun foretaget af farmaceuterne (provisorer). Der blev foretaget 41 lægemiddelsamtaler.

De fem danske undersøgelser, bekræfter at det er muligt for apotekspersonale at identificere udvalgte kundegrupper og udføre lægemiddelsamtaler. Klinisk farmaci i primærsektor adskiller sig fra de andre undersøgelser, ved at der er tale om en enkelt farmaceut (provisor) der udførte lægemiddelsamtalerne i den lægepraksis, hvor hun var tilknyttet.

Hovedmål 2 – Vurdering af kundens nytte af samtalen

Klinisk farmaceut i primærsektoren (1):

Patienterne var generelt meget tilfredse med lægemiddelsamtalen, især farmaceutens personlige optræden overfor patienten. Der var stor tilfredshed med farmaceutens viden og den tid, der var afsat til samtalen samt farmaceutens evne til at forklare om medicin og hendes interesse i at løse patientens problemer med medicin. Derudover fik nogle patienter forbedret deres kendskab til receptmedicin,

Konklusion

Bilag

Perspektivering

Den 12. november 2007

Pharmakon

deres kendskab til hvordan medicinen skal tages, deres tilfredshed med den samlede medicinering og deres tryghed ved brug af medicin. Der var stort set ingen effekt på patienternes viden, kompetence og helbred.

Medicingennemgang – Få styr på medicinen (2):

Der er ikke opgjort sammenlignelige resultater omkring kundens nytte af samtalen.

Medicingennemgang for ældre (3):

Der er ikke opgjort sammenlignelige resultater omkring kundens nytte af samtalen.

Forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer (4):

Der er ikke opgjort sammenlignelige resultater omkring kundens nytte af samtalen.

Sikker og effektiv medicinbrug (5):

Patienterne var generelt meget tilfredse med interventionen. Men da interventionen omfattede mange flere elementer end medicingennemgang, kan de ikke umiddelbart sammenlignes.

Desværre har kun et af de danske projekter opgjort resultater for patienternes nytte af lægemiddelsamtalen, som kan sammenlignes med det norske projekt. Både resultaterne fra det norske projekt samt fra de danske projekter tyder dog på at patienterne generelt accepterer at deltage i lægemiddelsamtalerne. Og resultater fra det norske projekt tyder på en generelt høj patienttilfredshed, hvilket kan genfindes i de to danske projekter "Klinisk farmaceut i primær sektor" og "Sikker og effektiv medicinbrug".

Hovedmål 3 – At være problemløsende

Klinisk farmaceut i primærsektoren (1):

Der blev foretaget 40 lægemiddelsamtaler og der blev afdækket 103 LRP, hvilket svarer til 2,6 LRP per samtale i gennemsnit.

Medicingennemgang – Få styr på medicinen (2):

Der blev foretaget 179 lægemiddelsamtaler og afdækket 255 lægemiddelrelaterede problemer, hvilket svarer til 1,4 LRP per samtale i gennemsnit.

Medicingennemgang for ældre (3):

Der blev foretaget 37 lægemiddelsamtaler og afdækket 74 LRP, hvilket svarer til 2 LRP per samtale i gennemsnit.

Forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer (4):

Der blev foretaget 143 lægemiddelsamtaler og afdækket 518 LRP, hvilket svarer til 3,6 LRP per samtale i gennemsnit. I projektet inkluderer de mange flere LRP end i de andre projekter. Fx er praktiske problemer med lægemiddelanvendelse, utilfredshed med behandlingen og angst for at stoppe med lægemidlet registreret som LRP.

Sikker og effektiv medicinbrug (5):

Opgørelsen af lægemiddelrelaterede problemer adskiller sig fra de andre projekter, ligesom lægemiddelsamtale ikke var det primære fokus i projektet, hvilket gør direkte sammenligning svær. Der er foretaget 41 lægemiddelsamtaler og afdækket cirka 73 LRP, hvilket svarer til 1,7 LRP per samtale i gennemsnit.

Til sammenligning, blev der i det norske projekt afdækket i gennemsnit 4 LRP per samtale. I det norske projekt er det således lykkedes at afdække flere LRP i gennemsnit per samtale end i de danske projekter. Forskellen kan skyldes at der reelt var flere LRP at afdække i det norske projekt, at det norske apotekspersonale er bedre til at identificere LRP eller de oplysninger, der har været tilgængelige på opgørelsestidspunktet har været forskellige. Fx har farmaceuten i "Klinisk farmaceut i primærsektoren" haft adgang til patienternes lægejournaler og kliniske værdier og

Den 12. november 2007

Pharmakon

derfor muligvis kunnet afkræfte tilstedeværelsen af LRP inden registreringen. Der vil således også være forskel i antallet af registrerede LRP, hvis registreringen er foretaget efter at man har kunnet afklare ting med patienten selv eller dennes læge.

Hovedmål 4 – Vurdering af kosteffekten i et helhedsperspektiv

Ingen af de danske undersøgelser måler kosteffekten af lægemiddelsamtalerne og der er derfor intet grundlag at sammenligne på.

Referencer

1. Dinsen C, Kirkeby B, Herborg H, Kjellberg J, Stærh P, Søndergaard B. "Klinisk farmaceut i primærsektoren. Et udviklingsprojekt i Frederiksborg Amt". Frederiksborg Amt og FKL, januar 2004.
2. "Medicingennemgang – Få styr på medicinen – med hovedvægt på substitutionsproblematikken". Århus Amts Apotekerforening, 2006.
3. "Ydelsen Medicingennemgang for ældre afprøvet på 5 apoteker". Pultz K, Salout M. Pharmakon, oktober 2005.
4. Søndergaard B, Herborg H, Jörgensen T, Lund J, Frøkjær B, Tomsen D, Fønnesbæk L, Jarlov S. "Forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer gennem Apotekets Ældre Service". Pharmakon 2002.
5. Dam P, Rossing C, Sørensen L, Herborg H. "Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere. Evaluering af implementering og procesmål". Arbejdsrapport. Pharmakon, 30. september 2007.

Referencer

Med venlig hilsen

Pernille Dam
Udviklingskonsulent, Pharmakon