

Budgetlægningen 2022-2025 – 2. og 3. drøftelse

[max 2,5 side]

Budget/finansieringsinitiativer: Polyfarmaciklinikker
Fremsat af: Radikale Venstre
Formål og indhold Genfremsættelse af sundhedsudvalgets forslag fra sidste år vedr. fast bevilling til polyfarmaciklinikker i regionen.
Administrationens bemærkninger Sidste års budgetforslag om polyfarmaciklinikker bar præg af, at der ikke var en samlet model for de to polyfarmaciklinikker i regionen, og at der først under budgetforhandlingerne var afrapporteringer af resultater fra klinikkerne. Derfor tager årets budgetforslag udgangspunkt i et fælles budgetforslag fra de to klinikker. Borgerne i Region Hovedstaden bliver ældre og lever med stadigt flere samtidige sygdomme. Behandling med meget forskellig medicin er derfor et vilkår for mange, og det anslås, at der i Region Hovedstaden er 50.000 borgere, der får behandling med mere end 10 lægemidler. Det er dog vigtigt, at man som borger ikke får mere medicin end nødvendigt, da det blandt andet øger risikoen for medicineringsfejl og bivirkninger, og fordi unødvendig medicin ikke giver mest sundhed for pengene. På Nordsjællands Hospital (NOH) og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) er der etableret polyfarmaciklinikker. Til disse kan patienter, som behandles med mange lægemidler (såkaldt multimedicerede patienter), blive henvist for at få gennemgået deres medicinliste med henblik på en eventuel dosisjustering, sanering og reduktion i antallet af lægemidler. Klinikkerne er finansieret af henholdsvis TrygFonden (toårigt) og Satspuljemidler (treårigt). Midlerne udløb for Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i 2020 og udløber for Nordsjællands Hospital i 2021. De to klinikker har i samarbejde udarbejdet et fælles budgetforslag om at etablere en fællesregional indsats mod unødvendige lægemiddelindtag hos skrøbelige og multimedicerede patienter (bilag 1). Indsatsen skal inkludere de tungest medicinerede patienter henvist fra hospitalet og almen praksis. Det foreslås, at Bispebjerg og Frederiksberg Hospital står for central dataindsamling, mens indsatsen primært baseres på modellen fra Nordsjællands Hospital, der med mindre justeringer kan implementeres på flere af regionens hospitaler med individuelle tilpasninger. Det tilstræbes, at indsatsen bygger på dedikerede medicinske speciallæger og farmaceuter med vedvarende fokus på tværsektorielt samarbejde med almen praksis og kommunen. I den foreslåede model skal klinikken uddanne læger i speciallægeuddannelse inden for intern- og almenmedicinske specialer, hvorved praktisk erfaring med rationel medicinoprydning og fokus på polyfarmaci vil øges på alle niveauer i regionen. På sigt vil et sådant 'Videnscenter for Medicingennemgang' med tilknyttede enheder kunne udbredes nationalt i en samlet national indsats mod den tiltagende sundhedsmæssige udfordring med unødvendig medicinering. Der søges om midler til én af tre modeller, der kan skaleres efter behov. Forskellen på model 1 og 2 er, at model 2 indeholder et uddannelseselement, som omfatter uddannelse af læger i hoveduddannelse samt deltagelse i forskellige uddannelsesstilbud såsom konferencer.

1. Driftsmodel: Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Nordsjællands Hospital uden uddannelseselement, men med ambulant service til hele regionen (ca. 500 patienter årligt). Samlet udgift: 4,16 mio. kr. første år, herefter 3,76 mio. kr. årligt. Totalt ansøgt beløb for fireårig periode: 15,44 mio. kr.
2. Nuværende model: Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Nordsjællands Hospital med uddannelseselement og ambulant service til hele regionen (ca. 500 patienter årligt). Samlet udgift: 4,96 mio. kr. første år, herefter 4,56 mio. kr. årligt. Totalt ansøgt beløb for fireårig periode: 18,64 mio. kr.
3. Udvidet model: Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Nordsjællands Hospital med uddannelseselement plus yderligere to satellitheder (f.eks. på Herlev og Gentofte Hospital samt Amager og Hvidovre Hospital), der dækker hver deres optageområde (ca. 1000 patienter årligt). Samlet udgift: 9,42 mio. kr. første år, herefter 8,62 mio. kr. årligt. Totalt ansøgt beløb for fireårig periode: 35,28 mio. kr.

Det er administrationens vurdering, at polyfarmaciklinikker kan bidrage til at fremme multimedicerede patienternes helbred og trivsel. Begge klinikker har indtil videre opnået gode resultater, men der har dog været udfordringer med at få patienter fra almen praksis henvist, bl.a. pga. coronaepidemien. Efter sidste års budgetproces har de to klinikker indgået et samarbejde, hvilket er meget positivt, da de to klinikker har forskellige vilkår og kompetencer. En samlet model for dette arbejde er desuden hensigtsmæssigt i samarbejdet med almen praksis, som er en udfordring, men også nøglen til indsatsens succes. Multimedicingering og dets afledte konsekvenser er en stor udfordring for såvel Region Hovedstaden som de øvrige regioner, som kræver forskelligartede indsatser.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)

Tallene i nedenstående tabel tager udgangspunkt i model 2 (detaljeret budget i bilag 1).

Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Løn til evt. nye årsværk	2,94	2,94	2,94	2,94
Øvrig drift	1,62	1,62	1,62	1,62
Etableringsudgifter	0,40	-	-	-
Årsværk (hvis der skal ansættes nye) Angiv antal				
Samlet udgift	4,96	4,56	4,56	4,56

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:

Hvis der er tale om 1-årige projekter, og ved forslag der har puljelignende karakter, bedes anført om projektets omfang kan skaleres op eller ned.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt): Hvis forslaget finansieres af flere kasser, skal andelene fra kasserne anføres (fx sundhed 1/3, regional udvikling 2/3).

Sundhedskassen	X
Den regionale udviklingskasse	
Det sociale område	

Første udkast til tekst til selve budgetaftalen:

Borgerne i Region Hovedstaden bliver ældre og lever med stadig flere samtidige sygdomme, hvorfor behandling med meget forskellig medicin er et vilkår for mange. Multimedicinering øger imidlertid risikoen for unødvendig medicinering, hvilket påvirker patienternes helbred og trivsel samt regionens økonomi negativt. Med en bevilling til opretholdelse (og *udvidelse?*) af regionens polyfarmaciklinikker fortsætter regionen sit fokus fra budgetaftalen for 2021 på hensigtsmæssig medicinering af regionens borgere. Polyfarmaciklinikkerne styrker samtidig samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne om patienternes medicinske behandling.

Budgetinitiativets understøttelse af FN's verdensmål:

Budgetforslaget bidrager positivt til FN's verdensmål 3 om sundhed og trivsel. Indsatsen kan medvirke til at reducere unødvendig medicinering, som øger risikoen for medicineringsfejl, sygelighed, herunder bivirkninger og hospitalsindlæggelse, hvilket samtidig påvirker patienternes trivsel betydeligt. Endvidere betyder en reduktion af unødvendig medicinering, at midlerne i sundhedsvæsenet kan anvendes mere rationelt, hvilket kan bidrage til mere sundhed andre steder i sundhedsvæsenet.

Budgetforslag om etablering af fællesregional ambulant indsats mod polyfarmaci

Et stort og stigende antal danskere tager mange lægemidler samtidig – og bare i Region Hovedstaden var der i 2016 i alt 180.000 patienter, der fik mere end fem lægemidler (polyfarmaci-patienter). Dét at være i behandling med mange lægemidler (polyfarmaci) øger risikoen for medicineringsfejl, lægemiddelbivirkninger og -interaktioner, hospitalsindlæggelse, sygelighed og død. Det er derfor en særlig udfordring, at polyfarmaci-patienter ofte er ældre, skrøbelige medicinske patienter, som har flere kroniske sygdomme. Det er veldokumenteret, at polyfarmaci-patienter ofte indtager medicin, der ikke er behov for, eller som er direkte skadelig i sammenhæng med patientens øvrige medicin/sygdomme. Den praktiserende læge forventes at have det overordnede ansvar i forhold til den samlede behandling. På trods af at de praktiserende læger kan søge rådgivning via regionens medicinkonsulenter og Klinisk Farmakologisk Afdelings rådgivning (MedicinInfo), er det vanskeligt for den praktiserende læge at håndtere den opgave og de praktiserende læger udtrykker behov for hjælp fra og sparring med specialister på hospitalet. Særligt er der behov for en specialiseret indsats rettet mod de mest komplekse og multisyge patienter, der ofte får over 10 forskellige lægemidler. Alene i Region Hovedstaden er der mere end 50.000 af disse patienter.

Initiativer mod uhensigtsmæssig polyfarmaci

Regionsrådet har gennem flere år haft fokus på området og bevilgede i 2017 penge til et projekt om ophør af unødvendig medicin på Bispebjerg og Frederiksberg hospital. Nordsjællands Hospital har for midler fra TrygFonden siden marts 2019 kørt et projekt med fokus på at hjælpe patienter med ophør eller reduktion af unødvendig medicin.

Begge projekter blev med selvstændige budgetforslag forelagt Sundhedsudvalget i forbindelse med budget 2021. I nærværende budgetforslag søges derfor om en bevilling til en *fælles* model, der indbygger de bedste erfaringer fra de to polyfarmaciklinikker.

Modellen udnytter, at Bispebjerg og Frederiksberg hospital har en klinisk farmakologisk afdeling med en lang *track-record* indenfor farmakologisk forskning, og har den højeste faglige ekspertise indenfor området. Problemets omfang – mængden af polyfarmaci-patienter – er dog af en størrelse der gør, at de relativt få kliniske farmakologer og geriatere i regionen ikke kan løse det alene. Nordsjællands Hospital har succesfuldt udviklet en tværsektoriel model til at nedbringe unødvendig medicinering baseret på praktiserende læger og intern medicinske speciallæger i tæt samarbejde med farmaceuter.

Polyfarmaciambulatoriet Bispebjerg Hospital

I regi af det fællesmedicinske ambulatorium på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital foretages grundig lægelig medicingennemgang af al patientens medicin under dialog med almen praksis. Patienterne er primært de tungest medicinerede patienter i det fællesmedicinske ambulatorium på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, men almen praksis kan også henvise til polyfarmaciambulatoriet.

Resultater

Der blev samlet data på 458 patienter, hvoraf 408 fik tildelt indsatsen ved lodtrækning (randomisering efter højeste videnskabelige standard), så effekten af indsatsen på helbredsrelateret livskvalitet (målt vha. EQ5D) og dødelighed kunne sammenlignes med en kontrolgruppe (Se figur 1 nedenfor).

Ved deres første besøg i ambulatoriet var patienterne i gennemsnit i behandling med 12,6 lægemidler. Efter første besøg var en tredjedel af lægemidlerne stoppet eller nedsat i dosis i interventionsgruppen sammenlignet med cirka en tiendedel i kontrolgruppen. Der var færre døde i interventionsgruppen, og patienternes samlede livskvalitet var højere i interventionsgruppen efter 4 måneder (Figur 1). De gavnlige effekter var dog mindre 1 år efter medicinoprydningen, hvilket understreger vigtigheden af en vedvarende indsats i forhold til medicineringen.

Projektets styregruppe peger på et potentiale i at udvikle polyfarmaciambulatoriet til et kombineret ambulatorium og 'Videnscenter for Medicingennemgang', der dels kan servicere hele Region Hovedstaden, og dels koordinere og kvalitetssikre indsatser inden for området samt stå for uddannelse/kompetenceudvikling på tværs af faggrupper. Der er i projektet udviklet et IT-værktøj (medicingennemgangs-app), som kan anvendes af andre lignende ambulatorier.

Polyfarmaciklinikken, Nordsjællands Hospital

Patienter på Polyfarmaciklinikken på Nordsjællands Hospital er henvist fra almen praksis i Nordsjællands Hospitals optageområde. Polyfarmaciklinikkens medicingennemgang og opfølgning sker ved speciallæge og farmaceuter.

Resultater

Siden etableringen er over 150 patienter blevet henvist fra almen praksis til klinikken. Patienterne var i gennemsnit 70 år og fik over 16 lægemidler dagligt. Efter besøget var 35% af lægemidlerne stoppet eller nedsat i dosis. Ambulatoriet har en udeblivelsesprocent tæt på nul og 38 % af patienterne rapporterer en helbredsforbedring efter en til to uger i form af færre bivirkninger og øget livskvalitet. Desuden rapporterer mere end 10 pct. af patienterne markante bedringer i svære invaliderende bivirkninger (fx svimmelhed, diarre, hudkløe). Effekten af oprydningen i medicinlisten ser ud til at vare ved 30 uger (se bilag).

Klinikken ønsker at fortsætte, men i så fald er det nødvendigt at sikre regionale midler til klinikken, idet klinikken aktuelt er afhængigt af fondsstøtte. Klinikken opbygning kan relativt nemt kopieres på andre hospitaler og kan derfor anvendes som referenceværk ved etablering af andre polyfarmacienheder i regionen med support fra Klinisk Farmakologisk Afdeling og Geriatrisk afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

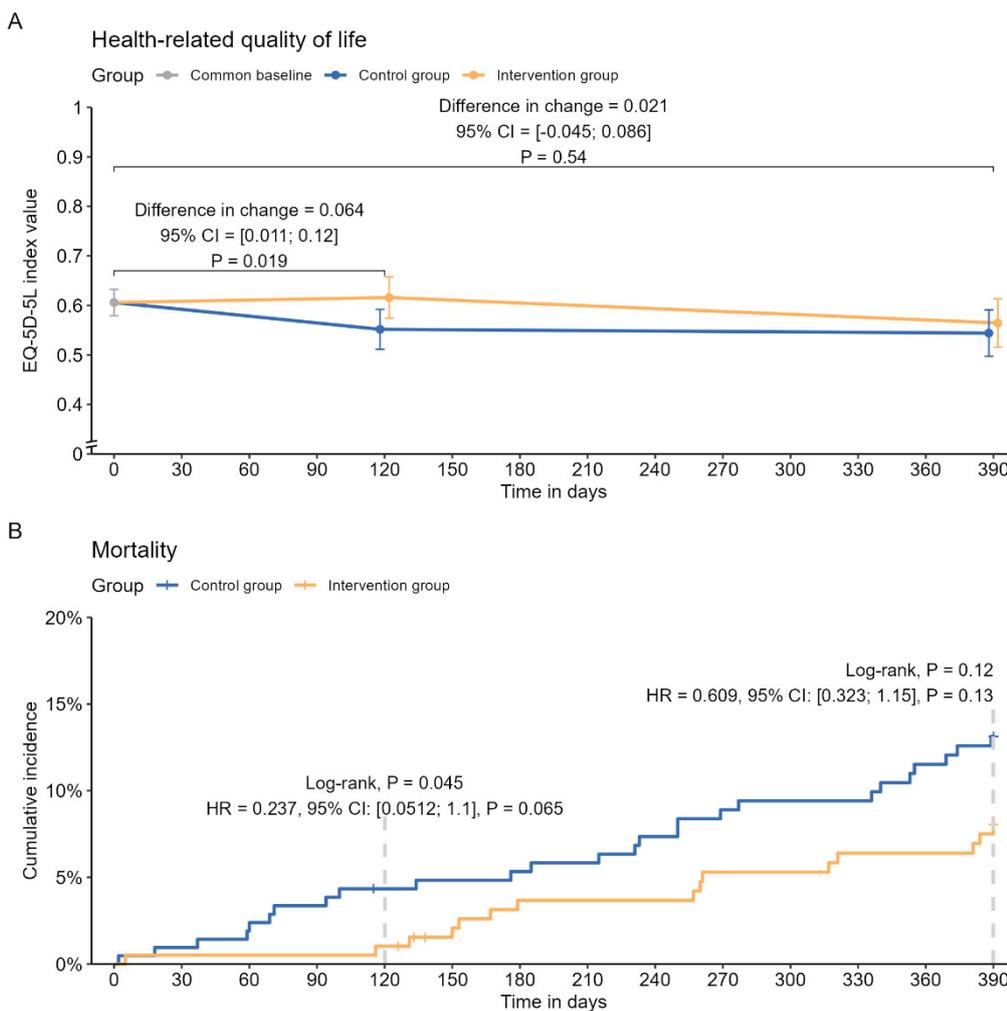
Fællesregional ambulant indsats mod uhensigtsmæssig polyfarmaci

På baggrund af erfaringerne på Bispebjerg og Nordsjællands Hospital er der et ønske om at etablere en fællesregional indsats mod unødvendige lægemiddelindtag hos skrøbelige og polymedicinerede patienter. Indsatsen skal inkludere de tungest medicinerede patienter fra hospitalet og modtage henviste patienter fra almen praksis.

Det foreslås derfor, at der bevilges penge til en samlet model, hvor Bispebjerg og Frederiksberg Hospital står for central dataindsamling og indsatsen primært er baseret på modellen fra Nordsjællands Hospital, der med mindre justeringer kan implementeres på flere af regionens hospitaler. Det tilstræbes, at indsatserne bliver individuelt tilpasset og bygger på dedikerede medicinske speciallæger og farmaceuter med vedvarende fokus på tværsektorielt samarbejde med almen praksis og kommunen. I den foreslåede model skal klinikken uddanne læger i speciallægeuddannelse indenfor intern- og almenmedicinske specialer, hvorved praktisk erfaring med rationel medicinsanering og fokus på problemstillingen vil øges på alle niveauer i organisationen. Klinisk Farmakologisk Afdelings forankring i de regionale lægemiddelkomitéer, samarbejde med KAP-H (kvalitet i almen praksis Region H) og varetagelse af undervisning af hospitalsansatte sygeplejersker og alle regionens yngre læger (kursus for medicinansvarlige

sygeplejersker og Crash kursus i klinisk farmakologi) vil ligeledes sikre udbredelse af indsatsen og sikre at en bevilling reelt giver et tiltrængt regionalt kompetenceløft til området. Hver enhed vil kunne behandle omkring 250 patienter årligt. Ved nuværende model vil der således kunne behandles ca. 500 patienter årligt og ved den udvidede model vil samlet kunne behandles op mod 1000 patienter årligt fra hele Region Hovedstaden. På sigt vil et sådant 'Videnscenter for Medicingennemgang' med tilknyttede enheder, kunne udbredes nationalt i en samlet national indsats mod den tiltagende sundhedsmæssige udfordring med uhensigtsmæssig polyfarmaci.

Figur 1



Der søges om midler til en af 3 modeller, der kan skaleres efter behov:

- 1) *Driftsmodel*: BBH+NOH uden uddannelseselement; ambulant service til hele regionen (ca. 500 patienter årligt)

Samlet udgift: 4,16 mio. kr. første år, herefter 3,76 mio. kr. årligt.

Totalt ansøgt beløb for 3-årig periode: 11,76 mio. kr.

- 2) *Nuværende model*: BBH+NOH; ambulant service til hele regionen (ca. 500 patienter årligt)

Samlet udgift: 4,96 mio. kr. første år, herefter 4,56 mio. kr. årligt.

Totalt ansøgt beløb for 3-årig periode: 14,08 mio. kr.

- 3) *Udvidet model*: BBH + NOH + yderligere 2 satellitenheder (Herlev, Amager/HH) der dækker hver deres optageområde (ca. 1000 patienter årligt)

Samlet udgift: 9,42 mio. kr. første år, herefter 8,62 mio. kr. årligt.

Totalt ansøgt beløb for 3-årig periode: 26,66 mio. kr.

Udgift ambulatorium + 'Videnscenter for Medicingennemgang' BBH

Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Lønudgifter				
Overlæge (3 dage/uge)	0,58	0,58	0,58	0,58
Farmaceut/sygeplejerske (2x3 dage/uge)	0,80	0,80	0,80	0,80
Sekretær (1 dag/uge)	0,09	0,09	0,09	0,09
Dataopsamling/kvalitetssikring (5 dage/uge)	0,50	0,50	0,50	0,50
Uddannelse				
HU-læger (3 dage/uge)	0,40	0,40	0,40	0,40
Konferencer/workshops	0,05	0,05	0,05	0,05
Øvrig drift	0,11	0,11	0,11	0,11
Etableringsudgifter	0,20	-	-	-
Samlet udgift	2,73	2,53	2,53	2,53

Udgift polyfarmaciklinik NOH (~udgift per satellitenhed)

Mio. kr.	2022	2023	2024	2025
Lønudgifter				
Overlæge (3 dage/uge)	0,58	0,58	0,58	0,58
Farmaceut (2x3 dage/uge)	0,80	0,80	0,80	0,80
Sekretær (1 dag/uge)	0,09	0,09	0,09	0,09
Uddannelse				
HU-læger (3 dage/uge)	0,40	0,40	0,40	0,40
Konferencer/workshops	0,05	0,05	0,05	0,05
Øvrig drift	0,11	0,11	0,11	0,11
Etableringsudgifter	0,20	-	-	-
Samlet udgift	2,23	2,03	2,03	2,03

STYR PÅ MEDICINEN

POLYFARMACIKLINIKKEN

NORDSJÆLLANDS HOSPITAL



MIDTVEJSEVALUERING 2020

Med støtte fra

TrygFonden

POLYFARMACIKLINIKKEN

Polyfarmaci øger risikoen for bivirkninger, lægemiddelinteraktioner, medicineringsfejl, non-adherence, fald og indlæggelser (1,2,4-10). Komorbiditet er udbredt og flere samtidige sygdomme betyder ofte en kompleks lægemiddelbehandling, der stiller store krav til patient og de pårørende. Dette kan lede til nedsat livskvalitet for patienten og øgede omkostninger for sundhedssektoren (1,2). Alder er den faktor, der er stærkest forbundet med udviklingen af kroniske sygdomme (1), mens flere kroniske sygdomme fører til et skadeligt og uhåndterbart medicinforbrug (2,3).

Trygfonden har bevilliget 5 mio. kroner til Nordsjællands Hospital til et 2-årigt projekt; "Styr på medicinen" med opstart 1. september 2018. I projektet er der etableret en polyfarmaciklinik, som åbnede d. 1. marts 2019.

Det overordnede formål er at reducere overforbrug og sikre korrekt medicinering af ældre multisyge patienter med patienten i fokus, under hensyn til dennes livssituation og ønsker om lægemiddelbehandling.

I denne midtvejsevaluering er der opgjort data fra Polyfarmaciklinikken åbnings d. 1. marts 2019 til d. 25. september 2020. Polyfarmaciklinikken blev midlertidigt lukket for patienter fra d. 12. marts 2020 grundet COVID-19. Polyfarmaciklinikken åbnede op for patienter igen mandag d. 10. august 2020.

SET-UP OG AKTIVITETSNIVEAU

Polyfarmaciklinikken består på nuværende tidspunkt af 1 speciallæge (Infektionsmedicin), 2 farmaceuter, 1 projektleder og 1 sekretær. Patienter kan kun blive henvist til klinikken via henvisning fra egen læge. Dette er for at sikre et tættere samarbejde på tværs af sektorerne.

Alle patienter med flere lægemidler og kompleks lægemiddelbehandling kan som udgangspunkt ses i klinikken. Dog med undtagelse af immundefekte patienter samt dialyse- og terminalpatienter. Patienter med demens og lignende kognitive lidelser kan ses i klinikken, såfremt pårørende eller plejepersonale kan deltage i forløbet. Der er ikke sat en nedre grænse for antallet af lægemidler, da behandlingen godt kan være kompleks og svær at gennemskue med forholdsvis få lægemidler. Der har været set patienter med ned til 6 lægemidler i klinikken.

Efter henvisning fra egen læge, får patienterne en tid i klinikken. Ca. 1 uge inden besøget i klinikken bliver patienten ringet op af en farmaceut, som ud fra samtalen laver et farmaceutnotat med en medicinamnese og grundig medicingennemgang. Til konsultationen gennemgår lægen farmaceutnotatet med patienten og ved fælles beslutningstagen, lægger de sammen en plan for, hvordan patientens medicinliste skal se ud fremover. Der bliver lagt stor vægt på patientens livssituation og egne ønsker om lægemiddelbehandling. Der er afsat 1 time til lægekonsultationen. Ca. 1 uge efter konsultationen ringer lægen til patienten for at høre, hvordan det er gået med medicinændringerne. Når lægen vurderer, at patienten er færdigbehandlet i klinikken, afsluttes forløbet og patienten skal herefter følges hos egen læge. Der sendes epikrise til egen læge, som beskriver ændringerne i patientens medicin, hvad der evt. skal følges op på samt eventuelle forslag til fremtidige ændringer.

Hvis patienten ikke har mulighed for fysisk fremmøde i klinikken af helbredsmæssige årsager, tilbydes hjemmebesøg. Forberedelsen er den samme som ved fysisk fremmøde, hvorefter lægen tager hjem til patienten. Der laves opfølgning per telefon og afsluttes til egen læge som beskrevet ovenfor.

Polyfarmaciklinikken har åben 3 dage om ugen og der ses i gennemsnit 2 patienter om ugen. Oprindeligt blev der estimeret med 25 patienter og åben 5 dage om ugen. Alt tyder på at patientgrundlaget for dette estimat er der, men der er fortsat mangel på henvisninger.

Grundet mangel på henvisninger og COVID-19, er følgende to er to indsatser endnu ikke implementeret.

1. Opstart af detox-senge (mulighed for at indlægge patienter til medicinsk detox)
2. Opstart af HU-læger i klinikken

Som nævnt er der bevilliget penge til et 2-årigt projekt, så ifølge den oprindelige tidsplan, skulle projektet være afsluttet d. 31. august 2020. Grundet det lave antal patienter og udskydelsen af ovenstående, har det været muligt at forlænge projektets tidsramme. Derudover har nedlukningen af klinikken fra 12. marts – 10. august 2020, grundet COVID-19, også forlænget projektet yderligere. Det forventes at klinikken kan holde åbent til udgangen af 2021.

RESULTATER

HENVISNINGER

Polyfarmaciklinikken har indtil d. 25. september 2020 modtaget 129 henvisninger. Se figur 1 for eksempler på henvisningsårsager.



Figur 1. Eksempler på praktiserende lægers henvisningsårsager til Polyfarmaciklinikken

90 patienter er set i ambulatoriet, 5 patienter er set ved hjemmebesøg og 4 patienter er set på plejehjem.

16 patienter er aflyst. 8 patienter har selv aflyst (nogle grundet forestående operationer, andre fordi de skulle have været henvist til smerteklinik eller ikke ønskede tid i klinikken alligevel) og 8 patienter er aflyst af klinikken grundet manglende opfyldelse af henvisningskrav (4 plejehjemspatienter grundet COVID, en dialysepatient, en palliativ patient, en patient der blev ved med at aflyse og udsætte konsultationen samt en patient, der ikke ønskede at blive ringet op, hvilket umuliggjorde forberedelse ved farmaceut samt opfølgende telefonisk lægesamtale).

14 patienter har tid i klinikken i løbet af oktober og fremgår derfor ikke af dataopgørelsen.

Ingen patienter har aflyst eller er udeblevet på selve konsultationsdagen, hvilket formentlig skyldes telefonkontakterne inden selve fremmødet. Patienten ringes først op af en sekretær for at booke tid til farmaceutsamtale samt blodprøver, hvorefter patienten ringes op af en farmaceut.

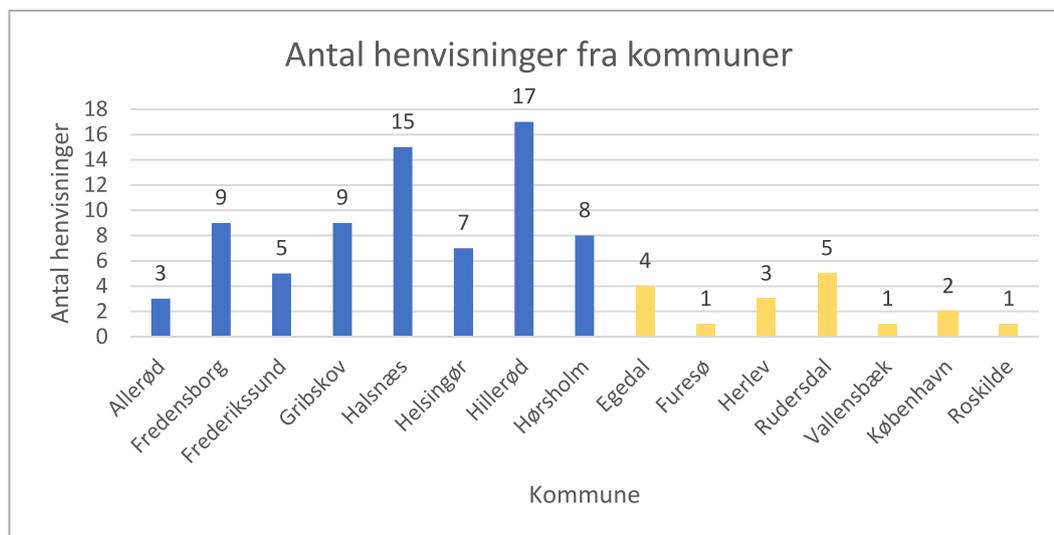
DATAOPGØRELSE

D. 25. september 2020 er der opgjort data på 90 patienter. Der har været 99 patienter igennem klinikken, men 2 patienter har endnu ikke afsluttet forløbet i klinikken, 1 patient har frabedt sig, at vi må indhente oplysninger og 2 patienter er ekskluderet, da de ved konsultationen blev vurderet fejlhenvist. Den ene var en psykiatrisk patient, der ikke var motiveret for ændringer i medicinen og den anden patient var stoppet med at tage alt medicin og burde have

været henvist til indvandrermedicinsk ambulatorium. De sidste 4 patienter er plejehjemsbeboere, der deltog i et forsøgssamarbejde med 2 plejehjemslæger og deres data opgøres separat.

KOMMUNER

Patienterne henvises fra alle 8 kommuner i Nordsjællands Hospitals optageområde og derudover er der henvist patienter fra 7 kommuner uden for hospitalets optageområde, se figur 2.



Figur 2. Henvisninger fordelt på de 8 optagekommuner (blå) samt 7 kommuner uden for Nordsjællands Hospitals optageområde (gul)

ANDEL AF PRAKTISERENDE LÆGER, DER HENVISER

Registreringen af læger, der har henvist, er noteret på ydernummer. Det er derfor ikke muligt at sige noget om, hvilken læge, der har henvist, men derimod hvilket lægehus, der har henvist.

Af de 17 henvisninger uden for Nordsjællands Hospitals optageområde har 1 lægehus henvist 3 gange, 2 lægehuse har henvist 2 gange og de resterende 10 henvisninger er fra forskellige ydernumre.

Der er i alt 94 lægeklinikker i Nordsjællands Hospitals optageområde. Ud af de 94 har 42 lægeklinikker henvist 1-5 patienter: 22 lægeklinikker har henvist 1 gang, 12 lægeklinikker har henvist 2 gange, 6 lægeklinikker har henvist 3 gange, 1 lægeklinik har henvist 4 gange og 1 lægeklinik har henvist 5 gange.

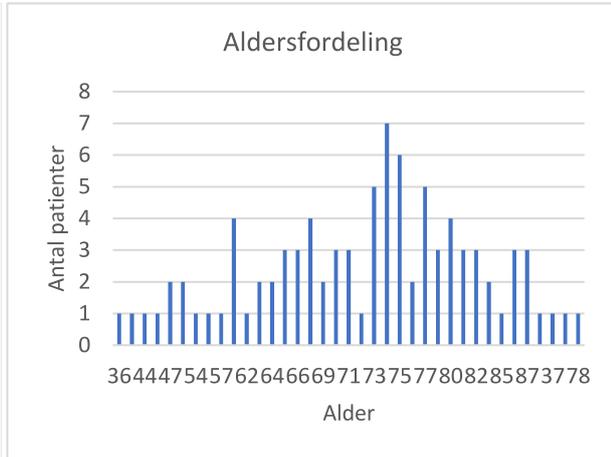
Det vil sige, at i alt har 44,6 % af lægehusene fra Nordsjællands Hospitals optageområde henvist patienter til Polyfarmaciklinikken. Projektets succeskriterie er, at 50% af de praktiserende læger fra optageområdet henviser til Polyfarmaciklinikken. Da der ofte er flere praktiserende læger tilknyttet samme ydernummer, er succeskriteriet endnu ikke opfyldt.

KØN OG ALDER

Ud af de 74 patienter er der 31 kvinder (42%) og 43 mænd (58%) (figur 3). Gennemsnitsalderen er 70,3 år, se aldersfordeling figur 4.



Figur 3. Kønsfordeling



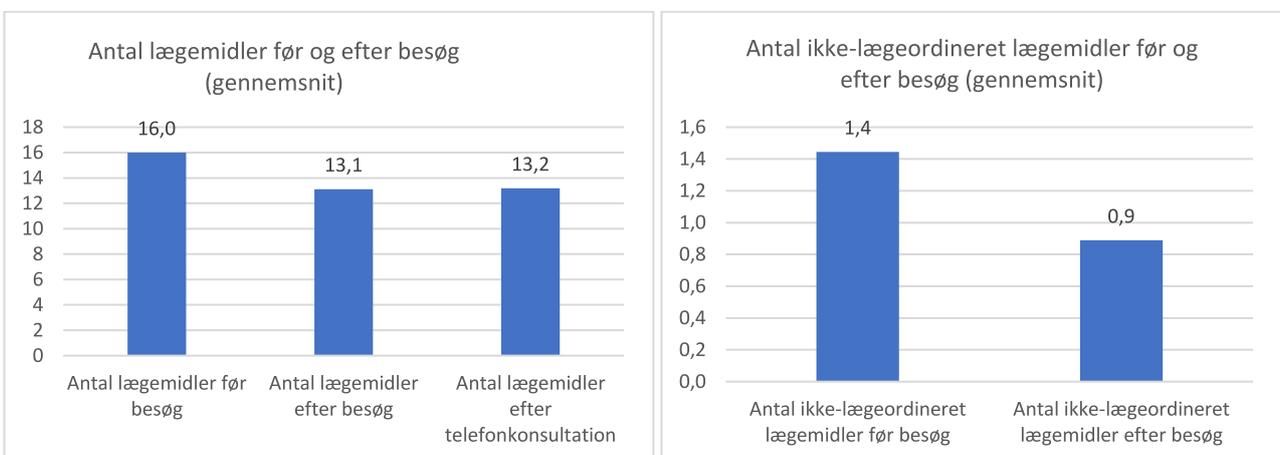
Figur 4. Aldersfordeling

LÆGEMIDLER FØR OG EFTER BESØG I POLYFARMACIKLINIKKEN

I gennemsnit fjernes i alt 4,6 præparater fra patientens medicinliste. Disse fordeler sig på 2,8 lægemidler, 0,5 ikke-lægeordnede præparater (håndkøbslægemidler/vitaminer/kosttilskud/naturlægemidler) og 1,3 uaktuelle lægemidler på FMK. Der ordineres i gennemsnit 0,8 nye lægemidler, hvorved den samlede reduktion i antal præparater pr. patient er 3,8.

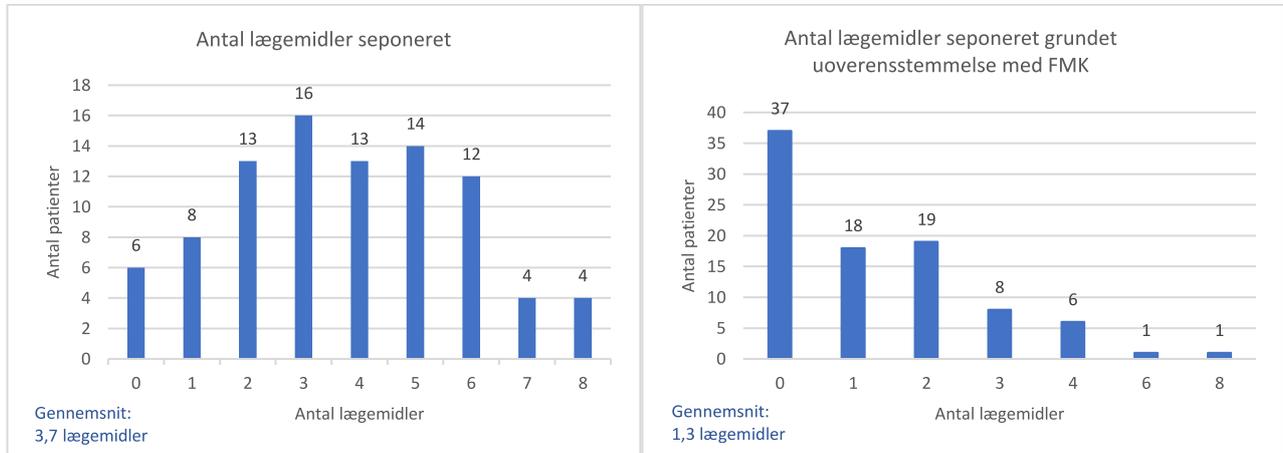
I gennemsnit får patienterne 16,0 lægeordnede lægemidler inden besøget i klinikken og 13,1 lægeordnede lægemidler efter besøget. Ved afsluttende telefonsamtale ca. 1-2 uger senere får patienterne i gennemsnit 13,2 lægemidler (figur 5). Det vil sige, at patienternes medicinliste på FMK i gennemsnit reduceres med 2,8 lægemidler.

Lægeordnede lægemidler dækker over alle præparater, der er anført i FMK. Antal ikke-lægeordnede præparater dækker over vitaminer og kosttilskud, håndkøbslægemidler og naturlægemidler, der ikke er anført i FMK. I gennemsnit anvender patienterne 1,4 ikke-lægeordnede præparater inden besøget og 0,9 præparater efter besøget, dermed en reduktion på 0,5 præparater pr. patient (figur 5).

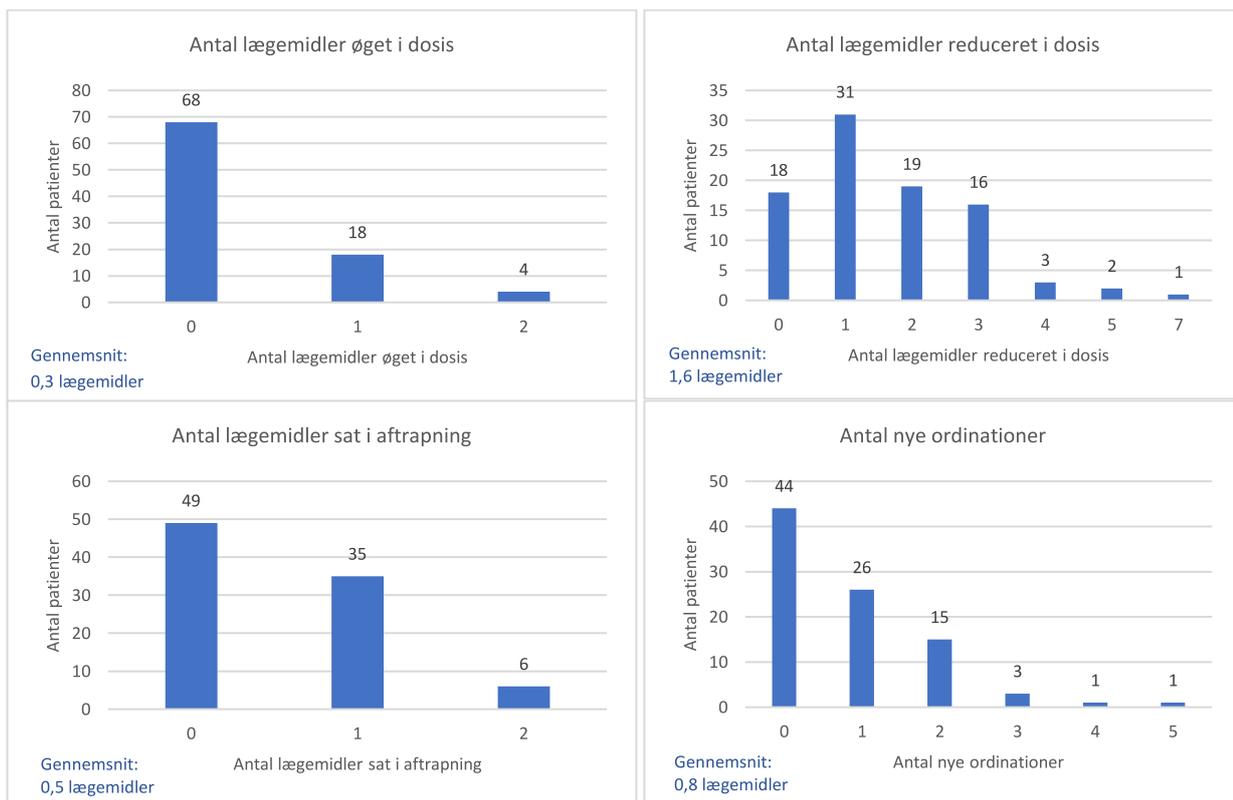


Figur 5. De 2 grafer illustrerer gennemsnittet af antal lægemidler samt antal ikke-lægeordnede lægemidler før og efter besøg i klinikken.

Ved besøget i Polyfarmaciklinikken får patienterne i gennemsnit seponeret 3,7 lægemidler, øget dosis på 0,3 lægemidler, reduceret dosis på 1,6 lægemidler, igangsat nedtrækning på 0,5 lægemidler og ordineret 0,8 nye lægemidler (disse tal inkluderer IKKE antallet af ikke-lægeordineret medicin). Der fjernes 1,3 uaktuelle lægemidler på FMK. Figur 6 og 7 illustrerer fordelingen af patienter ift. antal lægemidler og udførte interventioner.

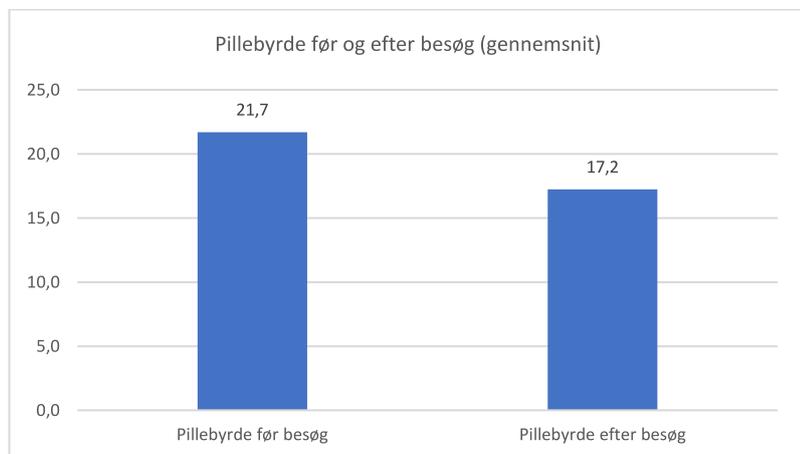


Figur 6. De to grafer illustrerer, hvordan antallet af patienter fordeler sig på antal lægemidler seponeret og antal lægemidler seponeret grundet uoverensstemmelse med FMK.



Figur 7. De fire grafer illustrerer, hvordan antallet af patienter fordeler sig ved de forskellige interventioner: antal lægemidler øget, reduceret, sat i aftrækning samt antal nye ordinationer.

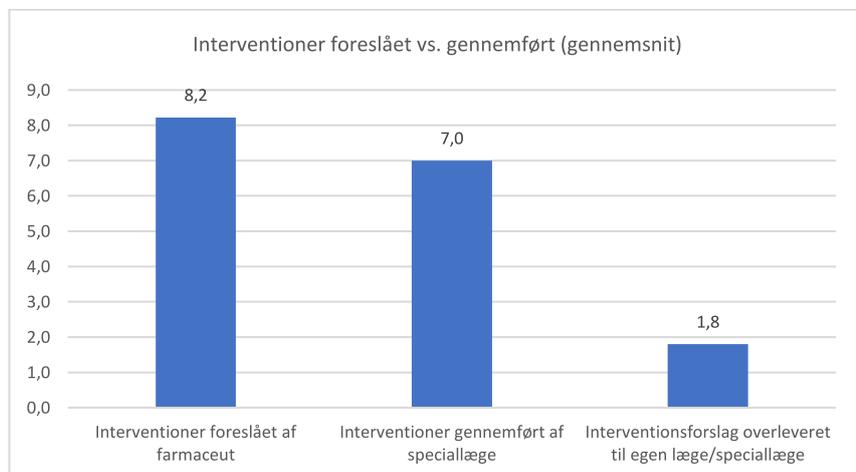
Pillebyrden, er antallet af piller, patienten skal indtage dagligt. Inden besøget i klinikken anvendte patienterne i gennemsnit 21,7 piller og efter besøget faldt pillebyrden til 17,2 piller (antal ikke-lægeordineret medicin ER inkluderet pillebyrden) (figur 8).



Figur 8. Grafen illustrerer gennemsnittet af pillebyrden pr dag før og efter besøg.

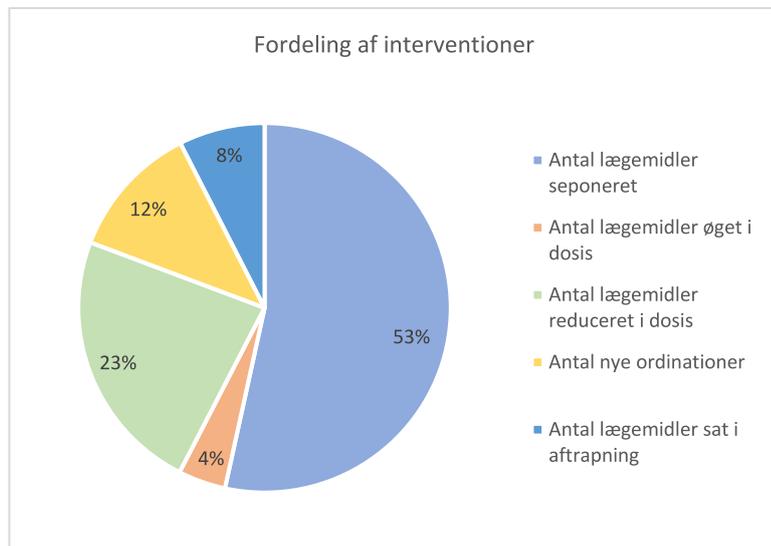
INTERVENTIONER

I gennemsnit foreslår farmaceuterne 8,2 interventioner pr. patient og speciallægen gennemfører i gennemsnit 7,0 interventioner pr. patient. Der er flere forskellige årsager til, at der ikke gennemføres lige så mange interventioner, som der foreslås af farmaceuten. Den lægefaglige vurdering, patienternes egne ønsker og blodprøvesvar er nogle af de faktorer, der spiller ind i hvorvidt der foretages en intervention eller ej. Derudover overleverer speciallægen i gennemsnit 1,8 interventionsforslag til egen læge/anden speciallæge (figur 9).



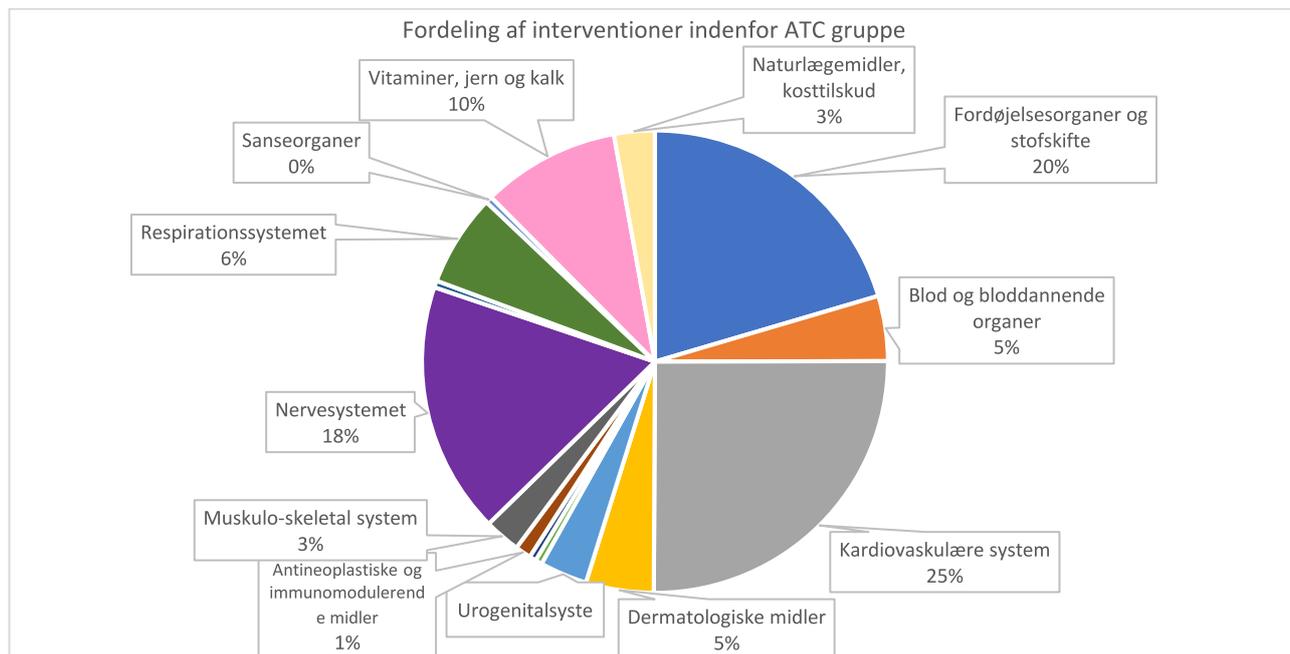
Figur 9. Grafen illustrerer gennemsnittet af antal interventioner foreslået af farmaceuten, gennemsnittet af antal interventioner gennemført af speciallægen samt gennemsnittet af antal interventionsforslag overleveret til egen læge/speciallæge.

De interventioner, der gennemføres, fordeler sig på seponering (53%), reducere i dosis (23%), nye ordinationer (12%), lægemidler sat i aftrapning (8%) og øgning i dosis (4%) (figur 10).



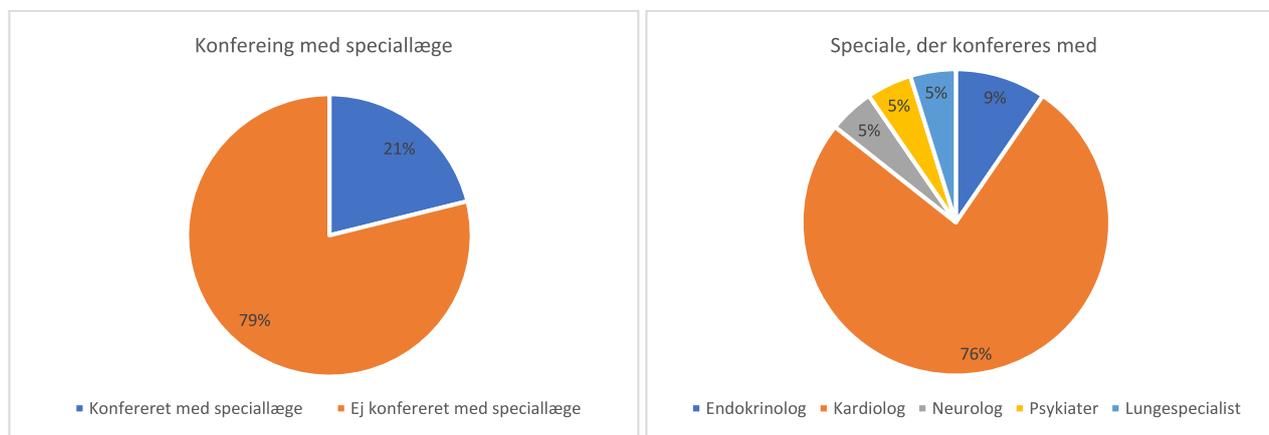
Figur 10. Diagrammet illustrerer fordelingen af de interventioner, der gennemføres ved besøg.

Der intervereres især inden for ATC-grupperne: Fordøjelsesorganer og stofskifte (20%), Det kardiovaskulære system (25%) og Nervesystemet (18%) (figur 11).



Figur 11. Diagrammet illustrerer fordelingen af interventioner inden for ATC-gruppe.

I 21% af besøgene (19 besøg) konfererer speciallægen med en anden speciallæge. I 76% af de 19 besøg (16 gange) konfereres der med en kardiolog. I de resterende tilfælde konfereres der med hhv. en endokrinolog (9 %, 2 gange), lungespecialist (5 %, 1 gang), neurolog (5 %, 1 gang) og psykiater (5 %, 1 gang). (Figur 12).



Figur 12. Diagrammerne illustrerer fordelingen af, hvorvidt der konfereres med en speciallæge samt fordelingen af, hvilke specialer, der konfereres med.

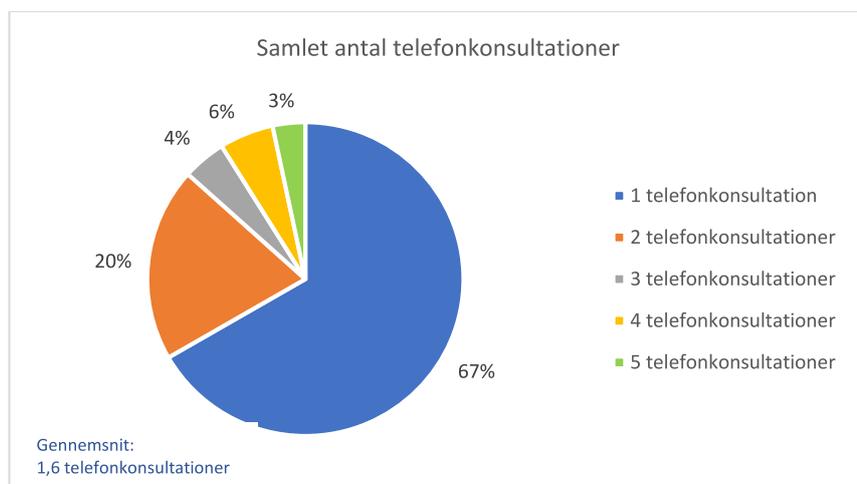
Speciallægen laver i gennemsnit 0,2 henvisninger til speciallæge/ambulatorium.

EFFEKT AF MEDICINÆNDRING 1-4 UGER EFTER BESØG

1 uge efter konsultationen ringer speciallægen til patienten. I nogle tilfælde har der været behov for flere telefonopringninger. Årsager til behov for flere telefonopringninger kan være, hvis patienten ikke har været stabil med den omlagte behandling (fx ved ændring i blodtryks-, diabetes- og/eller smertebehandling) eller hvis omlægningen er gået så godt, at der forsøges med yderligere reduktion eller omlægning.

Der foretages i gennemsnit 1,6 opfølgende telefonopkald pr. patient.

67% af patienterne (60) får 1 opfølgende telefonsamtale, 20% (18 patienter) får 2 opfølgende telefonsamtaler, 4% (4 patienter) får 3 opfølgende telefonsamtaler, 6% (5 patienter) får 4 opfølgende telefonsamtaler og 3% (3 patienter) får 5 opfølgende telefonsamtaler (figur 13).

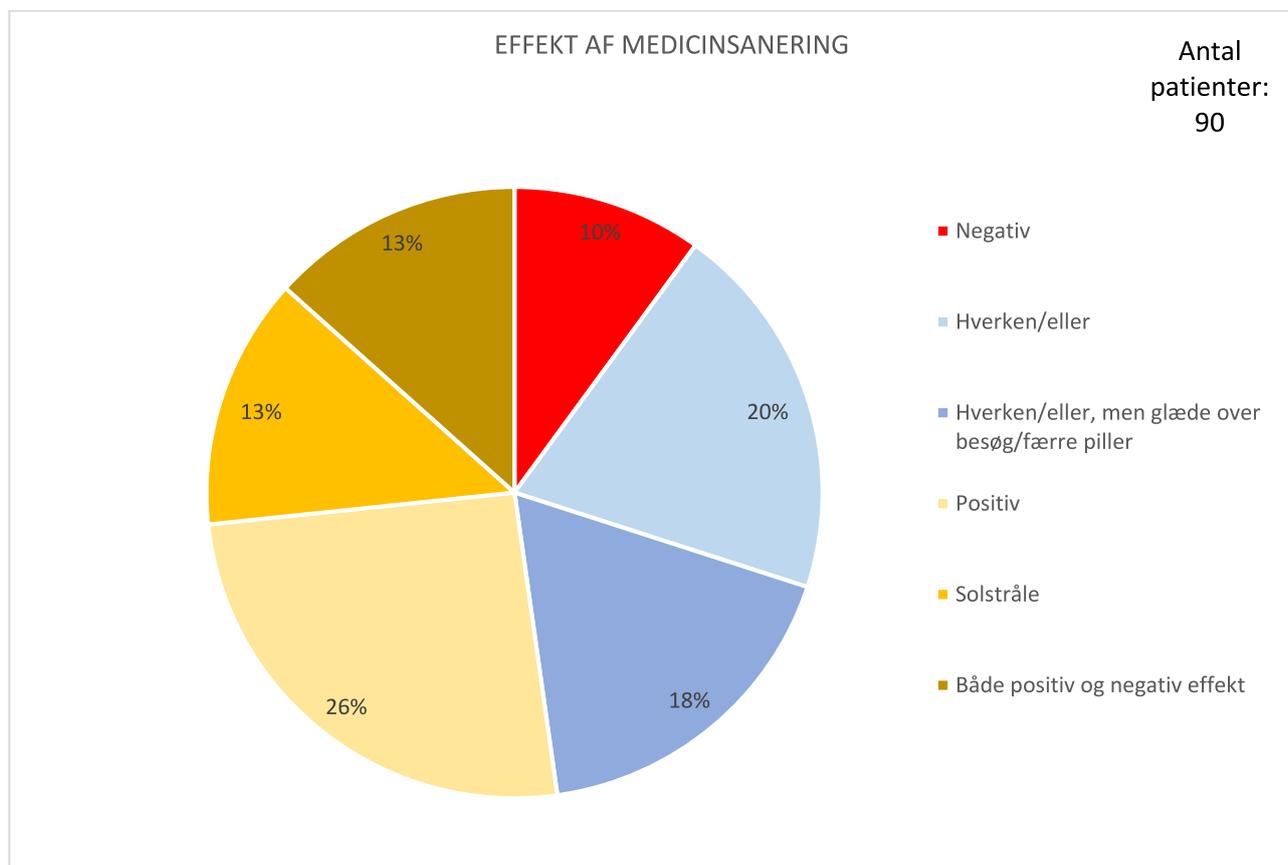


Figur 13. Diagrammet illustrerer den procentvise fordeling af antallet af opfølgende telefonkonsultationer.

I patienternes tilbagemelding er det registreret, hvorvidt patienten har oplevet negativ effekt, hverken-eller, hverken- eller men glæde over besøg/færre piller, bedring, markant bedring eller både negativ og positiv effekt af medicinsanering/-ændring.

Nedenfor ses hvordan tilbagemeldingen fra de 90 patienter har fordelt sig (figur 14).

26% (23 patienter) har oplevet en positiv effekt af medicinsaneringen. 13% (12 patienter) har oplevet en markant bedring - en solstrålehistorie - af medicinsaneringen. 20% (18 patienter) har hverken oplevet positiv eller negativ effekt af medicinsanering. Det vil sige, at hverken symptomer eller mulige bivirkninger har ændret sig. 18% (16 patienter) har samme oplevelse som de foregående 20%, men de føler dog en stor glæde ved at have været i klinikken. De føler sig mere trygge og er glade for at pillebyrden er reduceret. 10% (9 patienter) har haft en negativ effekt af medicinsanering og 13% (12 patienter) har oplevet både positiv og negativ effekt af medicinsaneringen.



Figur 14. Diagrammet illustrerer den procentvise fordeling af effekten af medicinsanering 1-4 uger efter besøg.

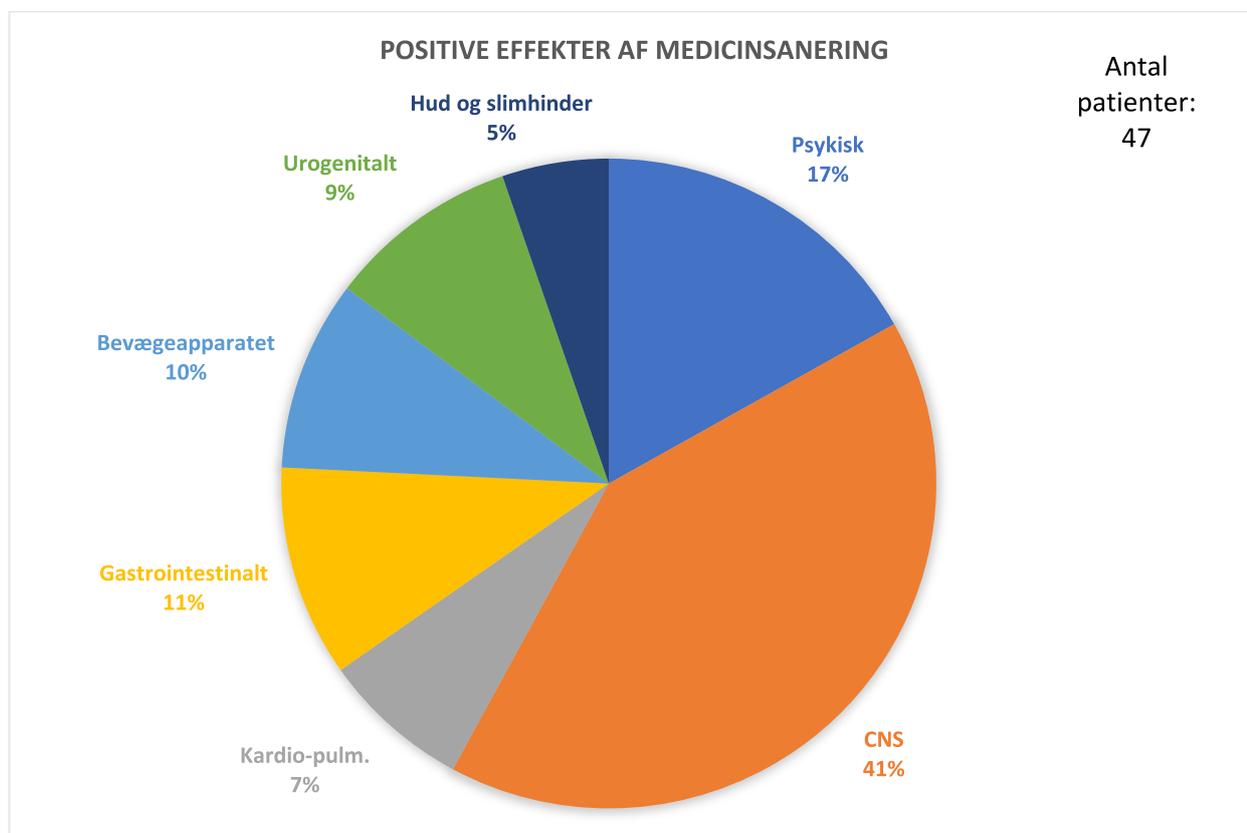
I alt har 47 ud af de 90 patienter altså oplevet en grad af positiv effekt på grund af medicinsaneringen. I gennemsnit oplever de 47 patienter en forbedring af 2,02 symptomer pr. patient. Se eksempler på patienternes tilbagemeldinger ved den opfølgende lægesamtale i figur 15. De positive effekter kan deles i følgende grupper:

- Psykisk (en følelse af "en sky, der er lettet", mere energi, humøret har fået et løft)
- CNS (svimmelhed, træthed, faldtendens)
- Kardio-pulm. (tør hoste, dyspnø, uro/smerter i brystet, vejrtrækning)
- Gastrointestinalt (diarré, mavesmerter, kvalme, madlede)
- Bevægeapparatet (muskelsmerter, gangfunktion, lægkramper)
- Urogenitalt (vandladningsgener, potens, nyretal)
- Hud og slimhinder (kløe, mundtørhed)

<p>Patienten har smidt krykkerne, svimmelheden er forsvundet og han har ikke haft det bedre længe.</p>	<p>Patienten har det bedre end længe. Diarre og kløe er væk og nyretal er forbedret. Patienten er meget glad for sit besøg</p>	<p>Patienten har ingen negative effekter på medicinsanering og føler sig tværtimod mere frisk. Patienten beskriver, at der er "en sky der er lettet", som han plejer at føle om morgenen.</p>
--	--	---

Figur 15. Eksempler på patienters tilbagemeldinger ved den opfølgende telefonsamtale med lægen.

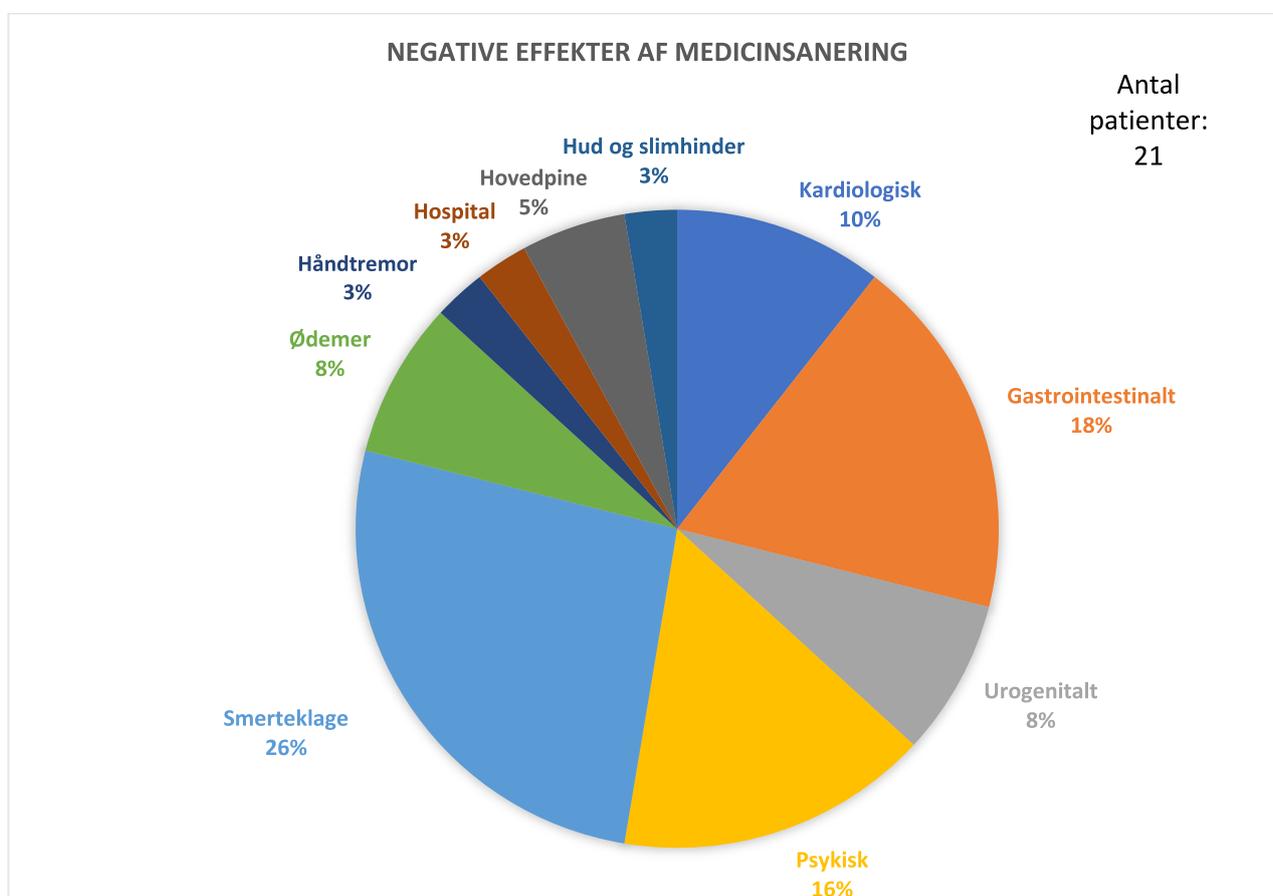
Se figur 16 for den procentvise fordeling af de positive effekter.



Figur 16. Diagrammet illustrerer den procentvise fordeling af de positive effekter, patienterne oplever efter medicinsanering.

I alt har 21 af de 90 patienter oplevet en grad af negativ effekt på grund af medicinsaneringen. I gennemsnit oplever de 21 patienter en forværring af 1,8 symptomer pr. patient. De negative effekter kan deles ind i følgende grupper og den procentvise fordeling ses af figur 17:

- Smerteklage (øget smerter efter nedtrapning opioider, Allopurinol og Furix)
- Gastrointestinalt (Dyspepsi og træg mave)
- Psykisk (angst og søvnløshed efter nedtrapning af benzodiazepiner, skuffet over ikke at have fået det bedre)
- Kardiologisk (Brystsmerter, hypertension)
- Urogenitalt (øget vandladningsgener)
- Ødemer (efter seponering af Furix)
- Hovedpine (efter opstart af nyt lægemiddel)
- Håndtremor (efter opstart af betablokker)
- Hospital (kortvarig indlæggelse på akutmodtagelsen efter lidt for drastisk nedjustering af betablokker)
- Hud og slimhinder (hudkløe efter opstart af nyt lægemiddel)

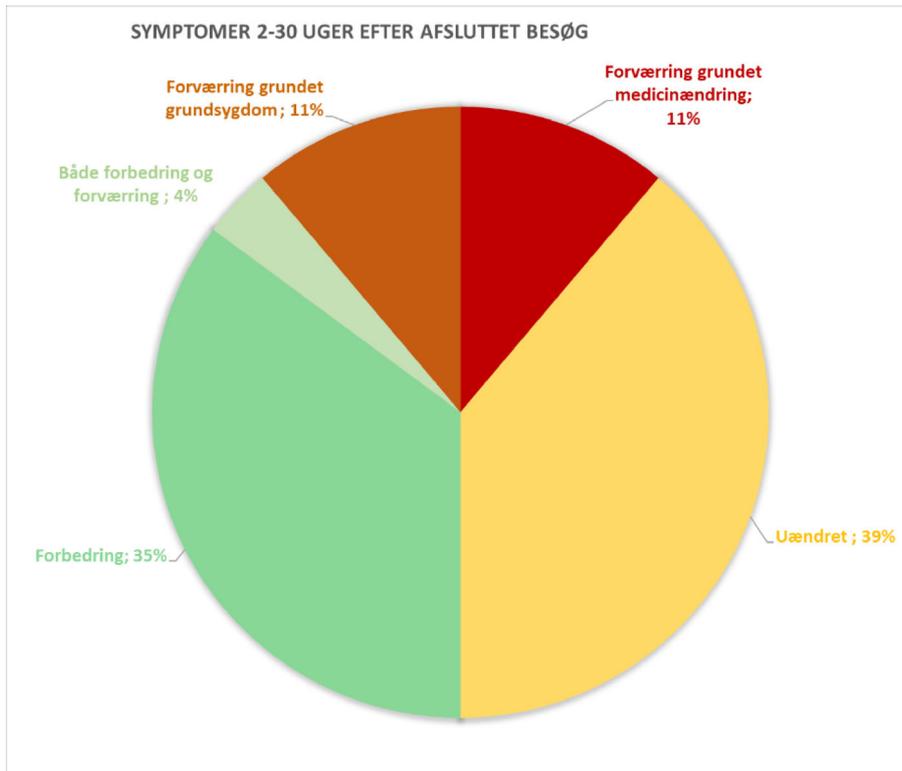


Figur 17. Diagrammet illustrerer den procentvise fordeling af de negative effekter, patienterne oplever efter medicinsanering.

LIVSKVALITET – INTERVIEW EFTER 6-8 UGER

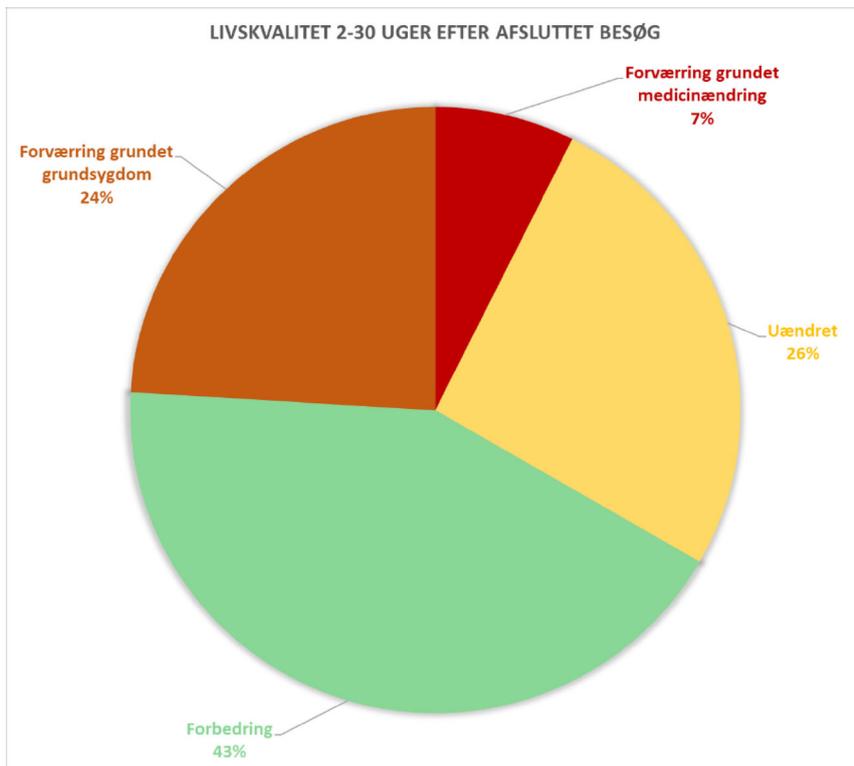
Der er foretaget telefoninterview ud fra en semistruktureret interviewguide med 54 patienter 2-30 uger efter besøget. Formålet har været at undersøge den patientoplevede effekt på symptomer og livskvalitet på længere sigt. Det har vist sig, at de positive effekter, der kunne ses umiddelbart efter besøget, i høj grad bibeholdes 2-30 uger efter besøget i klinikken.

35% af patienterne oplever en forbedring af symptomerne, for 39% er det uændret, mens 4% oplever såvel forbedringer som forværringer. 11% oplever en forværring grundet deres grundsygdom og 11% oplever en forværring grundet medicinændring (figur 18).



Figur 18. Diagrammet illustrerer den patientoplevede effekt på symptomer 2-30 uger efter besøg i Polyfarmakiklinikken.

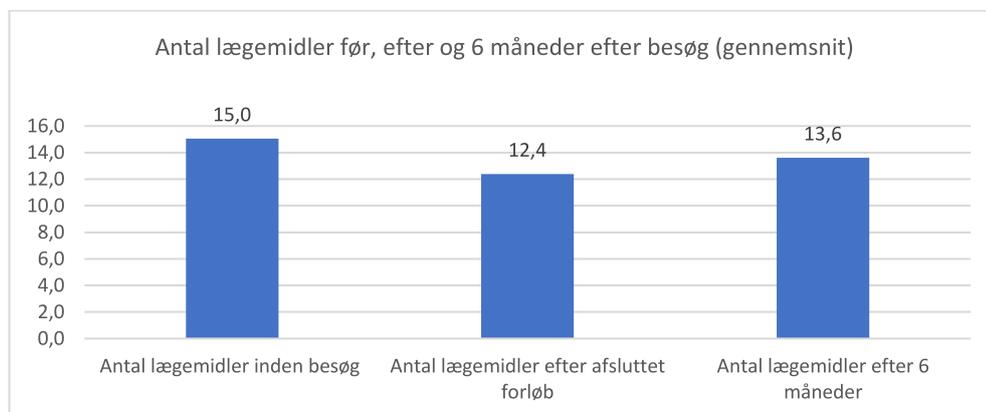
43% af patienterne oplever en forbedring af livskvaliteten, for 26% er det uændret, 24% oplever en forværring grundet grundsygdommen og 7% oplever en forværring grundet medicinændring (figur 19).



Figur 19. Diagrammet illustrerer den patientoplevede effekt på livskvalitet 2-30 uger efter besøg i Polyfarmaciklinikken.

ANTAL LÆGEMIDLER EFTER 6 MÅNEDER (FMK-ONLINE)

6 måneder efter besøget i Polyfarmaciklinikken er der lavet opslag i patienternes FMK for at se, hvorvidt interventionerne udført i klinikken fortsat er gældende. Der er opjort data på 45 patienter. I gennemsnit fik de 45 patienter 15,0 lægemidler inden besøget, 12,4 lægemidler efter besøget og 13,6 lægemidler efter 6 måneder. I gennemsnit er antallet af lægemidler for de 45 patienter steget med 1,2 lægemidler 6 måneder efter besøget i klinikken (figur 20).



Figur 20. Grafen illustrerer gennemsnittet af antal lægemidler før, efter og 6 måneder efter besøg for de 45 patienter, der foreligger data på.

Fremadrettet ønskes der at opgøre data på, hvorvidt der er tale om nye ordinationer eller genordinationer.

FÆLLES BESLUTNINGSTAGEN

For at evaluere patienternes oplevelse af inddragelse i konsultationen, får patienten udleveret et spørgeskema efter konsultationen. Patienten besvarer spørgeskemaet i venteområdet, imens speciallægen færdiggør journalen. Spørgeskemaet er lavet ud fra SDM-Q-9, som er tilpasset patientgruppen og testet ved hjælp af PDSA-metoden på de første patienter.

Spørgeskemaet indeholder 10 spørgsmål, hvoraf 2 besvares med egen tekst og 8 besvares ud fra udsagnene:

1. Fuldstændig uenig
2. Meget uenig
3. Overvejende uenig
4. Overvejende enig
5. Meget enig
6. Fuldstændig enig.

Der er besvarelser fra 63 patienter.

GENNEMGANG AF RESULTATERNE AF SPØRGESKEMAET:

SPØRGSMÅL 1: HVOR HAR PATIENTEN HØRT OM TILBUDET OM, AT MAN KAN FÅ GENNEMGÅET SIN MEDICIN?

Spørgsmålet skal besvares med tekst og svarene fra 61 patienter er fordelt i nedenstående tabel 1. Nogle af patienterne er kommet med flere svar og der er derfor repræsenteret 74 svar i tabel 1.

I 18 besvarelser er det hos egen læge, patienterne har hørt om klinikken. 1 enkelt besvarelse ved ikke, hvor han/hun har hørt om klinikken. I 5 besvarelser er det via pårørende. I de resterende 50 besvarelser har patienterne hørt om klinikken via en del af de oplysningsindsatser, der er gjort fra klinikens side (Oplæg for apoteker, hjemmepleje, hospitalet, der herved kan anbefale tilbuddet til deres kunder/borgere/patienter, oplæg for hjerteforeninger, avis og tv-indslag, postkort osv.).

Tabel 1. Oversigt over hvor patienterne har hørt om Polyfarmaciklinikken.

STED	ANTAL PATIENTER
Medier (avis, TV)	16
Internettet (herunder også nyhedsbrev)	4
Pårørende (datter, hustru, kammerat, forældre)	5
Hospitalet (herunder også internt tv)	9
Egen læge	18
Primær sektor (apotek, hjemmesygeplejerske, rehabilitering)	8
Lokale foreninger (Hjerteforeningen)	7
Postkort	6
Ved ikke	1

SPØRGSMÅL 2: LÆGEN GJORDE DET KLART FOR MIG, AT DER SKULLE TRÆFFES EN BESLUTNING OM MIN MEDICIN

Dette spørgsmål har 62 patienter svaret på. 84% (52 patienter) er fuldstændig enige. 11% (7 patienter) er meget enige og 5% (3 patienter) er overvejende enige. På en skala fra 1-6, hvor 1 svarer til fuldstændig uenig og 6 svarer til fuldstændig enig er den samlede oplevelse 5,8 ud af 6.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
0%	0%	0%	5%	11%	84%

SPØRGSMÅL 3: LÆGEN ØNSKEDE AT VIDE PRÆCIS, HVORDAN JEG VILLE INVOLVERES I BESLUTNINGEN OM MIN MEDICIN

Dette spørgsmål har 62 patienter svaret på. 77% (48 patienter) er fuldstændig enige. 16% (10 patienter) er meget enige. 3,5% (2 patienter) er overvejende enige og 3,5% (2 patienter) er overvejende uenige. På en skala fra 1-6, hvor 1 svarer til fuldstændig uenig og 6 svarer til fuldstændig enig er den samlede oplevelse 5,7 ud af 6.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
0%	0%	3.5%	3.5%	16%	77%

SPØRGSMÅL 4: LÆGEN ORIENTEREDE MIG OM, AT DER FINDES FORSKELLIGE MULIGHEDER FOR AT ÆNDRE PÅ MIN MEDICIN

Dette spørgsmål har 63 patienter svaret på. 85,5% (54 patienter) er fuldstændig enige. 9,5% (6 patienter) er meget enige. 2% (1 patient) er overvejende enige og 3% (2 patienter) er overvejende uenige. På en skala fra 1-6, hvor 1 svarer til fuldstændig uenig og 6 svarer til fuldstændig enig er den samlede oplevelse 5,8 ud af 6.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
0%	0%	3.5%	1.5%	9,5%	85,5%

SPØRGSMÅL 5: LÆGEN FORKLAREDE MIG TYDELIGT OM FORDELE OG ULEMPER VED HVER ÆNDRING AF MIN MEDICIN

Dette spørgsmål har 63 patienter svaret på. 84% (53 patienter) er fuldstændig enige. 13% (8 patienter) er meget enige og 3% (2 patienter) er overvejende uenige. På en skala fra 1-6, hvor 1 svarer til fuldstændig uenig og 6 svarer til fuldstændig enig er den samlede oplevelse 5,8 ud af 6.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
0%	0%	3%	0%	13%	84%

SPØRGSMÅL 6: LÆGEN HJALP MIG MED AT FORSTÅ ALLE INFORMATIONER

Dette spørgsmål har 63 patienter svaret på. 79% (50 patienter) er fuldstændig enige. 17% (11 patienter) er meget enige. 2% (1 patient) er overvejende enige og 2% (1 patient) er overvejende uenige. På en skala fra 1-6, hvor 1 svarer til fuldstændig uenig og 6 svarer til fuldstændig enig er den samlede oplevelse 5,7 ud af 6.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
0%	0%	2%	2%	17%	79%

SPØRGSMÅL 7: LÆGEN SPURGTE MIG, HVILKEN LØSNING VEDRØRENDE MIN MEDICIN, JEG FORETRAK

Dette spørgsmål har 61 patienter svaret på. 74% (45 patienter) er fuldstændig enige. 16% (10 patienter) er meget enige. 5% (3 patienter) er overvejende enige og 5% (3 patienter) er overvejende uenige. På en skala fra 1-6, hvor 1 svarer til fuldstændig uenig og 6 svarer til fuldstændig enig er den samlede oplevelse 5,6 ud af 6.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
0%	0%	5%	5%	16%	74%

SPØRGSMÅL 8: LÆGEN OG JEG DRØFTEDE GRUNDIGT FORDELE OG ULEMPER VED HVER ÆNDRING AF MIN MEDICIN

Dette spørgsmål har 63 patienter svaret på. 86% (54 patienter) er fuldstændig enige. 11% (7 patienter) er meget enige og 3% (2 patienter) er overvejende uenige. På en skala fra 1-6, hvor 1 svarer til fuldstændig uenig og 6 svarer til fuldstændig enig er den samlede oplevelse 5,8 ud af 6.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
0%	0%	3%	0%	11%	86%

SPØRGSMÅL 9: LÆGEN OG JEG VALGTE I FÆLLESSKAB EN LØSNING VEDRØRENDE MIN MEDICIN

Dette spørgsmål har 63 patienter svaret på. 81% (51 patienter) er fuldstændig enige. 11% (7 patienter) er meget enige. 6% (4 patienter) er overvejende enige og 2% (1 patient) er overvejende uenige. På en skala fra 1-6, hvor 1 svarer til fuldstændig uenig og 6 svarer til fuldstændig enig er den samlede oplevelse 5,7 ud af 6.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
0%	0%	2%	6%	11%	81%

SPØRGSMÅL 10: LÆGEN OG JEG LAVEDE EN AFTALE OM DET VIDERE FORLØB

Dette spørgsmål har 63 patienter svaret på. 89% (56 patienter) er fuldstændig enige. 9,5% (6 patienter) er meget enige og 1,5% (1 patient) er overvejende enige. På en skala fra 1-6, hvor 1 svarer til fuldstændig uenig og 6 svarer til fuldstændig enig er den samlede oplevelse 5,9 ud af 6.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
0%	0%	0%	1,5%	9,5%	89%

SPØRGSMÅL 11: HVAD KUNNE GØRES BEDRE VED KONSULTATIONEN

23 patienter ud af 57 har svaret på spørgsmålet. Overordnet set kommer ingen med forslag til forbedringer. Her ses udtalelserne:

- Helt ok
- Jeg følte enorm lettelse
- Ved ikke, ingenting
- Umiddelbart intet! God konsultation.
- Intet
- Ingen bemærkninger
- Intet
- Jeg føler ikke man kunne gøre det anderledes, en helt igennem fin oplevelse.
- Det var fint forklaret og der vil blive fint fulgt op på det.
- Ingen ting alt ok.
- Meget kompetent og professionel vejledning med en forståelig konklusion og videre forløb. God tid og tryk atmosfære i konsultationen.
- Ingenting
- Som lægmand kan jeg ikke diskutere medicinvirkning, kun symptomer og risici - og det gjorde vi.
- Intet. Det var utrolig grundigt og forståeligt.
- Gik fint som håbet
- Ingenting - fik en fyldestgørende redegørelse for de ændringer, der skulle foretages.
- Intet
- Jeg er fuldt tilfreds.
- Jeg har ingen forslag
- Intet. Jeg føler mig særdeles velinformeret og er spændt på effekt af videre behandling.
- Ingenting.
- Meget tilfreds!
- Jeg tror ikke noget kunne gøres bedre! Meget tilfreds med forløbet!
- Ved det ikke

OFFENTLIG OG PROFESSIONEL BEVÅGENHED; ARTIKLER, OPLÆG OG ANDEN KENDSKABSUDBREDELSE OM KLINIKKEN SAMT ANTAL OPSLAG PÅ LINKEDIN, TWEETS, FACEBOOK

Der har været stor fokus fra projektgruppens side på at gøre opmærksom på klinikkens tilbud via offentlig bevågenhed. Alligevel har det vist sig svært at få henvist patienter blandt andet fordi det tager tid før klinikken bliver en naturlig del af det allerede eksisterende system og fordi de praktiserende læger skal forholde sig til rigtig mange patienttilbud. Det har vist sig at kræve kontinuerlig fokus på kommunikationsindsatser via forskellige kanaler.

Som det ses af Tabel 1, er det i høj grad patienterne selv, der via medier og internet har opnået kendskab til Polyfarmaciklinikken og derved taget kontakt til egen læge for at blive henvist. Der er lagt et stort arbejde i at få oplyst patienter og pårørende om klinikken. Både ved direkte henvendelse (oplæg i foreninger, medieindslag) og indirekte ved at oplyse sundhedspersonale, som ser de polymedicinerede patienterne, internt og eksternt om klinikken (sygehus, hjemmepleje, apoteker). Derudover er der lavet et stort forarbejde inden klinikken åbnede, bl.a. med workshops med de praktiserende læger, så det tværsektorielle samarbejde imødegås bedst muligt.

En af de store forcer ved dette projekt, er at der er lavet et stort forarbejde inden klinikken blev åbnet. De praktiserende læger blev inddraget og her blev det bl.a. besluttet, at det kun er den praktiserende læge, der kan henvise til Polyfarmaciklinikken. Det er vigtigt, at den praktiserende læge er parat til at følge op efter afsluttet besøg i polyfarmaciklinikken.

Herunder ses de tiltag, der er gjort for at sprede budskabet om Polyfarmaciklinikken.

LÆGEPRAKSIS:

- Workshop med 7 praktiserende læger
- Oplæg i Kommunalt Lægelige Udvalg
- Breve med information om klinikken er distribueret med blodprøvebil til alle praktiserende læger
- Forløbsbeskrivelse på sundhed.dk
- Oplæg Praksisdag Nord
- Information i PraksisNyt
- Materiale til praksisskærme
- Samarbejde med plejehjemslæger

MEDIER:

- Indslag i Lorry
- Artikel i Pharma
- Nyhed på ProMedicin og MinMedicin
- Artikel i Frederiksborgs Amtsavis
- Indslag på P4
- Annoncering i 7 lokalaviser samt digital annoncering på sites for lokalaviser (uge 42-49)
- Artikel i dagbogsform på mandagmorgen.dk
- Artikel i Ugeskrift for læger

OPLÆG EKSTERN:

- Oplæg på alle Kommunal Lægelige Udvalg møder
- Apotekerne i optageområdet samt oplæg for farmaceut netværksgruppe
- Formændene for de lokale hjerteforeninger i optageområdet
- Hjertecafé og generalforsamling i Hjerteforeningen i Hillerød.
- Sundhedscafé i Gribskov
- Hjertecafé i Halsnæs og Fredensborg
- Tværsektoriel Stuegang
- Hjemmeplejen i Allerød og Hørsholm kommune
- Deprescribing Symposium på Bispebjerg Hospital

OPLÆG INTERN:

- Oplæg staff-meeting NOH
- Sygeplejersker i afd. og ambulatorier
- Læger på morgenkonference
- Artikler i "På Tværs"
- Pressemeddelelser

KONGRESSER:

- Godkendt poster til Quality & Safety (28.-30. april 2020 – Konference udskudt pga. COVID-19)
- Godkendt poster til EAHP (European Association of Hospital Pharmacists) (25.-27. marts 2020 – Konference udskudt pga. COVID-19)
- Deltagelse på Living Realistically: Incorporating Realistic Medicine into Health and Care (17.05.2019)
- Deltagelse på Realistic Medicine – Hvad kan vi lære i Danmark (28.01.2020)

ØVRIGE TILTAG:

- SmartPhrase distribueret til læger på hospitalet (.POLY)
- Info på hospitalets egne skærme i venteområderne
- Postkort distribueret internt på NOH til relevante afdelinger og venteområder
- Postkort udleveres ved farmakonomer ifm. udskrivelse
- Postkort sendt til visitation/hjemmepleje i 2 kommuner
- Postkort distribueret til alle apoteker og biblioteker i de 8 kommuner
- Information om klinikken er sendt til kommunale repræsentanter i samordningsudvalget
- Optrykt og omdelt lommekort med Seponeringslisten
- Informationsmateriale til sygeplejersker i Aktiv Patientstøtt

VÆRKTØJ

Ofte bliver farmaceutens medicingennemgang lang og detaljeret, så for at skabe et bedre overblik for lægen, blev der udviklet et værktøj som inddeler farmaceutens interventioner i et "rød-gul-grøn"-lyssignal (fig. 21). I det røde felt "Stop" noterer farmaceuten de lægemidler, der anbefales stoppet. Det kan være lægemidler, patienten ikke længere tager, men som stadig figurerer i FMK. Det kan også være lægemidler, hvor der er en potentielt farlig interaktion eller et lægemiddel, der direkte kan være skadelig for patienten. I det gule felt "Justér evt." noteres de lægemidler, farmaceuten anbefaler, at der bliver taget stilling til og justeret på. I det grønne felt "Fortsæt?" noteres de lægemidler, farmaceuten umiddelbart tænker skal fortsætte uden ændringer.

Det viste sig efter allerede første konsultation, at værktøjet også fungerer godt til at visualisere og skabe overblik for patienten. Lægen anvender dette "rød-gul-grøn"-lyssignal i alle konsultationer og gennemgår på denne måde alle patientens lægemidler på en overskuelig måde for både læge og patient.

Værktøjet er testet vha. Forbedringsmodellen. I processen har både læge og patienter vurderet værktøjet og er kommet med forbedringsforslag, som har ført til den nuværende udgave af "rød-gul-grøn"-lyssignalet. Denne er nu en fast del af farmaceutens medicingennemgangsnotat.



Figur 21. Eksempel på "rød-gul-grøn"-lyssignalet.

Erfaringen fra klinikken viser, at forekomsten af bivirkninger er høj i patientpopulationen. For at visualisere patientens oplevede bivirkninger samt de lægemidler, der kan være skyld i bivirkningerne, er der udviklet et bivirkningsværktøj (fig. 22+23). Bivirkningsværktøjet er stadig i gang med at blive testet, men foreløbige erfaringer viser, at værktøjet giver lægen et godt og hurtigt overblik over bivirkninger og lægemidler.

Bivirkning 1	Bivirkning 2	Bivirkning 3
<ul style="list-style-type: none"> • >10% • 1-10% 	<ul style="list-style-type: none"> • >10% • 1-10% 	<ul style="list-style-type: none"> • >10% • 1-10%

Figur 22. Skabelon for bivirkningsværktøjet.

Træthed	Abdominale smerter	Ortostatisk hypotension	Mundtørhed
<ul style="list-style-type: none"> •>10% Stesolid, Metoprolol, Spiron •1-10% Centyl, Digoxin, Latuda, Olanzapin, Aldara 	<ul style="list-style-type: none"> •>10% Laktulose, Metformin •1-10% Magnesia, Malfin, Metoprolol 	<ul style="list-style-type: none"> •>10% Olanzapin, Metoprolol, Malfin 	<ul style="list-style-type: none"> •1-10% Centyl, Latuda, Malfin, Paroxetin

Figur 213. Eksempel på, hvordan bivirkningsværktøjet kan se ud. Patienten klager bl.a. over træthed og figuren illustrerer, at nogle af patientens lægemidler (Stesolid, Metoprolol og Spiron) har træthed som meget almindelig bivirkning (forekommer hos >10% af patienterne, som anvender lægemidlet) og Centyl, Digoxin, Latuda, Olanzapin og Aldara har træthed som en almindelig bivirkning (forekommer hos 1-10% af patienterne, som anvender lægemidlet).

INDIKATORER, DER ENDNU IKKE FØLGES

I den resterende del af projektperioden vil modellen for Polyfarmaciklinikken fortsat blive udviklet. De nedenstående indikatorer vil blive undersøgt og beskrevet i en endelig evaluering.

BAGGRUNDSVARIABLE: DIAGNOSER OG DAGE INDLAGT SIDSTE ÅR

Diagnoser anført i SP gemmes i patientmappen til senere gennemgang og beskrivelse af patientgruppen.

TILFREDSHED PÅRØRENDE

Tilfredsheden blandt pårørende undersøges via et fokusgruppeinterview med 8 pårørende .

INTERVENTIONER GENNEMFØRT AF PRAKTISERENDE LÆGE (MÅLES EFTER 6 MÅNEDER)

Ved opslag i FMK efter 6 måneder vil de lægemidler, der er inter文eneret på, ved besøget i Polyfarmaciklinikken, blive undersøgt. Det vil blive vurderet om lægemidler er genordineret, om der er reduceret/øget i dosis og om anbefalede aftrapninger er blevet fulgt.

TILFREDSHED BLANDT DE PRAKTISERENDE LÆGER

Der afholdes en workshop med 8 praktiserende læger, hvor der bliver mulighed for feedback, undersøgelse af tilfredshed samt mulighed for udvikling af Polyfarmaciklinikken.

TILFREDSHED FOR HU-LÆGERNE OG LÆGERNE I KLINIKKEN

HU-læger på hospitalet samt i almen praksis inviteres til at bruge en uddannelsesdag i Polyfarmaciklinikken. HU-lægenes oplevelse og udbytte bliver efterfølgende evalueret kvalitativt.

LITTERATURLISTE

1. Maher RL, Hanlon JT, et al. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. Expert opinion on drug safety. 2014 09/27;13(1):10.1517/14740338.14742013.14827660. PubMed PMID: PMC3864987.
2. Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs & aging*. 2003;20(11):817-832. PubMed PMID: 12964888. Epub 2003/09/11. eng.
3. Bourgeois FT, Shannon MW, et al. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2010 Sep;19(9):901-910. PubMed PMID: 20623513. Pubmed Central PMCID: PMC2932855. Epub 2010/07/14. eng.
4. Hovstadius B, Petersson G. The impact of increasing polypharmacy on prescribed drug expenditure—a register-based study in Sweden 2005-2009. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2013 Feb;109(2):166-174. PubMed PMID: 23195435. Epub 2012/12/01. eng.
5. Damian J, Pastor-Barriuso R, et al. Factors associated with falls among older adults living in institutions. *BMC geriatrics*. 2013 Jan 15;13:6. PubMed PMID: 23320746. Pubmed Central PMCID: PMC3566955. Epub 2013/01/17. eng.
6. Kojima T, Akishita M, et al. Association of polypharmacy with fall risk among geriatric outpatients. *Geriatrics & gerontology international*. 2011 Oct;11(4):438-444. PubMed PMID: 21545384. Epub 2011/05/07. eng.
7. Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. *The Annals of Pharmacotherapy* 2008;42(7):1017–25. [PUBMED:18594048]
8. Zed PJ, Abu-Laban RB, Balen RM, Loewen PS, Hohl CM, Brubacher JR, et al. Incidence, severity and preventability of medication-related visits to the emergency department: a prospective study. *Canadian Medical Association Journal* 2008;178(12):1563–9. [PUBMED: 18519904]
9. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brors O, Hilberg T, Svaar H, et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Archives of Internal Medicine* 2001;161 (19):2317–23. [PUBMED: 11606147]
10. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology* 2012;65(9):989–95. [PUBMED: 22742913]