

Evaluering af Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning

- En rådgivningsydelse til hjertepatienter

Version 1.1 August - 2010

Evaluering af Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning

- En rådgivningsydelse til hjertepatienter

Version 1.1 August - 2010

Forfattere: Charlotte Rossing, Marianne Agergaard, Mira El-Souri og Kirsten Pultz

Evaluering af Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning
Version 1.1 – 2010

© Pharmakon, August 2010

ISBN 978-87-91598-41-8

Pharmakon

Milnersvej 42
DK-3400 Hillerød
Denmark

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

Forord

Formålet med denne rapport er at præsentere resultaterne fra projektet *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning*. I projektet er der udviklet og afprøvet en klinisk farmaceutisk ydelse blandt brugere af hjerte-kar-medicin.

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Hjerteforeningen, Danmarks Apotekerforening og Pharmakon i perioden fra september 2009 til februar 2010.

Rapporten indeholder en beskrivelse af implementeringen af ydelsen, herunder samarbejdet mellem apoteker, Hjerteforeningens rådgivningscentre og læger. Rapporten indeholder en vurdering af ydelsens effekter foretaget af de fagprofessionelle og en fremstilling af deltagernes tilfredshed med ydelsen.

Formålet med ydelsen var at styrke implementering af lægemiddelbehandlinger ved først at afdække complianceproblemer og andre lægemiddelrelaterede problemer hos patienterne, og dernæst at give den enkelte patient kompetence, motivation og støtte til forbedret compliance og egenindsats. Det skete ved at arbejde aktivt med den enkelte patients ressourcer.

Rapporten er en arbejdsrapport, som især henvender sig til opdragsgiverne: Danmarks Apotekerforening og Hjerteforeningen. Desuden henvender rapporten sig til de deltagende sundhedsprofessionelle med henblik på evaluering samt læring af projektet.

Tak til patienter og deltagere fra Hjerteforeningens rådgivningscentre, apoteker og almen praksis, som har bidraget til projektets gennemførelse.

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Indholdsfortegnelse.....	5
Figurfortegnelse	7
Tabelfortegnelse	7
Resumé	8
Bilagsoversigt	10
Introduktion og baggrund	11
Formål.....	12
Metode.....	13
Beskrivelse af ydelsen.....	13
Afprøvning af ydelsen.....	15
Dataindsamling	15
Evalueringsparametre.....	16
Beskrivelse af de deltagende patienter	17
Helbredet.....	17
Selvoplevet compliance	18
Resultater.....	19
Resultater af indsats.....	19
Identifikation af lægemiddelrelaterede problemer	19
Lægemidler bag de identificerede lægemiddelrelaterede problemer	20
Henvendelser til læge og lægemiddelændringer	21
Praktiske problemer	22
Anbefalede interventioner	23
Effekt af indsats.....	25
Compliance	25
Concordance ved projekts afslutning	27
Selvoplevet handlekompetence ved projektafslutning.....	28
Patienttilfredshed.....	29
Farmaceuttilfredshed.....	30
Udbytte af ydelsen	30
Samarbejde med lægerne.....	30
Samarbejde med Hjerteforeningens rådgivningscentre	30
Tidsforbrug.....	30
Telefonisk opfølgning	30
Farmaceut kommentarer til ydelsen	31
Lægetilfredshed	32
Udbytte af ydelsen	32
Samarbejde med farmaceuter	32
Læge- og farmaceutvurdering af effekt	33

Mulige positive effekter for patienterne	33
Mulige negative effekter for patienterne	33
Farmaceuters og lægers holdning til apotekets rolle i forbindelse med compliance.....	33
Relevante leverandører	34
Rådgivningscentrenes tilfredshed med deltagelse	36
Inklusion af patienter	36
Samarbejde med apoteket.....	37
Viden.....	37
Diskussion og perspektivering	38
Gennemførelse af ydelsen	38
Afrunding vedrørende gennemførelse af ydelsen	41
Patientens compliance, concordance og selvoplevede handlekompetence	43
Patienttilfredshed	44
Afrunding vedrørende patientresultater	44
Samarbejdet mellem faggrupperne.....	45
Afrunding vedrørende samarbejdet mellem faggrupper	46
Konklusion	47
Referenceliste	48

Figurfortegnelse

Figur 1:	Antal lægemiddelrelaterede problemer per patient	19
Figur 2:	Opgørelse af lægemiddelrelaterede problemer fordelt på ATC-koder	21
Figur 3:	Patienternes problemer med medicin ved første samtale og ved opfølgning	22
Figur 4:	Oversigt over anbefalet interventioner ved første samtale og ved opfølgning	23
Figur 5:	Partnerskab i behandlingen.....	27
Figur 6:	Lægers og farmaceuters angivelse af fremtidige mulige leverandører af ydelsen (andel angivet i procent).....	34
Figur 7:	Læger og farmaceuters angivelse af fremtidige mulige leverandører af complianceteknologi-ydelsen (andel angivet i procent)	35

Tabelfortegnelse

Tabel 1:	Tabel for effektmål – her fremgår evalueringsparametre med tilhørende datakilder og indsamlingstidspunkter for data.....	16
Tabel 2:	Fordeling af sygdomme blandt de deltagende patienter	17
Tabel 3:	Patienternes oplevede evne til compliance.....	18
Tabel 4:	Oversigt over de registrerede typer af lægemiddelrelaterede problemer	20
Tabel 5:	Patienternes medicinerfaring. Tabellen viser den procentuelle andel af patienter ved start og slut, som har besvaret de viste spørgsmål.....	26

Resumé

Formål: Denne arbejdsrapport indeholder en beskrivelse af implementeringen af ydelsen *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning*. Formålet med ydelsen var at forbedre implementering af lægemiddelbehandlinger ved først at afdække complianceproblemer og andre lægemiddelrelaterede problemer (LRP) hos patienter, der var brugere af hjerte-kar-medicin, og dernæst at støtte den enkelte patient til forbedret compliance og egenindsats.

Metode: *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning* er en ydelse, der fokuserer på medicingennemgang og rådgivning om compliance. I forbindelse med ydelsen identificeres patientens ressourcer. På den baggrund fandt patient og farmaceut relevante løsninger på patientens mulige problemer med medicineringen.

Projektet blev gennemført i Region Syddanmark fra september 2009 til februar 2010. Hjerteforeningens rådgivningscentre og farmaceuterne inkluderede patienter med relevant medicinering i forhold til undersøgelsens opstillede inklusionskriterier. Ydelsen blev gennemført på 26 apoteker samt 3 rådgivningscentre med deltagelse af 290 hjerte-kar-patienter.

Resultater: 81 af de inkluderede patienter havde ikke problemer med deres medicinering. Gruppen af patienter, der havde lægemiddelrelaterede problemer havde i gennemsnit 1,96 problemer per person. 118 personer havde mere end et LRP. Lægerne accepterede 56,3 % af de forslag til ændringer af medicineringen, som blev forelagt dem af farmaceuterne.

130 LRP relaterede sig til anvendelsen af lægemiddel, som gav bivirkninger. Usikkerhed om skiftende navn og pakning (substitution) og problemer med viden om medicin var de praktiske problemer, som flest patienter havde ved start (henholdsvis 44,8 og 42,1 %). Andelen af patienter, som oplevede problemer med medicineringen, faldt markant.

Compliance¹ var høj fra start. Patienterne var ifølge undersøgelsens resultater ved afslutning bedre til at fortsætte med at tage deres medicin på trods af bivirkninger (Mann-Whitney-test; $p=0,381$), og når de gjorde andet for at forbedre blodtrykket (ikke signifikant). Patienterne angav også ved afslutning, at de i høj grad var i stand til at huske at tage deres medicin. Concordance² forbedredes. Patienterne føler, de får mere viden i forhold til at kunne være med til at tage beslutning om deres behandling. Patienterne følte, der blev lyttet til dem, og tilfredsheden med beslutninger vedrørende deres behandling var øget.

Patienterne var til slut trygge ved, at de kunne klare deres hjertesygdom; over 90 % mente, at de kunne håndtere deres behandling, og oplevede at være trygge ved at diskutere hjerte-kar-sygdommen med deres læge. 83 % af patienterne angav, at de var tilfredse med at deltage i projektet.

Konklusion

Den klinisk farmaceutiske ydelse *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning* blev udviklet og implementeret over for 290 hjertepatienter. 26 apoteker og 3 rådgivningscentre deltog i projektet. Patienternes læger blev desuden inddraget i projektet.

Farmaceuterne inkluderede patienter med relevant medicinering i forhold til undersøgelsens inklusionskriterier. 81 patienter havde ingen lægemiddelrelaterede problemer, mens en anden del af patienterne oplevede mange problemer. Fremadrettet anbefales på den baggrund, at der

¹ Compliance defineres som: "Graden af overensstemmelse mellem patientens faktiske medicinindtagelse og den ordinerede behandling" ⁽⁸⁾

² Concordance defineres som: "En proces omfattende medicinordination og medicinbrug, der er baseret på partnerskab" ⁽⁸⁾

gennemføres en screening af patienterne, som sikrer, at ydelsen tilbydes gruppen af patienter med størst behov.

Af de forslag til ændring af patienternes medicin, som blev forelagt lægen, blev over halvdelen implementeret.

Compliance blandt patienterne var høj fra start. Ved afslutning var patienterne mere bevidste om, hvordan deres medicin skulle anvendes, og huskede i højere grad at tage deres medicin. Efter at have modtaget ydelsen var patienterne signifikant bedre til at tage deres medicin, selvom de oplevede bivirkninger.

Concordance forbedres ifølge patienterne på flere punkter, især i forhold til viden, som gjorde patienterne i stand til at være medbeslutningstagere om deres behandling. Patienterne oplevede, at der i højere grad blev lyttet til dem.

Hjertepatienternes selvoplevede handlekompetence blev af patienterne angivet ved afslutning som værende meget høj. Ydelsen var med til at øge patienternes tryk ved deres medicin.

Det faglige personale så et potentiale i samarbejdet mellem apotekerne og rådgivningscentrene. Samarbejdet kan med fordel udbygges fremadrettet. Personlige møder mellem de deltagende faggrupper før og under gennemførelsen af ydelsen vil muligvis kunne styrke udbyttet.

Bilagsoversigt

Bilag 1

Interventionsregistrering

Bilag 2

Spørgeskema - patient (start)

Bilag 3

Spørgeskema - patient (slut)

Bilag 4

Spørgeskema – farmaceut

Bilag 5

Spørgeskema – læge

Bilag 6

Statusrapporter

Introduktion og baggrund

Hjerteforeningen var initiativtager til nærværende projekt *Medicingennemgang med compliance-rettet rådgivning*. Projektet blev gennemført i et samarbejde mellem Hjerteforeningen, Danmarks Apotekerforening og Pharmakon.

Denne arbejdsrapport indeholder en beskrivelse af implementerbarheden af ydelsen, herunder samarbejdet mellem apoteker, Hjerteforeningens rådgivningscentre og læger. Rapporten indeholder en vurdering af ydelsens effekter foretaget af de fagprofessionelle og en fremstilling af deltagernes tilfredshed med ydelsen.

Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning er en ydelse, der fokuserer på medicin-gennemgang og rådgivning om compliance. Målgruppen er brugere af hjerte-kar-medicin. Det er en målgruppe med oplagte complianceproblemer, blandt andet fordi denne gruppe patienter ofte bruger mange forskellige lægemidler over længere tid og ikke kontinuerligt oplever symptomer. Et stort antal brugere af hjerte-kar-medicin når ikke op på den effektive dosis og standser behandlingen kun måneder efter behandlingsstart. Flere studier viser, at de fastsatte behandlingsmål opnås hos færre end 50 % af patienterne ^(1,2,3,4). Det viser sig, at kun 45 % af brugere af hjerte-kar-medicin tager 80 % eller derover af den ordinerede lipidsænkende og blodtrykssænkende medicin 6 måneder efter behandlingsstart ^(5,6).

Formålet med ydelsen var at forbedre implementering af lægemiddelbehandlinger ved først at afdække complianceproblemer og andre lægemiddelrelaterede problemer hos patienter, der var brugere af hjerte-kar-medicin, og dernæst at give den enkelte patient kompetence, motivation og støtte til forbedret compliance og egenindsats. Det skete ved at arbejde aktivt med den enkelte patients ressourcer. Der opnås herved en sikrere og mere effektiv lægemiddelbehandling.

Dette projekt bygger videre på læring fra apoteksforankrede forskningsprojekter, der har arbejdet med udvikling af rådgivningsprogrammer om compliance. Programmerne er afprøvet i den primære sundhedssektor over for brugere af blodtryksmedicin og over for type 2-diabetikere. Programmerne har kørt siden 2003 (*Implementering af lægemiddelbehandling – Forbedret compliance og egenindsats blandt brugere af blodtryksmedicin og Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere*) ^(7,8,9,10). Programmernes elementer var:

- Screening for problemtyper
- Patientens historie som udgangspunkt
- Tilrettelæggelse af lægemiddelbehandlinger
- undersøgelse af ressourcer hos patient
- Individuelle løsninger
- Tilbud om relevant complianceteknologier
- Information og uddannelse
- Opfølgning
- Samarbejde med almen praksis

Der blev udviklet og valideret et screeningsinstrument, som er dokumenteret egnet til identifikation af complianceproblemer ^(7,8,9,10). Resultaterne fra programmerne viser, at det målte blodtryk falder signifikant allerede efter første konsultation; derudover har programmerne haft effekt med hensyn til øget viden, compliance og patientoplevelt livskvalitet ⁽¹¹⁾.

Flere litteraturstudier har vist, at det kan lade sig gøre at tilrettelægge interventioner rettet mod compliance- og concordance-problemer. De interventioner, der har vist sig at kunne forbedre compliance, helbred, kliniske parametre, viden, patienttilfredshed, handlekompetence og patientvurderede effekter, var ofte komplekse, i lighed med programmerne beskrevet ovenfor ^(12,13,14). At programmerne er komplekse, betyder, at der sættes ind bredt med flere initiativer i forhold til at nå det ønskede mål med interventionerne.

Utilstrækkelig viden om lægemiddelbehandlingen gør, at patienter ikke er i stand til at træffe de rigtige beslutninger om deres behandling ^(15,16). Ved sekundær forebyggelse af hjerte-kar-

sygdomme er der vist mindre omfang af non-compliance end ved primær forebyggelse, hvilket indikerer, at patientens opfattelse af sygdommen og de risici, der er forbundet med den, kan være medvirkende faktorer til at forbedre compliance og concordance ^(17,18,19). Det er derfor nødvendigt med øget patientinddragelse hos brugere af hjerte-kar-medicin, og det er netop en del af formålet med den klinisk farmaceutiske ydelse *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning*.

Formål

Projektets formål var:

- at udvikle og evaluere ydelsen *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning* målrettet mod hjertepatienter
- at udvikle og evaluere et samarbejde mellem rådgivningscentre og apoteker vedrørende henvisning af hjertepatienter til ydelsen *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning*.

Målet med evalueringen var:

- at kunne dokumentere, at apoteket kan gennemføre ydelsen *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning* målrettet mod hjertepatienter
- at dokumentere, at der kan etableres et samarbejde mellem apoteker og rådgivningscentre om henvisning og gennemførelse af ydelsen *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning*
- at opnå styrket handlekompetence i lægemiddelanvendelsen samt bedre compliance og patienttilfredshed blandt hjertepatienter

Metode

Beskrivelse af ydelsen

Ydelsen bestod af en medicingennemgang, hvor der var særlig fokus på de lægemidler, som vedrører hjertelidelserne. Resultatet heraf afstemtes med patientens egen historie om dennes sygdom og lægemiddelbehandling, herunder erfaringer og selvoplevede problemer med medicinen. I samråd med farmaceuten identificeredes patientens egne ressourcer og muligheder og dermed de egnede og relevante løsninger. Patienten fik støtte og rådgivning til at implementere de aftalte løsninger. Der var initialt en screening for identifikation af complianceproblemer.

Efter samtalen mellem farmaceut og patient blev patientens læge orienteret om samtalens forløb skriftligt og eventuelt mundtligt. Indholdet i henvendelsen aftaltes med patienten.

I ydelsen indgik også en telefonisk opfølgningssamtale efter ca. 4-6 uger. Samtalen skulle omfatte opfølgning på aftalerne, en vurdering af patientens udbytte af rådgivningen om compliance samt evt. andre interventioner, og evt. svar på spørgsmål, som farmaceuten havde undersøgt efter samtalen.

De interventioner, der blev foretaget på apoteket, blev registreret, og patientens praktiserende læge blev orienteret skriftligt og eventuelt mundtligt.

Pharmakon har udviklet følgende redskaber til brug for ydelsen:

- Quick Screening Instrument (QSI) – der medvirkede til at identificere patienter med complianceproblemer
- Interviewguide – til støtte ved første samtale
- Manual for projektet: *Få styr på din medicin*
- Ark til forberedelse af samtale
- Tjekliste til brug ved samtalen
- Tilbage melding til lægen
- Interventionsregistrering
- Opfølgende telefonsamtale
- Redskaber til rådgivning
 - *Find mulige løsninger*
 - *Livsstils spindelvæv*

Skemaerne er vedlagt i bilag.

Desuden er anvendt følgende redskaber til støtte for ydelsen:

- PEM
- Nationale rekommandationslister (www.irf.dk)
- Regionale basislister (regionale anbefalinger)
- Individuel compliancestøtte
 - Dosisdispensering
 - Reminderteknologier (sms, dagbøger, doseringsæsker, e-mail)

Farmaceuterne har i deres rådgivning kunnet benytte ovenstående materialer. Desuden har farmaceuterne givet faglig rådgivning og anvendt materialer som vanligt i skranken. For denne gruppe patienter har det derfor især været relevant at rådgive om compliance, livsstil og medicin.

Målgruppen for ydelsen var hjertepatienter, der tog hjerte-kar-lægemidler eller kolesterol-sænkende lægemidler. Med hjerte-kar-medicin menes:

- Medicin, der tages for at sænke blodtrykket
- Medicin, der tages mod forhøjet kolesterol
- Medicin, der tages for hjertet (for at forbedre hjertefunktionen)
 - Vanddrivende medicin
 - Medicin, der forebygger blodpropper.

Patienter, der kun benyttede Hjertemagnyl® var uden for målgruppen for ydelsen. Meget syge patienter var ikke i målgruppen for denne ydelse, idet der var fokus på implementering af lægemiddelbehandlinger hos hjertepatienterne, der havde ressourcer til selv at håndtere deres medicinering. Det har været målet, at hjertepatienter skulle henvises fra centrale rådgivningscentre til de lokale apoteker, eller alternativt blive inviteret til at modtage ydelsen på apoteket.

Afprøvning af ydelsen

Projektet blev gennemført i Region Syddanmark fra september 2009 til februar 2010.

Der blev inkluderet 3 rådgivningscentre og 26 apoteker, som hvert bidrog med 1-3 apoteksfarmaceuter; i alt deltog 30 farmaceuter.

Der blev gennemført et uddannelsesforløb for de apoteksfarmaceuter, der deltog i projektet. Uddannelsesforløbet var delt i 2, bestående af 2 uddannelsesdage, en hjemmeopgave og afslutningsvis 1 uddannelsesdag.

Uddannelsen var således struktureret, at på de første 2 dage blev apoteksfarmaceuterne introduceret for ydelsen *Medicingennemgang og compliancerettet rådgivning* samt fik en farmakologiske opdatering på hjerte-kar-området. Første møde blev afholdt i juni 2009. Inden næste uddannelsesgang skulle apoteksfarmaceuterne gennemføre og dokumentere 3 ydelser. Anden uddannelsesgang havde fokus på erfaringerne fra hjemmeopgaven og samarbejdet. Den sidste uddannelses dag blev afholdt i august 2009.

Der blev gennemført et erfaringsudvekslingsmøde i begyndelsen af december 2009.

Læger og rådgivningscentre modtog skriftligt orientering om ydelsen. En repræsentant for rådgivningscentrene deltog i uddannelsesforløbet for farmaceuterne.

Dataindsamling

På apoteket udfyldte farmaceuten ved inklusion af patienter i projektet en interventionsregistrering for hver patient, med oplysninger om patienten og dennes lægemiddelrelaterede problemer mv. (Bilag 1). Farmaceuten benyttede samme interventionsregistrering i forbindelse med opfølgningen.

Såfremt patienten på apoteket blev anbefalet lægekontakt og ændring af medicin efter medicin-gennemgangen, udfyldtes en blanket, som blev fremsendt til lægen. Lægen blev bedt om at returnere blanketten efter at have afkrydset, hvorvidt lægen fandt kontakten *Meget relevant, Relevant, Ikke så relevant* eller *Irrelevant*.

De deltagende patienter udfyldte et spørgeskema ved projektstart og -afslutning. Temaerne for spørgeskemaerne til de deltagende hjertepatienter omhandlede medicinbrug, compliance, concordance, selvoplevet handlekompetence og tilfredshed (Bilag 2 og 3).

Desuden besvarede deltagende farmaceuter og læger evalueringsskemaer (Bilag 4 og 5). Rådgivningscentrene evaluerede projektet ved udfyldelse af statusrapporter ud fra en fast skabelon (Bilag 6).

En forudsætning for, at patienterne kunne deltage, var skriftligt samtykke, hvor patienterne også gav tilladelse til, at apoteket kunne anvende patientens Personlige Elektroniske Medicinprofil.

Evalueringsparametre

Rapporten indeholder en evaluering af relevansen af indsatsen og en evaluering af indsatsens effekt. Tabel 1 viser en oversigt over opstillede evalueringsparametre, datakilde samt tidspunkt for dataindsamling.

Evalueringsparameter	Datakilde	Indsamlingstidspunkt
IMPLEMENTERBARHED – relevans af indsats		
Lægemedelopfølgning <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation af lægemiddelrelaterede problemer • Antal hjertepatienter, der har fået gennemført ydelsen • anbefalede interventioner • Henvendelser til praktiserende læge • Lægemedelændringer implementeret af læge 	Interventionsregistrering fra apotek	Løbende
Tidsforbrug <ul style="list-style-type: none"> • Rådgivningscenter og apotek 	Interventionsregistrering fra apotek og rådgivningscentre	Løbende
EFFEKTER – effekt af indsats		
Vurderede effekter <ul style="list-style-type: none"> • Compliance • Concordance • Selvoplevet handlekompetence (self-efficacy) 	Spørgeskema til hjertepatienter	Slut
Tilfredshed <ul style="list-style-type: none"> • Rådgivningscentre, apotek og læge • Patienter 	Tilfredshedsskemaer til læger og farmaceuter Statusrapporter Spørgeskema til hjertepatienter	Slut

Tabel 1: Tabel for effektmål – her fremgår evalueringsparametre med tilhørende datakilder og indsamlingstidspunkter for data

Beskrivelse af de deltagende patienter

Baggrundsdata for de 290 inkluderede patienter er beskrevet i dette afsnit.

153 (52,8 %) af de 290 patienter, der blev inkluderet i projektet, var mænd, og 137 kvinder (47,2 %). Deres gennemsnitsalder var 67,3 år (interval: fra 31 til 91). Der var ikke statistisk forskel i alder mellem kvinder og mænd (gennemsnit for kvinder 67,32 år; mænd 67,20 år).

10,7 % (n=31) af de 290 inkluderede var rygere, og 44,8 % (n=130) var tidligere rygere.

Helbredet

De inkluderede patienter skulle angive, hvilke sygdomme de led af. Her er en oversigt over de registrerede sygdomme.

Sygdom	Antal (n=290)	Procent
Forhøjet blodtryk	231	79,7
Forhøjet kolesterol	186	64,1
Hjertearytmier	100	34,5
Blodprop i hjertet	70	24,1
Blodprop/blødning i hjernen	46	15,9
Angina pectoris	43	14,8
Åreforkalkning i benene	29	10
Hjerteinsufficiens	12	4,1
Andet	84	29

Tabel 2: Fordeling af sygdomme blandt de deltagende patienter

Hvis man er rask uden øget risiko for hjertekarsygdom, skal ens blodtryk være 140/90 mmHg (systolisk/diastolisk) eller derunder. Hjerteforeningen anbefaler, at blodtrykket ligger lavere end 130/80, hvis patienten har fx diabetes og iskæmisk hjertesygdom (www.hjerteforeningen.dk).

Gennemsnitligt var patienternes blodtryk på 136/82 mmHg. Det vil sige, at patienternes blodtryk samlet set ikke var forhøjet, såfremt de ikke havde anden form for sygdom, der kunne kompromittere deres tilstand.

32,1 % (n=93) af patienterne havde et systolisk blodtryk på 140 eller over, og 16,9 % (n=49) havde et diasystolisk blodtryk på 90 eller over.

Kolesteroltallet skal totalt helst være under 5,0 mmol/l. Det gennemsnitlige kolesteroltal ³ i den danske befolkning er 6,0 mmol/l (www.hjerteforeningen.dk). 86,6 % (n=154) af de inkluderede patienter havde målt deres kolesterol. Den gennemsnitlige totalkolesterol lå på 4,4. 77,9 % havde et totalkolesterol på 5 mmol/l eller derunder. Gennemsnitligt lå LDL-kolesterol på 2,3 mmol/l, mens HDL-kolesterol lå på 1,5 mmol/l.

Lægemiddelbehandlingen blev for størstedelen af patienterne varetaget af deres praktiserende læge (83 %). 17 % angav sygehuset alene eller sammen med lægepraksis, som de instanser, der varetog deres lægemiddelbehandling.

³ Kolesteroltallet (totalkolesterotet) er summen af kolesterol: LDL, HDL og VLDL. Se videre: www.hjerteforeningen.dk

Selvoplevet compliance

Patienternes selvoplevede compliance blev opgjort ved start. Resultatet fremgår af nedenstående tabel. Patienterne blev bedt om at angive, hvor sikre de var på at ville tage deres medicin under forskellige omstændigheder. Her var der mulighed for at besvare 1 (slet ikke sikker) – 5 (helt sikker). I tabellen ses besvarelsenerne for dem, der svarede "Helt sikker" (5).

Jeg er helt sikker på, at jeg vil tage min hjerte-kar-medicin ...	Projektstart	
	Antal	Procent
hvis jeg er sammen med familien	248	85,5
hvis der ikke er nogen til at huske mig på det	236	81,4
hvis jeg er på et offentligt sted	234	80,7
hvis jeg skal tage hjerte-kar-medicinen mere end en gang daglig	230	79,3
hvis hjerte-kar-medicinen er dyr	226	77,9
hvis det bekymrer mig at skulle tage hjerte-kar-medicin resten af livet	218	75,2
hvis hjerte-kar-medicinen skal tages mellem måltiderne	213	73,4
hvis jeg er bekymret for at blive afhængig	172	59,3
hvis hjerte-kar-medicinen nogle gange gør mig træt	152	52,4
hvis hjerte-kar-medicin nogle gange gør mig svimmel	120	41,4
hvis hjerte-kar-medicin giver bivirkninger	100	34,5

Tabel 3: Patienternes oplevede evne til compliance

Patienterne var meget overbeviste om, at de havde god compliance, når de var sammen med familien. Mens de var mindst overbeviste om, at de tog deres medicin, hvis de oplevede bivirkninger. Patienterne oplevede generelt deres compliance som høj ved start.

Resultater

Resultaterne af evalueringerne præsenteres i det følgende. De 290 inkluderede hjertepatienter modtog første samtale og udfyldte det første spørgeskema. 256 (88 %) modtog telefonisk opfølgende samtale. 223 af patienterne udfyldte det afsluttende spørgeskema; det svarer til en svarprocent på 77 % ved afslutning.

Evalueringsskemaet blev fremsendt til 30 farmaceuter; samtlige besvarede. 218 læger fik tilsendt et evalueringsskema; 43 læger besvarede, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på 19,7 %.

82,8 % (n=240) af patienterne blev inkluderet i projektet især via apoteket. 5,9 % (n=17) blev inkluderet via rådgivningscentrene, 3,8 % (n=11) så en artikel om projektet i bladet Hjertenytt fra Hjerteforeningen og henvendte sig på grund af den; endeligt blev to personer inkluderet via lægen (0,7 %). For de resterende 20 personer (6,9 %) gjaldt det, at de selv henvendte sig, og at den præcise årsag til inklusionen ikke er kendt.

Resultater af indsats

Dette afsnit indeholder en evaluering af procesmål i forhold til, hvad der er sket i forbindelse med ydelsen.

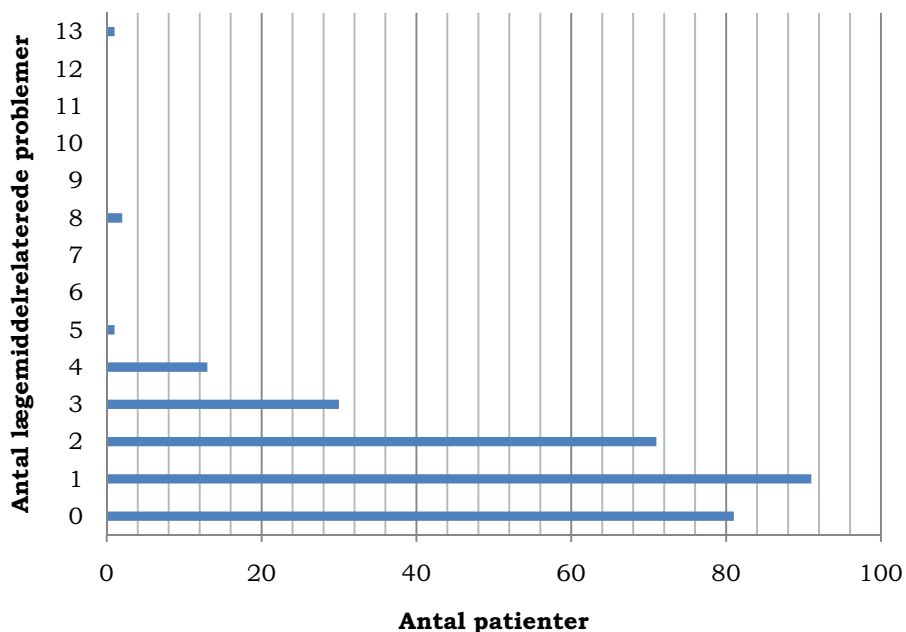
Af interventionsregistreringen fremgår oplysninger, som beskrives i dette afsnit. Det omfatter, hvilke interventioner farmaceuterne anbefalede, og hvor mange af de foreslåede ændringer i patientens medicin som blev fremlagt for lægen og gennemført. Endeligt vises en oversigt over de praktiske problemer, som farmaceuterne identificerede.

Identifikation af lægemiddelrelaterede problemer

Der blev identificeret 409 lægemiddelrelaterede problemer (LRP) hos de 290 hjerte-kar-patienter. Dvs. 1,4 lægemiddelrelaterede problemer pr. patient (interval fra 0 til 13).

Fordelingen af lægemiddelrelaterede problemer per patient

Der var 81 af de 290 personer, som ikke fik registreret lægemiddelrelaterede problemer. Det betyder, at de 409 LRP fordeltes på 209 personer, svarende til gennemsnitligt 1,96 problemer per person (interval fra 1 til 13). 118 personer havde mere end 1 LRP.



Figur 1: Antal lægemiddelrelaterede problemer per patient

Type af lægemiddelrelaterede problemer

Der registreredes 7 forskellige typer LRP, som fremgår af Tabel 4 (litteratur vedrørende klassifikationssystem for LRP: ²⁰, ²¹). I forhold til hver problemtype kan patienten have fået registeret et eller flere lægemidler. Har patienten fået registeret to lægemidler ved samme type problem, vil det svare til to problemer. En patient kan således have flere problemer af samme type; fx kan samme patient have to lægemiddelproblemer, der relaterer sig til at anvende et lægemiddel, der giver bivirkninger (type 1), fordi patienten tager flere lægemidler.

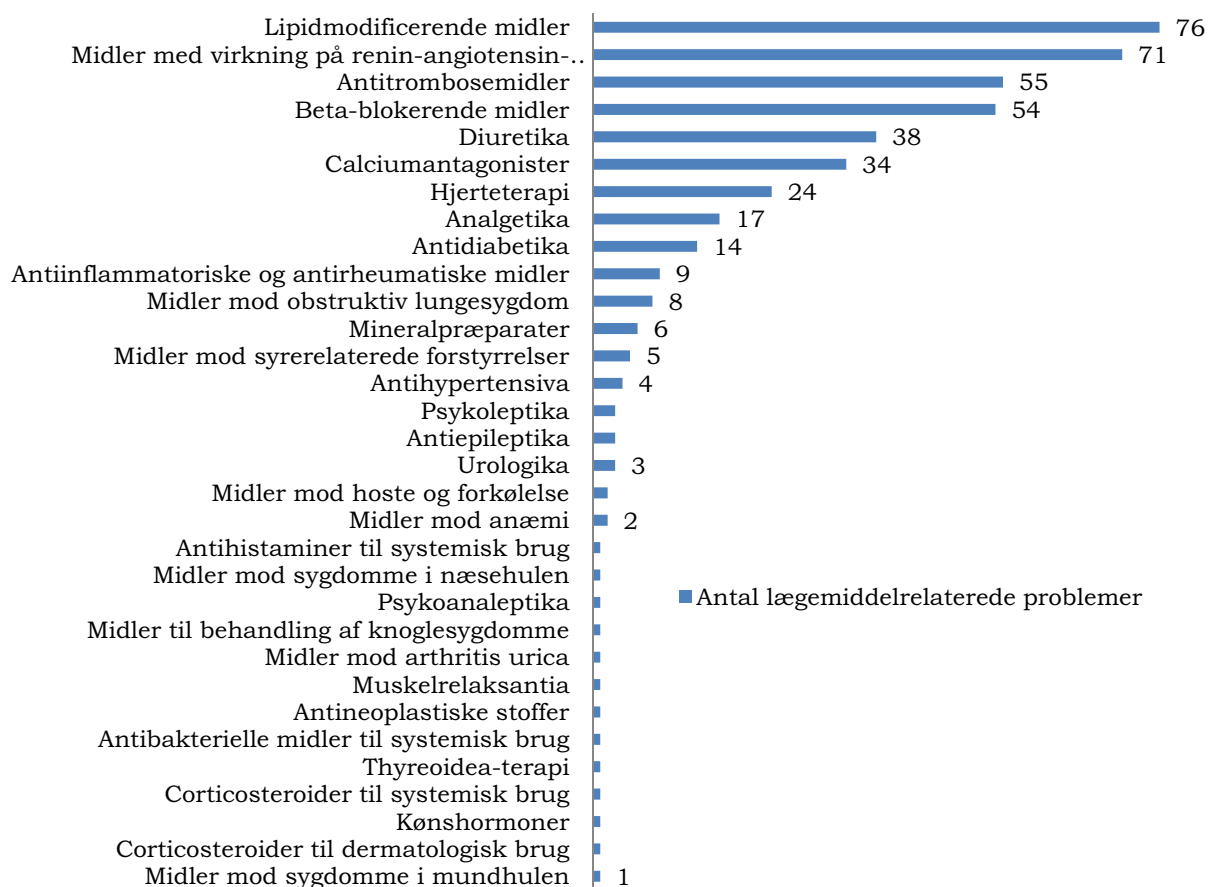
Type af lægemiddelrelateret problem	Antal
1. Anvender et lægemiddel, som giver bivirkninger	130
2. Anvender ikke det lægemiddel, han/hun har brug for	70
3. Anvender en dosering, et doseringsinterval eller en behandlingsvarighed mindre, end det der er behov for	70
4. Brug af ikke-rekommanderet lægemiddel	48
5. Anvender et uhensigtsmæssigt valgt lægemiddel	46
6. Anvender et lægemiddel, han/hun ikke har brug for	23
7. Anvender en dosering, et doseringsinterval eller en behandlingsvarighed ud over det, der er behov for	22
Total	409

Tabel 4: Oversigt over de registrerede typer af lægemiddelrelaterede problemer

Lægemidler bag de identificerede lægemiddelrelaterede problemer

De identificerede LRP var forbundet med brugen af et eller flere lægemidler; derfor afviger summen af lægemidler fra de 409 LRP. I alt anvendes 441 lægemidler. Forekomsten fremgår grafisk af nedenstående Tabel 5. For en oversigt over ATC-koder henvises til www.medicin.dk.

Antal lægemiddelrelaterede problemer



Figur 2: Opgørelse af lægemiddelrelaterede problemer fordelt på ATC-koder

Det er forventeligt at se disse typer af lægemiddelrelaterede problemer, da de modsvarer den type af medicin, som målgruppen for ydelsen hyppigst er i behandling med (22).

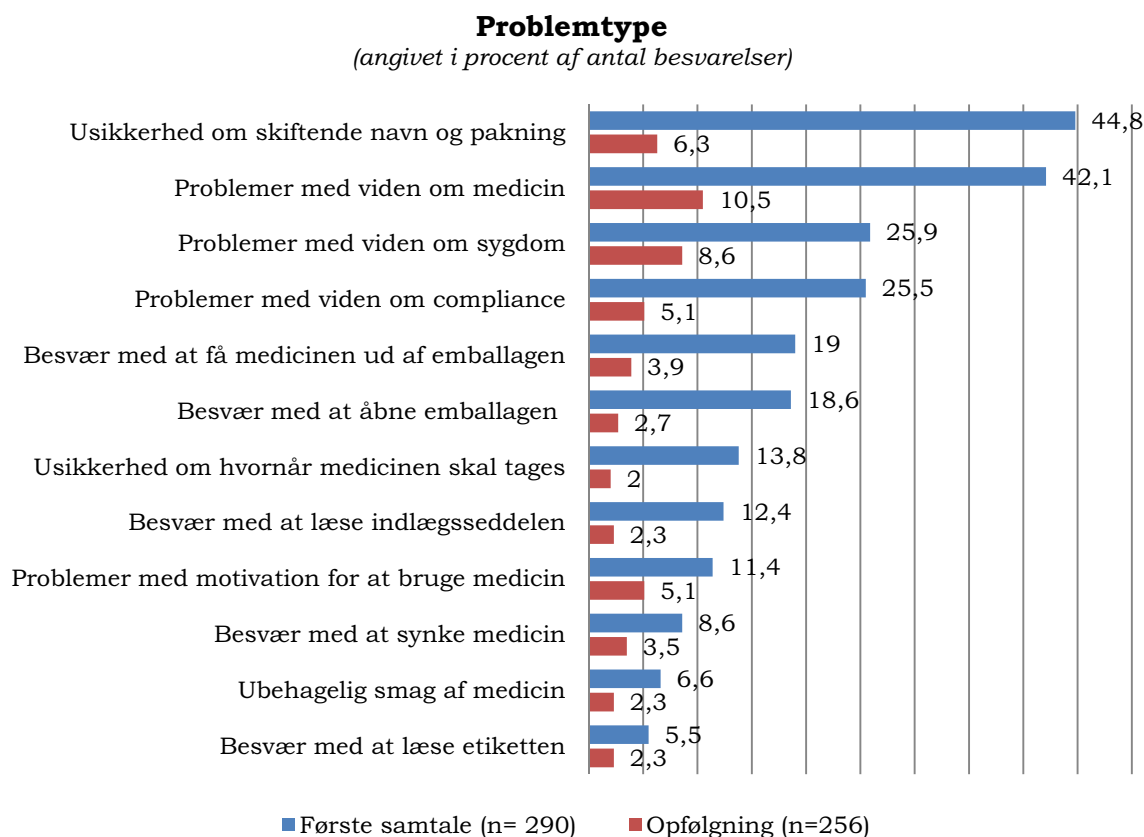
Henvendelser til læge og lægemiddelændringer

Af de forslag, farmaceuterne havde til ændring af medicinen som resultat af medicingennemgangen, blev 41,7 % (n=199) forslag forelagt den praktiserende læge skriftligt og evt. mundtligt.

Det var i 135 tilfælde oplyst, hvorvidt forslagene til ændring blev accepteret af lægen. Lægerne accepterede og implementerede 76 ændringer, svarende til 56,3 % af de registrerede besvarelser.

Praktiske problemer

Patienterne oplyste på apoteket, hvilke praktiske problemer de havde med medicinen, både ved første samtale og ved opfølgningen.



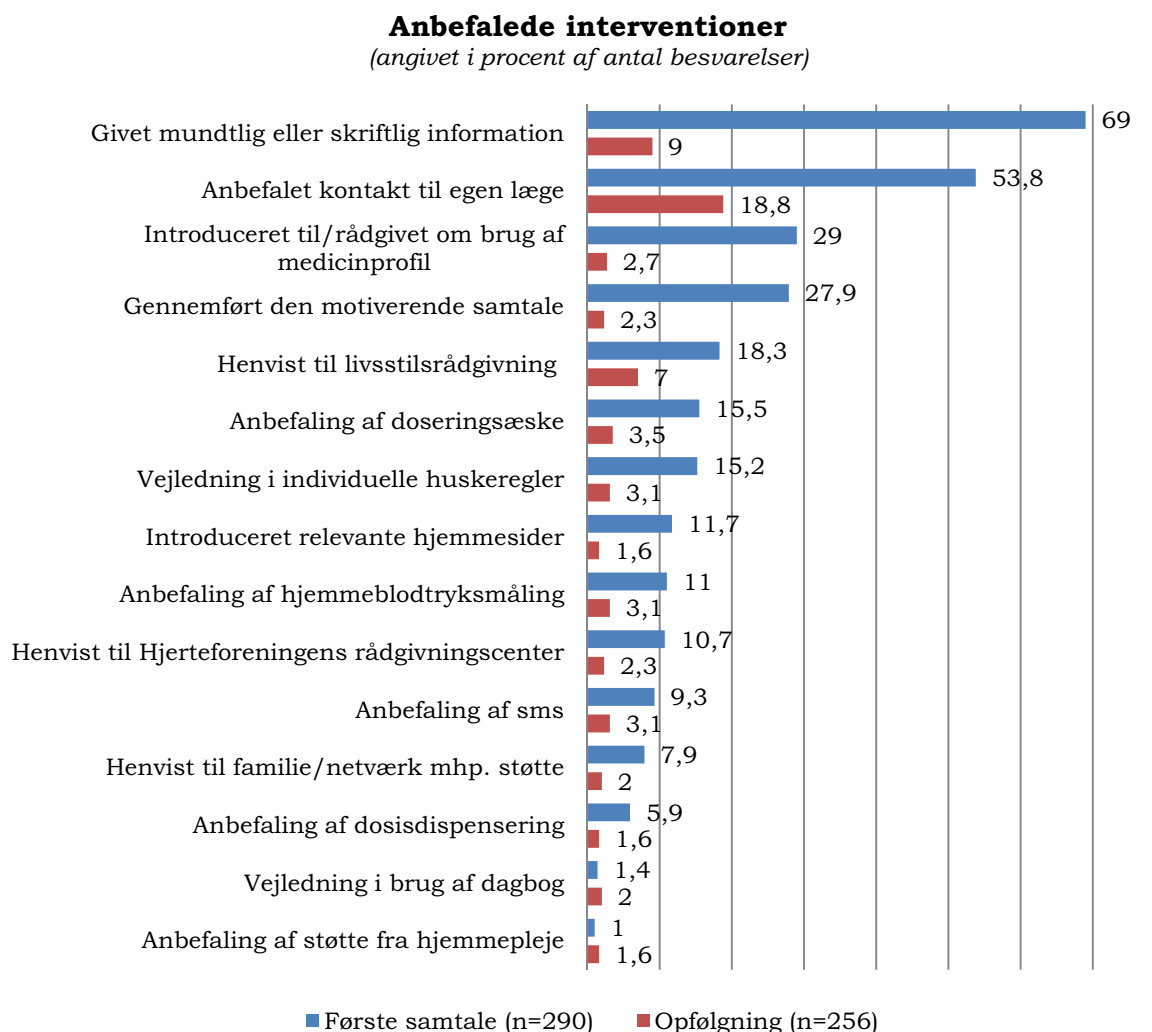
Figur 3: Patienternes problemer med medicin ved første samtale og ved opfølgning

Usikkerhed om skiftende navn og pakning (substitution) og problemer med viden om medicin var det, som flest patienter havde problemer med ved start (henholdsvis 44,8 og 42,1 %). 25,9 og 25,6 % af patienterne oplevede problemer med viden om sygdom og compliance ved start. 19,0 og 18,6 % havde problemer med henholdsvis at åbne og få medicinen ud af emballagen.

Det var de samme problemer, patienterne oplevede som de hyppigste ved opfølgningen. Imidlertid var antallet af problemer markant lavere. Dette kan være et resultat af, at patienternes problemer blev løst, men også af en fejlregistrering, hvor farmaceuterne ikke konsekvent fik spurgt ind til og/eller registreret problemerne ved telefonopfølgningen.

Anbefalede interventioner

Der blev gennemført compliancerådgivning. I den forbindelse har der været mulighed for at tilbyde forskellig hjælp til patienterne som huskestøtte til medicinen og anden rådgivning.



Figur 4: Oversigt over anbefalede interventioner ved første samtale og ved opfølgning

Ved første samtale blev det for 27 personer (9,3 %) ikke opgivet, hvorvidt de havde modtaget huskestøtte. 5 personer havde ikke modtaget nogen form for huskestøtte. Med undtagelse af de 32 personer havde samtlige 258 (88,9 %) modtaget en eller flere former for intervention. 69 % havde ved første samtale modtaget *Skriftlig eller mundtlig information*. 53,8 % var blevet *anbefalet kontakt til læge*. Farmaceuterne anbefaler patienten at tage kontakt til lægen, hvis der skal foretages medicinændringer. Patienterne er således oplyste om de ændringer, som foretages i forbindelse med ydelsen. Farmaceuterne kan også anbefale kontakt til lægen af anden årsag. Patienten henvises for eksempel, hvis der forekommer problemstillinger, som ikke er relevante i forhold til ydelsen, men som der bør tages hånd om, f.eks. livsstilsændringer eller lignende. 29 % havde fået rådgivning om brug af medicinprofilen, og som den fjerde hyppigste form for intervention var der i 27,9 % af tilfældene gennemført en motiverende samtale.

Ved anden samtale var spørgsmålet ubesvaret for 113 af de 256 personer, som indgik i opfølgningen (svarende til 44,1 %). Desuden havde 6 personer ikke modtaget nogen form for intervention. Ved opfølgning havde 46,5 % (n=137) fået anbefalede en eller flere interventioner. Ved opfølgningen var den mest hyppige intervention *anbefalet kontakt til læge* (18,8 %). Dernæst kom

Mundtlige eller skriftlige information, som 9 % modtog, sammenlignet med 69 % ved start. 7 % blev henvist til *Livsstilsrådgivning*. For de øvrige interventioner gjaldt det, at under 4 % blev anbefalet disse.

Effekt af indsats

De deltagende hjertepatienters compliance, concordance og selvoplevet handlekompetence blev bestemt via selvadministrerede spørgeskemaer ved start og slut (Bilag 2 og 3).

Compliance

Patienterne blev spurgt til deres erfaringer med medicinen. Besvarelsesmulighederne for spørgsmålet var: *Altid*, *Ofte*, *Nogle gange*, *Sjældent* eller *Aldrig*. Tabel 5 viser den procentvise andel af besvarelser ved start og slut. De to mest positive kategorier i forhold til compliance er slået sammen – som det fremgår af teksten i skemaet. De mest markante forbedringer er fremhævet.

Erfaringer med medicinen	Projektstart		Projektafslutning	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Jeg tager altid eller ofte al min hjerte-kar-medicin præcis som aftalt med lægen	275	94,8	218	97,3
Jeg glemmer aldrig eller sjældent generelt at tage min hjerte-kar-medicin	264	91,1	210	93,7
Jeg glemmer aldrig eller sjældent at tage min hjerte-kar-medicin, når jeg ikke er hjemme	258	88,9	200	89,3
Jeg glemmer aldrig eller sjældent at tage min hjerte-kar-medicin, når jeg har travlt	261	90,0	208	92,9
Jeg holder aldrig eller sjældent pauser med min hjerte-kar-medicin	277	95,5	211	94,2
Jeg tager aldrig eller sjældent mindre hjerte-kar-medicin, end jeg har aftalt med lægen	272	93,8	216	96,4
Jeg tager aldrig eller sjældent mere hjerte-kar-medicin, end jeg har aftalt med lægen	286	98,6	222	99,1
Jeg vælger aldrig eller sjældent at springe en dosis over	278	95,8	214	95,6
Jeg har aldrig eller sjældent besvær med at huske at tage min hjerte-kar-medicin	258	88,9	210	93,7
Jeg holder aldrig eller sjældent op med at tage min hjerte-kar-medicin, når jeg føler, at min sygdom er under kontrol	268	92,4	216	96,4
Jeg holder aldrig eller sjældent op med min hjerte-kar-medicin, hvis jeg gør noget andet for at forbedre mit blodtryk/kolesterol	269	92,8	218	97,3
Jeg holder aldrig eller sjældent op med at tage min hjerte-kar-medicin, hvis jeg oplever bivirkninger af medicinen	245	84,5	208	92,9*
Jeg holder aldrig eller sjældent op med at tage min hjerte-kar-medicin, hvis jeg ikke tror, den virker	260	89,7	210	93,8

Tabel 5: Patienternes medicinerfaring. Tabellen viser den procentuelle andel af patienter ved start og slut, som har besvaret de viste spørgsmål

*Forskellen fra start til slut er signifikant

Generelt ligger compliance højt fra start ifølge disse spørgsmål vedrørende patienternes medicinerfaring - over 80 % svarede positivt fra start. Ved slut svarede over 90 % positivt på spørgsmålene med undtagelse af spørgsmålet vedrørende glemsomhed (89,3 %). Patienterne var mere positive ved slut end ved start. Gennemsnittet for dem, der havde svaret positivt ved start, var 92,0 %, og ved slut var det 94,8 %.

Besvarelsenerne ændredes mest markant i den positive retning, når det gjaldt spørgsmålene om at tage sin medicin, hvis patienten: *oplever bivirkninger, har besvær med at huske at tage medicin*, og

hvis patienten gør noget andet for at forbedre blodtryk/kolesterol. I Tabel 5 er de spørgsmål, hvor der findes den største positive forskel fra start til slut, markeret med fed skrift. Ændringen i besvarelserne fra start til slut er signifikant for spørgsmålet vedrørende bivirkninger af medicinen (Mann-Whitney-test; $p=0,381$).

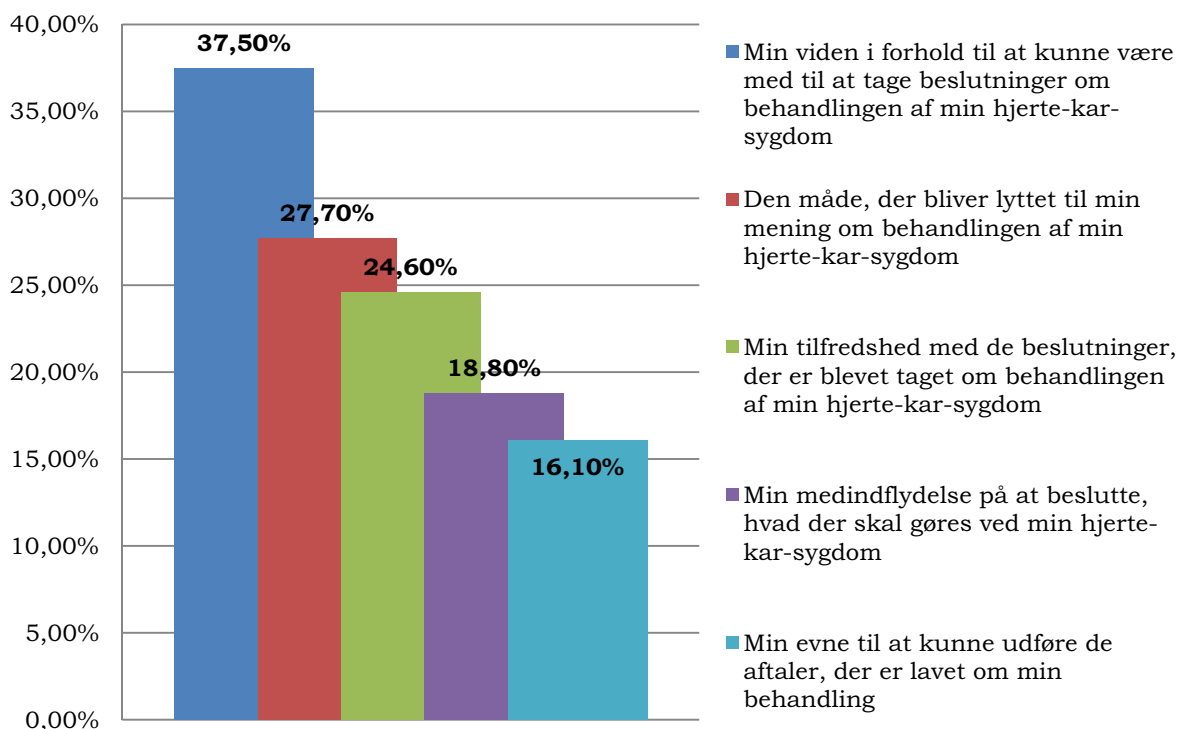
Der ses en mindre forværring af compliance, når det gælder at springe en dosis over eller at holde pause med medicinen. Dette kan være et udslag af tilfældighed. For begge spørgsmål gælder det, at omkring 70 % ved slut svarede, at de *aldrig* holdt pause eller sprang en dosis over (data er ikke vist).

Concordance ved projekts afslutning

I alt 220 af de deltagende 223 personer ved afslutning besvarede følgende 5 spørgsmål, som omhandlede concordance eller partnerskab i behandlingen. Spørgsmålene er besvaret uafhængigt af hinanden. Patienterne havde mulighed for at besvare, hvorvidt de oplevede forholdene som *Forbedret*, *Uforandret* eller *Forværret*. Antallet af dem, der mente, at concordance var forbedret, fremgår af Figur 5.

Hvordan synes du din inddragelse i behandlingen af din hjerte-kar-sygdom er blevet forbedret af projektet?

(n=220)



Figur 5: Partnerskab i behandlingen

37,5 % mente, at deres viden i forhold til at kunne være med til at tage beslutninger om deres behandling var forbedret. 27,7 % mente, der i højere grad blev lyttet til dem, og deres tilfredshed vedrørende de beslutninger om behandlingen var øget for 24,6 %. For samtlige concordance-spørgsmål sås forbedringer for de deltagende patienter, hvilket fremgår af Figur 5.

Kun ganske få mente, at forholdene var forværret. 2 personer svarede *Forværret* for spørgsmålene vedrørende viden i forhold til at tage beslutninger og tilfredshed med beslutninger. Én svarede, at inddragelsen var *Forværret* i forhold til, hvorvidt der blev lyttet til patientens mening. De resterende svarede *Uforandret*.

Selvoplevet handlekompetence ved projektafslutning

Patienternes selvoplevede handlekompetence⁴ blev undersøgt ved afslutning med spørgsmål angående deres tryghed ved egne evner og sygdomshåndtering. Svarmulighederne var: *Meget enig*, *Enig*, *Neutral*, *Uenig* og *Stærkt uenig*.

Generelt viste patienterne en meget høj grad af oplevet handlekompetence. Andelen af dem, der svarede *Enig* eller *Meget enig* på spørgsmålene, var over 80 %.

91,3 % var ved afslutning i stand til at varetage den rutinemæssige pasning af hjerte-kar-sygdommen. 90,5 % oplevede at være trygge ved at diskutere hjerte-kar-sygdommen med egen læge. 87 % svarede, at de var i stand til at håndtere hjerte-kar-sygdommen nu, og at de var trygge ved deres evne til at klare hjerte-kar-sygdommen. 82,1 % svarede, at de var *Enige* eller *Meget enige* i, at de var i stand til at møde den udfordring, det var at styre hjerte-kar-sygdommen.

⁴ Selvoplevet handlekompetence beskriver individets forventninger til egne evner til gennemførelse af adfærd - i dette tilfælde forventning om gennemførelse af behandling.

Patienttilfredshed⁵

223 patienter besvarede spørgeskemaet ved afslutning.

83,0 % af patienterne angav, at de var tilfredse eller meget tilfredse med at deltage i projektet (n=185). 12,1 % (n=27) var neurale, og 1,3 % eller 5 personer var utilfredse eller meget utilfredse. 6 personer svarede ikke.

Ud fra de kvalitative kommentarer i spørgeskemaet ses positive formuleringer om: Kompetente farmaceuter, øget viden, tryghed, overblik over egen medicin og oplevelsen af, at der er tid til dem som patienter.

*”Har været meget tilfreds med, at man fremover vil mærke min **medicin**, hvis jeg får andet (billigere mærke) end bestilt. Det samme for min mand: Oplysning om **virkning af medicin** - Rigtig god. Problematik omkring at **huske medicin** er løst med at stille det et bestemt sted, så jeg ser det og husker det.”*

”Apoteket giver god hjælp og forklaring om medicin og dens brug.”

*”Deltagelse i projektet har bidraget med at give et samlet **overblik** over den samlede medicinering.”*

*”Det har været rart at høre noget **mere om sygdommen**.”*

*”En gennemgang af medicinen med farmaceuten har givet mig **tryghed**.”*

*”Jeg synes, det er en god idé med, at apotekerne udbyder medicinvejledning, da de praktiserende læger har alt for meget at gøre, så der ikke er den **tid**, der er behov for hos lægerne.”*

Enkelte patienter formulerede sig negativt om manglende oplevelse af opfølgning, større angst samt forskelle mellem læge og apotekets anbefalinger. De sidste to som resultat af øget viden.

⁵ I rapporten er citater fra spørgeskemaer eller deltagernes besvarelser af spørgeskemaerne kursiveret

Farmaceuttilfredshed

Alle 30 farmaceuter, der deltog i projektet, besvarede hele spørgeskemaet om tilfredshed.

Udbytte af ydelsen

Farmaceuterne blev spurgt uddybende, hvad deres udbytte var af deltagelsen. Mellem 93 og 100 % af de 30 farmaceuter svarede, at de var *Enige* eller *Delvis enige* i, at de havde *værdsat at deltage*, følt sig *fagligt rustet*, fået *nærmere kontakt med hjerte-kar-patienterne*, fået *kompetenceløft*, *værdsat at levere individuelle løsninger* og havde fået *øget motivation i det daglige arbejde*.

21 personer, svarende til 70 %, følte, at de havde opnået større selvtillid.

23 personer (76,7 %) havde været *Enige* eller *Delvis enige* i at have følt sig tidsmæssigt presset.

Samarbejde med lægerne

47 % (n=14) af farmaceuterne oplevede, at samarbejdet med lægerne havde fungeret godt. Der oplevedes ligeledes *gensidig anerkendelse mellem læge og farmaceut* blandt 14 af farmaceuterne (47 %).

Ifølge farmaceuternes besvarelser oplevede 30 % af farmaceuterne at være uenige med lægen i lægens anbefalinger (n=9). Mens 37 % oplevede lægen som uenig med farmaceuten i vedkommendes anbefalinger (n=11).

Til gengæld mente farmaceuterne, at deres faglige og kommunikationskompetencer var tilstrækkelige i forbindelse med dialog med lægen (henholdsvis 87 % og 77 % var *Enige* eller *Delvis enige*).

Mange gav udtryk for, at det havde været svært at få tilbagemeldinger fra lægerne (53 %; n=16). Og 80 % (n=24) gav udtryk for et ønske om større engagement fra lægernes side. Tre farmaceuter oplevede dog, at samarbejdet med lægen var forøget som følge af projektet.

Samarbejde med Hjerteforeningens rådgivningscentre

Henholdsvis 60 % (n=18) og 57 % (n=17) oplevede, at samarbejdet med Hjerteforeningens rådgivningscentre havde fungeret godt, og at kommunikationen havde været god.

Tidsforbrug

Ifølge farmaceuternes registreringer blev der i gennemsnit brugt 34 minutter på forberedelse til første samtale. Den anvendte tid på forberedelsen varierede fra minimum 10 til maksimum 120 minutter. Der blev gennemsnitligt anvendt 46 minutter på selve samtalen med patienten (variation: 30-75 minutter). Dokumentationen tog 18 minutter i snit (variation: 5-30 minutter). I alt tog første samtale 98 minutter gennemsnitligt.

For opfølgningen blev der gennemsnitligt brugt 7-8 minutter på henholdsvis forberedelse (variation: 0-30 minutter), gennemførelse (variation: 2-20 minutter) og dokumentation (variation: 1-30 minutter), i alt 23 minutter gennemsnitligt.

67 %, svarende til 20 af de 30 farmaceuter, angav, at tidsforbruget var passende.

Telefonisk opfølgning

Farmaceuterne blev spurgt, hvordan den telefoniske opfølgning i forhold til patienterne havde fungeret. 50 % angav, at telefonopfølgningen havde fungeret tilfredsstillende. Der var en del kommentarer til dette spørgsmål.

"De var alle meget positive over at have været med i projektet og havde alle fået et eller andet med, de kunne bruge i deres dagligdag. Dette kunne være så simpelt som "en bedre forståelse for, hvorfor jeg får den medicin jeg får."

"Det var nemt at følge op på vores aftaler. Patienten vidste, "hvad det drejer sig om". Man behøvede ikke de lange forklaringer."

"Det var ikke alle, der var noget relevant at tale med dem om, andet end at høre, hvad de synes om samtalen."

"Kunderne var tilfredse med projektet."

"Patienterne har følt det som en interesse for dem, flere har sagt tak, fordi du ringede."

Farmaceut kommentarer til ydelsen

Farmaceuternes kommentarer grupperede sig inden for følgende emner: Spørgeskemaets opbygning, finansiering, tid, markedsføring, kollegaopbakning samt arbejdskraft.

Det blev givet udtryk for, at spørgeskemaet var langt og burde afkortes. En foreslog at bruge skemaet som interviewguide også af hensyn til, at mange i målgruppen var ældre mennesker, som oplevede skemaet som uoverskueligt.

Vedrørende finansieringen gav farmaceuterne udtryk for, at patienterne sandsynligvis ikke ville være parate til selv at betale.

Nogle enkelte farmaceuter kommenterede, at de havde behov for mere tid.

Farmaceuterne gav udtryk for, at det kunne være svært at inkludere borgerne, samt at de ønskede et bedre samarbejde med lægerne, fx i form af samarbejdsaftaler.

Farmaceuterne nævnte, at markedsføring ville være nødvendig ved udvikling af en fast ydelse. En begrundede også nødvendigheden af mere oplysning om ydelsen med, at budskabet også var relevant for andre kunder.

"Markedsføring i de "almindelige" medier, da ydelsen også er gavnlig for kunder, der kun tager lidt medicin."

"Læger og patientforeninger skal henviser til ydelsen. Det skal omtales og reklameres for."

En farmaceut gav udtryk for manglende opbakning fra kollegaer og apoteker, mens én skrev, at udskiftning i personalegruppen havde besværliggjort arbejdet med ydelsen.

Opfølgningen vurderedes relevant. Én skrev, at det kunne være relevant med to opfølgninger frem for én – en personlig og en via telefon.

Farmaceuterne kommenterede også gruppen af rekrutterede patienter.

"Mine kunder var generelt velorienterede. "De svage" blev ikke fanget. Mere tid til projektet kunne have været ønskeligt."

Fremadrettet lagde farmaceutens citat op til, at der skulle være fokus på at rekruttere "de svage" patienter eller med andre ord de patienter, der havde størst behov og flest lægemiddelrelaterede problemer.

Lægetilfredshed

Der blev sendt tilfredshedsspørgeskemaer ud til 218 læger, heraf valgte 43 at besvare, hvilket gav en besvarelsesprocent på 19,7.

19 angav, at de havde kendskab til projektet (42,2 %). De fleste havde kendskab til projektet fra et eller flere apoteker (n=15; 34,9 %). En havde kendskab til projektet via Danmarks Apotekerforening. Tre havde kendskab til projektet via deres patienter.

Udbytte af ydelsen

Lægernes generelle opfattelse af indsatsen/projektet var overvejende neutral og positiv. Kun en person havde en generel negativ opfattelse af indsatsen.

I det følgende fremgår tre af lægernes kommentarer til patienternes udbytte af ydelsen.

”De af mine patienter, der har været gennem forløbet, har i hvert fald i den korte periode været mere opmærksomme på deres medicin. Men jeg tror næppe, det varer ved.”

”Finder den relevant, specielt hvad angår statiner.”

”Positivt, at der gøres en indsats.”

Samarbejde med farmaceuter

Ud af de 43 læger, der havde deltaget i tilfredshedsundersøgelsen, havde 23 personer ikke besvaret disse spørgsmål. Afrapporteringen baserede sig derfor på 20 personer. Svarmulighederne var: *Enig*, *Delvis enig*, *Delvis uenig* og *Uenig* samt *Ved ikke*.

For de læger, der havde besvaret, gjaldt det, at de gav udtryk for at have været tilfredse med samarbejdet. 60 % (n=12) var *Enige* eller *Delvis enige* i, at der havde været gensidig anerkendelse mellem farmaceut og læge. 55 % (n=11) mente, at farmaceuternes faglige kompetencer havde været tilstrækkelige, at anbefalingerne fra farmaceuterne havde været relevante, og at farmaceuterne optrådte loyalt over for lægen.

50 % af lægerne gav udtryk for, at der ikke forekom unødige henvisninger som resultat af projektet. Mellem 14 og 23 % svarede *Ved ikke* på spørgsmålene vedrørende samarbejde med farmaceuter. En læge kommenterede:

”Generelt er farmaceuterne professionelle i kommunikationen.”

Læge- og farmaceutvurdering af effekt

Her gennemgås besvarelser af spørgsmål, som både læger og farmaceuter blev stillet ved afslutning af projektet.

Mulige positive effekter for patienterne

Farmaceuter (n=30) og læger (n=43) blev spurgt til mulige positive effekter af indsatsen. Svarmulighederne var: *Forbedret*, *Uændret* og *Forværret*.

Farmaceuterne så tryghed ved lægemiddelbehandlingen, viden om medicinen og tilfredshed med lægemiddelbehandlingen som områder, hvor der især var mulige positive effekter af ydelsen (henholdsvis 100, 97 og 87 % svarede *Forbedret*). Der var også generelt enighed om, at viden om livsstil, compliance og lægemiddelbehandling forbedres (henholdsvis 80, 73 og 73 % svarede *Forbedret*).

Langt de fleste læger var usikre på eller uvidende om patienternes udbytte; således var der mellem 28-31 læger, som ikke svarede på denne gruppe af spørgsmål (svarende til mellem 65 og 72 % ubesvarede).

21 % af lægerne mente, at viden om medicinen var forbedret for patienterne, og 7 % mente, at patienternes tryghed ved lægemiddelbehandlingen var øget, ligesom 7 % mente, at tilfredshed med lægemiddelbehandlingen, viden om livsstil og patienternes lægemiddelbehandling muligvis var øget.

Mulige negative effekter for patienterne

Svarmulighederne for spørgsmålet vedrørende negative effekter var: *Enig*, *Delvis enig*, *Delvis uenig*, *Uenig* og *Ved ikke*. Andelen, der havde svaret *Enig* og *Delvis enig* er opgivet i procent i teksten. Igen var andelen af læger, der havde svaret, meget lav, idet mellem 31 og 34 læger havde svaret *Ved ikke* (svarende til 77-79 % af lægerne).

23 % af farmaceuterne mente, at en mulig negativ effekt af ydelsen kunne være modstridende information fra farmaceut og læge; dette mente 9 % af lægerne. 13 % af farmaceuterne svarede, at mulige negative effekter kunne være utryghed hos patienten ved at involvere flere i behandlingen, og at ansvaret for behandlingen blev uklart. For lægerne gjaldt det henholdsvis 9 og 10 %.

Ingen af farmaceuterne mente, at patienterne var blevet mere skeptiske over for dem. En læge svarede, at *patienterne var blevet mere skeptiske over for læger*.

Farmaceuters og lægers holdning til apotekets rolle i forbindelse med compliance

Som en del af indsatsen har farmaceuterne været med til at afdække complianceproblemer. 30 læger ud af de 43 har svaret på spørgsmålene vedrørende deres holdning til apotekets rolle i forbindelse med compliance.

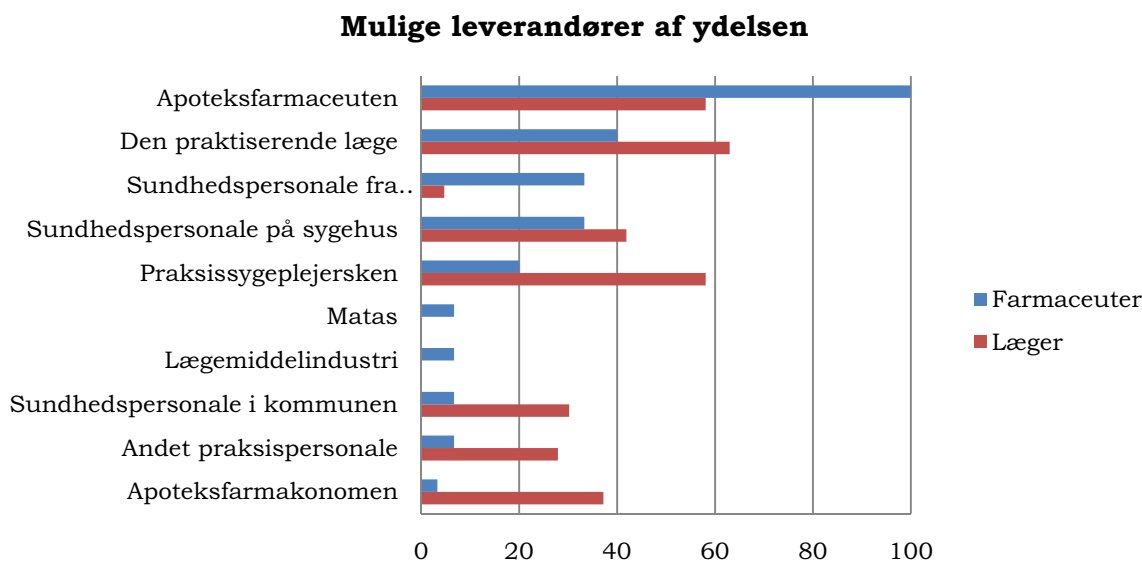
Af de 30 læger mente 60 % (n=18,) at *farmaceuterne trådte på lægens område*. Samtidig mente 80 % (n=24) af lægerne, at *compliancerådgivning burde være en del af apotekets ansvar*. De tilsvarende tal for farmaceuterne var 23 % (n=7) og 100 % (n=30).

Der var 15 ud af de 30 læger (50 %), som svarede *Ved ikke* til spørgsmålet om, hvorvidt det er *nyttigt som en del af projektet at afdække complianceproblemer*. Kun to var uenige, mens 11, svarende til 39 %, var *Enige* eller *Meget enige* i, at det havde været til nytte at afdække complianceproblemer. Farmaceuterne var langt mere overbeviste om nyttigheden af at afdække compliance. 97 % af farmaceuterne svarede bekræftende.

Når lægerne skulle svare på, om farmaceuten *mangler den fornødne kompetence til compliance-rådgivning*, svarede 10 personer, at det vidste de ikke, mens 17 var *Uenige* eller *Delvis uenige*, og 3 personer var *Delvis enige*.

Relevante leverandører

Læger og farmaceuter blev blevet spurgt om, hvem der ifølge dem kunne være relevante leverandører af ydelsen. Svarmulighederne var *Ja*, *Nej* og *Ved ikke*. Her fremgår andelen i procent af læger og farmaceuter, der svarede ja.



Figur 6: Lægers og farmaceuters angivelse af fremtidige mulige leverandører af ydelsen (andel angivet i procent)

Farmaceuterne mente i høj grad, at de selv var mulige leverandører af ydelsen. Dernæst sås den praktiserende læge som en mulig leverandør, ligesom mange også så sundhedspersonale fra patientforeninger og sygehuse som muligheder.

Lægernes fordelte sig mere bredt - læger og farmaceuter oplevedes som nogenlunde ligebyrdige muligheder sammen med praksissygeplejersken.

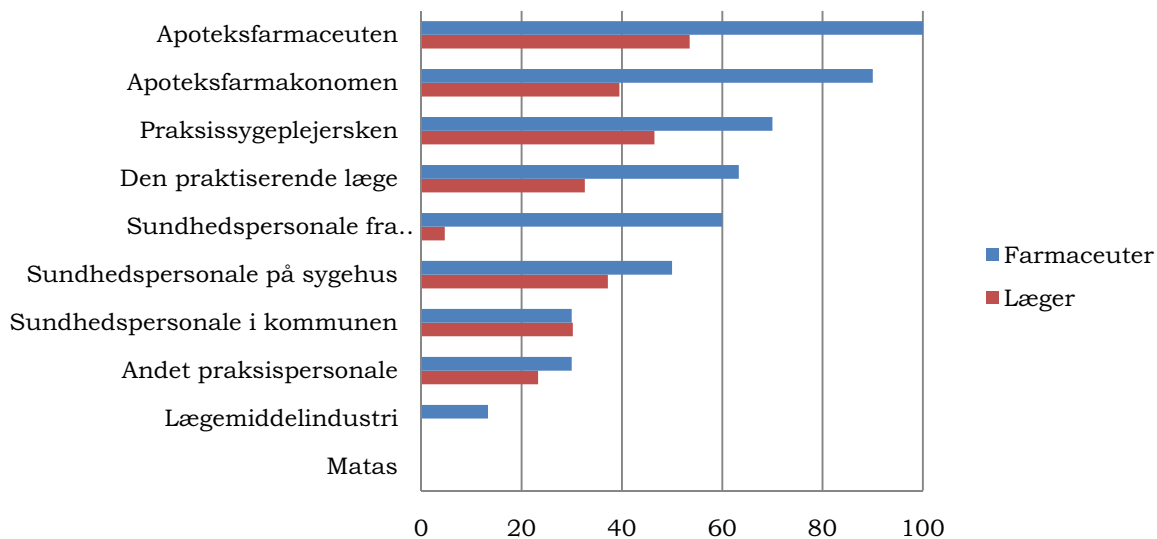
Både læger og farmaceuter fremhævede, at flere udbydere af ydelsen kunne være oplagt. En læge kommenterede, at han ”.. *ikke mener at der kun er én, der skal tage sig af det* (red.: levering af ydelsen)”.

En farmaceut kommenterede på lignende vis:

” Læge-farmaceut i teamwork. Vigtigt for patienten at få en second opinion - oftest bekræftelse i at det er OK, eller med få ændringer kan livskvaliteten blive bedre.”

Hvem læger og farmaceuter udpegede som mulige udbydere af complianceteknologierne, fremgår af tabellen nedenfor.

Relevante leverandører af complianceteknologi



Figur 7: Læger og farmaceuters angivelse af fremtidige mulige leverandører af complianceteknologi (andel angivet i procent)

Både læger og farmaceuter så apoteksfarmaceuten, farmakonomen og praksissygeplejersken som de mest oplagte leverandører af complianceteknologier. Farmaceuterne så også i høj grad lægen som en mulig udbyder. Lægerne så imidlertid i mindre grad sig selv som mulig udbyder.

I forhold til at levere complianceteknologier kommenterede en læge følgende:

”Så længe fokus er på, at lægens ordination skal følges, er der brug for øget bevidsthed om vigtighed af at huske medicin. Mange bidrag øger denne bevidsthed.”

Rådgivningscentrenes tilfredshed med deltagelse

Statusrapporterne blev modtaget fra Hjerteforeningens rådgivningscentre henholdsvis: Kolding, Esbjerg og Odense. Rådgivningscentrene blev spurgt til følgende: Inklusion af patienter, samarbejde med apoteket og viden.

En kommenterede overordnet:

”Jeg vil grundlæggende sige, at ideen i projektet er rigtig god.”

Inklusion af patienter

Inklusionen af patienter oplevedes som vanskelig.

Her blev der angivet forskellige årsager:

”...For det første er det et nyt tilbud/mulighed, som patienterne ikke umiddelbart har været opmærksomme på, de kunne have gavn af. For det andet, kræver det nok mere markedsføring.”

Det har været svært, fordi det var en ny mulighed for både os og patienterne

Traditionelt går folk ikke på apoteket ved problemer, men til egen læge.

Desuden er vi op imod en tradition om, at patienterne går til lægen med problemer med deres medicin – og det har tit været dem, der efter en forgæves henvendelse til egen læge, der har sagt ja tak til tilbuddet.

”Nogle apoteker havde forventninger om, vi bare kunne rekruttere patienter og sende nok; så nemt var det ikke. Vi har mere kunnet give adresser til dem, som henvendte sig.”

”Et enkelt apotek var lettere fortørnet over, at Hjerteforeningen ikke havde rekrutteret patienter til ... apotek.”

En kommenterede på, hvordan informationen er givet.

”Jeg har mundtligt og skriftligt informeret om tilbuddet til vore brugere i centret. Enkelte har forespurgt egen læge vedrørende relevansen.”

Rådgivningscentrene oplevede, at patienterne havde tillid til apoteket.

”De tilmeldte angav tillid til apoteket, idet de i forvejen var kendt med det anvendte apotek. Tillid og forhåndskendskab har været befordrende. Ligeledes at apoteket skulle ligge i nærmiljøet.”

Samarbejde med apoteket

Centrene var tilfredse med samarbejdet med apotekerne og så relevansen af det samt muligheder for fremtidigt samarbejde.

”Generelt har jeg oplevet et godt samarbejde med apotekerne.”

”Samarbejdet har fungeret udmærket. ... Mellem apotekets brugere og Hjerteforeningens brugere er der mange berøringspunkter. Vi er fortsat meget interesseret i det bedste samarbejde fremover – også for at formidle Hjerteforeningens tilbud.”

Uddybende kommenteredes det, at samarbejdet fungerede særligt godt, når der ikke skulle henvises til én bestemt person på apoteket, men at der blot kunne henvises til et bestemt apotek.

Viden

Rådgivningscentrene blev orienteret om projektet skriftligt. De blev i forbindelse med evalueringen spurgt til, om de ønskede større viden om projektet og dets formål og større viden om apoteket. Personalet oplevede ikke behov for mere viden og følte sig tilstrækkeligt klædt på til opgaven.

”Vi har ikke manglet viden og kompetencer.”

”Jeg har ikke manglet noget i forhold til at rekruttere patienter.”

Diskussion og perspektivering

Ydelsen *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning* blev gennemført i Region Syddanmark fra september 2009 til februar 2010 i et samarbejde mellem rådgivningscentre, læger og apoteker. Diskussionen behandler punkterne, der er opstillet som mål for evalueringen, og som fremgår af formålet.

Gennemførelse af ydelsen

Deltagende patienter

Langt de fleste af de 290 patienter blev inkluderet via apoteket (82,8 %). 5,9 % blev inkluderet via Rådgivningscentrene, og 3,8 % henvendte sig grundet artikel i bladet *Hjertenyt*. 290 patienter modtog ydelsen. 77 % af disse besvarede andet spørgeskema. Rådgivningscentrene benyttede sig ifølge deres kommentarer af muligheden for at henvise patienter til apoteket.

30 farmaceuter fra 26 apoteker og 3 rådgivningscentre deltog. 42 af patienternes læger besvarede lægeevalueringsskemaet.

I evalueringerne fra både rådgivningscentrene og apotekerne blev der generelt givet udtryk for, at inklusionen af patienter oplevedes som udfordrende. Evalueringerne tydede på, at der var behov for en større støtte til denne del af ydelsen i tillæg til den undervisning, de erfaringsudvekslingsmøder og det støttemateriale, som blev anvendt.

Det involverede personale kom begge steder med forslag til, hvordan processen omkring inklusion kunne forbedres. Forslagene gik i høj grad på, at medierne skulle udnyttes mere til markedsføring. Resultaterne viste også, at en artikel i relevant medlemsblad fik folk til selv at henvende sig som interesserede deltagere. Det er dog sandsynligt, at det var de mest ressourcestærke patienter, som på denne måde blev inkluderet, og muligvis dem med færrest problemer i forhold til compliance og medicinering.

At der er inkluderet en stor del velbehandlede personer i projektet underbygges af resultaterne, der viser at patienternes blodtryk gennemsnitligt ikke var forhøjet. Det er sandsynligt at dem der takkede ja til deltagelse, var patienter med størst overskud og dermed dem som i forvejen gjorde en stor indsats for at forstå deres sygdom og behandling.

Til erfaringsudvekslingsmøderne kom der også gode råd frem, som kunne benyttes fremadrettet i forhold til at vejlede patienterne. For eksempel, at der afsattes faste dage for ydelsens gennemførelse, så patienten kunne vælge en dato. Dette blev synliggjort for patienten ved hjælp af kalender med markeringer. Patienten fik hjælp i forhold til at fokusere på det vigtige i spørgeskemaet. Der orienteres om, at det var OK, hvis der var spørgsmål, patienten ikke kunne besvare og at manglende kendskab til værdier, fx kolesteroltal, ikke var altafgørende for deltagelse.

En analyse af implementering af en anden ydelse *Tjek på inhalation* på apoteket viste, at farmaceuterne også kunne have personlige barrierer, som kunne vanskeliggøre implementering. På den baggrund kunne der med fordel arbejdes med fagpersonalets egne barrierer inden projektstart⁽²³⁾.

Identifikation af lægemiddelrelaterede problemer (LRP)

For 81 af patienterne identificeredes der ikke LRP. Blandt 209 personer identificeredes der 409 LRP svarende til et gennemsnit på 1,96 problemer per patient. Hvilket stemte godt overens med, hvad der traditionelt findes af lægemiddelrelaterede problemer i en patientpopulation⁽²⁰⁾.

Andelen af lægemiddelproblemer per person – hvis der ses på hele populationen på 290 – var på 1,4, hvilket er relativt lavt⁽²⁰⁾. Andelen af identificerede patienter med LRP underbygger, at der

blev inkluderet mange patienter med lav risikoadfærd i forhold til lægemiddelindtagelsen (fx complianceproblemer eller anvendelse af irrelevant lægemiddel). Det kan være et resultat af en selektionsbias. Som nævnt er det sandsynligt, at det er patienter med størst overskud, som især takker ja til deltagelse.

Der fandtes et meget stort udsving i antallet af LRP per person. Udsvinget gik fra 0 til 13. 118 personer, svarende til 41 %, havde mere end ét problem med deres medicin. Der var således en stor gruppe af patienter, som havde mange problemer og derfor havde brug for den hjælp, som de fik tilbudt ved deltagelse i projektet.

Det hyppigste LRP var bivirkning af medicinen. Der blev registreret 130 tilfælde heraf svarende til, at næsten halvdelen havde problemer med bivirkninger. Dette var således en problemstilling, som fyldte meget i patienternes hverdag og fremadrettet er værd at være opmærksom på blandt alle, der beskæftigede sig med patienternes medicinering i sundhedssektoren. At patienterne oplever bivirkninger i forbindelse med statinbehandling er velkendt (www.medicin.dk). Samtidig ved vi fra tidligere undersøgelser, at netop bivirkninger påvirker patienternes compliance^(7,8,9,10). Dette understreger relevansen af at beskæftige sig med hjertepatienters medicinering.

De næst hyppigste LRP var 70 tilfælde af manglende anvendelse af relevant lægemiddel, og i 70 tilfælde anvendtes mindre medicin, end patienten havde behov for, hvilket både kunne skyldes underdosering eller manglende compliance. Denne type LRP peger på, at gennemgangen af patientens medicin har været relevant. For at opnå optimal behandling og udnyttelse af ressourcer er det nødvendigt at justere en patients behandling løbende. I 23 tilfælde anvendtes et lægemiddel, som patienten ikke havde behov for. LRP resulterer på denne måde i spild af både samfunds- og patientressourcer, og de er derfor vigtige at opfange.

Lipidsænkende midler, midler med virkning på renin-angiotensin-systemet, antitrombosemidler, beta-blokerende midler, diuretika, calciumantagonister og hjerteterapi (ATC-kode: C01) er årsag til flest LRP. I betragtning af, at patienterne angav at have lidelser som forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, hjertearytmier, blodprop i hjertet mv. var det ikke overraskende de midler, som patienterne hyppigst tog, og som de derfor også tilsvarende hyppigst oplevede problemer med. Farmaceuterne havde således inkluderet patienter med relevant behandling.

Praktiske problemer

Af praktiske problemer oplevede patienterne især usikkerhed i forbindelse med, at medicinen skifter navn (substitution). 44,8 % af patienterne angav det som problematisk ved start. Det er en kendt problemstilling, at substitution medvirker til at forringe compliance^(7,8,9,10); det ses således også at være en problemstilling for denne gruppe patienter, der er vigtigt at være opmærksom på.

Samtidig angav patienterne at mangle viden (42,1 %). Patienterne oplyste ved start også, at de havde behov med viden om både sygdom og compliance (henholdsvis 25,9 og 25,6 %). Oplevelsen af problemer med manglende viden kunne enten skyldes, at patienterne ikke følte, de havde fået tilstrækkelig viden, eller måske også, at de ikke forstod den information, de tidligere havde modtaget, og derfor havde behov for uddybning og/eller gentagelse.

Patienterne havde en bred vifte af praktiske problemer, som kunne afhjælpes ved en snak med farmaceuten, fx også når det gjaldt besvær med at få medicinen ud af emballagen, besvær med at læse indlægsseddel og motivation.

Mange patienter havde fået implementeret ændringer efter første samtale med en farmaceut; dette bevirkede, at der ikke havde været det store behov for ændringer ved opfølgningen. Ved opfølgningen var der fulgt op på de problemer, som var blevet registreret indledningsvis. Således var de typer af praktiske problemer, som var mest hyppige ved start, fortsat hyppigst ved afslutning.

Tallene for opfølgningen viser meget positive resultater af ydelsen. Således oplevedes næsten ingen problemer med medicineringen ved opfølgningen. Dette resultat kunne imidlertid også skyldes en underregistrering.

Anbefalede interventioner

88,9 % havde ved start modtaget en eller flere former for hjælp fra farmaceuterne. Den type intervention, som blev benyttet mest i forbindelse med ydelsen, var rådgivning i form af *Mundtlig og skriftlig information* i og med, at 69 % havde modtaget dette. Rådgivningen havde været rettet mod at afhjælpe patientens problemer, at afklare spørgsmål og især at forbedre compliance samt løse LRP, som det fremgår af formålet med ydelsen.

Foruden den hjælp og støtte, apoteket havde tilbudt, kunne farmaceuten på baggrund af samtalen vælge at anbefale patienten at tage kontakt til egen læge. Godt halvdelen modtog anbefaling om kontakt til læge (53,8 %). Farmaceuten udarbejdede i dette tilfælde et kort resumé af samtalen til lægen.

Interventioner som *Rådgivning i brug af medicinprofil* og *Gennemførelse af en motiverende samtale* blev også hyppigt anvendt (i lidt over 25 % af tilfældene). Desuden anbefaledes hyppigt brug af forskellige former for hjælp til at huske medicinen, fx: doseringsæske (15,5 %), individuelle huskeregler (15,2 %), sms-service (9,3 %) o.a.

Der har været et mindre behov for at anbefale interventioner ved opfølgningen, fordi behovet for rådgivning blev dækket ved første samtale. Forskellige forklaringer herpå kunne være, at patienterne havde givet udtryk for at været tilfredse med det, de havde fået tilbudt og ikke angivet yderligere behov. Det kunne også være, at farmaceuterne havde oplevet det mindre naturligt at tilbyde disse tjenester via telefonen, eller havde set opfølgningen som en samtale af mere opfølgende karakter, hvor der ikke skulle tilbydes yderligere tjenester. Det kunne hænge sammen med den afsatte tid, som var begrænset ved anden samtale i forhold til første. Endeligt kunne det ikke udelukkes som ved de praktiske problemer, at det var et resultat af underregistrering.

Tidsforbrug

Det var hensigten, at selve ydelsen på apoteket skulle have en varighed af 70 minutter fordelt på: forberedelse (15 min.), første samtale (45 min.) og dokumentation (10min.). Endelig var der afsat 20 minutter til telefoniskopfølgning; her indgik de samme tre punkter, som ved første møde: forberedelse (5 min.), anden samtale (10 min.) og dokumentation (5 min.).

I forbindelse med ydelsen blev der brugt 19 og 8 minutter længere gennemsnitligt på henholdsvis forberedelse og dokumentation af første samtale, mens den afsatte tid til selve samtalen – 45 minutter - stemte fint overens med de 46 minutter, som blev anvendt gennemsnitligt.

Enkelte havde været nede på at bruge 10 minutter på forberedelsen af samtalen, mens andre havde brugt langt over en time. Årsagen kan være, at ydelsen var ny, og farmaceuterne oplevede et større behov for tid til forberedelse på grund af manglende rutine i forhold til den kliniske farmaci og samtaler med patienter. Spredningen i tid kan skyldes, at farmaceuterne undervejs opøvede rutine i gennemførelse af ydelsen. Endelig kan der være forskelle med hensyn til, hvordan tiden registreredes apotekerne imellem.

Den afsatte tid til opfølgningen har gennemsnitligt (23 min.) stemt fint overens med den afsatte tid (20 min.).

En gruppe af farmaceuterne gav i evalueringen udtryk for at have følt sig tidsmæssigt pressede, mens 67 % angav, at tidsforbruget var passende. Denne forskel kan delvis forklare spredning i tidsforbrug. Det kan igen skyldes forskelle i rutiner og erfaring. Det understreger vigtigheden af at gennemføre prøvesamtaler. En mulighed kunne være at filme en samtale, der gennemgås i fællesskab mellem deltagende farmaceuter.

Langt spørgeskema

Farmaceuter og patienter gav udtryk for, at spørgeskemaerne til patienterne var lange og burde afkortes. En farmaceut foreslog at bruge skemaet som interviewguide. Det ville sikre udfyldelse og samtidig tage hensyn til, at mange i målgruppen var ældre mennesker, som oplevede skemaet som uoverskueligt. Med hensyn til brugen af skemaerne fremadrettet ville det på baggrund af kommentarerne være praktisk at overveje at afkorte spørgeskemaerne.

Telefonisk opfølgning

Farmaceuterne evaluerede den telefoniske opfølgning meget positivt. De gav udtryk for, at patienterne var taknemmelige for opfølgningen, og at de i det hele taget oplevede patienterne som tilfredse med projektet. En farmaceut foreslog at lave mere end en opfølgende samtale. En læge satte spørgsmålstegn ved effektens vedholdenhed. Lignende sundhedsfremmeydelser med opfølgning over længere perioder har vist, at netop vedholdenhed af sundhedseffekter er problematiske (24,14). På denne baggrund blev det sandsynligvis antaget at være nødvendigt med gentagende indsatser over tid. Imidlertid er opfølgning med til at gøre en forskel i forhold til udbytte af ydelser, og flere opfølgninger ville antageligt kunne øge effekten af ydelsen.

Fordelen ved opfølgningen er, at ændringerne og patienttilfredshed kan erfares samtidig med, at patienterne mindes om aftalerne, der er indgået, hvilket kan være en fordel i forhold til compliance. Hvis man går ud fra udtalelserne i denne rapport, vil det samtidig kunne styrke patienternes oplevelse af tryghed.

Læger og farmaceuters vurdering af ydelsens relevans

Farmaceuterne værdsatte at deltage i projektet. Det følte sig fagligt rustede og værdsatte at levere de individuelle ydelser.

Læger og farmaceuter var enige om, at compliancerådgivning burde være en del af apotekets ansvar.

Lægernes besvarelser viste en vis usikkerhed fra deres side om, hvorvidt farmaceuterne trådte på deres område. Imidlertid kommenterede en læge, at ydelsen burde leveres i et samarbejde. Udfordringen ligger således i at få et egentlig samarbejde op at stå.

Læger, farmaceuter og praksissygeplejersker sås som mulige leverandører af ydelsen. Mens især farmaceuter, farmakonomer og praksissygeplejersker sås som mulige leverandører af compliance-teknologier.

Afrunding vedrørende gennemførelse af ydelsen

Fremadrettet lagde en farmaceut op til, at der skulle være fokus på at rekruttere "de svage" patienter, eller med andre ord risikopatienterne, som havde størst behov. Det peger statusrapporter fra rådgivningscentrene på såvel som andelen af patienter uden LRP samt patienternes høje grad af compliance og selvoplevede handlekompetence.

Farmaceuterne inkluderede patienter med relevant medicinering i forhold til undersøgelsens opstillede inklusionskriterier. En stor del af de inkluderede patienter havde imidlertid ikke haft problemer med deres medicinering, mens en anden gruppe af patienterne havde mange lægemiddelrelaterede problemer. Fremadrettet anbefalede det, at der gennemførtes en screening af patienterne, der kunne sikre, at ydelsen blev tilbudt den gruppe af patienter med flest problemer og størst behov. I denne screening ville det blandt andet være oplagt at spørge til, hvorvidt patienten oplevede bivirkninger, da det var det lægemiddelrelaterede problem, som flest patienter oplevede.

Resultaterne tyder på, at gennemgangen af medicin med jævne mellemrum vil kunne minimere antallet af LRP, hvilket er hensigtsmæssigt i forhold til optimering af behandling og spild af ressourcer. Problemer i forbindelse med substitution opleves hyppigt af patienterne og er vigtige at være opmærksom på i forhold til compliance.

Ydelsen muliggør adgang til viden om sygdom og compliance, som patienterne angav at have behov for. Telefonopfølgningen er vigtig for fastholdelsen af patienternes udbytte.

Farmaceuterne følte sig rustet til at gennemføre ydelsen.

På rådgivningscentre og på apotekerne havde personalet oplevet det som udfordrende at inkludere patienter. Det er relevant at markedsføre ydelsen i relevant medlemsblad. Der er derudover behov for større støtte til denne del af ydelsen. De indledende prøvesamtaler kunne evt. filmes og gennemgås med henblik på yderligere erfaringsudveksling, læring og øget fokus på at tilbyde ydelsen.

Af andre tiltag, der kunne styrke inklusionen, kunne foreslås anvendelsen af hjerterehabiliteringshold, inddragelse af lokale komiteer, øget fælles markedsføring, herunder fx fælles lokale events.

Muligheden for inklusionen af relevante patienter med størst behov ville øges, hvis patienternes spørgeskemaer afkortedes og samtidig blev brugt som interviewguide.

Patientens compliance, concordance og selvoplevede handlekompetence

Compliance og concordance

Patienternes compliance var høj i udgangspunktet, hvor compliance undersøgtes ved at spørge til, hvorvidt patienterne var sikre på at tage deres medicin i forskellige situationer.

Patienternes compliance var lavest, hvis patienterne oplevede bivirkninger, hvis medicinen gjorde patienterne trætte eller svimle, og endeligt hvis patienterne var bekymrede for at blive afhængige. Patienterne havde stor tillid til, at de kunne være kompliance, hvis de var sammen med familien, der ikke var nogen til at huske dem på medicinen, hvis de var et offentligt sted, og de skulle tage medicin flere gange dagligt.

Der blev spurgt til, hvordan patienterne brugte deres medicin. Denne gruppe af spørgsmål indeholdt 13 underspørgsmål. Patienterne angav igen compliance som meget høj fra start. For gruppen af spørgsmål ses der dog med to undtagelser en øget compliance for de deltagende patienter. Især var der flere, som angav, at de aldrig eller sjældent havde besvær med at huske at tage hjerte-kar-medicinen (fra 88,9 til 93,7 %), holdt pause, når de følte, at deres sygdom var under kontrol (fra 92,4 til 96,4 %), undlod at tage medicinen, hvis de gjorde noget andet for at forbedre blodtrykket (fra 92,8 til 97,3 %) og holdt op med at tage medicinen, hvis de oplevede bivirkninger (fra 84,5 til 92,9 %). Forskellen er signifikant for med hensyn til oplevelse af bivirkninger (Man-Whitney $p=0,381$). Der var især mange, som ved start havde problemer med at huske medicinen. Husketeknikkerne så således ud til at have hjulpet patienterne. Den største forbedring skete i forhold til at tage medicin, når der oplevedes bivirkninger. Resultatet skyldtes muligvis patienternes øgede tryghed og viden om deres sygdom. Forskellene var i de fleste tilfælde ikke statistisk signifikante; det kunne imidlertid være svært at vise forskel statistisk på det forholdsvis begrænsede antal af deltagere. Patienterne gav ikke udtryk for, at compliance var forbedret, når det gjaldt at springe en dosis over eller at holde pause med medicinen.

En effekt af, at patienterne deltog i et projekt, der behandlede emnet compliance, var, at de netop blev mere opmærksomme på, hvordan de tog deres medicin. På den baggrund var det ikke nødvendigvis et negativt resultat, at compliance ikke forbedredes i alle tilfælde og for nogle spørgsmål faldt. Det kan være et udtryk for, at patienterne var blevet mere beviste om og realistiske i forhold til, hvordan de tog deres medicin.

Concordance

Gennemgang af litteratur vedrørende compliance har vist, at dårlig concordance er en af hovedårsagerne til patienternes dårlige complianceadfærd ⁽¹⁾. Derfor undersøgtes concordance ved hjælp af fem spørgsmål.

Nogle af patienterne oplevede forbedringer i forhold til inddragelse i deres behandling (concordance). Den største forbedring sås i forhold til viden, hvor 37,5 % ($n=84$) af patienterne oplevede deres viden forbedret i forhold til at kunne være med til at tage beslutninger om deres behandling. 27,7 % ($n=62$) oplevede, der i højere grad blev lyttet til dem. De øvrige patienter angav, at forholdene omkring inddragelse var uforandret, mens ganske få oplevede dem som forværret ($n=3$).

Selvoplevet handlekompetence

Patientens overbevisning om egen evne til at kunne gennemføre deres behandling blev undersøgt ved 5 spørgsmål ved afslutning af projektet. Generelt angav patienterne en meget høj grad af selvoplevet handlekompetence. Andelen af dem, der havde svaret *Enig* eller *Meget enig* på gruppen af spørgsmål, var over 80 %. Over 90 % af patienterne var trygge ved at diskutere deres sygdom med egen læge og så sig i stand til at varetage de rutinemæssige opgaver forbundet med sygdommen.

Patienttilfredshed

83 % af patienterne angav, at de havde været tilfredse eller meget tilfredse med at deltage i projektet (n=185).

Der spurgtes til, om patienterne ønskede et tilsvarende forløb senere. Næsten halvdelen ønskede et tilsvarende forløb. Når patienterne svarede *Nej* eller *Ved ikke* kunne det være et udtryk for flere ting, heriblandt utilfredshed med ydelsen, at de gerne ville fortsætte med nuværende forløb eller på nuværende tidspunkt ikke overkom endnu et forløb.

Kvalitativt gav patienterne udtryk for, at der havde været mere tid til dem på apoteket. Det er velkendt, at tid er en begrænsende faktor i sundhedssystemet. Denne ydelse fik patienterne til at opleve en mere personlig kontakt, hvor der blev rådgivet om løsninger målrettet den enkelte. Samtalerne genererede tryghed ved medicinen. Samtidig gav øget viden også øget tryghed. Én patient nævnte også, at dennes overblik var øget. Når patienterne gav udtryk for øget tryghed, empati fra farmaceuten og viden kunne det være et udtryk for, at det var noget, patienterne savnede i deres hverdag. At gennemføre målrettede ydelserne med hensyn til patientgruppe og problemstilling, er en måde at skabe rum for denne type kontakt, da hverdagen på apoteket og hos lægen er travl.

Én skriftlig kommentar viste, at større viden om medicinens virkning kunne føre til større angst hos patienten. Dette understregede betydningen af en professionel og følsom kommunikation, samt vigtigheden af opfølgning på denne type ydelser. Compliancerådgivning må sigte på at opnå en balance mellem at understrege vigtigheden af at tage medicinen og samtidig at undgå at skræmme patienten. Denne balance opnås ved blandt andet vedvarende at opøve de professionelle kompetencer gennem uddannelse og sparring.

Patienterne kunne opleve, at der var forskelle mellem den vejledning, de modtog hos forskellige fagprofessionelle. Det kan være svært at fange disse misforståelser eller afvigelser i rådgivningen; projekter, der sætter fokus på ensartet rådgivningen, kan være med til at afklare disse problemer. Denne ydelse er med til at sikre, at alle patienter modtager tilstrækkelig rådgivning i forhold til at forstå deres behandling og nødvendigheden af at gennemføre den.

Afrunding vedrørende patientresultater

Begreberne compliance, concordance og selvoplevet handlekompetence hænger sammen og har alle stor betydning for, at patienterne opnår den ønskede effekt af deres behandling^(10,12). Patienternes besvarelser viste, at de i høj grad oplevede at være kompliance, samt en stor grad af handlekompetence.

Compliance var høj fra start. Patienterne var ifølge undersøgelsens resultater ved afslutning bedre til at fortsætte med at tage deres medicin på trods af bivirkninger, og når de gjorde andet for at forbedre blodtrykket. Dette kunne tyde på, at patienterne havde opnået en større erkendelse af, at medicinen gjorde gavn, og dermed en større viden om og tryghed ved deres medicin, hvilket underbyggedes af de kvalitative kommentarer. Patienterne angav også i højere grad, at de var i stand til at huske at tage deres medicin: de anbefalede husketeknikker så således ud til at have gjort en forskel for patienterne.

Tryghed ved medicinen medvirker til at forbedre compliance og tilfredshed blandt patienterne⁽²⁴⁾. Det er derfor et vigtigt fund, at ydelsen kan være med til at øge patienternes tryghed ved medicinen.

Patienterne oplevede også at være trygge ved, at de kunne klare deres hjertesygdom. Over 90 % mente, at de kunne håndtere deres behandling og oplevede at være trygge ved at diskutere hjertekar-sygdommen med deres læge.

Concordance forbedredes ifølge patienterne på flere punkter, især i forhold til viden, som gjorde patienterne i stand til at være medbeslutningstagere om deres behandling samt i forhold til, at der i højere grad blev lyttet til dem som patienter.

Ydelsen skabte rum for dybere patientkontakt mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, hvilket patienterne satte pris på. 83 % af patienterne angav, at de var tilfredse med at deltage i projektet.

De opnåede resultater må ses i lyset af at en stor del af patientgruppen, har været velbehandlet ved start.

Samarbejdet mellem faggrupperne

I projektet blev for første gang afprøvet et samarbejde mellem apoteker og rådgivningscentre. 60 % af farmaceuterne oplevede, at samarbejdet med rådgivningscentrene havde fungeret godt. Rådgivningscentrene havde været glade for at deltage, de så relevans samt potentiale i samarbejdet med apotekerne og var åbne over for at udbygge samarbejdet.

Farmaceuterne var mindre positive over for samarbejdet med lægerne. 47 % af farmaceuterne havde oplevet, at samarbejdet med lægerne fungerede godt.

30 % af farmaceuterne havde oplevet at være uenige med lægen om anbefalet behandling. Dette kunne udnyttes positivt: såfremt farmaceuten og lægen forstod og havde tid til at kommunikere om uenighederne, kunne det være til gavn for patienten, der derved fik en afstemt og optimeret behandling. Denne kommunikation kunne danne grundlag for videndeling. I og med at farmaceuterne angav, at deres faglige og kommunikationskompetencer var tilstrækkelige i forbindelse med dialog med lægen (henholdsvis 87 % og 77 % var *Enige* eller *Delvis enige*), var der en sandsynlighed for, at denne afstemning forekom til gavn for patient, farmaceut og læge.

Projektet viste dog, at det ikke var let for farmaceuterne at komme i kontakt med lægerne. Det har også været tilfældet i andre projekter, men som en vigtig del af sundhedsvæsenet og tovholdere for patienternes behandling var deres involvering i og tilbagemelding på ydelsen både vigtige og nødvendige (7,8,9,10,25).

Mange af lægerne besvarede ikke spørgsmålene vedrørende samarbejdet med farmaceuterne. Den lave besvarelse gav også indtryk af manglende kendskab til farmaceuternes kompetencer. 60 % af de læger, som besvarede, oplevede gensidig anerkendelse mellem læge og farmaceut mod 47 % af farmaceuterne. Lidt over halvdelen af lægerne oplevede, at farmaceuternes kompetencer var tilstrækkelige, og at anbefalingerne fra farmaceuterne var relevante.

Gensidig anerkendelse mellem faggrupperne er en forudsætning for godt samarbejde. På dette punkt ser der ud til at være mulighed for forbedring. Et fælles møde inden projektstart kunne være med til at afklare forventninger og højne forståelsen mellem faggrupperne.

Lægernes tilfredshed

Den lave svarprocent på 19,7 for tilfredshedsskemaet udsendt til lægerne samt deres skriftlige svar tydede på, at få læger kendte til projektet (n=19). Udsendelsen af informationsbreve har ikke været tilstrækkelig til at fange lægernes opmærksomhed om projektet. Årsagerne hertil kan være mange, fx både manglende ressourcer og manglende prioritering fra lægernes side. Det manglende kendskab til projektet har muligvis også betydet, at lægerne ikke har haft viden om, hvorvidt projektet havde positive eller negative effekter for deres patienter. Svarene tydede på, at lægerne til dels godt kunne se relevansen af projektet og vigtigheden af at afdække complianceproblemer, men at de måske i mindre grad havde troen på, at det kunne gøre en forskel.

En læge fortalte, at dennes patienter havde været mere opmærksomme på medicinen i den periode, projektet havde kørt. På den måde havde ydelsen påvirket patienterne til at tage hånd om deres medicin og følge op på den ydelse, de havde modtaget på apoteket.

Lægerne havde accepteret 56,3 % af de foreslåede ændringer af medicinen, som blev forelagt dem af farmaceuten. Dette er et acceptabelt niveau i forhold til andre undersøgelser (7,8,9,10,25).

Afrunding vedrørende samarbejdet mellem faggrupper

Det er første gang, at der samarbejdes mellem apoteker og Hjerteforeningens rådgivningscentre, og samarbejdet er endnu i en begyndende fase. Af ovenstående ses personalets villighed til samarbejde, men samtidig et behov for forbedring, udvikling og udbygelse af samarbejdet.

En medarbejder fra rådgivningscentrene nævnte, at det var rart, at det ikke var en bestemt farmaceut, der skulle kontaktes på apoteket. Denne kommentar udtrykker et behov for fleksibilitet hos personalet. Det er en forudsætning, at der nemt og på aktuelt tidspunkt kan opnås kontakt med den relevante person på apoteket.

Samarbejdet mellem apoteker og rådgivningscentre kan have været kompromitteret af besværet med inklusion af patienter, som tidligere har været diskuteret. Såfremt det var muligt at sparre om disse problemstillinger i forbindelse erfaringsudveksling, ville der sandsynligvis kunne opnås en større grad af samarbejde om de praktiske udfordringer i hverdagen.

Farmaceuterne modtog uddannelse i forbindelse med inkludering, mens læger og Hjerteforeningens rådgivningscentre modtog skriftlig information om projektet og projektførelsen. For at optimere samarbejdet i fremtidige projekter kunne man forestille sig et fælles undervisningsforløb for alt deltagende fagpersonale, som foruden det faglige fokuserer på afklaring af roller og optimering af samarbejdet. Personlig kontakt mellem faggrupperne vil samtidig være med til at øge engagementet blandt deltagerne. Det kan være praktisk vanskeligt at gennemføre et længerevarende uddannelsesforløb af hensyn til en i forvejen presset arbejdsplan. Set i det lys foreslås gennemførelsen af korte workshops. For at optimere muligheden for kontakt mellem læge og apotek kunne det være en mulighed at inddrage praksispersonalet.

Af hensyn til samarbejdet, videndeling og optimering af lægers og rådgivningscentres deltagelse ville det være en mulighed, at deltagende farmaceuter gennemførte besøg i forbindelse med ydelsen i lægepraksis og på rådgivningscentrene. Besøgene kunne eventuelt være gensidige. Personlige møder vil være med til at nedbryde barrierer mellem faggrupperne og fremme fælles forståelse.

Konklusion

Den klinisk farmaceutiske ydelse *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning* blev udviklet og implementeret over for 290 hjertepatienter. 26 apoteker og 3 rådgivningscentre deltog i projektet. Patienternes læger blev desuden inddraget i projektet.

Farmaceuterne inkluderede patienter med relevant medicinering i forhold til undersøgelses inklusionskriterier. 81 patienter havde ingen lægemiddelrelaterede problemer, mens en anden del af patienterne oplevede mange problemer. Fremadrettet anbefales på den baggrund, at der gennemføres en screening af patienterne, som sikrer, at ydelsen tilbydes gruppen af patienter med størst behov.

Af de forslag til ændring af patienternes medicin, som blev forelagt lægen, blev over halvdelen implementeret.

Compliance blandt patienterne var høj fra start. Ved afslutning var patienterne mere bevidste om, hvordan deres medicin skulle anvendes, og huskede i højere grad at tage deres medicin. Efter at have modtaget ydelsen var patienterne signifikant bedre til at tage deres medicin, selvom de oplevede bivirkninger.

Concordance forbedres ifølge patienterne på flere punkter, især i forhold til viden, som gjorde patienterne i stand til at være medbeslutningstagere om deres behandling. Patienterne oplevede, at der i højere grad blev lyttet til dem.

Hjertepatienternes selvoplevede handlekompetence blev af patienterne angivet ved afslutning som værende meget høj. Ydelsen var med til at øge patienternes tryghed ved deres medicin.

Det faglige personale så et potentiale i samarbejdet mellem apotekerne og rådgivningscentre. Samarbejdet kan med fordel udbygges fremadrettet. Personlige møder mellem de deltagende faggrupper før og under gennemførelsen af ydelsen vil muligvis kunne styrke udbyttet.

Referenceliste

- 1 Richard Hobbs FD. Concordance with heart failure medications: what do patients think? *Family Practice* 2006;607-608.
- 2 Primatesta P, Poulter NR. Lipid concentrations and the use of lipid lowering drugs: evidence from a national cross sectional survey. *BMJ* 2000;321(7272):1322-5.
- 3 EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001;357:995-1001.
- 4 Aarup LM. Godt nyt for hjertepatienter. *Farmac* 2009;07:14-15.
- 5 Benner JS et al. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA* 2002;288(4):455-61.
- 6 Schroeder K et al. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art.No.: CD004804. DOI: 10.1002/14651858.CD004804.
- 7 Maibøll M, Dam P, Herborg H, Rossing C, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for brugere af blodtryksmedicin – evaluering af patienters, lægers og apotekspersonales tilfredshed og effektivitet. Arbejdsrapport. Hillerød, Pharmakon, 2007.
- 8 Dam P, Herborg H, Rossing C, Sørensen C. Sikker og effektiv medicinbrug for brugere af blodtryksmedicin – evaluering af implementering og procesmål, arbejdsrapport. Hillerød, Pharmakon 2007.
- 9 Maibøll M, Dam P, Herborg H, Rossing C, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere – evaluering af patienters, lægers og apotekspersonales tilfredshed og effektivitet. Arbejdsrapport. Hillerød, Pharmakon, 2007.
- 10 Dam P, Herborg H, Rossing C, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere – evaluering af implementering og procesmål. Arbejdsrapport. Hillerød, Pharmakon 2007.
- 11 Herborg H, Dam P, Rossing C, Sørensen L. Safe and Effective Use of Oral Antidiabetic Drugs: A Controlled Study of an Adherenceenhancing Intervention. Poster, Pharmakon 2008.
- 12 Dam P, Herborg H, Rossing C. Interventioner til forbedring af compliance og concordance i forbindelse med lægemiddelbehandling. Evidensrapport 9 version 2.1. Hillerød, Pharmakon 2008.
- 13 Haynes RB, Acloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, issue 2. Art. No.: CD000011.
- 14 Agergaard M, Rossing C, Herborg H. Evidens for Apotekets Rådgivning. Version 1.1. Hillerød, Pharmakon, 2009.
- 15 Reid M et al. Patients strategies for managing medication for chronic heart failure. *International journal of cardiology* 2006; 109:66-73.
- 16 Hobbs FDR et al. The From The Heart study: a global survey of patient understanding of cholesterol management and cardiovascular risk, and physician-patient communication. *Current Medical Research and Opinion* 2008; 24(5):1267-78.
- 17 Tsuyuki RT et al. A randomised trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management: the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Archives of Internal Medicine* 2002;162(10):1149-55.
- 18 Jackevicius CA et al. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA* 2002;288(4):462-7.
- 19 Stafford L et al. Illness Beliefs About Heart Disease and Adherence to Secondary Prevention Regimens. *Psychosomatic Medicine* 2008;70:942-48.

-
- ²⁰ Knudsen P, Søndergaard B, Rossing C, Herborg H. Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer. Evidensrapport 7 version 2.1. Hillerød, Pharmakon 2006.
- ²¹ Consensus panel ad hoc. Consensus of Granada on drug-related problems. *Pharmaceutical care España* 1999;1:107-112.
- ²² Hjerteforeningen [Online]. http://www.hjerteforeningen.dk/alt_om_hjertet/medicin. Juli 2010.
- ²³ Kaae S. Analyse af lokale organisatoriske forholds betydning for varig implementering af den første offentligt betalte apoteksydelse i Danmark "Tjek på inhalation" – et eksplorativt casestudie af syv danske apoteker. Inst. for Farmakologi og Farmakoterapi, Det Farmaceutiske Fakultet, Københavns Universitet. København Ø 2009.
- ²⁴ Dam P, Herborg H, Rossing C et al. Compliance og concordance – uddannelseshæfte til program "Sikker og effektiv medicinbrug". Hillerød, Pharmakon 2007.
- ²⁵ Rossing C, El-Souri M, Herborg H, Pultz K, Thomsen LA. Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem - Et udviklings- og pilotprojekt for en kontrolleret undersøgelse. Hillerød, Pharmakon 2010.