



Maskinel Dosisdispensering

Fortællinger fra praksis

Arbejdsrapport

21. december 2004

Anne Lee

Lotte Stig Haugbølle

Hanne Herborg

Forfattere

Anne Lee

Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST)
Syddansk Universitet
J.B. Winsløvs Vej 9B, 1. sal, 5000 Odense C
ale@cast.sdu.dk
www.cast.sdu.dk

Lotte Stig Haugbølle

Institut for Samfundsfarmaci
Danmarks Farmaceutiske Universitet
Universitetsparken 2, 2100 København Ø
lsh@dfuni.dk
www.dfh.dk

Hanne Herborg

Forsøgs og Udviklingsfunktionen
Pharmakon, Apotekernes Uddannelsescenter
Milnersvej 42
3400 Hillerød
hh@pharmakon.dk
www.pharmakon.dk

Forfatterne er endvidere tilknyttet FKL samarbejdet.

Forskningscenter for Kvalitetssikret Lægemedelanvendelse (FKL)
er et murstensløst, flerfagligt og tværinstitutionelt samarbejde etableret i 1999.
www.FKL-center.dk

1	Forord	5
2	Resumé	7
2.1	Baggrund.....	7
2.2	En skriftlig kvalitativ undersøgelse	7
2.3	Resultater.....	7
3	Baggrund.....	10
3.1	Lovgrundlag.....	10
3.2	Maskinel dosisdispensering	10
3.3	Udlevering af dosisdispenserede lægemidler	11
3.4	Lægemidler som kan dosisdispenseres	11
3.5	Doseringskort.....	12
3.6	Ordinationsændringer	13
3.7	Ansvarsfordeling.....	13
3.8	Rådgivning.....	13
3.9	Økonomi	14
3.10	Antal brugere af maskinel dosisdispensering	14
3.11	Referencer.....	15
4	En skriftlig kvalitativ undersøgelse	16
4.1	Formål.....	16
4.2	Metode	16
4.2.1	Spørgeskema.....	16
4.2.2	Udvælgelse af kommuner og informanter	17
4.2.3	Generering af data.....	19
4.2.4	Bearbejdning af data	21
5	Historier fra amter og kommuner	23
5.1	Frederiksberg Kommune	24
5.2	Frederiksborg Amt, Frederiksværk Kommune.....	26
5.3	Fyns Amt, Ringe Kommune	29
5.4	Københavns Amt, Herlev kommune	31
5.5	Københavns Kommune	33
5.6	Nordjyllands Amt, Hirtshals Kommune	35
5.7	Ribe Amt, Varde Kommune	36
5.8	Ringkøbing Amt, Holstebro Kommune.....	38
5.9	Roskilde Amt, Greve kommune	40
5.10	Storstrøms Amt, Stubbekøbing kommune.....	42
5.11	Sønderjyllands Amt, Løgumkloster Kommune.....	44
5.12	Vejle Amt, Horsens Kommune.....	46
5.13	Vestsjællands Amt, Slagelse Kommune.....	48

5.14	Viborg Amt, Skive Kommune.....	50
5.15	Århus Amt, Rougsø Kommune	52
6	Pakkeapoteker.....	54
6.1	Maskinel dosisdispensering af medicin	54
6.2	Historier fra pakkeapotekerne.....	56
6.3	Gode løsninger for indførelse og drift	58
6.4	Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden	58
6.5	Referencer:.....	59
7	Sammenfatning på tværs af amter, kommuner og pakkeapoteker.....	60
7.1	Brugere af maskinel dosisdispensering	61
7.2	Sammenfatning af de erfarede fordele.....	62
7.3	Sammenfatning af de erfarede ulemper	62
7.4	Sammenfatning af de gode løsninger og ideer til løsninger	63
7.5	Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden	65
8	Konklusion.....	68
9	Bilag 1. Følgebrev til spørgeskema	70
10	Bilag 2. Spørgeskema	72

1 Forord

Nærværende rapport indgår som en arbejdsrapport i et større MTV projekt finansieret af Apotekerfonden af 1999 og er gennemført i et samarbejde mellem Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og medicinsk Teknologivurdering (CAST) ved Syddansk Universitet, Institut for Sundhedsfarmaci ved Danmarks Farmaceutiske Universitet og Forsøgs- og Udviklingsfunktionen ved Pharmakon, Apotekernes Uddannelsescenter.

Rapporten præsenterer erfaringer med den praktiske indførelse og brug af dosisdispenseret medicin fra amter, kommunernes hjemmepleje og plejehjem, pakke- og udleveringsapoteker samt lægepraksis. Der peges på såvel erfaringer med og ideer til løsninger ved indførelse og drift, som på tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden.

På den baggrund anses rapporten for at udgøre et bidrag af interesse for såvel beslutningstagere og lovgivere som for praktiske brugere af ordningen, evt. som et bidrag af ideer til en fremtidig indførelse af ordningen.

I rapportens baggrundsafsnit gives der en generel beskrivelse af den maskinelle dosisdispenseringsordning på baggrund af lovgivning med bekendtgørelser og informationsmateriale udgivet af Apotekerne, Praktiserende lægers organisation, Kommunernes Landsforening og Amtsrådsforeningen. Selve spørgeundersøgelsen og dens metode beskrives i afsnit fire. I afsnit fem præsenteres en samlet historie fra hvert af de udvalgte amter og kommuner. Historierne er konstrueret på baggrund af de besvarelser, der er kommet fra amtets lægemiddelkonsulent, personalet i kommunen, på apoteket og fra lægepraksis. I afsnit seks præsenteres en samlet historie fra pakkeapotekerne. Samtlige besvarelser, i deres fulde udgave, udgives i en særskilt bilagsrapport. I afsnit syv og otte præsenteres henholdsvis en sammenfatning på tværs af historierne fra amter, kommuner og pakkeapoteker samt en konklusion på undersøgelsen.

Den fulde ordlyd af besvarelserne i spørgeskemaet udgives i en særskilt bilagsrapport:

Bilagsrapport til rapporten: Maskinel Dosisdispensering. Fortællinger fra praksis. December 2004.

En tidligere udgave af rapporten har været drøftet med projektets følgegruppe. Synspunkter og holdninger, som kommer til udtryk i rapporten er ikke nødvendigvis sammenfaldende med følgegruppens eller det enkelte medlems synspunkter eller holdninger. Rapportens analyser, vurderinger og konklusioner er alene arbejdsgruppens ansvar.

Arbejdsgruppen takker de mange respondenter for den tid de har brugt til at videregive deres erfaringer og gode ideer omkring maskinel dosisdispensering. En sygeplejerske i Varde kommune vandt de tre flasker vin, som der blev trukket lod om blandt de elektroniske besvarelser.

Såvel denne rapport, som bilagsrapporten kan rekvireres på www.cast.sdu.dk

Eller ved henvendelse til:

Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet. J.B. Winsløws Vej 9 B, 1., 5000 Odense C.

Institut for Sundhedsfarmaci, Danmarks Farmaceutiske Universitet. Universitetsparken 2, 2100 København Ø.

Forsøgs og Udviklingsfunktionen. Pharmakon, Apotekernes Uddannelsescenter. Milnersvej 42, 3400 Hillerød.

2 Resumé

2.1 Baggrund

I juni 2001 blev apotekerloven ændret således, at det nu blev muligt på apotekerne at tilbyde dosisdispenseret medicin til forbrugerne, og for et begrænset antal apoteker, at fremstille og sælge maskinelt dosisdispenseret medicin til egne apotekskunder og til andre apoteker. De nærmere krav til den maskinelle dosisdispenserings tilrettelæggelse og udførelse, samt priser og tilskud blev fastsat i en række bekendtgørelser i 2002 og 2003. I marts 2004 var der 10 pakkeapoteker og i alt 15.123 brugere af maskinel dosisdispensering.

2.2 En skriftlig kvalitativ undersøgelse

I denne arbejdsrapport præsenteres en delundersøgelse, som indgår i en større undersøgelse af maskinel dosisdispensering i Danmark. Med udgangspunkt i den kommune i hvert amt, der har størst erfaring med maskinel dosisdispensering blev der sendt et spørgeskema til repræsentanter for den kommunale ledelse, hjemmepleje og plejehjem, apoteker og praktiserende læger, samt til amtets lægemiddelkonsulent og pakkeapotekerne. Der blev udsendt spørgeskemaer til en udvalgt kommune i tretten amter samt til udvalgte områder i Københavns- og Frederiksbergs kommuner. I spørgeskemaet blev der spurgt bredt, og udelukkende med åbne svarmuligheder, til erfaringer med opstart og drift af dosisdispenseringsordningen, samt til ønsker og fremtidige muligheder for ordningen.

2.3 Resultater

Af de 97 personer, som fik tilsendt et spørgeskema besvarede 47 spørgeskemaet. I alt 24 personer fra de kommunale organisationer, 7 praktiserende læger, 7 personer fra udleveringsapotekerne, 4 personer fra det amtslige niveau og 5 personer fra pakkeapotekerne valgte at besvare spørgeskemaet. Besvarelserne fra hvert enkelt amt og kommune blev samlet og genfortalt som en enkelt historie med udgangspunkt i opstart, organisering af ordningen, herunder arbejdsflow, personale, samarbejde, brugere af ordningen samt erfarede fordele og ulemper ved denne. Derefter blev der opstillet lister over det, der blev set som henholdsvis ”de gode løsninger” og ”de tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden”. Tilsvarende blev historierne fra pakkeapotekerne samlet.

Rapporten giver et billede af hvordan maskinel dosisdispensering er indført og organiseret, hvilken betydning dette har for ordningen samt gode ideer til løsninger og ønsker for den fremtidige udvikling.

- Det er overvejende de kommunale ledelser, der har taget initiativ til at indføre maskinel dosisdispensering.
- Der er såvel ligheder som forskelle i den måde maskinel dosisdispensering er indført på og i hvilken udstrækning den bruges til de borgere, der har behov for hjælp til medicinbehandling

- Det er forskelligt, hvor stort et forarbejde der er lavet inden indførelsen af maskinel dosisdispensering og hvem der har været involveret i dette forarbejde
- Det er forskelligt, hvem der tager initiativ til at der bestilles maskinel dosisdispensering hos den enkelte bruger og hvem der oplyser apoteket om hvilke lægemidler, der skal indgå på doseringskortet
- Der er forskel på, hvorvidt den praktiserende læge underskriver doseringskortet, hvor lang en periode maskinel dosisdispensering ordineres for, og hvorvidt der indgår en gennemgang af den samlede lægemiddelbehandling
- Pakkeapotekernes leveringstid, både ved nyopstart af en bruger og ved medicinændringer varierer
- Kun stabilt medicinerede borgere anses som egnede til maskinel dosisdispensering

De erfarede fordele er:

- Frigørelse af kommunernes personaleressourcer til andre opgaver
- Bedre arbejdsmiljø for plejepersonalet
- Større sikkerhed i medicinadministrationen
- Formindsket risiko for fejlmedicinering
- Bedre tværfagligt samarbejde
- Færre receptfornyelser
- Mindre medicinspild
- Bedre compliance

De erfarede ulemper er:

- Ressourcekrævende at starte nye brugere af ordningen op
- Ressourcekrævende ved medicin ændringer
- Lang leveringstid
- Dobbelt bogholderi
- Forringet kontrol med den medicinske behandling

De gode løsninger handler om:

- Viden om ordningen, herunder om risici
- God planlægning med klare udmeldinger og fælles mål
- Møder mellem de involverede parter med vilje til samarbejde og respekt
- Klare og skriftlige ansvars-, kompetence- og arbejdsbeskrivelser
- Nøglepersoner på apoteket, i kommunen og i lægepraksis
- Elektronisk kommunikation, herunder elektronisk doseringskort/medicinliste
- Udvikling af fælles instruks for håndtering af maskinel dosisdispensering ved indlæggelse og udskrivning fra sygehuse
- En hjemmeside til erfarings- og vidensdeling

De tilbageværende problemer ses i forhold til:

- Pakkeapotekernes fastlagte leveringsdage og deres leveringstid
- Det dosisdispenserede lægemiddelsortiment
- Pakkestørrelser, priser og holdbarhed
- Fejlmuligheder og spild ved medicinændringer
- Fejlmuligheder ved ordination og udfyldelse af doseringskort
- Problemer, herunder fejlmuligheder i forbindelse med sygehusindlæggelse og – udskrivelse
- Uklarheder omkring ansvar og kompetence
- Manglende sikring af medicingennemgang inden opstart af maskinel dosisdispensering
- Manglende sikring af en regelmæssig medicingennemgang
- Manglende oversigt over den samlede lægemiddelbehandling
- Manglende overskuelighed af de økonomiske konsekvenser for brugeren
- Manglende økonomisk incitament til investeringer i teknologien
- Mangelfuld kommunikation
- Manglende samarbejde med de praktiserende læger

3 Baggrund

3.1 Lovgrundlag

I november 2000 blev der indgået en aftale i Folketinget om modernisering og liberalisering af apotekervæsenet. I forliget indgik ophævelse af apotekets forbehold for salg af visse håndkøbslægemidler, apotekernes mulighed for i særlige tilfælde at opnå bevilling til at drive mere end ét apotek, ændringer i åbningstider og vagtordning, og en udvidet ordning med dosisdispensering. Som en udløber af forliget blev apotekerloven ændret i juni 2001 (1). De nærmere krav til dosisdispenserings tilrettelæggelse og udførelse, samt priser og tilskud blev derefter fastsat i en række bekendtgørelser i 2001, 2002 og 2003 (2, 3, 4).

Ifølge lovgivningen og bekendtgørelser har apoteket såvel ret som pligt til at tilbyde dosisdispenserede lægemidler. Apoteket kan udøve servicevirksomhed, som naturligt knytter sig til et apoteks øvrige opgaver, herunder dosisdispensering af lægemidler og forhandling af dosisdispenserede lægemidler til forbrugerne samt til andre apoteker og sygehusapoteker. Samtidig har apoteket pligt til at fremskaffe og forhandle dosisdispenserede lægemidler, når dosisdispensering er ordineret af en læge. Pligten gælder dog ikke i tilfælde, hvor dosisdispensering af ganske særlige grunde ikke kan ske maskinelt (1).

Apoteker, som ønsker at etablere en pakkefunktion med henblik på samhandel med dosisdispenserede lægemidler til andre apoteker skal have Lægemiddelstyrelsens godkendelse til dette. Sygehusapoteker kan ikke forhandle dosisdispenserede lægemidler til private apoteker (1).

Det er Lægemiddelstyrelsen der fastsætter regler om kvalitet, servicekrav og leveringsvilkår for dosisdispenserede lægemidler, herunder regler om hvilke lægemidler, der kan dosisdispenseres til enkeltpersoner i primærsektoren. Reglerne om udformning og anvendelse af doseringskort, samt for beregning af apotekernes priser ved salg til forbrugerne af dosisdispenserede lægemidler og om afregning ved samhandel med dosisdispenserede lægemidler er omfattet af apotekerloven (1).

3.2 Maskinel dosisdispensering

I det følgende er maskinel dosisdispensering defineret og beskrevet med baggrund i bekendtgørelsen fra februar 2003 (2) (med mindre andre kilder er nævnt).

”Ved dosisdispensering forstås, at et lægemiddel på apotek eller sygehusapotek påfyldes en doseringsbeholder, som er tilpasset lægemidlets konkrete anvendelse. Doseringsbeholderen kan indeholde en eller flere doseringer af et eller flere lægemidler. Lægemidlerne til de enkelte indtagelsestidspunkter skal være klart adskilt fra lægemidlerne til de andre indtagelsestidspunkter”.

Dosisdispensering kan foretages til personer, institutioner og virksomheder, som anvender lægemidler med henblik på indgift til navngivne patienter.

Lægemiddelstyrelsen skal søges om tilladelse til pakkefunktion med henblik på salg af dosisdispenserede lægemidler til andre apoteker. I alt 10 apoteker er i dag blevet godkendt som pakkeapoteker, disse er jævnt geografisk fordelt i Danmark.

3.3 Udlevering af dosisdispenserede lægemidler

Det apotek, som udleverer dosisdispenserede lægemidler er forpligtiget til at sikre overensstemmelse mellem indholdet og doseringskortet.

Arbejdsgange og rutiner skal sikre fornøden kontrol med og sikkerhed for korrekt ekspedition samt fornøden information til modtageren (anvendelse, opbevaring mv.). Det skal være muligt, tre måneder efter en ekspedition, at opklare hvem der har medvirket i denne.

Dokumentation for dosisdispenseringen skal opbevares i et år efter udleveringen. Dosisdispensering skal kunne udleveres til navngivne patienter senest en uge efter bestilling og der må højst udleveres til 14 dages forbrug ad gangen. Der kan dog i særlige tilfælde udleveres til højst 4 uger (kræver dokumentation med begrundelse).

Lægemiddelstyrelsen skal godkende emballage til dosisdispensering. Doseringsbeholderen skal mærkes med: lægemidlets navn, styrke, lægemiddelform, anvendelsesmåde, kontrolnummer, udløbsdato, apotek (evt. CVR. nr.), patientens navn, CPR. nr., dag og tidspunkt for indtagelse.

Ifølge folderen ”Dosispakket medicin. Information til apotekets samarbejdspartnere” er dosispakkerne pakket i engangsemballage godkendt til patienter med nedsat funktion i hænderne (6). Denne engangsemballering skønnes at være mere hygiejnisk end ”traditionelle” doseringsæsker.

3.4 Lægemidler som kan dosisdispenseres

Det er et krav, at de lægemidler som dosisdispenseres, er tabletter eller kapsler, og der skal være sikkerhed mod indbyrdes afsmitning. Desuden er der forudsætninger for, og krav til brydning af original emballage (1). Til sammenligning er der ingen lovgivning eller anden form for sikkerhed mod indbyrdes afsmitning når hjemmeplejen dosisdispenserer i de ”traditionelle” doseringsæsker. Denne dosering sker oftest til en periode på 1-4 uger.

Holdbarheden af dosispakket medicin er, for de fleste lægemidler, sat til maksimalt 4 uger fra det tidspunkt, hvor originalemballagen er brudt i forbindelse med påfyldning af kanister til pakkemaskinen.

Lægen og apoteket er forpligtiget til at udlevere det lægemiddel, som har den lavest stykpris. I pjecen ”Dosispakket medicin” (henvendt til brugere af ordningen) står der dog, at det kan ske at apoteket af tekniske årsager ikke kan udlevere det billigste lægemiddel, og at patienten i den situation må betale merprisen (5).

I folderen ”Dosispakket medicin. Information til apotekets samarbejdspartnere” hedder det, at medicin der ikke er egnet til dosispakning udleveres i original emballage (6). Eksempler på lægemidler der ikke må dosispakkes er lægemidler indeholdende højrisikostoffer, såsom cytostatika, visse kønshormoner og allergifremkaldende stoffer såsom penicilliner og cefalosporiner.

3.5 Doseringskort

Forud for en dosisdispensering skal der ligge et doseringskort samt en recept på de receptpligtige lægemidler, som indgår. Doseringskortet kan udfærdiges af lægen eller af apoteket efter receptordination. Hvis der ingen ordination forligger, kan doseringskortet udfærdiges af apoteket i samråd med patienten.

Doseringskortet skal indeholde oplysninger om patientens navn, CPR. nr., lægemidlernes navn, lægemiddelform og styrke, beskrivelse af lægemidlerne, antal doser pr. gang og antal gange per dag/uge/måned, særlige forhold vedrørende indtagelsen, indikation, doseringskortets gyldighedsperiode (antal gange eller løbende periode, dog højst 2 år) samt patientens/lægens/apotekets underskrift.

Apoteket udleverer en kopi af doseringskortet til patienten og til den ordinerende læge, hvis lægen ønsker det.

Ifølge lovteksten er det op til apotekeren at udarbejde en instruks om arbejdsgange, kompetenceforhold og dokumentationskrav ved udarbejdelse og ajourføring af dosisdispensering. Apotekeren skal samtidig fastsætte servicemål for apotekets distributionsopgaver, herunder et servicemål for det højst accepterede antal fejl, som må opstå i forbindelse med udarbejdelse og ajourføring af doseringskort til dosisdispensering (4). Doseringskortet bør gennemgås af apoteket for at sikre mod interaktioner og andre lægemiddelrelaterede problemer (6).

3.6 Ordinationsændringer

Ved ændringer i dosisdispenseret medicin skal lægen informere apoteket via en recept (7). Akutte ændringer bør ske i dialog med hjemmesygeplejen/plejehjemmet/ patientens pårørende. Ved dosisøgning skal lægen udskrive en recept på mindste pakning. Hvis dosis reduceres må lægemidlet fjernes fra dosispakningen af patienten selv eller af hjemmesygeplejen/plejehjemmet/patientens pårørende. Apoteket skal modtage recept om ændringen for at udføre denne ved næste dosispakning (7). Rutinerne for akutte ordinationsændringer kan aftales lokalt (6).

3.7 Ansvarsfordeling

I folderen ”Dosispakket medicin. Information til apotekets samarbejdspartnere” anbefales det at indgå lokale aftaler for kommunikation mellem alle relevante samarbejdspartnere.

I folderen beskrives ansvar og opgavefordelingen således:

- Lægens ansvar er at udfærdige recepter, at ordinere dosispakning, at formidle information om nye ordinationer, ordinationsændringer og ophør med lægemidler til apoteket
- Hjemmesygeplejens og plejehjemspersonalets ansvar er at formidle kontakt og information til apoteket, at informere patienten om ordningen og udlevering samt at oplære patienten
- Apotekets ansvar er at ekspedere recepter, udføre interaktionskontrol, informere og kommunikere med patienten og de sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere, at dosispakke, at kontrollere indholdet af dosispakkerne, at forestå distribution og udlevering (6).

3.8 Rådgivning

Det er op til den enkelte apoteker at bestemme omfanget af faglig rådgivning og information vedrørende receptordinerede lægemidler og håndkøbsmidler. ”En apoteker skal fastsætte servicemål for apotekets faglige rådgivning og information, herunder servicemål for faglig rådgivning og information vedrørende receptordinerede lægemidler og håndkøbsmidler. Servicemål skal omfatte dosisdispenserede lægemidler. Servicemål skal fastsættes såvel for kunder ved skranken som kunder, der modtager forsendelser” (4).

Patienten skal kunne tilbydes en kopi af indlægssedlerne til samtlige dosisdispenserede lægemidler (2).

I folderen ”Dosispakket medicin. Information til apotekets samarbejdspartnere” er information nævnt under apotekets ansvar som: ”Information til og kommunikation med patienten og apotekets sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere”. Endvidere gøres der opmærksom på at der med doseeringskortet følger indlægssedler med information til patienterne (4). I folderen til brugerne står der,

at doseringskortet indeholder oplysninger om særlige forhold, som brugeren skal være opmærksom på ved indtagelsen (5).

3.9 Økonomi

I pjecen ”Dosisdispensering. Information om dosispakket medicin til den praktiserende læge, hjemmeplejen, plejehjemmet m.m.” hedder det, at det er fastsat ved lov at patienten betaler billigste stykpris eksklusiv tilskud, for hver enkelt tablet, der indgår i vedkommendes dosispakker (7).

Der ydes sygesikringstilskud til gebyret for dosisdispensering efter samme regler og tilskudssatser som ved medicintilskud, forudsat at dosisdispenseringen er ordineret af en læge og indeholder mindst ét tilskudsberettiget lægemiddel (3, 7).

3.10 Antal brugere af maskinel dosisdispensering

Ifølge en opgørelse fra Apotekerforeningen var der per 1. marts 2004 i alt 15.123 brugere af maskinel dosisdispensering i Danmark. I november 2003 var antallet af brugere steget til ca. 20.000 (8).

3.11 Referencer

1. Lovbekendtgørelse nr. 657 af 28/07/1995 (Lov om apoteksvirksomhed) med ændringer i: Lovbekendtgørelse nr. 493 af 07/06/2001 (Lov om ændring af lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om erstatning for lægemiddelskader)
2. Bekendtgørelse nr. 80 af 05/02/2003: Bekendtgørelse om dosisdispensering af lægemidler
3. Bekendtgørelse nr. 824 af 18/09/2001: Bekendtgørelse om medicintilskud til dosisdispenserede lægemidler
4. Bekendtgørelse nr. 1235 af 17/12/2002 (Bekendtgørelse om servicemål for apotekers distributionsopgaver og faglige rådgivning og information)
5. Dosispakket medicin. Apotekerne i Danmark
6. Dosispakket medicin. Information til apotekets samarbejdspartnere. Apotekerne i Danmark, 2003
7. Dosisdispensering. Praktiserende lægers organisation, Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen, Apotekerne i Danmark
8. Fordeling af antal kunder i dosisdispensering fra januar 2003-april 2004. Apotekerforeningen (opdateret ved en direkte forespørgsel d. 9. december 2004)

4 En skriftlig kvalitativ undersøgelse

Denne delundersøgelse omfatter en spørgeundersøgelse i landets 13 amter, Bornholms regionskommune og Københavns- og Frederiksberg kommuner, samt i de 10 pakkeapoteker. I hvert amt er der udvalgt en kommune med stor erfaring i brugen af maskinel dosisdispensering og/eller med mange brugere i ordningen.

4.1 Formål

Spørgeundersøgelsen indgår som en del af projektet ”Medicinsk teknologivurdering af maskinel dosisdispensering”, hvis formål er at skaffe viden om den mest hensigtsmæssige fremtidige anvendelse af teknologien i det primære sundhedsvæsen.

Formålet med denne delundersøgelse er, på kommunalt niveau, at indsamle viden om lokale planer og erfaringer med indførelse og drift af maskinel dosisdispensering. Denne viden ønskes stillet til rådighed for nuværende og fremtidige beslutningstagere og brugere af teknologien. Derudover søges der udviklet anbefalinger for den fortsatte udvikling af maskinel dosisdispensering i Danmark med udgangspunkt i allerede indhøstede erfaringer på kommunalt niveau.

4.2 Metode

Undersøgelsen består af et spørgeskema udsendt til personer med erfaring indenfor maskinel dosisdispensering i de udvalgte kommuner. Det drejer sig om erfaring i forhold til at tage beslutning om indførelse, i forhold til den praktiske organisering af ordningen og i forhold til brugen af ordningen hos:

- Den kommunale ledelse
- Plejepersonalet i hjemmeplejen
- Plejepersonalet på plejehjem
- De praktiserende læger
- Personalet på udleveringsapotekerne

Endvidere er spørgeskemaet sendt til:

- Pakkeapotekerne
- De amtslige lægemiddelkonsulenter.

4.2.1 Spørgeskema

Spørgeskemaet bestod af følgende åbne spørgsmål, samt et felt til en besvarelse i fri tekst:

1. Organisering af maskinel dosisdispensering:
 - a. Beskriv den maskinelle dosisdispensering i jeres kommune/ lægepraksis/apotek, som den er i dag.
 - b. Hvilke centrale principper har I arbejdet ud fra i jeres organisering af maskinel dosisdispensering?
2. Opstartsfasen:
 - a. Hvilke fordele og ulemper samt evt. ændringer i samarbejdet oplevede du i forbindelse med opstarten på maskinel dosisdispensering?
3. Overvundne barrierer:
 - a. Hvilke barrierer oplevede du i din kommunale organisation/ lægepraksis/apotek, og i systemet som helhed, i forbindelse med opstarten af maskinel dosisdispensering?
 - b. Hvordan overvandt I eventuelle barrierer?
4. Driftsfasen:
 - a. Hvilke fordele, ulemper og barrierer oplever du i din kommunale organisation/ lægepraksis/apotek, og i systemet som helhed, i forbindelse med maskinel dosisdispensering i dag?
5. Fremtiden:
 - a. Hvordan mener du at fordele, ulemper og barrierer kan henholdsvis sikres og udbygges eller overvindes i fremtiden?
6. Den ideelle maskinelle dosisdispensering:

Hvordan ser den ideelle maskinelle dosisdispenseringsordning ud?

 - a. Hvilke krav mener du der skal stilles til fx organisering, lovgivning, samarbejde, teknik, patient accept/oplevelse, økonomi m.v.?
 - b. Hvilke ændringer skal der så til?
7. Har du yderligere tilføjelser vedrørende indførelsen af maskinel dosisdispensering i din kommune/lægepraksis/apotek?
8. Har du personlige kommentarer, som du vil tilføje, men som ikke kan vedlægges den endelige rapport?

4.2.2 Udvælgelse af kommuner og informanter

Som informanter ønskedes personer med viden og erfaring omkring maskinel dosisdispensering både i forhold til beslutningstagning og i forhold til den praktiske organisering af ordningen. Derfor er der taget udgangspunkt i de kommuner, der allerede har mange patienter i ordningen og dermed en vis erfaring. Da det ikke er muligt at identificere disse kommuner og informanter centralt, og da der ikke er økonomisk grundlag for en mere omfattende udvælgelsesprocedure blev der taget kontakt til de amtslige lægemiddelkonsulenter.

Lægemedelkonsulenten i hvert af landets amter, samt i Københavns- og Frederiksberg kommuner, blev bedt om at udpege den kommune i amtet, der havde indhøstet størst erfaring med maskinel dosisdispensering. Derudover blev de bedt om at foretage et udtræk for de første 3 måneder af 2004 på udleveringsapotekets gebyr for dosisdispensering¹, med oplysning om lægens ydernummer, apotekets ydernummer, debiteringsdato og patientens (sikredes) bopælskommune. Derudover blev lægemiddelkonsulenten bedt om, om muligt, at give forslag til informanter ud fra deres lokale kendskab.

Ud fra lægemiddelkonsulentens besvarelse er den kommune i amtet, der har største erfaring med maskinel dosisdispensering valgt. I de tilfælde, hvor lægemiddelkonsulenten pegede på flere kommuner (flere med stor/lang erfaring, eller en med stor erfaring og en anden med p.t. flest brugere), blev den der havde det største antal brugere per 1000 indbyggere valgt. I Københavns- og Frederiksberg kommuner blev delområder, hvor der er stor erfaring og/eller mange brugere i ordningen valgt.

Med henblik på at identificere de lokale informanter, blev der taget telefonisk kontakt til et apotek i den udvalgte kommune. I de tilfælde, hvor lægemiddelkonsulenten ikke var i stand til at udpege et apotek blev det apotek, der den 1. marts 2004 havde flest brugere, kontaktet.

Hvis det udpegede apotek både fungerede som pakke- og udleveringsapotek, blev det apotek med næst flest kunder valgt, idet pakkeapotekerne allerede var udvalgt til at modtage et spørgeskema.

Udover amtets lægemiddelkonsulent fungerede det lokale apotek som indgang til en udvælgelse af de informanter i apotek, lægepraksis og den kommunale organisation, som havde viden om og erfaring med maskinel dosisdispensering.

I den kommunale organisation er personer med erfaring i forhold til at indføre og organisere maskinel dosisdispensering på plejehjem og i hjemmeplejen valgt. Det viste sig at kommunerne var forskelligt organiseret og at de udvalgte personer havde forskellige organisatoriske placeringer og stillingsbetegnelser. Enkelte kommuner angav at deres plejehjem og hjemmepleje var fuldt integrerede og at en enkelt person ville kunne videregive erfaringer herfra. Navnet på den første kontakt kom fra lægemiddelkonsulenten eller fra det udvalgte apotek, hvorefter vedkommende pegede på andre med den ønskede erfaring. Hvis der i kommunen var flere plejehjem, som brugte maskinel dosisdispensering, blev det med flest beboere valgt.

¹ Der blev udtrukket på varenummer: 688003 = Dosisekspeditionsgebyr (for udleveringsapoteket når det er lægeordineret) og varenummer: 688006 = Servicegebyr (dosisekspeditionsgebyr for udleveringsapoteket, når dosisdispenseringen ikke er lægeordineret)

Valget af lægepraksis skete på baggrund af oplysninger fra lægemiddelkonsulenten, apoteket eller hjemmeplejen om hvilken læge der ordinerede maskinel dosisdispensering til flest patienter.

Adgang til data om hvem der i de enkelte amter var de mest erfarne var besværlig og har betydet, at der ikke har kunnet foretages en ensartet og stringent udvælgelse. Derudover betød den meget forskellige organisering af hjemmeplejen og af plejehjem i de enkelte kommuner, at det var svært entydigt at udvælge stillingsbetegnelser og organisering af de kommunale informanter. Valget af kommuner og informanter er således sket ud fra den bedst mulige information, indhentet fra personer med lokalt kendskab.

Bornholms regionskommune havde ganske få, i alt 28, borgere i ordningen hvorfor den ikke indgår i undersøgelsen. Spørgeskemaet blev, udover til de 15 udvalgte kommuner, sendt til lægemiddelkonsulenten i de 13 amter og i Københavns- og Frederiksberg kommuner, samt til de ti pakkeapoteker.

4.2.3 Generering af data

Med posten udsendtes i alt 97 følgebrev og spørgeskemaer (bilag 1 og 2):

- 42 spørgeskemaer til personer på det kommunale niveau (kommunale ledere, hjemmepleje- og plejehjem)
- 15 spørgeskemaer til udleveringsapoteker
- 15 spørgeskemaer til praktiserende læger
- 15 spørgeskemaer til de amtslige/kommunale lægemiddelkonsulenter
- 10 spørgeskemaer til pakkeapotekerne

Samlet valgte 49 personer at påbegynde en besvarelse af spørgeskemaet. To af besvarelserne udgik, idet respondenterne undlod at besvare felterne til identifikation af deres amtslige eller kommunale tilknytning.

I alt 47 personer besvarede spørgeskemaet, hvilket er en svarprocent på 48 %. Denne svarprocent må anses for tilfredsstillende taget i betragtning, at der blev bedt om en fortælling i fri tekst, ud fra meget bredt formulerede spørgsmål. Der var intet ønske om en generaliserbarhed i undersøgelsen i forhold til hvor mange, der oplever ordningen som henholdsvis positiv eller negativ. Ej heller et ønske om en generaliserbarhed i forhold til hvor mange der har oplevet et bestemt problem område eller benyttet en bestemt måde at løse et problem på.

Derimod har ønsket med undersøgelsen været at indsamle erfaringer set fra forskellige vinkler i en given kommune. Det sidste har dog vist sig problematisk i forhold til nogle kommuner, hvor kun få informanter valgte at besvare spørgeskemaet.

Som det ses af nedenstående tabel 1, valgte 24 personer fra de kommunale organisationer, 7 praktiserende læger, 7 personer fra udleveringsapotekerne, 4 personer fra det amtslige niveau og 5 personer fra pakkeapotekerne at besvare spørgeskemaet.

Frafaldet var, bortset fra på det amtslige niveau, ligeligt fordelt idet knap halvdelen (24 ud af 47) af de kommunalt ansatte personer besvarede skemaet. Knap halvdelen af de apoteksansatte (7 ud af 15) og de praktiserende læger (7 ud af 15), besvarede skemaet og halvdelen af apotekerne på de 10 pakkeapoteker besvarede skemaet. I amterne besvarede en tredjedel skemaet (5 ud af 15), hvilket formentlig skyldes to ting, nemlig at det ikke er alle amter der er gået aktivt ind i indførelsen af teknologien samt at spørgeskemaet spurgte ind til områder mest relevant for det kommunale niveau.

Tabel 1. Antal besvarelser fordelt på amter/kommuner/pakkeapoteker og stillingskategorier

Amter	Kommuner	Antal	Stilling
Frederiksberg Kommune		2	Forstander, sygeplejefaglig konsulent
Frederiksborg Amt	Frederiksværk Kommune	3	Amtslig lægemiddelkonsulent, udførende chef, sygeplejerske
Fyns Amt	Ringe Kommune	3	Områdeleder, praktiserende læge, farmakonom
Københavns Amt	Herlev Kommune	5	Vicekontorchef, farmaceut, centerleder, praktiserende læge
Københavns Kommune	Psykiatrisk Klinik (RH)	1	Ledende distriktspsykiatrisk sygeplejerske
Nordjyllands Amt	Hirtshals Kommune	2	Ældrechef, praktiserende læge
Ribe Amt	Varde Kommune	3	Planlægningschef, sygeplejerske, gruppeleder for hjemmesygeplejerskerne
Ringkøbing Amt	Holstebro Kommune	2	Praktiserende læge, sygeplejerske
Roskilde Amt	Greve Kommune	2	Amtslig lægemiddelkonsulent, farmakonom
Storstrøms Amt	Stubbekøbing Kommune	4	Ældrechef, apoteksfarmaceut, praktiserende læge, hjemmesygeplejerske
Sønderjyllands Amt	Løgumkloster Kommune	4	Leder af sundhedsafdelingen, centerleder, gruppeleder for sygeplejersker, farmakonom
Vejle Amt	Horsens Kommune	4	Klinisk farmaceut i amtet, Områdeleder, Sundhedscenterchef, Praktiserende læge
Vestsjællands Amt	Slagelse Kommune	2	Sygeplejerske og souschef i ældreområdet, Apoteker
Viborg Amt	Skive Kommune	2	Praktiserende læge, distriktsleder
Aarhus Amt	Rougsø Kommune	3	Farmaceut, SOSU-assistent / afdelingsleder, hjemmesygeplejerske
Pakkeapotek		5	Apoteker
I alt 15 amter/kommuner og 5 pakkeapoteker		I alt 47	

Besvarelserne varierede meget i omfang, en enkelt respondent valgte at give sine erfaringer og holdning til kende under punkt 8, hvor der spørges til personlige kommentarer og hvorfra vi ikke kan gengive indholdet. Om respondenterne kan det generelt siges, at de har erfaringer med ordnin-

gen og at de har en historie, som de ønsker at fortælle andre. En historie om et forløb der har budt på udfordringer og problemer men også på løsninger.

Spørgeskemaet kunne besvares direkte i en elektronisk survey database eller ved at udfylde spørgeskemaet og returnere det per post. 20 af respondenterne valgte en papirbesvarelse, som en studentermedhjælper efterfølgende skrev ind i den elektroniske database. Data blev derefter overført til Access, hvorfra der kan genereres rapporter til analyse og præsentation af data.

4.2.4 Bearbejdning af data

Der er udført en kvalitativ bearbejdning af data, hvor der tages udgangspunkt i det, der er beskrevet og hvor alt dermed har vægt. Da der er spurgt bredt og overordnet til udvalgte temaer og ikke direkte til fx en bestemt situation eller handling, er det ikke muligt at konkludere at denne situation eller handling ingen betydning har, fordi kun en enkelt har nævnt den. Når det er sagt, er der dog situationer, handlinger osv., som mange beskriver på en bestemt måde. I sammenfatningen er dette beskrevet med ordene ”hyppigt” eller ”mange”, hvis det er omtalt af halvdelen eller flere af respondenterne, ”en del”, hvis det er omtalt af mere end en fjerdedel af respondenterne, ”nogle” hvis det er omtalt af en ottendedel eller mere end af respondenterne og ”enkelte” hvis det er omtalt af mindre end en ottendedel af respondenterne men af mere end en enkelt respondent.

Besvarelserne fra hver enkelt kommune og den amtslige lægemiddelkonsulent blev samlet og gengivet ud fra temaerne: Opstart af ordningen, organiseringen af ordningen (arbejdsflowet), krav til personalet, de involverede parters samarbejde og deres indstilling til ordningen, brugerne af maskinel dosisdispensering samt oplevede fordele og ulemper ved maskinel dosisdispensering og organiseringen af denne. Som afslutning på denne amts/kommunale historie er der opstillet en liste over løsninger, der har vist sig brugbare eller som kunne være ideer til løsninger. Listen har vi har valgt at kalde ”de gode løsninger”. Derudover er der opstillet en liste over det, vi har valgt at kalde ”de tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden”.

Omfanget af den enkelte amtslige og kommunale historie varierer noget afhængigt af besvarelserne men er i rapporten begrænset til ca. to sider. Den fulde ordlyd af besvarelserne er derudover samlet for hvert amt og kommune og præsenteret i en særskilt bilagsrapport.

Besvarelserne fra pakkeapotekerne er samlet og gengivet som en fælles historie om hvordan maskinel dosisdispensering er organiseret, og hvilke variationer der optræder mellem de enkelte pakkeapoteker. Det er en historie om hvordan løsninger skabes, hvilke udviklingsmuligheder der ses, og hvilke problemer der endnu mangler en løsning. Den fulde ordlyd af besvarelserne fra pakkeapotekerne er derudover samlet og præsenteret i en særskilt bilagsrapport sammen med besvarelserne fra amter og kommuner.

Som en samlet konklusion på rapporten er de erfarede fordele, problemer og evt. barriere samt ”de gode løsninger”, ”de endnu uløste problemer” og ”de fremtidige ønsker” sammenfattet på tværs af de 15 amts/kommunale historier og de fem historier fra pakkeapotekerne og præsenteret sidst i rapporten.

5 Historier fra amter og kommuner

I det følgende præsenteres 15 lokale historier om den maskinelle dosisdispenserings indførelse og nuværende organisation i den enkelte kommune, på det enkelte udleveringsapotek (refereret til som apotek) og i den enkelte lægepraksis. I historierne fra de enkelte kommuner indgår en evt. besvarelse fra den amtslige lægemiddelkonsulent. Historierne er præsenteret i alfabetisk rækkefølge ud fra amtets navn.

I den enkelte historie er der taget udgangspunkt i en beskrivelse af følgende områder: opstart, arbejdsflow, personale, samarbejde, brugere af maskinel dosisdispensering, erfarede fordele og ulemper ved maskinel dosisdispensering og organiseringen af denne. Efterfølgende er der opstillet en liste over det, der valgt ud som ”De gode løsninger” og som de ”Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden”.

Den enkelte historie er konstrueret ud fra, og på tværs af, de besvarelser der er indsendt af forskellige faglige aktører i kommunen. Det er forskelligt hvor meget den enkelte har skrevet og hvor mange der har deltaget fra de enkelte kommuner, og dermed hvor bredt et grundlag historien kan beskrives på. Den fulde historie, i form af de enkelte aktørers besvarelser af spørgeskemaet, er vedlagt i en særskilt bilagsrapport.

5.1 Frederiksberg Kommune

To personer besvarede spørgeskemaet: En sygeplejefaglig konsulent i kommunen og en plejehjemsforstander.

Opstart:

Plejehjemmet havde allerede først i 1990'erne nedlagt det fælles medicinskab og indført elektroniske plejeplaner og medicinkort. Derudover havde plejehjemmet, inden loven om maskinel dosisdispensering kom, erfaring med at apoteket pakkede medicinen manuelt. Initiativet til maskinel dosisdispensering kom fra apotekerne. Plejehjemmet og hjemmeplejen indgik i et projektsamarbejde med to apoteker. Dette viste sig at være et problem i hjemmeplejen, idet de øvrige apoteker og de praktiserende læger ikke var inddraget i samarbejdet.

Arbejdsflow:

Det er personalet på plejehjemmet og i hjemmeplejen der udfærdiger en medicinoversigt. Denne faxes til den praktiserende læge, som derefter udskriver recepter. Der kan gå en uge inden medicinpakningen leveres. Det tilstræbes at hjemmeplejen er til stede første gang der leveres medicin, og at der er en god information til personalet i alle døgnets timer om, at patienten modtager dosisdispenseret medicin. Ved behov for receptfornyelse modtager plejehjemmet/hjemmeplejen en påmindelse fra apoteket. Driften er stabil og logistikken fungerer godt. Det er aftalt, at sygehuset ved indlæggelser afbestiller dosisdispenseringen på apoteket, og genbestiller den ved udskrivelse. Ved midlertidige ordinationer og medicinændringer doserer hjemmeplejen sideløbende med dosisdispenseringen.

Personale:

I hjemmeplejen blev der lagt op til personalebesparelser og sygeplejerskerne var bange for at det ville medføre nedlæggelse af stillinger.

Samarbejde:

Plejehjemmet samarbejder med et bestemt apotek. Såvel plejehjemmet som hjemmeplejen oplever apotekerne som en ressource på grund af deres kendskab til lægemidler og interaktioner. Plejehjemmet oplevede at (få af) lægerne i starten var imod ordningen, men at der nu er en høj accept af ordningen blandt de praktiserende læger. Ved opstart med maskinel dosisdispensering drøfter hjemmeplejen og den praktiserende læge hvorvidt beboeren efterfølgende skal have omsorgsbesøg. Hvis al beboerens medicin kan dosisdispenseres ophører hjemmeplejen med at dosere medicin i hjemmet. Herefter skal den medicinske behandling foregå i et samarbejde mellem den praktiserende læge og apoteket.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Alle beboere på plejehjemmet, bortset fra få som selv administrerer deres medicin, er med i ordningen. Beboere og pårørende er tilfredse med ordningen. Beboerne har frit apoteksvalg, men de har sjældent præferencer ved indflytningen. I hjemmeplejen vurderes det hvilke borgere, der kan indgå i ordningen. Vurderingen er baseret på om deres medicin er egnet til maskinel dosisdispensering og om de selv er i stand til at åbne døren for medicinbuddet og selv at indtage indholdet af medicinposerne, eller om der skal etableres hjælp til dette.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Der foregår nu en regelmæssig sanering af medicinen og det opleves som en fordel, at der er en farmaceutisk kontrol. I hjemmeplejen opleves der et bedre arbejdsmiljø og en større ro til samtale og observation ved hjemmebesøgene. På plejehjemmet har ordningen betydet frigørelse af sygepleje tid. Det er let for plejhjemsbeboerne at medtage en pose ved ture udenfor plejehjemmet.

Erfarede problemer og ulemper:

Indledningsvis oplevedes der modstand fra de praktiserende læger, og fra sygeplejerskerne som frygtede fyringer. Hjemmeplejen oplever problemer ved, at hverken den praktiserende læge eller apoteket påtager sig ansvaret for fornyelse af doseringskortet. Den praktiserende læge forventer fortsat at hjemmeplejen minder denne om at doseringskortet skal fornyes, selvom hjemmeplejens medicinhåndtering hos brugeren er ophørt.

De gode løsninger:

- Fælles mål og troen på en god ide
- En klar udmelding fra ledelsen og en handleplan
- Respekt for samarbejdet, her mellem offentlig ansat og privat forhandler
- Flere møder mellem de involverede parter
- Brug af praksiskonsulenten

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Der kan kun doseres til 14 dage ad gangen
- For lang leveringstid fra pakkeapoteket
- Samarbejdet med sygehuset fungerer ikke altid
- Ønske om at sygehuse udskriver patienter med maskinelt dosispakket medicin (ensartet lægemiddelsortiment)
- Ønske om, at der fastlægges en ansvarsplacering ved udfyldelse af doseringskort (gerne via lovgivning)
- Ønske om, at der indgår en regelmæssig medicingennemgang (gerne en gang om året)
- Ønske om, at brugeren ikke selv kan vælge om vedkommende vil indgå i ordningen
- Ønske om, at ordningen er gratis for brugeren
- Ønske om større fleksibilitet parterne imellem

5.2 Frederiksborg Amt, Frederiksværk Kommune

Tre personer besvarede spørgeskemaet: En lægemiddelkonsulent fra amtet samt en udførende chef fra kommunen og en sygeplejerske fra et plejehjem.

Opstart:

Inden opstarten tog repræsentanter fra hjemmeplejen rundt til alle praktiserende læger og alle apoteker, for at drøfte ordningen. På plejehjemmet blev der startet op med de beboere hvis samlede medicin kunne dosisdispenseres. Der blev udarbejdet arbejdsredskaber, herunder tjeklister til sikring mod fejl og der blev sørget for oplæring af personalet.

Arbejdsflow:

Plejehjemmet og hjemmeplejen har valgt hver deres måde at organisere dosisdispenseringen på. På plejehjemmet modtages beboernes medicin samlet, hvorefter personalet omdeler den. I det daglige fungerer ordningen både på plejehjemmet og i hjemmeplejen.

Personale:

Apoteket bruger ½-1 time på at starte en ny bruger i ordningen, hvilket ikke er tilstrækkeligt honoreret. Internt på plejehjemmet har ordningen krævet en del styring, især i starten. Det er også her ressourcekrævende at starte en beboer i ordningen, men plejehjemmet oplever at indsatsen hurtigt er tjent ind igen. Hjemmesygeplejerskerne har syntes at det var synd for patienterne, at de ikke kunne fortsætte med at dosere deres medicin. De praktiserende læger opfattede indføringen af dosisdispensering som et ønske om at spare i hjemmeplejen. Det førte til udtalelser fra lægerne som: ”Gider i (sygeplejerskerne) heller ikke det længere”.

Samarbejde:

Der kan opstå tvivl om, hvem der har ansvaret for at borgerens samlede medicinering er rationel, især når der er flere læger involveret i behandlingen. Plejehjemmet har påtaget sig at sikre at samarbejdet fungerer i det daglige. Der er et godt samarbejde med nogle af de praktiserende læger, medens andre læger giver udtryk for ikke at kunne se fordele ved ordningen. Det sker at der opstår misforståelser i samarbejdet mellem plejehjem og hjemmepleje. Hjemmeplejen har elektroniske plejelogbøger og i starten mente ikke alle praktiserende læger, at de var ”gearet” til det elektroniske samarbejde med hjemmepleje.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

De af plejehjemmets beboere der kan, skal være med i ordningen uanset om det betyder øgede udgifter for vedkommende. Det drejer sig om stabilt medicinerede beboere hvis medicin for størstedelens vedkommende kan maskinelt dosisdispenseres.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Hvis der inden overgangen til dosisdispensering foretages en medicingennemgang af borgerens samlede medicinering er der sikkerhedsmæssige fordele ved at den rette borger får den rette medicin, i den rette dosis, på rette tidspunkt og (formentlig) til den billigste pris. Derudover kan der forventes en bedre compliance, færre indlæggelser og vindes tid hos plejepersonalet til andre funktioner.

Erfarede problemer og ulemper:

Ordnningen er tung ved medicinændringer. Det kan tage 11-25 dage før den ændrede medicin leveres og i mellemtiden må personalet dosere medicinen manuelt. Ved alle skift mellem manuel dosering og maskinel dosisdispensering øges risikoen for fejl. Der opstår dobbelt bogholderi, når oplysninger om den dosisdispenserede medicin står på doseringskortet fra apoteket og oplysninger om evt. anden medicin står på andre medicinlister. Kommunikationen til apoteket, om midlertidigt ophør med dosisdispensering og om evt. ændringer i medicinen, kan svigte i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra sygehuse.

Udover de erfarede ulemper, ses der muligheder for ulemper i de forskelle der er mellem pakkeapotekernes sortimentsliste. Dette kan være en ulempe for de praktiserende læger hvis brugere handler på forskellige apoteker ligesom det kan tænkes at fastholde brugeren i dennes valg af apotek og apoteket i dets valg af pakkeapotek. Derudover reducerer den fastsatte holdbarhed i pakkemaskinen, på 4 uger for de fleste lægemidler, den reelle sortimentsliste og substitutionen til billigste produkt.

De gode løsninger:

- En amtlig (måske landsdækkende) instruks for håndtering af dosisdispensering ved indlæggelse og udskrivning fra sygehuse
- Den elektroniske personlige medicinprofil ses som et potentielt godt værktøj
- Møder mellem parterne inden opstart af ordningen
- Viden om ordningen, herunder om risici, samt en overordnet styring i de enkelte organisationer
- At der er en ansvarlig person, der står for implementering og oplæring

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Apotekets leveringstid
- Dobbelt bogholderi i medicinoptegnelser
- Svigtende kommunikationen i forbindelse med sygehusindlæggelser
- Ønske om, at sygehuset medgiver medicin til en uge ved udskrivelsen
- Ønske om akut levering af dosisdispenseret medicin
- Ønske om, at kun de lægemidler, hvor producenten kan dokumentere en holdbarhed på mindst 6 måneder godkendes til dosis-pakning
- Ønske om én fælles sortimentsliste
- Ønske om en fastlæggelse af ansvaret for den samlede medicinske behandling

- Ønske om sikring af en medicingennemgang inden opstart af dosisdispensering
- Ønske om ensartede retningslinier og kommunikationsredskaber
- Ønske om et fælles elektronisk doseringskort med oplysninger om såvel dosisdispenseret, som ikke-dosisdispenseret medicin
- Ønske om særskilt betaling til apoteket for oprettelse af/ændring i doseringskort
- Ønske om at kanistergodkendelse kan foregå i Danmark

5.3 Fyns Amt, Ringe Kommune

Tre personer besvarede spørgeskemaet: En farmakonom fra apoteket, en praktiserende læge og en områdeleder fra kommunen.

Opstart:

Fra kommunen blev det besluttet, at beboerne på plejecentrene skulle have deres medicin dosisdispenseret. Derefter fulgte en skriftlig og mundtlig orientering af beboerne, deres pårørende og personalet, samt møder med apoteket og de praktiserende læger. Apoteket havde gennem tre år forud for dette tilbudt manuel dosisdispensering og der var således en del erfaring at trække på ved indførelsen af maskinel dosisdispensering.

Arbejdsflow:

Apoteket modtager en bestilling på dosisdispenseret medicin hvorefter der udarbejdes et doseringskort, som faxes til den praktiserende læge og medicinen bestilles på pakkeapoteket. Ved modtagelse af den dosispackede medicin kontrolleres og takseres denne, hvorefter den sendes til brugeren. Ældrecentret modtager medicin hver 14. dag, og udleverer derefter pakningerne til de beboere, som selv administrerer deres indtagelse. For de beboere der skal hjælpes med indtagelse, opbevarer og administrerer plejecentret medicinen. Ordinationer fra sygehuset går via den praktiserende læge. Plejepersonalet doserer sideløbende medicin hvis dosering hyppigt ændres.

Personale:

For apoteket er det arbejdskrævende at oprette doseringskort og at administrere ordningen. Samtidig oplever de, at pakkeperioderne er blevet sværere at overskue, idet pakningen nu foregår på et andet apotek. I lægepraksis er det sekretærerne, der udfærdiger dosisdispenseringerne, som lægen derefter godkender. For de praktiserende læger tager det tid at gennemgå medicinlisterne fra apoteket, men samtidig opnår de at få et check på egen liste. På plejecentret har ordningen betydet en besparelse i den tid der tidligere blev brugt til ophældning og genbestilling af medicin.

Samarbejde:

Samarbejdet fungerer mellem apotek og plejehjem og mellem apotek og praktiserende læger. Der er dog praktiserende læger, som er utilfredse med ordningen.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Det anses som væsentligt at ordningen er økonomisk acceptabel for brugerne. Nogle pårørende var kritiske i starten pga. betalingen.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Det er let for plejepersonalet at kontrollere indholdet af poserne og at den rigtige borger får den rigtige medicin, på det rigtige tidspunkt. Det er det let at kontrollere, at medicinen er givet og der spares personaleressourcer. For apoteket har den maskinelle pakning betydet en miljøforbedring i forhold til tidligere, hvor de pakkede medicinen manuelt. Den praktiserende læge får et check på egne medicinfortegnelser via medicinlisterne fra apoteket.

Erfarede problemer og ulemper:

Modstand fra de praktiserende læger i begyndelsen. Ved ordinationsændringer tager det tid at gennemgå medicinen og apoteket skal have 10 dages varsel.

De gode løsninger

- Apoteket havde tidligere erfaring med manuel dosisdispensering
- Skriftlig og mundtlig information til alle involverede
- Jævnlig kontakt mellem de involverede parter

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden

- Økonomien ved oprettelse af og ændringer i doseringskort hænger ikke sammen for apoteket
- Uhensigtsmæssig lang leveringstid ved ordinationsændringer
- Ønske om en større fleksibilitet i pakningen, således at ændringer hurtigt kan effektueres
- Ønske om en fælles holdning blandt de praktiserende læger (på organisationsniveau)

5.4 Københavns Amt, Herlev kommune

Fem personer besvarede spørgeskemaet: En vicekontorchef fra Københavns Amt, en praktiserende læge, en farmaceut samt en centerleder og en social- og sundhedsdirektør fra kommunen.

Opstart:

Maskinel dosisdispensering startede forsøgsvis på kommunens plejehjem, hvorefter den udvidedes til også at omfatte borgere i eget hjem, der modtager hjælp til medicin håndtering. Forud for opstarten var der drøftelser mellem socialudvalget, apoteket og de praktiserende læger (for de sidste var der en lille deltagelse).

Arbejdsflow:

Dosisdispensering foregår i et samarbejde mellem apotek, hjemmepleje og den praktiserende læge. Apoteket modtager en bestilling på dosispakket medicin enten via en recept fra lægen eller via et doseringskort udfyldt af plejehjemmet eller hjemmeplejens personale, og underskrevet af lægen. Apoteket gennemgår bestillingen i forhold til interaktioner og pakkeapotekets sortimentsliste. Herefter følger en kommunikation imellem apotek, praktiserende læge, hjemmepleje, bruger og pakkeapoteket i forhold til hvilke lægemidler der skal dosisdispenseres, recepter, evt. substitution, tidspunkt for opstart og leveringssted.

Personale:

Opstart af ordningen kræver personaleressourcer. På apoteket varetages koordineringen af ordningen af et begrænset antal af de ansatte, valgt ud fra deres interesse for dette. Kommunen har valgt en uændret personalenormering, og der har ikke været modstand med ordningen, men bekymring ift at miste kontrollen med lægemiddelbehandlingen. Plejepersonalet doserer sideløbende de lægemidler, som ikke kan maskinelt dosisdispenseres. Der har været skepsis blandt de praktiserende læger, som oplever en mindre kontrol med behandlingen.

Samarbejde:

Ordningen har betydet et øget samarbejde mellem apotek og hjemmepleje og en større indsigt i hinandens arbejdsområde. Samarbejdet mellem praktiserende læge og apoteket er derimod blevet mindre pga. færre recepter. Kommunikationen kan være tung i opstartsfasen. Et enkelt plejehjem benytter sig af elektronisk kommunikation og elektroniske medicinlister, hvilket letter processen betydeligt. Amtet arbejder på en vejledning til sygehusene om indlæggelse og udskrivning af borgere der modtager dosisdispensering.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Princippet er at brugeren skal være stabilt medicineret med receptpligtige lægemidler, gerne 3-4 præparater en eller flere gange i døgnet. Den praktiserende læge indgår i en vurdering af hvorvidt ordningen kan anvendes.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Der er færre receptfornyelser. Sygeplejerskerne undgår fingerskader, der skabes tid til andre opgaver og der opleves et øget samarbejde mellem apotek og hjemmepleje.

Erfarede problemer og ulemper:

Der er modstand fra nogle af de praktiserende læger. I starten frygtede sygeplejerskerne for fyringer. Flere brugere har forladt ordningen på grund af medicinændringer, hvilket vanskeliggør sygeplejens planlægning. Det er en tidskrævende ordning og der er en fare for, at kommunikationen svigter idet der nu er et ekstra led (apoteket) i medicineringen. De praktiserende læger oplever en mindre kontrol med behandlingen.

De gode løsninger:

- Initiativet til at indføre dosisdispensering kom fra kommunen
- Det var ledelsen der gik foran
- Indførelsen blev ikke kædet sammen med besparelser blandt plejepersonalet
- En god kommunikation, hvor der blev afholdt flere møder mellem apoteket, de ledende sygeplejersker i kommunen, og de praktiserende læger
- Elektronisk kommunikations- og medicinlister
- Amtet som en katalysator for brugen af dosisdispensering
- Møder med henblik på vidensdeling og erfaringsudveksling

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Leveringstid på 14 dage ved opstart og ændringer i behandlingen
- Ulempe, at ikke alle lægemidler kan dosisdispenseres
- Der opstår et spild i forbindelse med dosisændringer
- Ældre mennesker kan have besvær med at bryde pakningerne
- Manglende sikring af lægemiddelbehandlingen i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra sygehusene
- Ønske om at dosisdispensering er hurtig, præcis og udgiftsneutral for brugeren
- Ønske om at der indgår en regelmæssig vurdering af brugerens samlede lægemiddelbehandling

5.5 Københavns Kommune

En ledende distriktspsykiatrisk sygeplejerske fra en psykiatrisk hospitalsklinik besvarede spørgeskemaet.

Opstart:

En ordning med dosisdispenseret medicin til psykisk syge, som er tilknyttet klinikken startede i sommeren 2003 efter indgåelse af aftaler med et lokalt apotek og med sygehusapoteket.

Arbejdsflow:

Ved opstart i ordningen udsteder lægen en recept, som sendes til det lokale apotek og derudover faxes til sygehusapoteket. Dosispakningerne opbevares på klinikken og udleveres til den enkelte patient efter aftale med denne. Enkelte patienter henter selv deres dosispakning på det lokale apotek. I øjeblikket pakkes al medicin til udlevering på en bestemt ugedag, for lettere at kunne håndtere udleveringen til patienterne. Der ønskes en større fleksibilitet i dette fremover, men det kræver indførelse af nye rutiner.

Personale:

Sygeplejerskerne har fået frigjort mere tid til patienterne, idet de administrative opgaver omkring medicinen er kraftigt reduceret.

Samarbejde:

Personalet på apoteket er meget opmærksomme og tager kontakt til klinikken ved evt. usikkerhed.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Meget få patienter har haft problemer med at overgå til ordningen og i øjeblikket er ca. en tredjedel af de patienter, der har behov for støtte til medicinadministration tilknyttet ordningen. Der ses en fordel i at udbrede ordningen til bl.a. socialpsykiatriske boforanstaltninger.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Der opleves en forbedring i patienternes compliance og et fald i brugen af p.n. medicin. Lægerne har oplevet et stort fald i receptudstedelsen, lagerbeholdningen og medicinspildet er reduceret. Derudover har doseringskortet betydet en større sikkerhed i forbindelse med medicinændringer. Sygeplejerskerne oplever bedre tid til patienterne og en forbedring i deres fysiske og psykiske arbejdsmiljø idet de nu undgår en udstrakt håndtering af blisterpakninger samt det arbejdspress en betydelig mængde medicin ophældninger betød.

Erfarede problemer og ulemper:

Manglende fleksibilitet i forhold til hvilken uge og dag den enkelte brugers levering starter fra. Sygeplejerskerne var i starten bekymrede for fejlmuligheder. Der er oplevet fejl fem gange, men apoteket har fanget disse inden udlevering af medicinen.

De gode løsninger:

- Valg af nøglepersoner ved implementeringen
- Fast kontaktperson på apoteket
- God introduktion og indgåelse af praktiske aftaler
- Positiv indstilling blandt personalet
- Løbende kontakt mellem de involverede parter

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Ønske om en større fleksibilitet i forhold til opstartsdatoer

5.6 Nordjyllands Amt, Hirtshals Kommune

To personer besvarede spørgeskemaet: En praktiserende læge og en ældrechef fra kommunen.

Opstart:

Det tager tid at ændre i den kommunale organisation, men nu fungerer det godt.

Arbejdsflow:

Den enkelte bruger modtager medicinen hver 14. dag fra et af to lokale apoteker.

Personale:

Sygeplejersressourcerne kan nu bruges til noget mere fagligt.

Samarbejde:

Samarbejdet mellem hjemmepleje og apotek har været positivt. For den praktiserende læge er samarbejdet med hjemmesygeplejerskerne blevet dårligere.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

I starten tog det tid at vurdere hvem der var egnede brugere af ordningen.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Der er større sikkerhed i medicinadministrationen, da sygeplejerskerne ikke længere skal tælle medicin og tale med borgeren samtidig. Samtidig er poserne lettere at identificere og hygiejnen bedre end ved de tidligere doseringsæsker.

Erfarede problemer og ulemper:

Samarbejdet mellem hjemmeplejen og praktiserende læger er forringet. Der er mindre oversigt over patienternes tilstand og en risiko for at en evt. fejldispensering kører uopdaget over længere tid.

De gode løsninger:

- God information fra apoteket
- Kurser afholdt af apoteket

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Der er en manglende forståelse af ordningen på sygehusene
- Ønske om kortere leveringstid af dosisdispenseret medicin

5.7 Ribe Amt, Varde Kommune

Tre personer besvarede spørgeskemaet: En planlægningschef, en gruppeleder for hjemmesygeplejerskerne og en sygeplejerske fra kommunen.

Opstart:

Kommunen havde et ønske om at flest mulige, af de i alt 430 borgere som de doserede medicin til, kunne overgå til maskinel dosisdispensering. Der blev holdt møder med plejepersonalet og apoteket. Det var svært at få lægerne i tale ved indførelsen og der foreligger stadig ingen faste aftaler med dem.

Arbejdsflow:

Ved opstart af dosisdispensering udarbejder sygeplejersken en medicinliste, som derefter sendes til apoteket. Her gennemgås den i forhold til hvilken medicin der kan dosisdispenseres og listen sendes til den praktiserende læge m.h.p. receptudstedelse. Der aftales en startdato mellem apoteket og hjemmeplejen. En bestilling skal afgives til apoteket senest mandag i lige uger, hvorefter medicinen modtages torsdag-lørdag i samme uge. Medicinen er pakket til to uger med indtagelsesstart den følgende mandag (ulige uge). Ved akutte ændringer kan medicinen leveres efter to dage og ved ferier m.m. kan der bestilles medicin til 4 uger. Medicinen leveres til et plejecenter hvorefter personalet tager den med ud til brugerne. Plejepersonalet vejleder i brugen af ordningen og i indtagelsen af den dosisdispenserede medicin.

Personale:

I starten var der en vis skepsis og usikkerhed hos plejepersonalet også om hvorvidt dosisdispenseringen ville betyde nedskæringer. Til de borgere, hvor det vurderes som påkrævet, tilbydes der sygeplejetilsyn også efter overgang til dosisdispensering. Plejepersonalet doserer fortsat medicin, hvis den ikke kan dosisdispenseres, ved akutte ændringer og hvis medicineringen i en periode er ustabil.

Samarbejde:

Plejepersonalet må være opmærksomt på evt. ordinationer eller ændringer i disse, hvis en bruger har haft kontakt med speciallæge. Nogle af de praktiserende læger er negative overfor ordningen, og der ønskes et bedre samarbejde med de praktiserende læger om hvornår en borger kan defineres som stabilt medicineret.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Hvis hjemmeplejen vurderer, at borgeren er egnet til at indgå i ordningen bliver vedkommende orienteret herom, og motiveret til at indgå i ordningen. Det kan være svært at argumentere for ordningen, hvis man ikke er sikker på, om den betyder større udgift for den enkelte bruger. Det er dog

indtrykket at brugerens udgift til medicin bliver mere jævnt fordelt på året. Den tidligere medicin søges opbrugt inden overgang til ordningen. I starten var der en del skepsis hos borgerne, som oplevede en utryghed i forbindelse med den mistede kontakt til sygeplejerskerne.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Brugerne oplever en fordel ved at poserne er påtrykt navn, dato og tidsangivelse for medicinindtagelsen. Sygeplejerskerne har fået mere tid til at have fokus på borgerens sundhedsproblem, når der ikke samtidig skal doseres medicin og der er færre gener med håndtering af blisterpakninger. Der doseres ikke længere medicin efter hånd- og omskrevne medicinlister.

Erfarede problemer og ulemper:

Der var fra starten af problemer i samarbejdet med de praktiserende læger og med sygehuset. I starten var der skepsis hos plejepersonalet og frygt for nedskæringer, samt skepsis og usikkerhed hos brugerne. Hvis medicineringen i en periode er ustabil, må der indkøbes en del ekstra medicin, som sygeplejersken så dispenserer. Ved ændringer sker det, at poserne åbnes for at fjerne medicin eller at hele posen destrueres. Det opleves som sværere at genkende medicinen og der er heller ikke længere så store muligheder i at undervise i lægemiddelhåndtering.

De gode løsninger:

- Nøgleperson på apoteket
- Udarbejdelse af materiale ud fra hvilket der kan diskuteres og kriterier kan opstilles
- Opstille kriterier for ordningen inden starten
- Løbende evalueringer blandt de involverede parter, evt. via en hjemmeside til erfaringsdeling
- At medicinen, ved akutte ændringer, kan leveres efter to dage

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Manglende kendskab til ordningen på sygehusene
- En leveringsdato hver 14 dag gør systemet stift
- Der er et ønske om flere valgmuligheder i leveringshyppigheden
- Ønske om mulighed for akut levering ved opstart
- Ønske om flere tabletstyrker, alternativt at delte tabletter kan doseres maskinelt
- Ønske om større overskuelighed af de økonomiske konsekvenser for brugeren

5.8 Ringkøbing Amt, Holstebro Kommune

To personer besvarede spørgeskemaet: En praktiserende læge og en sygeplejerske fra kommunen.

Opstart:

Det blev besluttet, at stabilt medicinerede borgere med brug for hjælp til medicindosering skulle overgå til dosisdispensering, når deres tidligere medicin var ved at være brugt op. Der var et ønske om enighed mellem bruger, praktiserende læge og borger om en overgang til ordningen.

Arbejdsflow:

Dosisdispensering ordineres af den praktiserende læge for to år ad gangen. Derved vurderes den samlede medicinering principielt kun hvert andet år. Sygeplejerskerne kommer stadig til de borgere, der modtager dosisdispenseret medicin, hvis de ønsker det.

Personale:

Den praktiserende læge oplever mere papirarbejde, idet der sendes papir frem og tilbage mellem de involverede parter. Sygeplejerskerne oplever et mindre ansvar for medicineringen og har mindre at ”gøre godt med” når der er behov for ekstra medicin.

Samarbejde:

Der kan være uklarhed om ansvaret for den doserede medicin, idet såvel den praktiserende læge som sygehuset ændrer i denne og det er derfor ønskeligt om alle ændringer gik via den praktiserende læge.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Borgerne var skeptiske i starten, da de frygtede for at miste sygeplejebesøgene. Der var også usikkerhed omkring økonomien.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Hjemmeplejens besøg hos borgeren behøver ikke længere være på en fast ugedag, tiden kan bruges på observation og samtale og der er mindre fejlmedicinering. For den praktiserende læge er opstart af dosisdispensering en lejlighed til at gennemgå og evt. justere brugerens medicinske behandling. Der står mindre ubrugt medicin i hjemmene.

Erfarede problemer og ulemper:

Den praktiserende læge oplever mere papirarbejde og sygeplejerskerne et mindre ansvar for medicineringen samt problemer i forhold til p.n. medicin.

De gode løsninger:

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Ordningen er ufleksibel i forbindelse med medicinændringer
- Ønske om at alle medicinændringer går via den praktiserende læge uanset hvem der ordinerer
- Ønske om, at brugerne fritages for pakkebyret
- Ønske om en årlig medicingennemgang

5.9 Roskilde Amt, Greve kommune

To personer besvarede spørgeskemaet: En lægemiddelkonsulent fra amtet og en farmakonom.

Opstart:

At indføre ordningen kræver ændrede rutiner og nye systemer, derfor blev der startet med flere mindre forsøg. I amtets udvalg er kommuner og praktiserende læger opfordret til at indgå i ordningen.

Arbejdsflow:

Der leveres stort set kun dosisdispenseret medicin til beboere på plejecentre og i bofællesskaber.

Personale:

Diskussioner om faglige grænser og en manglende vilje gjorde dog indførelsen træg. På apoteket tager det tid at få styr på alt papirarbejdet. Dokumentationen skal være i orden og det kan være svært for kollegaer at forstå hvor tidskrævende det er.

Samarbejde:

Det har ikke altid fremgået af recepterne at medicinen skal dosisdispenseret, ligesom gyldighedsperioden har manglet. Plejepersonalet har haft svært ved at forstå, at ikke al medicin kan dosisdispenseret og at ændringer tager tid.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

(ingen notater om dette)

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Apoteket oplever hyppigere kontakt og bedre samarbejde med plejepersonalet. Der kasseres mindre medicin.

Erfarede problemer og ulemper:

Der kan opstå ulemper i forbindelse med ændringer i medicinen, idet disse ikke straks kan træde i kraft.

De gode løsninger:

- En drøftelse af ordningen mellem de involverede parter inden opstart
- Konkret udmelding om organiseringen af ordningen
- Løbende evalueringsskøder efter opstarten
- Test af arbejdsrutiner m.m. i forhold til en mindre gruppe inden udbredelse
- Et møde med sekretærerne hos de praktiserende læger

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

5.10 Storstrøms Amt, Stubbekøbing kommune

Fire personer besvarede spørgeskemaet: En apoteksfarmaceut, en praktiserende læge, samt en ældrechef og en hjemmesygeplejerske fra kommunen.

Opstart:

Beslutningen om at overgå fra hjemmesygeplejens medicinadministration til maskinel dosisdispensering blev taget af kommunen. Målet er, at alle borgere med behov for hjælp til medicin håndtering og som er egnet til dosisdispensering skal indgå i denne ordning.

Arbejdsflow:

Hvis hjemmeplejen eller den praktiserende læge vurderer, at en medicinbruger er egnet til maskinel dosisdispensering sendes et medicineringsskema eller recepter til apoteket og et start tidspunkt aftales. På apoteket kontrolleres den medicin der fremgår af medicineringsskemaet fra kommunen, herunder om den svarer til det hidtidige forbrug og om der ses farmaceutiske problemer. Derefter udfærdiges et doseringsskema og der bestilles evt. recepter for en 2-årig periode hos den praktiserende læge. I hjemmeplejen tildeles og tilrettelægges evt. hjælp til brugerens håndtering af dosisdispenseringen. Ved ordningens start vejleder hjemmesygeplejersken brugeren omkring brugen af medicinposer og mappen med oplysninger om medicinen. Der udleveres dosisdispenseret medicin til to uger. Enkelte brugeres medicin leveres til hjemmeplejen, som herefter tager den med ud i hjemmet, hvor den opbevares aflåst og udleveres på de fastsatte tidspunkter. Ved medicinændringer kontakter den praktiserende læge apoteket og evt. hjemmeplejen om dette.

Personale:

Ordningen er tidskrævende og det er vigtigt, at den organiseres hensigtsmæssig. Plejepersonalet og de praktiserende læger var i starten utilfredse med ændringen i hidtidige rutiner. Derfor er det væsentligt at plejepersonalet er velinformeret og at de undervises i ordningen og i at observere i forbindelse med medicinsk behandling.

Samarbejde:

Det er en fordel at det er en lille kommune, med let adgang til samarbejdspartnerne og en i forvejen god indbyrdes kontakt. I den kommunale organisation har det krævet et ekstra stykke arbejde at organisere ordningen og at udvikle og indarbejde nye rutiner.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

I starten var der problemer med at vurdere hvilke borgere der var egnede til ordningen. Det betød at brugere måtte udgå igen, også efter at deres hidtidige medicinbeholdning var sendt til destruktion. Hvis den tidligere medicinbeholdning ikke bruges op eller destrueres ved levering af dosisdispensering.

ring er der en reel risiko for dobbeltmedicinering. Borgere med ustabil medicinforbrug og nedsat syn er ikke egnede. Brugere var i starten utrygge og negative overfor ordningen og prisen på denne samt ved udsigten til at miste den faste kontakt til hjemmesygeplejen.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Der er kommet et tættere samarbejde mellem apotek, hjemmepleje og praktiserende læger. Kontrollen af doseringskortene er en spændende farmaceutisk opgave. I hjemmesygeplejen er der blevet tid til andre og nye opgaver. Der opleves en større sikkerhed i medicineringen og poserne kan medbringes ved indlæggelse på sygehuset.

Erfarede problemer og ulemper:

Det er et problem at brugeren pludselig er forsynet med recepter eller medicin ordineret af speciallæge uden at apotek, egen læge eller hjemmeplejen er orienteret. Der er eksempler på at brugere er overdoseret idet de sideløbende har fortsat med tidligere udleveret medicin. Der er en uges leveringstid på den nye dosering og ved behov foretager hjemmesygeplejersken derfor akutte ændringer i de allerede udleverede poser, hvilket er en tidskrævende og usikker proces. Der er praktiserende læger som ikke ønsker at bruge ordningen.

De gode løsninger:

- Klar udmelding fra ledelsen om omfanget af brugere i ordningen
- At der opstilles overkommelige men ufravigelige delmål
- Offentlig udmelding om kommunens overgang til maskinel dosisdispensering
- Uddannelse og information om dosisdispensering
- God kommunikation mellem de involverede parter
- Afholdelse af møder
- Tovholder på apoteket
- God organisering og planlægning af opgaverne
- Klare og skriftlige ansvars-, kompetence- og arbejdsbeskrivelser

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Manglende økonomisk incitament til investeringer i teknologien
- For lang ventetid ved medicinændringer
- Ulempe at ikke al medicin kan maskinelt dosisdispenseres
- Manglende samarbejde med sygehuset
- Patienter udskrives fra sygehusene med recepter og uden besked om ordinationsændringer til apoteket
- Ønske om at dosisdispensering kan følge brugere også under en indlæggelse
- Ønske om levering fra dag til dag ved medicinændringer

5.11 Sønderjyllands Amt, Løgumkloster Kommune

Fire personer besvarede spørgeskemaet: En farmakonom samt en leder af sundhedsafdelingen, en plejecenterleder og en gruppeleder for sygeplejerskerne i kommunen.

Opstart:

Beslutningen om at overgå fra sygeplejens medicinadministration til maskinel dosisdispensering blev taget af kommunen og gælder uanset boformen. Der blev sendt en skriftlig information til sygehusene om at kommunen var startet med maskinel dosisdispensering.

Arbejdsflow:

Hjemmeplejen udarbejder et medicineringskema, som sendes til godkendelse hos den praktiserende læge. Det godkendte skema sendes derefter til apoteket. Ved medicinændringer giver den praktiserende læge besked til apoteket ligesom genbestillinger foregår i et samarbejde mellem læge og apotek. En medicinbestilling skal afgives inden en bestemt ugedag, hvorefter dosisdispenseret medicin til to ugers forbrug udleveres. Brugeren henter selv medicinen på apoteket, eller den bringes ud af apoteket eller af hjemmeplejen. I princippet er den medicinske behandling en sag mellem brugeren, den praktiserende læge og apoteket men der kan også bestilles tilsyn af hjemmesygeplejersken.

Personale:

Det er tidskrævende at starte ordningen op og at planlægge den enkelte borgers start i ordningen, herunder at arrangere at den træder i kraft i forbindelse med at den tidligere medicinbeholdning er brugt op. Lægepraksis var allerede kendt med ordningen fra en amtslig institution. Alligevel havde de betænkeligheder i forhold til en øget arbejdsbyrde, i forhold til at udskrive recepter for to år, samt til at borgerne ville miste tilknytningen til hjemmesygeplejen.

Samarbejde:

Ordningen har betydet et styrket samarbejde mellem hjemmeplejen, apoteket og den praktiserende læge. Der er stadig problemer med kommunikationen i forbindelse med udskrivelse fra sygehuset samt ved indlæggelse, dødsfald m.m., hvilket kan påføre brugeren en merudgift. Der afholdes kontaktmøder ca. hver 3. måned mellem kontaktpersoner fra lægehuset, apoteket og den kommunale hjemmepleje.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Hjemmeplejen vurderer om en medicinbruger er egnet til maskinel dosisdispensering. I princippet skal brugeren have været stabilt medicineret over fire uger ved opstarten. Ikke alle borgere er villige til at betale gebyret for doseringen.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Der bliver tid til andre opgaver og et tidligere arbejde med at planlægge den manuelle dosering i forhold til ugedage og helligdage undgås. Hjemmesygeplejen ser en fordel i apotekets interaktionskontrol.

Erfarede problemer og ulemper:

Da ikke al medicin kan maskinelt dosisdispenseres bliver der sideløbende doseret medicin af hjemmesygeplejen, hvilket medfører en risiko for fejlmedicinering. Ved ændringer i medicinen kan det være nødvendigt at sygeplejerskerne ændrer i de udleverede poser, hvorved den øgede sikkerhed i ordningen mistes.

De gode løsninger

- Udpege kontaktpersoner
- Tid og rum til indførelsen
- Den gode dialog
- Afholdelse af kontaktmøder hvor konkrete sager kan drøftes

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden

- Ordningen er ufleksibel ved medicinændringer
- Ønske om at kunne bestille dosisdispenseret medicin fra dag til dag
- Ønske om en elektronisk baseret arbejdsgang
- Ønske om afklaring af ansvar for receptfornyelser
- Ønske om et bedre samarbejde med sygehuset
- Ønske om at poserne bliver nemmere at åbne

5.12 Vejle Amt, Horsens Kommune

Fem personer besvarede spørgeskemaet: En klinisk farmaceut fra amtet, en praksiskonsulent og praktiserende læge, samt en sundhedscenterchef og en områdeleder fra kommunen. Derudover blev der udsendt en rapport udgivet af Horsens kommune i juni 2004, omhandlende kommunens indførelse af maskinel dosisdispensering.

Opstart:

Kommunen meldte en dato ud, hvorefter alle medicinbrugere med behov for hjælp til medicinbehandling, og som egnede sig til dosisdispensering, skulle overgå til denne ordning. Der var forinden nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra apoteket og kommunens sundhedscentre og der blev udsendt informationsbreve til de praktiserende læger og brugerne samt en avisartikel. Derudover blev der afholdt informationsmøder for de involverede parter og apotekets informationsfolder blev udleveret. Efterfølgende blev også de praktiserende læger og sygehusene inkluderet i arbejdsgruppen.

Arbejdsflow:

Den praktiserende læge og hjemmeplejen drøfter om en bruger er stabilt medicineret og egnet til at indgå i ordningen. Derudover drøftes det, om der fortsat skal være et sygeplejetilsyn. Den praktiserende læge udsteder recepter til tre måneder og apoteket kontakter denne ved efterfølgende genbestillinger. Sammen med den dosisdispenserede medicin modtager brugeren en mappe med information om lægemidlerne og to doseringskort. Det ene doseringskort lægges i hjemmeplejens samarbejdsbog. Den medicin der ikke kan maskinelt dosisdispenseres, doseres af hjemmesygeplejen og der oprettes et medicinskema i den elektroniske journal. I journalen gøres der med stor skrift opmærksom på, at der sideløbende er en maskinel dosisdispensering. Hvis brugeren indlægges, flytter eller andet, meddeler hjemmeplejen dette til apoteket.

Personale:

Det var ikke let for alle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter at afgive medicineringsopgaven til farmaceuterne. Det er vigtigt at såvel brugeren som personalet oplever en sammenhæng i ordningen, at den giver mening og er let at håndtere.

Samarbejde:

For de praktiserende læger gav opstarten problemer idet organiseringen ikke var på plads. Der blev senere udarbejdet arbejdsgangsbeskrivelser med præcisering af ansvarsområder. I amtet er der nedsat en gruppe med repræsentanter fra de involverede faggrupper. Gruppen skal undersøge ordningerne i de forskellige kommuner og udarbejde fælles retningslinier for amtet.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Dosisdispensering betyder en øget økonomisk byrde for brugeren.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Plejepersonalet kan koncentrere sig om forebyggelse og pleje og brugeren opnår større personlig frihed i forhold til sin medicinbehandling. En reduktion af arbejdsskader blandt personalet.

Erfarede problemer og ulemper:

For lægepraksis betyder ordningen en øget økonomisk byrde, et mindre overblik over medicineringen og en formindsket sygeplejefaglig observation af brugeren.

De gode løsninger:

- Nedsættelse af styregruppe med de involverede parter
- Massiv information.
- At fastholde beslutningen
- En jævnlig evaluering og justering
- At såvel brugere som personalet oplever en ordening der giver mening og som er nem at håndtere

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Der opstår fejlmuligheder i forbindelse med indlæggelse på sygehus
- Ønske om ensartede arbejdsgange og leveringer for alle pakkeapotekerne
- Ønske om en udvikling af den elektroniske kommunikation

5.13 Vestsjællands Amt, Slagelse Kommune

To personer besvarede spørgeskemaet: En apoteker og en souschef for ældreområdet i kommunen.

Opstart:

Kommunen indkaldte i starten af 2002 til et møde hvor apoteket informerede om dosisdispenseringsordningen. Dosisdispensering blev derefter afprøvet på et enkelt kommunalt plejehjem og i starten af 2003 besluttede kommunen at indføre ordningen på alle plejehjemmene.

Arbejdsflow:

Den praktiserede læge sender per e-mail recepter til apoteket, hvorefter apoteket bestiller den dosisdispenserede medicin på et pakkeapotek. Efter modtagelse leverer apoteket medicinen, samt et skema med oplysninger om medicinen og dens indtagelse, til brugeren. Plejepersonalet kontrollerer at brugeren har modtaget sin medicin og doserer sideløbende medicin som ikke kan maskinelt dosisdispenseres. Evt. sideløbende medicin eller midlertidige ordinationer skrives på doseringsskemaet fra apoteket med det formål at have alle medicinoplysninger samlet et sted.

Personale:

Den hurtige indførelse betød at der i starten ikke var udformet hensigtsmæssige arbejdsgange. Der var indledningsvis modstand blandt plejepersonalet, de praktiserende læger og apoteket og det var svært at få samarbejdet til at køre.

Samarbejde:

Apoteket var ikke informeret forud for kommunens beslutning om at indføre maskinels dosisdispensering til alle plejehjemsbeboere. Det betød at apoteket meget hurtigt måtte organisere nye arbejdsgange og tilrette lægemiddelsortimentet, hvilket betød store startvanskeligheder og usikker levering. Der er planlagt et møde for de involverede parter.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Borgere som ikke selv kan håndtere sin medicin, som er stabilt medicineret og som ikke har brug for hjælp af sygeplejerske til at indtage medicinen, skal indgå i ordningen.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Apoteket oplever mindre returmedicin og der frigøres sygeplejersressourcer.

Erfarede problemer og ulemper:

Det kan tage op til fire uger fra lægen har sendt en ny recept til brugeren modtager sin medicin. Ved ændringer fjerner sygeplejerskerne medicin fra poserne, hvilket betyder en usikkerhed i medicineringen. At apoteket ikke pakker halve tabletter.

De gode løsninger:

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Der er begrænsninger i lægemiddelsortiment og doseringsregimer
- Medicinændringer kan ikke ske fra dag til dag
- Ønske om et større samarbejde mellem de involverede parter og fastlæggelse af kompetencer
- Ønske om længere udleveringsperioder (4 uger)
- Ønske om en væsentlig kortere leveringstid
- Ønske om udvikling af medicinskemaer, så de fungerer både som ordinations-skema og som dokumentations og arbejdsredskab

5.14 Viborg Amt, Skive Kommune

To personer besvarede spørgeskemaet: En praktiserende læge og en distriktsleder fra kommunen.

Opstart:

Det var kommunens ønske, at alle borgere med behov for hjælp til medicin håndtering overgik til maskinel dosisdispensering. I et samarbejde mellem repræsentanter for de involverede parter blev der udarbejdet nogle centrale principper for arbejdsgangene.

Arbejdsflow:

Borgeren eller plejepersonalet henvender sig til den praktiserende læge med et ønske om maskinel dosisdispensering, hvorefter denne sender en recept til apoteket med en bemærkning om, at der skal dosisdispenseres. Doseringsperioden skal revurderes hver 3. måned, hvor apoteket kontakter den praktiserende læge. Dette sker dog ikke altid, hvilket betyder at den praktiserende læge mister overblikket i forhold til en opfølgning på behandlingen. Hjemmeplejen doserer sideløbende medicin, hvis denne ikke kan maskinelt dosisdispenseres eller kun skal gives i en kortere periode, samt ved medicinændringer.

Personale:

I starten frygtede plejepersonalet at de ville miste kontakten til borgene og at der ville ske personalebesparelser. Der er stadig praktiserende læger, som principielt ikke ønsker at bruge ordningen.

Samarbejde:

Den praktiserende læge gennemgår sammen med apoteket brugerens samlede medicinering. Hjemmeplejen har et godt samarbejde med apoteket og repræsentanter for de praktiserende læger. For den praktiserende læge har ordningen derimod betydet en manglende kontakt til hjemmeplejen.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

Det koster brugeren 100 kr. at få pakket medicin første gang.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Medicinen leveres i en overskuelig pakning med mange informationer på de enkelte poser.

Erfarede problemer og ulemper:

Den praktiserende læge oplever en manglende kontakt til patient og hjemmepleje og mister overblikket i opfølgningen på behandlingen hvis apoteket ikke overholder aftalen om en regelmæssig revurdering af medicinen.

De gode løsninger

- Informations- og dialogmøder med plejepersonalet
- Formidling af gode erfaringer

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden

- Ønske om at ordningen bliver billigere for brugeren
- Ønske om en månedlig oversigt over brugere i ordningen fra apoteket til den praktiserende læge
- Ønske om at kun receptpligtig medicin dosisdispenseres

5.15 Århus Amt, Rougsø Kommune

Tre personer besvarede spørgeskemaet: En farmaceut, en hjemmesygeplejerske og en afdelingsleder (social og sundhedsassistent) på et plejehjem.

Opstart:

Det var kommunen, der besluttede at implementere maskinel dosisdispensering for alle borgere med behov for hjælp til medicinbehandling. Plejehjemmet arrangerede et besøg i en kommune der allerede havde stor erfaring med ordningen, samt deltagelse i et seminar arrangeret af Kommunernes Landsforening og Apotekerforeningen. Detailplanlægningen blev varetaget af en mindre gruppe af plejepersonalet og der blev holdt møder med apoteket og de praktiserende læger.

Arbejdsflow:

Hjemmeplejen sender et doseringskort til den praktiserende læge, som derefter sender recepter og en kopi af doseringskortet til apoteket. På apoteket checkes recepter og doseringskort og en bestilling sendes til pakkeapoteket. Ved modtagelsen af den dosisdispenserede medicin checkes den første dags medicin, hvorefter pakningen sendes ud eller afhentes af brugeren. Der går to uger fra bestilling til den første levering. På plejehjemmet samordnes doseringskortet med plejehjemmets medicineringsliste, således at der kun er én optegnelse over medicinen. En kopi af dette sættes i samarbejdsbogen. Den medicin der ikke kan dosisdispenseres, eller som kun gives i en kort periode, noteres i en elektronisk plejelog og doseres sideløbende med dosisdispenseringen.

Personale:

Blandt plejepersonalet var der var en frygt for nedskæringer. Blandt lægerne var der en modstand imod afskaffelse af de regelmæssige sygeplejebesøg hos borgerne.

Samarbejde:

Apoteket oplevede, ved opstarten, at få mange brugere på en gang og det skete midt i en sommerferieperiode. Der blev efterfølgende holdt et møde, hvor der blev indgået aftaler om hvem der gør hvad og hvor nogle af de indledende problemer blev løst.

Brugere af maskinel dosisdispensering:

I starten var der ikke tilstrækkelig opmærksomhed på at ordningen kun egner sig til stabilt medicinerede brugere. Det er vigtigt at brugeren er godt informeret om ordningen ved opstarten. Det er nu muligt for brugerne at betale deres medicin via bankernes PBS.

Erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering:

Der er blevet frigjort sygeplejetimer til andre opgaver og der opleves større sikkerhed i medicineringen og mindre returmedicin. Brugere kan nu betale via PBS.

Erfarede problemer og ulemper:

Hvis en dosering bliver væk er der ingen erstatningsmedicin at tage af.

De gode løsninger:

- God planlægning inden starten
- Brochurer fra Danmarks apotekerforening
- Udarbejdelse af et katalog over hvad de sparede timer blandt plejepersonalet kunne bruges til
- En kontaktperson på apoteket
- At inddrage sekretærerne hos de praktiserende læger i opstarten
- At alle føler sig velorienterede
- En årlig evaluering af ordningen

Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

- Honorering af apoteket er for lille i forhold til arbejdsbyrden
- Sygehusene bruger ikke den dosisdispenserede medicin men sender den med hjem ved udskrivelsen
- Ved udskrivelsen medsender sygehusene ikke nyordineret medicin til brug indtil næste levering
- Ønske om at sygehuset bestiller dosisdispensering inden udskrivelsen
- Ønske om at den praktiserende læge underskriver doseringskortet
- Ønske om at apotekets doseringskort viser tabletterne i farver
- Ønske om at teksten på poserne bliver større

6 Pakkeapoteker

I alt 10 apoteker har tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen til maskinelt at pakke dosisdispenseret medicin. Pakkeapotekerne har max. været i drift siden januar 2002 og har alle tilladelse til to pakkemaskiner. Kun to apoteker valgte at starte op med to maskiner, men flere er ved at udvide kapaciteten med maskine nr. to.

De ti apoteker fungerer både som udleveringsapotek i forhold til et lokalområde og som pakkeapotek. Pakkeapoteksdelen leverer dosispakket medicin til såvel egen udleveringsdel som til andre apoteker, spredt ud over landet. I historierne fra pakkeapotekerne vil der blive søgt fokuseret på deres funktion som pakkeapotek, i den udstrækning det har været mulig at skelne, idet det er to integrerede dele.

Afsnittet om pakkeapoteker starter med en kort præsentation af den maskinelle dosisdispensering der foregår på pakkeapotekerne. Præsentationen er skrevet på baggrund af tre foldere (1-3), et skrift om dosisdispensering, som har været brugt til informationsmøder på apotekerne (4) samt en rundvisning på Glostrup Pakkeapotek. Derefter præsenteres et samlet uddrag af de besvarelser på spørgeskemaet der er kommet fra fem pakkeapoteker, og der opstilles to lister over det, der er valgt ud som henholdsvis ”De gode løsninger” og som de ”Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden”.

6.1 Maskinel dosisdispensering af medicin

Ved dosisdispensering pakkes den medicin, der skal indtages på et bestemt tidspunkt i en lille plastpose. Pakningen foregår maskinelt. Der pakkes en pose for hvert indtagelsestidspunkt og for hver dag. Poserne hænger kronologisk sammen i en lang række. Et eksempel: En bruger får medicin tre gange om dagen og starter med dosisdispensering mandag morgen. Den første pose i rækken indeholder medicin til mandag morgen, den næste pose indeholder medicin til mandag middag, den tredje medicin til mandag aften, den fjerde medicin til tirsdag morgen og så fremdeles. Kan medicinen ikke indeholdes i en pose, pakkes der i flere på hinanden følgende poser til det enkelte indtagelsestidspunkt. Alle poserne rulles op i en rulle med poser til i alt 14 dages forbrug.

Der må højst gå syv dage fra en dosisdispensering er bestilt til den udleveres fra apoteket. Der udleveres som udgangspunkt medicin til 14 dages forbrug, men kan der dispenseres fra denne regel og udleveres til max. 4 uger.



I forbindelse med pakningen af medicin foregår der en række af funktioner, som bl.a. omfatter kommunikation, dokumentation og kontrol:

1. På baggrund af Lægemiddelstyrelsens liste over lægemidler, der kan dosisdispenseres udfærdiger hvert pakkeapotek en sortimentsliste indeholdende de præparater, som de har valgt at dosispakke. Sortimentslisten sendes til de udleveringsapoteker der samarbejdes med
2. Udleveringsapoteket udfærdiger et doseringskort. Dette kan indeholde receptpligtig medicin, håndkøbsmedicin og evt. kosttilskud. Doseringskortet udfærdiges ud fra en dialog med, og recepter fra den praktiserende læge og/eller oplysninger fra brugeren/dennes pårørende/plejepersonalet. Doseringskortet tilpasses samtidig sortimentslisten fra det pakkeapotek der samarbejdes med
3. Pakkeapoteket modtager en bestilling fra udleveringsapoteket enten per fax, elektronisk eller telefonisk
4. Af bestillingen fremgår de oplysninger der findes på doseringskortet: navn og cpr.-nr. på brugeren, perioden for dosisdispensering, præparatnavne, lægemiddelform, styrke og antal, indtagelsestidspunkt og varighed af dosisdispenseringen

5. Pakkeapoteket sætter doseringsmaskinen op og pakker den bestilte medicin til en to ugers periode
6. Den pakkede medicin kontrolleres ved at antallet af tabletter/kapsler i hver enkelt pose kontrolleres i forhold til doseringskortet
7. Pakkeapoteket sender pakken med den dosispakkede medicin til apoteket

Der er aftalt bestemte pakke- og leveringsdage for de enkelte udleveringsapoteker, og der er afsat en deadline i forhold til bestillinger og ændringer i disse.

Selve pakningen foregår automatiseret i en pakkemaskine, som kan rumme 200-500 forskellige lægemidler afhængigt af den valgte maskine. Hvert lægemiddel opbevares i, og dispenseres fra, en specialkonstrueret beholder, kaldet en kanister. Kanisteren er designet og kalibreret, således at det kun er dette lægemiddel, der kan passere kanisterens åbning ved dispensering. Skal et nyt lægemiddel dispenseres fra maskinen, kræver det anskaffelse af en ny kanister. Godkendelse af kanistre foregår i Sverige hvilket har betydning for den tid det tager til fra et lægemiddel er godkendt til det kan leveres. De fleste lægemidler er kun godkendt til en maksimal opbevaring på fire uger efter brydning af originalemballagen i forbindelse med påfyldning af kanisteren, hvilket begrænser udvalget af kanistre, som et pakkeapotek kan ligge inde med. Pakkeapotekerne er underlagt de samme kvalitetskrav som andre apoteker.

Forbrugerprisen på den dosisdispenserede medicin udregnes ud fra antallet af udleverede lægemidler og til en pris svarende til billigste stykpris. Da taksten og dermed stykprisen ændres hver 14. dag, har leveringstiden for kanistre betydning for hvorvidt lægemiddelpakningen med billigste stykpris reelt kan dosispakkes. Ligeledes har den hyppige ændring i taksten betydning for det udvalg af kanistre, som et pakkeapotek kan ligge inde med. Substitutionsreglerne gælder også for dosisdispenseret medicin, dog undtaget de tilfælde, hvor billigste lægemiddel ikke kan maskinelt dosispakkes. Ved pakning af et dyrere lægemiddel betaler forbrugeren merprisen. Der er fastsat regler for prisberegning ved samhandel mellem pakke- og udleveringsapoteker. Derudover tillægges et, af Sundhedsministeriet fastsat, gebyr for pakning og ekspedition. Der ydes sygesikringstilskud til dette gebyr, hvis dosisdispenseringen er ordineret af en læge, og hvis den indeholder mindst et tilskudsberettiget lægemiddel.

6.2 Historier fra pakkeapotekerne

Fem apotekere fra: Århus Stjerne Apotek, Holstebro Apotek, Vojens Apotek, Svane Apotek i Frederikshavn og Apotek Bryggergården i Odense besvarede spørgeskemaet.

De fulde historier i form af besvarelserne på spørgeskemaet er vedlagt i en særskilt bilagsrapport.

Lægemiddelsortiment:

Det koster ca. 5.000 kr. at introducere et lægemiddel til maskinel dosisdispensering. Det er prisen for validering og kalibrering af en kanister til pakkemaskinen.

Af besvarelsen fra en apoteker fremgår det, at deres pakkemaskine har et fast sortiment på 400 lægemidler. Sortimentet vælges på baggrund af hvilke lægemidler, der har størst omsætning blandt brugere over 60 år. Derudover er der valgt lægemidler til behandling af epilepsi og psykiske lidelser. Et krav til lægemidlerne er leveringssikkerheden, hvorfor der ikke indgår parallelimporterede lægemidler. Derudover skal lægemidlerne indenfor en 14 dages periode tilhøre de billigste prisgrupper (prisgruppe a eller b). Sortimentet revideres løbende.

Leveringstid og leveringshyppighed:

De fleste pakkeapoteker pakker til to ugers medicinforbrug. Et enkelt apotek pakker til en uge for enkelte brugere.

Ifølge besvarelsen fra de enkelte kommuner, som er præsenteret tidligere i rapporten, er der typisk en samlet leveringstid på to uger fra medicinbestilling til udlevering af den dosisdispenserede medicin. Leveringstiden synes dog at variere og i nogle tilfælde at være op til 4 uger.

Et enkelt apotek skriver, at de kan levere akutpakninger fra dag til dag til brugere som allerede er i ordningen. Det betyder at hvis sygehuset medgiver medicin til to dages forbrug, så kan den dosis-pakkede medicin være klar derefter. Samme mulighed er der ved medicinændringer. Hvis dosis skal øges, pakkes der en tillæggsdosering og hvis dosis skal reduceres pakkes der en helt ny dosering.

Samarbejde med andre apoteker:

Pakkeapotekerne har fungeret som støtte i forhold til andre apotekers opstart i ordningen. Det er ikke alle apoteker, der har været lige interesseret i at forhandle dosisdispenseret medicin og der er apoteker, som mistænker pakkeapoteket for at stjæle kunder fra dem.

Økonomi:

Det har været ca. 1½ år fra etablering af en pakkefunktion til denne er rentabel. Den manglende interesse blandt udleveringsapotekerne for at forhandle dosisdispenseret medicin, anses for at være begrundet i et manglende økonomisk incitament.

Det anses for problematisk at sygesikringstilskuddet til dosisdispensering er afhængigt af lægens ordination af ordningen og af at mindst et lægemiddel er tilskudsberettiget. Da det er kommunerne, der betaler for hjælp til medicinbehandling bør det også være dem, der kan initiere dosisdispensering med tilskud fra sygesikringen.

6.3 Gode løsninger for indførelse og drift

Som tidligere nævnt har pakkeapotekerne en dobbeltfunktion som både pakkeapoteke og almindeligt apotek. Dosisdispensering opleves som en velkommen faglig udfordring. Flere af apotekerne har deltaget i forskellige former for møder og samarbejder med repræsentanter for amter, kommunerne og de praktiserende læger. Et apotek har deltaget i en projektgruppe omkring forsøg og opstart af dosisdispensering i kommunen. Et andet apotek har i samarbejde med kommunen og repræsentanter for de praktiserende læger udarbejdet retningslinier for opstart og håndtering af dosisdispensering, som følges af alle de apoteker i kommunen, der leveres til. Derudover har pakkeapotekerne arrangeret fremvisning af deres produktion. Internt på apotekerne er der arbejdet med informationsmateriale og undervisning af alt personale, således at der gives en ensartet information til kunderne.

De gode løsninger er:

- Dialog og information
- At fokusere på succeshistorier
- Respekt for hinanden
- Deltagelse i møder i kommuner og amter
- At acceptere at ting tager tid
- Ensartet information

6.4 Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden

Der er følgende tilbageværende problemområder:

- Problemet med dosisdispensering ved sygehusindlæggelser og udskrivninger anses for at være påtrængende
- Den 14 dages baserede takst, med nye priser hver anden uge, udgør en hæmsko i forhold til at levere det billigste lægemiddel
- Pakkeapotekerne afblistrer meget (tager tabletter ud af blisterpakninger) hvilket er forbundet med store lønomkostninger
- Apoteket fakturerer til laveste pris, men der bruges måske en dyrere pakning idet den med lavest pris er en blisterpakning
- Omkostningen og leveringstiden ved anskaffelse af kanistre udgør en hæmsko for hurtige ændringer i lægemiddelsortimentet
- Manglende økonomisk incitament hos udleveringsapotekerne

Pakkeapotekerne har følgende gode ideer og ønsker til fremtiden:

- Ophævelse af sammenhængen mellem lægens ordination og sygesikringstilskuddet til dosisdispensering
- Ophævelse af tilladelsen til at dosisdispensere halve tabletter, da tabletternes kvalitet ikke er god nok til en deling
- At lægemiddelindustrien kan levere bulkpakninger (evt. kanistre) til laveste AIP (apotekernes indkøbspris) i den generiske gruppe, og med leveringssikkerhed på denne pakning
- At lægemiddelindustrien kan levere bulkpakninger med drug-ID som varenummer
- Holdbarheds undersøgelser på bulkpakninger, således at lægemidler tildeles en reel holdbarhedsperiode
- Tilladelse til at pakke medicin til mere end fire uger ad gangen
- Indførelse og opgradering af en elektronisk kommunikation mellem læge og apotek til skrivning og udveksling af doseringskort og recepter
- Udarbejdelse af en fælles elektronisk receptformular bl.a. med angivelse af tidspunkt for tabletindtag
- Bedre honorering af (udleverings)-apotekerne
- En styrkelse og honorering af den farmaceutiske gennemgang af doseringskortet
- Fælles retningslinier på landsplan omkring dosisdispensering i forbindelse med sygehusindlæggelse og udskrivelse
- Anvendelse af generisk ordination med henblik på at nedsætte forvirringen ved substitutionen

6.5 Referencer:

1. Dosispakket medicin. Apotekerne i Danmark
2. Dosispakket medicin. Information til apotekets samarbejdspartnere. Apotekerne i Danmark
3. Dosisdispensering. Praktiserende lægers organisation, Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen, Apotekerne i Danmark
4. Dosisdispensering. Brugervenlig medicinudlevering med fokus på kvalitet og sikkerhed. Foredragsmateriale til informationsmøder om dosisdispensering. Danmarks Apotekerforening februar 2003 (ikke offentligt tilgængeligt)

7 Sammenfatning på tværs af amter, kommuner og pakkeapoteker

Det ser ud til, at det overvejende er de kommunale ledelser der har taget initiativ til at indføre maskinel dosisdispensering. Fra en enkelt kommune fremgår det, at initiativet kom fra socialudvalget. I en enkelt kommune kom initiativet fra apoteket og i en anden fra apoteket og kommunen i fællesskab. Fra tre kommuner lyder det, at initiativet kom fra de enkelte plejehjem-/hjemmeplejeledelser. Der er forskel på hvordan kommunerne har grebet det an og i hvor stor udstrækning de på nuværende tidspunkt ønsker, at der skal tilbydes maskinel dosisdispensering til alle borgere, der har behov for hjælp til medicin håndtering. Nogle kommuner har udmeldt en bestemt dato, hvorefter personalet i hele hjemmeplejen og på plejehjemmene, kun undtagelsesvis og efter nærmere visitation, varetager borgernes medicinadministration. I andre kommuner er de startet i et mindre område som fx på et eller flere plejehjem.

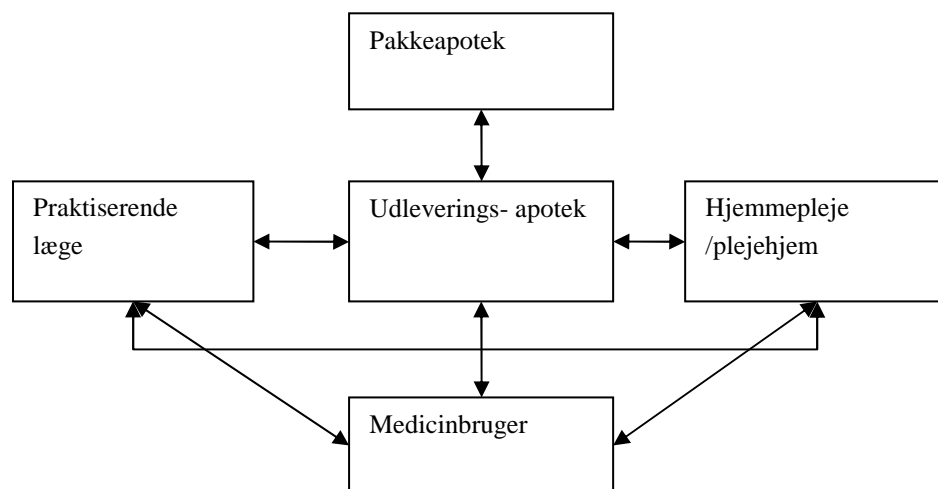
Ifølge de fem besvarelser fra amterne ses deres opgave som at opsamle og formidle viden og erfaring med henblik på at fremme brugen af maskinel dosisdispensering.

Der er forskel på hvor stort et forarbejde der er lavet med henblik på organisering og samarbejde, inden indførelsen af maskinel dosisdispensering i de enkelte kommuner. Der er ligeledes forskel på hvem der har været involveret i dette forarbejde og kun i en enkelt kommune beskrives et direkte samarbejde med sygehuset. De gode erfaringer relateres til aktiv kommunal ledelse og et grundigt forarbejde på tværs af apoteker, praktiserende læger, hjemmepleje og plejehjem.

Selvom der er store overensstemmelser i den måde driften er organiseret på, er der også betydelige variationer. Der er variationer i forhold til hvem der tager initiativ til at der bestilles maskinel dosisdispensering hos den enkelte bruger, hvem der oplyser apoteket om hvilke lægemidler der skal indgå på doseringskortet, hvorvidt den praktiserende læge underskriver doseringskortet, hvor lang en periode dosisdispenseringen ordineres for og hvorvidt der indgår en gennemgang af den samlede lægemiddelbehandling. Der synes også at være forskel på pakkeapotekernes leveringstid, både ved nyopstart af en bruger og ved medicinændringer. Såvel opstart af ordningen, som opstart af hver enkelt bruger tager tid og personaleresourcer både på apoteket, plejehjem/hjemmepleje og hos den praktiserende læge.

Maskinel dosisdispensering involverer flere faggrupper, hver organiseret i egen organisation. Det kræver samarbejde og løbende informationer såvel internt i organisationen som mellem de forskellige organisationer. Det er ikke nyt for faggrupperne at samarbejde omkring en brugers medicinske behandling, men maskinel dosisdispensering er en ny måde at organisere dette samarbejde på, hvor apoteket nu indgår som endnu et element i administrationen af den enkelte brugers samlede medicin. Det ser ud til, at udleveringsapoteket ofte fungerer som tovholder i samarbejde mellem organi-

sationerne, men at der er derudover er kontakt på kryds og tværs af organisationerne. Dette er skitseret i nedenstående tegning, hvor mulige kontakter, og deres retning er angivet med pile.



Barrierer for indførelsen af maskinel dosisdispensering ser ud til at være uvidenhed og uvished om ordningen, frygt for eget arbejdsområde, diskussioner om faglige grænser, tidskrævende og besværlig opstart, manglende økonomisk incitament hos apotekerne og manglende vilje blandt de praktiserende læger.

7.1 Brugere af maskinel dosisdispensering

Nogle² af respondenterne angiver, at et stabilt medicinbrug er en vigtig forudsætning for hvilke brugere der indgår i ordningen. I en enkelt kommune forudsættes der en stabil medicinering i fire uger, inden en bruger vurderes som egnet til ordningen. Derudover nævner enkelte, et egnet medicinforbrug, heraf en enkelt et forbrug på 3-4 tabletter dagligt, som en forudsætning for at indgå i ordningen. Andre forhold som nævnes en enkelt gang, er at beboere i eget hjem selv skal kunne åbne døren for apotekets bud samt selv være i stand til at indtage posens indhold samt have et tilstrækkeligt syn. Enkelte skriver, at det især i starten var svært at vurdere hvilke brugere der var egnede til maskinel dosisdispensering og en enkelt ser en fordel i at udbrede ordningen til bl.a. socialpsykiatriske bo-foranstaltninger.

² I dette afsnit og i afsnittet om erfarede fordele er der gjort et forsøg på at give læseren et indtryk af hvor ofte et bestemt forhold er beskrevet af respondenterne. Som omtalt i afsnit 4.2.4 anvendes ordet "hyppigt" eller "mange", hvis det er omtalt af halvdelen eller flere af respondenterne, "en del", hvis det er omtalt af mere end en fjerdedel af respondenterne, "nogle" hvis det er omtalt af en ottendedel eller mere end af respondenterne og "enkelte" hvis det er omtalt af mindre end en ottendedel af respondenterne men af mere end af en enkelt respondent. Dette skal dog tages med stort forbehold idet der er valgt en kvalitativ tilgang i undersøgelsen.

Nogle har overvejelser om, eller er usikre i forhold til, brugerens økonomi. Enkelte skriver at brugerne var skeptiske i starten pga. manglende økonomisk oversigt og en frygt for at miste kontakten til sygeplejen. Enkelte skriver at brugerne er tilfredse med ordningen og at det er en fordel at kunne tage poserne med sig fx ved besøg udenfor plejehjemmet. En enkelt skriver, at brugerne ser en fordel i den tekst der er på hver enkelt pose.

7.2 Sammenfatning af de erfarede fordele

De erfarede fordele ved maskinel dosisdispensering er en frigivelse af kommunernes personaleresourcer. En del nævner tid til andre funktioner, enkelte at det giver tid og ro til samtale med borgeren og en større fleksibilitet for sygeplejersker og brugere idet hjemmebesøget ikke længere behøver at være på en fast ugedag. Derudover nævner nogle, at arbejdsmiljøet er forbedret med bl.a. færre fingerskader på grund af blisterpakket medicin og enkelte et mindre pres i forhold til at nå de mange doseringer på fastlagte dage.

Nogle oplever en større sikkerhed i medicinadministrationen. Informationerne om brugeren og om medicinen på hver enkelt pose samt det, at indholdet kan ses gennem poserne, gør det er lettere at kontrollere, at den rigtige patient får den rigtige medicin. Derudover oplever en enkelt det som en sikkerhed, at doseringskortet ikke længere er håndskrevet. En enkelt påpeger at poserne er hygiejniske.

Enkelte læger skriver om et fald i receptfornyelser og et enkelt sted (psykiatrisk ambulatorium) opleves der en forbedring i patienternes compliance og et fald i brugen af den medicin der ikke tages fast, men efter behov. Enkelte blandt plejepersonalet nævner en bedre farmaceutisk kontrol samt et forbedret tværfagligt samarbejde især mellem apotek og plejepersonale. En enkelt skriver at apotekspersonalet oplever det som en spændende farmaceutisk opgave. En påpeger, at brugere nu kan betale via PBS.

Der er såvel en forventning, som en erfaring blandt nogle af respondenterne til, at maskinel dosisdispensering betyder en formindsket risiko for fejlmedicinering, især hvis der indgår en medicinenemgang. Blandt enkelte er der erfaring for, at ordningen betyder et formindsket medicinspild.

7.3 Sammenfatning af de erfarede ulemper

Ordningen opleves som tung i forbindelse med opstart og ændringer. Der er lang leveringstid ved opstart af ny bruger. Ved ændringer i forbindelse med anden ordination foretager sygeplejerskerne midlertidige ændringer i den dosispakke medicin eller doserer medicin sideløbende med dosispakkerne, og der er lang leveringstid på den nye medicin. Nogle beskriver en mangelfuld kommu-

nikation og at denne let svigter ved ordinationsændringer samt ved ændringer i levering fx i forbindelse med indlæggelse. Denne mangelfulde kommunikation medfører en øget risiko for fejl.

Nogle oplever en forringet kontrol med og et mindre overblik over den medicinske behandling. En enkelt skriver at det er sværere for sygeplejerskerne at genkende medicinen, en enkelt at der opstår problemer med manglende medicin hvis en dosering bortkommer og hvis der er behov for ekstra medicin. Enkelte oplever problemer i samarbejdet med de praktiserende læger og en enkelt at det er uafklaret hvor ansvaret ligger ved fornyelse af doseringskortet. En enkelt skriver at den sideløbende dosering af medicin som ikke kan dosisdispenseres betyder, at der opstår dobbelt bogholderi med både et doseringskort fra apoteket og et doseringskort på den resterende medicin.

Forskelle mellem pakkeapotekernes sortimentslister og den korte holdbarhed for medicin i kanistrene anses af en enkelt for at være en ulempe. Et pakkeapotek stiller spørgsmålstegn ved at sygesikringstilskuddet til maskinel dosisdispensering er afhængigt af lægemiddelordination, når det er kommunerne, der har udgiften til medicinbehandling, bør de også kunne initiere maskinel dosisdispensering med tilskud fra sygesikringen.

Der var, især i starten, modstand mod maskinel dosisdispensering blandt plejepersonalet, som frygtede nedskæringer og fyringer. Derudover var der modstand blandt medicinbrugere og i enkelte tilfælde deres pårørende. Denne modstand skyldes frygt for at miste kontakten med sygeplejersker samt usikkerhed om økonomien. Modstanden blandt de praktiserende læger var udbredt i starten og er i nogen udstrækning stadig til stede, begrundet i øget arbejdsbyrde, frygt for og oplevelser af manglende kontakt, overblik og observation. Derudover opleves der blandt udleveringsapotekerne et manglende økonomisk incitament.

7.4 Sammenfatning af de gode løsninger og ideer til løsninger

I alle de berørte organisationer har der være barrierer ved indførelsen, og mange steder er der erfaringer for hvordan disse barrierer overvindes. På tværs af de 15 kommuner og fem pakkeapoteker fremstår følgende gode løsninger:

Inden indførelsen:

- God planlægning inden starten
- Fælles mål og troen på en god ide
- En klar udmelding fra den kommunale ledelse bl.a. om omfanget af brugere i ordningen.
- At ledelsen går foran
- Overkommelige men ufravigelige delmål
- Viden om ordningen, herunder om risici

- At såvel brugere som personalet oplever en ordening der giver mening og som er nem at håndtere
- Klare og skriftlige ansvars-, kompetence- og arbejdsbeskrivelser
- Respekt for hinanden og samarbejdet
- Møder mellem de involverede parter inden ordningen tages i brug
- Praktiske aftaler i- og mellem organisationerne
- En ansvarlig person, som står for indførelse og oplæring i de enkelte organisationer
- Bred, god og ensartet introduktion til og information om ordningen
- Tid og rum til indførelsen
- Fokusering på succeshistorier

Konkrete forslag:

- Offentlig udmelding om kommunens overgang til maskinel dosisdispensering
- Elektroniske kommunikations- og medicinlister
- Brug af praksiskonsulenten
- Skriftlig og mundtlig information til alle involverede parter.
- Faste kontaktpersoner og tovholdere
- Brug af brochurer fra Danmarks Apotekerforening
- Brug af kurser afholdt af Kommunernes Landsforening og apotekerne
- Udarbejdelse af materiale ud fra hvilket der kan diskuteres og opstilles kriterier for ordningen
- Test af arbejdsrutiner m.m. i forhold til en mindre gruppe inden større udbredelse
- Et møde med sekretærene hos de praktiserende læger
- Et katalog over, hvad de frigjorte timer blandt plejepersonalet kan bruges til
- At indførelsen ikke kædes sammen med besparelser blandt plejepersonalet

I driftsfasen:

- En overordnet styring i de enkelte organisationer
- Jævnlig kontakt mellem de involverede parter
- Nøgelpersoner på apoteket og i kommunen

Ideer til fremtidige tiltag:

- En amtslig, evt. landsdækkende instruks for håndtering af maskinel dosisdispensering ved indlæggelse og udskrivning fra sygehuse
- Brug af den elektroniske personlige medicinprofil (PEM)
- Amtet som en katalysator for brugen af maskinel dosisdispensering
- Løbende evalueringer og møder blandt de involverede parter
- En hjemmeside til erfarings- og vidensdeling

7.5 Tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden

I alle de udvalgte kommuner er dosisdispenseringsordningen inde i en driftsfase, hvilket betyder at der er gjort erfaringer med at løse de uhensigtsmæssige forhold ved en teknologi, i dette tilfælde maskinel dosisdispensering, som oftest først viser sig i den praktiske brug. På tværs af de 15 kommuner og de fem pakkeapoteker fremstår følgende tilbageværende problemer og ønsker for fremtiden:

Tilbageværende problemer og ønsker i forhold til lægemiddelsortimentet:

- At blisterpakninger ofte har den billigste stykpris samtidig med at det er ressourcekrævende at afblistre inden brug af lægemidlet i pakkemaskinen
- At omkostningen ved anskaffelse af kanistre kan udgøre en hæmsko for hurtige ændringer i lægemiddelsortimentet
- Ønske om levering af bulkpakninger til laveste AIP (apotekernes indkøbspris) i den generiske gruppe, og med leveringssikkerhed på denne pakning
- Ønske om bulkpakninger med drug-ID som varenummer
- Ønske om en længere holdbarhed (6 måneder) for den medicin der ligger i pakkemaskinerne, idet den nuværende holdbarhed på 4 uger kan reducere den reelle sortimentsliste og substitutionen til billigste produkt
- Ønske om holdbarhedsundersøgelser på bulkpakninger, således at lægemidler tildeles en reel holdbarhedsperiode
- Ønske om en ophævelse af tilladelsen til at dosisdispensere halve tabletter, da tabletternes kvalitet ikke er god nok til en deling
- Ønske om anvendelse af generisk ordination med henblik på at nedsætte forvirringen ved substitution
- Ønske om én fælles sortimentsliste for alle pakkeapoteker
- Ønske om at kanistergodkendelse kan foregå i Danmark

Tilbageværende problemer og ønsker i forhold til pakkefunktionen:

- Uhensigtsmæssigt at der som udgangspunkt kun leveres dosisdispenseret medicin til 14 dage ad gangen
- Leveringstiden er for lang ved opstart af ny bruger, ved ordinationsændringer og ved genoptagelse af en midlertidig afbrudt levering
- Det er en ulempe at ikke alle lægemidler kan dosisdispenseres
- Ældre mennesker kan have besvær med at bryde pakningerne
- Ønske om kortere leveringstid og en større fleksibilitet i pakningen, således at ændringer hurtigt kan effektueres
- Ønske om flere valgmuligheder i leveringshyppigheden
- Ønske om tilladelse til at pakke medicin til mere end fire uger ad gangen

- Ønske om mulighed for akut levering ved opstart og ved medicinændringer
- Ønske om at flere tabletstyrker kan dosisdispenseres
- Ønske om ensartede arbejdsgange og leveringer for alle pakkeapotekerne
- Ønske om at apotekets doseringskort viser tabletterne i farver
- Ønske om at teksten på poserne bliver større
- Ønske om at poserne bliver nemmere at åbne

Tilbageværende problemer og ønsker i forhold til doseringskortet:

- Der kan opstå ”dobbelt bogholderi”, med fare for fejl, når den dosisdispenserede medicin står på et doseringskort fra apoteket, og den medicin der sideløbende doseres manuelt står på et andet kort
- Plejepersonalet tilføjer informationer om medicin, som ikke dosisdispenseres, på doseringskortet fra apoteket for at undgå ”dobbelt bogholderi”
- Ønske om, at der fastlægges en ansvarsplacering ved udfyldelse af doseringskort (gerne via lovgivning)
- Ønske om at den praktiserende læge underskriver doseringskortet
- Ønske om en elektronisk baseret arbejdsgang i forhold til udveksling af doseringskort mellem praktiserende læge, plejepersonale, udleverings- og pakkeapotek
- Ønske om et fælles elektronisk doseringskort med oplysninger om såvel dosisdispenseret som ikke-dosisdispenseret medicin
- Ønske om udvikling af medicinskemaer, så de fungerer både som ordinationsskema og som dokumentations- og arbejdsredskab

Tilbageværende problemer og ønsker i forhold til medicinændringer:

- Ordningen opleves ufleksibel i forbindelse med medicinændringer
- Der kan opstå et medicinspild i forbindelse med dosisændringer
- Plejepersonalet fjerner medicin fra poserne i forbindelse med medicinændringer
- Plejepersonalet doserer medicin sideløbende med den maskinelle dosisdispensering i forbindelse med medicinændringer
- Ønske om levering af dosispakninger fra dag til dag, ved medicinændringer

Tilbageværende problemer og ønsker i forhold til økonomien:

- Der er et manglende økonomisk incitament til investeringer i teknologien
- Honoreringen af udleveringsapoteket er for lille i forhold til arbejdsbyrden ved oprettelse af, og ændringer i, doseringskortet
- Den 14 dages baserede takst, med nye priser hver anden uge, kan udgøre en hæmsko i forhold til at levere det billigste lægemiddel
- Ønske om større overskuelighed af de økonomiske konsekvenser for brugeren
- Ønske om, at ordningen er billigere for brugeren eller at brugeren fritages for pakkegebyret

- Ønske om en ophævelse af sammenhængen mellem lægens ordination og sygesikringstilskuddet til maskinel dosisdispensering
- Ønske om særskilt betaling til apoteket for oprettelse af/ændring i doseringskort

Tilbageværende problemer og ønsker i forhold til indlæggelse og udskrivelse på sygehus:

- Problemet med maskinel dosisdispensering ved sygehusindlæggelser og -udskrivelser anses for at være presserende
- Et manglende kendskab til ordningen på sygehusene medfører muligheder for fejl i forbindelse med sygehusindlæggelser og udskrivelser
- Der er en risiko dobbeltmedicinering når den ubrugte dosisdispenseret medicin sendes med hjem ved udskrivelsen
- Det er et problem, at sygehusene ikke sender nyordineret medicin med patienten hjem til brug indtil næste levering af dosisdispenseret medicin
- Kommunikationen omkring midlertidigt ophør med ordningen kan svigte ved indlæggelse på sygehus
- Ønske om en sikring af lægemiddelbehandlingen i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra sygehusene
- Ønske om at sygehuse udskriver patienter med maskinelt dosispakket medicin.
- Ønske om at sygehuset medgiver medicin til en uge ved udskrivelsen
- Ønske om at dosisdispensering kan følge brugeren, også under en indlæggelse (maskinel dosispakning og ensartet lægemiddelsortiment i begge sektorer)
- Ønske om at sygehuset genbestiller maskinel dosisdispensering inden udskrivelsen.
- Ønske om fælles retningslinier på landsplan omkring maskinel dosisdispensering i forbindelse med sygehusindlæggelse og – udskrivelse

Andre ønsker til fremtiden:

- Ønske om sikring af en medicingennemgang inden opstart af maskinel dosisdispensering
- Ønske om, at der indgår en regelmæssig medicingennemgang (gerne en gang om året)
- Ønske om en større fleksibilitet og et bedre samarbejde mellem de involverede parter
- Ønske om fastlæggelse af ansvar og kompetence herunder ansvar for receptfornyelser og for den samlede medicinske behandling
- Ønske om en fælles holdning til maskinel dosisdispensering blandt de praktiserende læger
- Ønske om ensartede retningslinier og kommunikationsredskaber
- Ønske om en udvikling af den elektroniske kommunikation, herunder udvikling af en fælles elektronisk receptformular
- Ønske om en månedlig oversigt over brugere i ordningen fra apoteket til den praktiserende læge
- Ønske om at kun receptpligtig medicin dosisdispenseres

8 Konklusion

Det ser ud til, at det overvejende er de kommunale ledelser der har taget initiativ til at indføre maskinel dosisdispensering, og at det kun et enkelt sted var apoteket der tog initiativet. Der er forskel på i hvilket omfang de enkelte kommuner har implementeret ordningen, hvor stort et forarbejde der er lavet med henblik på organisering og samarbejde inden indførelsen, og hvem der har været involveret i dette forarbejde. Såvel opstart af ordningen som opstart af hver enkelt bruger tager tid og kræver personaleressourcer både på apoteket, plejehjem/hjemmepleje og hos den praktiserende læge.

Der er såvel overensstemmelser som betydelige variationer i den måde driften er organiseret på. Da maskinel dosisdispensering involverer flere faggrupper, organiseret i flere organisationer forudsætter ordningen et samarbejde med løbende informationer såvel internt i organisationen som mellem de forskellige organisationer.

Uvidenhed og uvished om ordningen, frygt for eget arbejdsområde, diskussioner om faglige grænser, tidskrævende og besværlig opstart, manglende økonomisk incitament hos apotekerne og manglende vilje blandt de praktiserende læger udgør barrierer for indførelsen af maskinel dosisdispensering.

Der er allerede et stort potentiale af indhøstede erfaringer med brugen af maskinel dosisdispensering. Der er erfaringer om hvem der er egnede brugere, om fordele og ulemper ved maskinel dosisdispensering, samt problemer i forhold til den måde den er organiseret på. Derudover er der erfaringer med, og ideer til gode løsninger, ligesom der er tilbageværende problemer og ønsker i forhold til at sikre en god indførelse, drift og fremtidig udvikling af maskinel dosisdispensering.

Egnede brugere er:

Medicinbrugere med et stabilt medicinforbrug.

De erfarede fordele er:

- Frigørelse af kommunernes personaleressourcer til andre opgaver
- Bedre arbejdsmiljø for plejepersonalet
- Større sikkerhed i medicinadministrationen
- Formindsket risiko for fejlmedicinering
- Bedre tværfagligt samarbejde
- Færre receptfornyelser
- Mindre medicinspild
- Bedre compliance

De erfarede ulemper er:

- Ressourcekrævende at starte nye brugere af ordningen op
- Ressourcekrævende ved medicinændringer
- Lang leveringstid
- Dobbelt bogholderi
- Forringet kontrol med den medicinske behandling

De gode løsninger handler om:

- Viden om ordningen, herunder om risici
- God planlægning med klare udmeldinger og fælles mål
- Møder mellem de involverede parter med vilje til samarbejde og respekt
- Klare og skriftlige ansvars-, kompetence- og arbejdsbeskrivelser
- Nøglepersoner på apoteket, i kommunen og i lægepraksis
- Elektronisk kommunikation, herunder elektronisk doseringskort/medicinliste
- Udvikling af fælles instruks for håndtering af maskinel dosisdispensering ved indlæggelse og udskrivning fra sygehuse
- En hjemmeside til erfarings- og vidensdeling

De tilbageværende problemer ses i forhold til:

- Pakkeapotekernes fastlagte leveringsdage og deres leveringstid
- Det dosisdispenserede lægemiddelsortiment
- Pakkestørrelser, priser og holdbarhed
- Fejlmuligheder og spild ved medicinændringer
- Fejlmuligheder ved ordination og udfyldelse af doseringskort
- Problemer, herunder fejlmuligheder i forbindelse med sygehusindlæggelse og – udskrivelse
- Uklarheder omkring ansvar og kompetence
- Manglende sikring af medicingennemgang inden opstart af maskinel dosisdispensering
- Manglende sikring af en regelmæssig medicingennemgang
- Manglende oversigt over den samlede lægemiddelbehandling
- Manglende overskuelighed over de økonomiske konsekvenser for brugeren
- Manglende økonomisk incitament til investeringer i teknologien
- Mangelfuld kommunikation
- Manglende samarbejde med de praktiserende læger

9 Bilag 1. Følgebrev til spørgeskema

Kære

Det er vigtigt at få brugernes erfaringer med dosisdispensering. Derfor håber vi, at du vil bruge lidt af din tid på at udfylde det vedlagte spørgeskema vedrørende maskinel dosisdispensering.

Historien bag vores undersøgelse

De danske apoteker har siden efteråret 2002 haft ret og pligt til at udlevere dosispakket, lægeordineret medicin til borgerne. Der er store forventninger til at ordningen potentielt kan medføre øget sikkerhed ved medicinudlevering, og at man vil kunne spare ressourcer.

For at få viden om en hensigtsmæssig fremtidig anvendelse af ordningen, har CAST (Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering) på Syddansk Universitet i et samarbejde med forskere fra Danmarks Farmaceutiske Universitet og Pharmakon, iværksat dele af en medicinsk teknologivurdering.

Vi undersøger relevansen og betydningen af ordningen i forhold til teknologi, patient, organisation og økonomi. Undersøgelsen er støttet finansielt af Apotekerfonden af 1991 med 1 mio. kroner.

I denne del af undersøgelsen ønsker vi på kommunalt niveau at indsamle erfaringer med brugen af dosisdispensering, og det er her du kommer ind i billedet.

Formålet med undersøgelsen

Formålet med denne del af undersøgelsen er at kunne beskrive, hvordan en hensigtsmæssig udvikling/spredning af dosisdispensering i Danmark kan se ud.

Udfyldelse af spørgeskema

Lægemeddelkonsulenter i alle landets amter er blevet bedt om at pege på den kommune i amtet, der havde flest dosisdispenserede brugere i marts 2004. Spørgeskemaet sendes til de 17 udvalgte kommuner (inkl. Københavns- og Frederiksberg Kommune), eller dele af disse, hvor der er personer med erfaring indenfor dosisdispensering. Det er erfaring i forhold til at tage beslutning om indførelse og i forhold til den praktiske organisering i hjemmepleje og på plejehjem, det er praktiserende læger, der benytter sig af ordningen og det er udleveringsapoteker. Endvidere beder vi pakkeapotekerne og de amtslige lægemiddelkonsulenter om at udfylde skemaet.

Skemaet består af syv spørgsmål omhandlende den nuværende organisering, opstarten af denne og dens fremtid. Da vi gerne vil have uddybende svar, er der god plads til hvert svar. Du kan besvare spørgeskemaet elektronisk. Den elektroniske udgave af spørgeskemaet kan hentes på hjemmesiden:

www.cast.sdu.dk?cid=16, hvor der også findes en brugsvejledning. Alternativt kan du svare på vedlagte papirudgave og returnere den i vedlagte svarkuvert. Blandt de elektroniske besvarelser trækker vi lod om 3 flasker rødvin.

Besvarelserne er ikke anonyme, da de skal indeholde amt- og kommunenavn samt din stillingsbetegnelse. Besvarelserne vil blive lagt ved den endelige rapport som bilag, og vil derfor være offentligt tilgængelige. Du bør således skrive dine svar, så de fremstår som dine anbefalinger til andre kommuner, der endnu ikke er helt så langt som jeres kommune. Hvis du ønsker at vedlægge personlige kommentarer, der ikke offentliggøres, beder vi dig skrive dem under punktet ”personlige kommentarer”.

Vi vil gerne have din besvarelse så hurtigt som det er muligt. Hvis du ikke har mulighed for at besvare spørgeskemaet, eller hvis du kan pege på en anden som bedre er i stand til dette, vil vi bede dig give besked til Anne Lee, telefon 65 50 30 86 eller ale@cast.sdu.dk. (i uge 31-33 til Lotte Stig Haugbølle, telefon 35 30 64 97 eller ish@dfh.dk)

På forhånd tak for hjælpen.

Med venlig hilsen

Anne Lee
Konsulent
cand.scient.san., sygeplejerske
CAST.
Syddansk Universitet

Lotte Stig Haugbølle
Lektor
ph.d. (pharm)
Institut for Samfundsfarmaci.
Danmarks Farmaceutiske Universitet

Hanne Herborg
Udviklingschef
cand.pharm.
Pharmakon

10 Bilag 2. Spørgeskema

1. Organisering af maskinel dosisdispensering

- a. Beskriv den maskinelle dosisdispensering i jeres kommune/ lægepraksis/apotek, som den er i dag.
- b. Hvilke centrale principper har I arbejdet ud fra i jeres organisering af maskinel dosisdispensering?

2. Opstartsfasen

- a. Hvilke fordele og ulemper samt evt. ændringer i samarbejde oplevede du i forbindelse med opstarten på maskinel dosisdispensering?

3. Overvundne barrierer

- a. Hvilke barrierer oplevede du i din kommunale organisation/ lægepraksis/apotek, og i systemet som helhed, i forbindelse med opstarten af maskinel dosisdispensering?
- b. Hvordan overvandt I eventuelle barrierer?

4. Driftsfasen

- a. Hvilke fordele, ulemper og barrierer oplever du i din kommunale organisation/ lægepraksis/apotek, og i systemet som helhed, i forbindelse med maskinel dosisdispensering i dag?

5. Fremtiden

- a. Hvordan mener du, at fordele, ulemper og barrierer kan henholdsvis sikres, udbygges eller overvindes i fremtiden?

6. Den ideelle maskinelle dosisdispensering

Hvordan ser den ideelle maskinelle dosisdispenseringsordning ud?

- a. Hvilke krav mener du der skal stilles til fx organisering, lovgivning, samarbejde, teknik, patient accept/oplevelse, økonomi m.v.?
- b. Hvilke ændringer skal der så til?

7. Har du yderligere tilføjelser vedrørende indførelsen af maskinel dosisdispensering i din kommune/lægepraksis/apotek?

8. Har du personlige kommentarer, som du vil tilføje, men som ikke kan vedlægges den endelige rapport?

FAKTAOPLYSNINGER

- I. Hvilken kommune er du fagligt tilknyttet?

- II. I hvilket amt ligger kommunen?

- III. Hvad er din stillingsbetegnelse?

- IV. Hvis du er indstillet på at vi eventuelt kontakter dig for yderligere spørgsmål eller uddybning af dine svar kan du angive navn og kontaktadresse.

Spørgeskemaet bedes returneret:

I papirformat: Det udfyldte spørgeskema sendes i den vedlagte returkuvert til Konsulent Anne Lee, CAST, Syddansk Universitet, Winsløwparken 19, 3. 5000 Odense C (der skal ikke frimærke på da portoens betales af modtager).

Spørgeskemaet kan også udfyldes elektronisk. Der er adgang til dette på adressen: www.cast.sdu.dk?cid=16, hvor der også findes en vejledning.