



Maskinel Dosisdispensering

Fortællinger fra praksis

Bilagsrapport til

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 | Bilag for Amter og Kommuner..... | 6 |
| 1.1 | Frederiksberg Amt..... | 6 |
| 1.1.1 | Frederiksberg Kommune | 6 |
| 1.1.1.1 | Forstander..... | 6 |
| 1.1.1.2 | Sygeplejefaglig konsulent..... | 7 |
| 1.2 | Frederiksborg Amt..... | 10 |
| 1.2.1.1 | Amtslig lægemiddelkonsulent..... | 10 |
| 1.2.2 | Frederiksværk Kommune | 13 |
| 1.2.2.1 | Sygeplejerske..... | 13 |
| 1.2.2.2 | Udførende chef..... | 15 |
| 1.3 | Fyns Amt..... | 17 |
| 1.3.1 | Ringe Kommune | 17 |
| 1.3.1.1 | Farmakonom..... | 17 |
| 1.3.1.2 | Områdeleder..... | 18 |
| 1.3.1.3 | Praktiserende læge..... | 19 |
| 1.4 | Københavns Amt..... | 21 |
| 1.4.1.1 | Vicekontorchef..... | 21 |
| 1.4.2 | Herlev Kommune | 22 |
| 1.4.2.1 | Centerleder..... | 22 |
| 1.4.2.2 | Farmaceut..... | 24 |
| 1.4.2.3 | Praktiserende læge..... | 25 |
| 1.4.2.4 | Social- og sundhedsdirektør..... | 27 |
| 1.5 | København Kommune..... | 29 |
| 1.5.1.1 | Ledende distriktspsykiatrisk sygeplejerske..... | 29 |
| 1.6 | Nordjyllands Amt..... | 31 |
| 1.6.1 | Hirtshals Kommune | 31 |
| 1.6.1.1 | Ældrechef..... | 31 |
| 1.6.1.2 | Praktiserende læge..... | 32 |
| 1.7 | Ribe Amt..... | 33 |
| 1.7.1 | Varde Kommune | 33 |
| 1.7.1.1 | Gruppeleder for hjemmesygeplejerskerne..... | 33 |
| 1.7.1.2 | Planlægningschef..... | 34 |
| 1.7.1.3 | Sygeplejerske..... | 35 |
| 1.8 | Ringkøbing Amt..... | 38 |
| 1.8.1 | Holstebro Kommune | 38 |
| 1.8.1.1 | Praktiserende læge..... | 38 |
| 1.8.1.2 | Sygeplejerske..... | 39 |
| 1.9 | Roskilde Amt..... | 41 |
| 1.9.1.1 | Lægemiddelkonsulent..... | 41 |

| | | |
|---------------|---|----|
| 1.9.2 | Greve Kommune | 42 |
| 1.9.2.1 | Farmakonom..... | 42 |
| 1.10 | Storstrøms Amt..... | 44 |
| 1.10.1 | Stubbekøbing Kommune | 44 |
| 1.10.1.1 | Ældrechef..... | 44 |
| 1.10.1.2 | Apoteksfarmaceut..... | 46 |
| 1.10.1.3 | Hjemmesygeplejerske..... | 47 |
| 1.10.1.4 | Praktiserende læge..... | 51 |
| 1.11 | Sønderjyllands Amt..... | 52 |
| 1.11.1 | Løgumkloster Kommune | 52 |
| 1.11.1.1 | Centerleder..... | 52 |
| 1.11.1.2 | Farmakonom..... | 53 |
| 1.11.1.3 | Gruppeleder for sygeplejersker..... | 54 |
| 1.11.1.4 | Leder af sundhedsafdelingen..... | 56 |
| 1.12 | Vejle Amt..... | 58 |
| 1.12.1.1 | Klinisk farmaceut i amtet..... | 58 |
| 1.12.2 | Horsens Kommune | 59 |
| 1.12.2.1 | Områdeleder..... | 59 |
| 1.12.2.2 | Praktiserende læge..... | 60 |
| 1.12.2.3 | Sundhedscenterchef..... | 61 |
| 1.13 | Vestsjællands Amt..... | 63 |
| 1.13.1 | Slagelse Kommune | 63 |
| 1.13.1.1 | Apoteker..... | 63 |
| 1.13.1.2 | Sygeplejerske og souschef i ældreområdet..... | 64 |
| 1.14 | Viborg Amt..... | 67 |
| 1.14.1 | Skive Kommune | 67 |
| 1.14.1.1 | Distriktsleder..... | 67 |
| 1.14.1.2 | Praktiserende læge..... | 68 |
| 1.15 | Århus Amt..... | 70 |
| 1.15.1 | Rougsø Kommune | 70 |
| 1.15.1.1 | Farmaceut..... | 70 |
| 1.15.1.2 | Hjemmesygeplejerske..... | 71 |
| 1.15.1.3 | SOSU-assistent / afdelingsleder..... | 73 |
| 2 | Bilag for Pakkeapoteker..... | 76 |
| 2.1 | Århus Stjerneapoteket..... | 76 |
| 2.1.1 | Apoteker..... | 76 |
| 2.2 | Frederikshavn Svane Apoteket..... | 77 |
| 2.2.1 | Apoteker..... | 77 |
| 2.3 | Holstebro Løveapotek..... | 79 |
| 2.3.1 | Apoteker..... | 79 |

| | | |
|-------|------------------------------------|----|
| 2.4 | Odense Apoteket Bryggergården..... | 80 |
| 2.4.1 | Apoteker | 80 |
| 2.5 | Vojens Apotek | 82 |
| 2.5.1 | Apoteker | 82 |

1 Bilag for Amter og Kommuner

1.1 Frederiksberg Amt

1.1.1 Frederiksberg Kommune

1.1.1.1 Forstander

Den maskinelle dosisdispensering

Færdige dosispakninger fra apoteket til alle beboere, der flytter ind.(der kan gå en uge tid inden dosispakninger kommer). Medicinoversigt udfærdiges af personalet, faxes til egen læge, som udskriver recept på aktuell medicin. Ved receptfornyelse, får vi reminder fra apoteket. Plejehjemmet samarbejder med et apotek. Selvom beboerne principielt har frit apotekervalg har de sjældent præferencer ved indflytning.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Alle skal have dosispakket medicin (der er få som selv administrere medicin fra almindelige pakninger). Regelmæssig sanering af medicin. Fælles medicinopbevaring på apotek. Øget sikkerhed i ophældning af medicin - farmaceutisk kontrol. Frigivelse af sygeplejetid til ophældning af medicin.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Vi har i samarbejdet med apoteket, som vi handler hos, haft maskinelt dosispakninger siden midten af 90erne (omkring1994), for at sikre de centrale principper, som er beskrevet. Der har siden begyndelsen været høj accept af de praktiserende læger. Beboere og pårørende er tilfredse med ordningen. I forhold til logistik og arbejdsmiljø en tilfredsstillende ordening. Indtil loven trådte i kraft havde plejehjemmet udgiften til dosispakningerne - den er nu blevet en sygesikringsudgift afhængig af beboernes indkomst. Men dette er ingen barriere i praksis.

Oplevede barrierer

Historik: Nogle få praktiserende læger var imod - indledningsvis. I plejehjemmet var det "fælles" medicinskab nedlagt i forvejen og beboere fik ophældt medicin i ugepakninger af sygeplejerskerne og opbevaring i medicinskabe hos den enkelte beboer, hvilket i sig selv reducerede medicinudgifterne for den enkelte. Undervisning af andre faggrupper og indførelse af elektroniske plejeplaner og medicinkort i ca. 1993. Overgangen fra ugedosering af sygeplejersker lokalt til maskinel dosis-pakning var enkel.

Overvindelse af evt. barrierer

Fælles mål og troen på en god ide.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Driften er stabil og velkendt - ingen ulemper eller barriere. Medicindosering i enkelt portioner gennem dagen giver sikkerhed ved medtagning af nødvendig medicin ved ture i byen eller besøg hos familie mm. Præcision af dosis, tid og navn på medicin og patient. Plejehjemmets egenkontrol af medicinhåndtering er overskuelig og hurtigt gennemført. Egenkontrollen af medicinhåndtering udføres af apotekeren mod vederlag.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Se tidligere. Udviklingen er sandsynligvis imod designermedicin på stabilt medicinindtag. At økonomien er god ved denne ordning (betaling for indtag af piller i stedet for betaling for pakninger, der ikke anvendes). Gråzoner ved salg og køb af medicin elimineres. Sikkerheden for korrekt medicinering øges ved maskinel dosispakning. Samfundsøkonomisk og miljømæssigt er ordningen fordelagtig, idet der ikke vil være så meget medicin i omløb.

Krav der skal stilles

Politisk er der taget stilling via lovgivning. Ledelsesmæssig klar udmelding om ændringen (aflæring af gamle rutiner og vaner i organisationen) og handleplan for implementering af ny lovgivning om medicinhåndtering. Respekt for samarbejdet, i dette tilfælde mellem offentlig ansat og privat forhandler.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

Det bliver indledningsvis lettere at arbejde med, når beboere, der kommer hjemmefra er i ordningen med maskineldosispakning. Ligeledes vil det være en fordel at hospitaler udskrives patienter med maskinelt dosispakket medicin.

1.1.1.2 Sygeplejefaglig konsulent

Den maskinelle dosisdispensering

1. Gennemgå klientens medicin: Kan medicinen dosispakkes. 2. Er klienten egnet til dosispakket medicin: Klienten selv, pårørende eller Sosu-hjælper afhenter medicin eller klienten skal åbne døren ved apotekets udbringning og kunne betale for medicinen. Hvis der ikke kommer hjemmehjælp til medicingivning, er det en betingelse, at klienten er i stand til at åbne for og ydermere kunne læse tidspunkt for indtagelse, for at opnå rigtig dosering. 3. Kontakt til lægen. Telefonisk gennemgang af patientens medicinordinationer, medicinliste faxes til lægen samt til apoteket. Det aftales med lægen om fremtidige omsorgsbesøg eller ophør. Det første omsorgsbesøg bør ligge den dag, ordningen starter op. Lægen sender recepten, med påtegning om dosispakning samt varighed, til apoteket. 4.

Statusbeskrivelse. Apoteket - husk samtidig at faxe medicinlisten. Lederen af visitationen Randi Flor Hansen Aftenvagten såfremt patienten modtager hjælp af denne Gruppelederen i plejegruppen (Statusbeskrivelse og medicinliste opbevares i kardeks. Det skal fremgå tydeligt af kardeks, køreliste og kommunikationsmappe, at klienten er på dosispakning).

Centrale principper der er arbejdet ud fra

5. Gennemgå brochuren "Dosispakket medicin" med klienten. Orienter klienten om fremtidige omsorgsbesøg eller ophør af besøg. 6. Ved indlæggelse på hospital. I forbindelse med indlæggelse på hospital afbestiller hospitalet ordningen på apoteket på linie med madordningen. Patienten bør have de resterende poser med medicin med på hospitalet. 7. Ved indlæggelse på hospital. Aftalen er, at hospitalet afmelder ordningen. Klienten bedes medbringe de resterende poser medicin til hospitalet. 8. Ved udskrivelse fra hospital. Hospitalet genetablerer ordningen. Ved komplicerede eller ustabil tilstand kan ordningen ophæves. Ved midlertidige ordinationer, nedtrapninger og lignende kan medicinen doseres ved siden af dosispakningen. 9. Ved ind- og udskrivelse fra Ældrecentret. Ældrecentret kontakter apoteket. 10. Ved receptfornyelse. Apoteket faxer oversigt over fornyelse af dosiskortet til hjemmesygeplejersken.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: At sygeplejen kunne få et bedre arbejdsmiljø og fokusere på den opgave, som de reelt skulle varetage - nemlig at observere patienten. Ulemper: At de praktiserende læger ikke var inviteret til samarbejde fra start; Dosisdispensering var i første omgang lagt op som et projekt mellem 2 apoteker som inviterede til samarbejde. Dette viste sig senere at give problemer, da de ikke havde drøftet dette med de øvrige apotekere i Frederiksberg Kommune

Oplevede barrierer

Sygeplejerskerne var ængstelige for, at det ville medføre besparelser samt nedlæggelse af stillinger. Der var lagt op til effektivisering i det omfang arbejdsmængden for sygeplejersker blev reduceret. Besparelsen skulle ikke omsættes i et generelt kvalitetsloft. Lægepraksis ville i første omgang ikke samarbejde, da de ikke var blevet inddraget i processen. Apotekerne var i store træk samarbejdsvillige.

Overvindelse af evt. barrierer

Vi har holdt mange og jævnlige møder igennem 2 år. Både med apotekerne, sygeplejepersonalet og praksiskonsulent. Vi har brugt meget tid på at tale os ind på hinanden.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordelen er, at fejlmedicinering som skyldes forkert doseret medicin bliver elimineret. Fordelen er, at sygeplejerskens arbejdsmiljø er bedret og der er mulig for at udføre observationer og sundhedssamtale i fred og ro sammen med patienten. Ofte blev selve doseringen i æsker genstand for besøget og sundhedssamtalen fravalgt på grund af travlhed. Fordelen er, at patientens medicin bliver drøftet

og revideret med jævne mellemrum. Først mellem sygeplejerske og læge - senere mellem apotek og læge, hvilket giver glimrende mulighed for at få overvejet/revideret patientens medicinforbrug. Fordelen er, at også apoteket er en ressource i forbindelse med kendskab til medicinering og interaktioner herimellem. Er en ekstra sikring for, at der ikke bliver givet medicin som påvirker hinanden negativt, hvis det ikke har været hensigten. Der er blevet samarbejde med de praktiserende læger på området. Ulemperne er, at der højst kan doceres til 14 dage ad gangen (lovgivning) samt at apotekernes pakke og udlevering er forskellige dage og med for lang udleveringstid. Det er vanskeligt at få til at fungere ved indlæggelse på hospitalet samt indskrivning. De patienter som overgår totalt til dosispakning, hvor sygeplejen ikke kommer mere, er det problemer med vedr. ansvaret for fornyelse og dosiskortet. Apoteket vil ikke have ansvaret, de praktiserende læger vil ikke tage det, men mener fortsat, at det er hjemmesygeplejen der skal minde den praktiserende læge om, at der skal fornyes dosiskort på trods af, at vi har afsluttet patienten.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Større fleksibilitet parterne imellem.

Krav der skal stilles

Som skitseret i vores administrative retningslinier med tilføjelserne nedenunder: Ansvarsplacering i forbindelse med fornyelse af dosiskort hos afsluttede patient fra hjemmesygeplejen. (Gerne lovgivning). At patienten gennemgås med henblik på medicin af den praktiserende læge 1 gang årligt (lovgivning). At patienten ikke selv vil kunne bestemme, om de skal på ordningen. Det burde dog være gratis for patienten.

Ændringer der skal til

At dosisdispensering også kunne finde sted fra hospitalet - altså at vi havde ens pakkeapotekere og hospitalet ikke havde deres egen medicinsortiment samt apotek.

Yderligere tilføjelser

Nej

1.2 Frederiksborg Amt

1.2.1.1 Amtslig lægemiddelkonsulent

Den maskinelle dosisdispensering

Kan ikke besvares, da jeg er amtsligt ansat

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Kan ikke besvares, da jeg er amtsligt ansat

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Kan ikke besvares, da jeg er amtsligt ansat

Oplevede barrierer

Kan ikke besvares, da jeg er amtsligt ansat

Overvindelse af evt. barrierer

Kan ikke besvares, da jeg er amtsligt ansat

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Kan ikke besvares, da jeg er amtsligt ansat

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Da jeg er amtsligt ansat er det svært at besvare de fleste af de stillede spørgsmål. Derfor har jeg tilfældigt valgt at skrive mine kommentarer under spørgsmål 5a, 6 og 7. idet jeg under spm. 5 angiver fordele ved systemet og under spørgsmål 6 og 7 angiver ulemper/barrierer og mulige løsningsforslag. Fordele ved dosisdispensering: - Forudsat, at der inden overgang til dosisdispenseringsordningen er foretaget en medicingennemgang af borgerens samlede medicinering med henblik på at sikre, at den er rationel og uden lægemiddelrelaterede problemer for borgeren, så vil dosisdispensering øge sikkerheden for, at rette borger får rette medicin i rette dosis på det rette tidspunkt og til den - formodentligt -billigste pris. - Øget compliance - Som følge af øget compliance ? og forudsat at en medicingennemgang har sikret at medicineringen er rationel og uden lægemiddelrelaterede problemer for patienten - vil antallet af hospitalsindlæggelser, som skyldes forkert anvendelse af medicinen, sandsynligvis mindskes. - I hjemmeplejen og på plejehjem kan den tid, der førhen blev brugt til manuel dosisdispensering, bruges til at udføre mere sygeplejefagligt relevant arbejde til gavn for patienterne. Det må også give større arbejdstilfredshed for sygeplejepersonalet.

Krav der skal stilles

Ulemper/barrierer ved dosisdispensering (uprioriteret rækkefølge): -Det må ifølge lovgivningen tage op til en uge fra bestilling af dosisdispenseret medicin til apoteket skal levere. Dette giver problemer i forbindelse med gennemførelse af akutte ændringer i medicineringen (dosisøgning, dosisreduktion, seponering, ny medicin). Løsningsforslag: Dette er en af de ulemper ved ordningen, som det nok er sværest at gøre noget ved, med mindre apotekerne lovgivningsmæssigt bliver forpligtiget til at levere ny dosispakket medicin på kortere tid end én uge, når det drejer sig om akutte ændringer i medicineringen. Eventuelt kan det tænkes, at pakkeapotekerne er indstillet på at yde denne service frivilligt. Ved seponering/dosisreduktion kunne løsningen være, at hjemmeplejen påtog sig opgaven med at fjerne medicinen fra doseringsposerne (Åbning i poserne laves med skalpel og lukkes efterfølgende med en klæbemærkat påført hjemmeplejens signatur og dato) -På doseringskortet står kun medicin, som kan dosisdispenseres. Det giver i dag anledning til dobbeltbogholderi, idet fx lægen og hjemmeplejen ikke kan nøjes med at se på doseringskortet for at få et overblik over patientens samlede medicineringsplan. De er nødt til at slå op andre steder også (fx PEM eller lægens journal). Løsningsforslag: De elektroniske doseringskort skal indeholde plads til også at skrive, hvilken medicin patienten er i behandling med ud over den dosisdispenserede medicin. Dette forslag vil selvfølgelig medføre den ulempe, at der kan opstå endnu flere situationer, hvor apoteket bliver nødt til at rette/ajourføre doseringskortet. -Ved ind- og udskrivning fra sygehus opstår der problemer, hvis ikke sygehuset når at meddele apoteket (1) at patienten er indlagt og at den normale leverance af dosisdispenseret medicin skal afbrydes midlertidigt, (2), hvornår patienten udskrives og leverancen af dosisdispenseret medicin derfor skal genoptages og (3) om der er sket ændringer i medicineringen som følge af indlæggelsen. Løsningsforslag: Der skal udarbejdes instrukser til sygehusene for håndtering af dosisdispenseret medicin ved ind- og udskrivning af borgere fra sygehusene, som får medicinen dosisdispenseret. Et forslag til en sådan instruks er ved at være færdig i det amt, hvor jeg er ansat og instruksen bliver muligvis landsdækkende. Der er problemer med at sikre patienten korrekt dosisdispenseret medicin fra tidspunktet hvor patienten udskrives fra sygehuset, til apoteket igen kan levere dosispakket medicin til patienten Dette skyldes apotekets leveringstid på én uge fra bestillingstidspunktet og sygehusenes tradition for kun at medgive patienten medicin til et par dages forbrug. Løsningsforslag: Sygehusene medgiver borgeren dosisdispenseret medicin til 7 dages forbrug, med mindre det er aftalt med apoteket, at levering af dosispakket medicin kan ske hurtigere end 7 dage. Det er et problem, at holdbarheden for et lægemiddel i pakkemaskinen kun er 4 uger for de fleste lægemidler. Det betyder, at pakkeapotekerne ikke - uden at der bliver for stort et spild af lægemidler - kan have kanistre til pakkemaskinen svarende til det antal lægemidler, der ifølge Lægemiddelstyrelsens fortegnelse må dosisdispenseres. Det betyder igen, at lægen ikke altid kan ordinere frit, men er nødt til at indordne sig under, hvad pakkeapotekets reelle sortimentsliste er. Det betyder også, at der ikke altid kan substitueres i bund til det lægemiddel, som er billigst. Løsningsforslag: Det bør være et lovkrav, at producenten kan føre bevis for mindst ½ års holdbarhed af lægemidlet i pakkemaskinens kanistre, hvis Lægemiddelstyrelsen skal godkende, at lægemidlet er egnet til dosisdispensering.

Ændringer der skal til

Da kanistergodkendelse pt. kun kan foretages i Sverige, tager det flere uger at få indstillet et kanister til at dosere et lægemiddel korrekt. Det betyder, at der kan gå flere uger, før pakkeapotekerne kan levere lægemidler, som lige er markedsført eller lægemidler som på grund af prisændringer er blevet det billigste blandt synonyme lægemidler. På grund af denne træghed i kanistergodkendelsen sammenholdt med, at prisændringerne sker hver 14. dag, formoder jeg, at en del af pakkeapotekerne ikke altid ændrer sortiment i overensstemmelse med, hvilket lægemiddel blandt synonyme lægemidler, der pt. giver den billigste tabletpri. Årsag: Når pakkeapoteket efter flere uger modtager et kanister med det billigste lægemiddel, er det måske ikke længere det billigste alligevel på grund af de prisændringer, der har været i Specialitetstaksten i mellemtiden. Løsningsforslag: (1) Prisændringer skal foretages sjældnere end med 14. dages mellemrum eller (2) Der skal etableres et kanistergodkendelseskantor på dansk jord, så godkendelsen kan gå hurtigere eller (3) Det skal være et lovkrav for godkendelse af et lægemiddel til dosisdispensering, at medicinalfirmaet til enhver tid kan levere pakkeapotekerne et kanister, der er kalibreret til korrekt dosering af det pågældende lægemiddel. De apoteker, som lægen normalt sender sine recepter til, handler ikke nødvendigvis alle med det samme pakkeapotek. Da de enkelte pakkeapoteker kan have forskellige sortimentslister, betyder det, at lægen kan opleve, at det afhænger af apoteket, hvad han kan ordinere dosisdispenseret. De forskellige sortimentslister kan også føre til besværligheder for kunden, hvis denne ønsker at skifte udleveringsapotek, idet kunden så kan være udsat for, at det nye udleveringsapotek må foretage ændringer i den dosisdispenserede medicin så den passer til sortimentslisten for det pakkeapotek, som leverer medicin til dette udleveringsapotek. Endelig kan de forskellige sortimentslister gøre det besværligt/umuligt for et udleveringsapotek at skifte alle sine dosiskunder over til et andet pakkeapotek, hvis udleveringsapoteket fx er utilfreds med servicen fra det nuværende pakkeapotek. Et skift kan nemlig betyder, at udleveringsapoteket er nødt til at gennemgå doseringskortene for alle sine dosiskunder for at sikre, at kortene kun indeholder lægemidler, som er på det nye pakkeapoteks sortimentsliste. Løsningsforslag: Alle pakkeapoteker skal have ens sortimentslister, som dækker det sortiment, som kan dosisdispenseres ifølge Lægemiddelstyrelsens fortegnelse herover. Der skal derfor arbejdes for, at de lægemidler, som godkendes af Lægemiddelstyrelsen til dosisdispensering, har en holdbarhed i kanistrene på mindst 6 måneder. Herved bliver det muligt for pakkeapotekerne at have lager af kanistre med alle de lægemidler, som kan dosisdispenseres. Ligeledes vil det være en hjælp, hvis det bliver et lovkrav for godkendelse af et lægemiddel til dosisdispensering, at medicinalfirmaet til enhver tid kan levere pakkeapotekerne et kanister, der er kalibreret til korrekt dosering af det pågældende lægemiddel. Apotekerne ønsker recepter på dosisdispenseret medicin med så lang en gyldighed som muligt, da det letter pakkearbejdet og dermed den regelmæssige leverance af medicin hver uge eller hver 14. dag. Dette støder imod lægernes ønsker om kun at udstede medicin til fx 3 måneder svarende til tidspunktet for næste kontrol (af fx patientens blodtryk eller blodsukker). Løsningsforslag: Kontrollen hos lægen er vigtig for at sikre korrekt medicinering. Lægen må placere kontrollerne tidsmæssigt, så apoteket kan nå at modtage eventuelle ændringer til medicineringen inden næste levering af dosisdispenseret medicin skal finde sted. (besvarelse fortsætter under spm 7)

Yderligere tilføjelser

Her fortsætter besvarelsen, som er påbegyndt under spm 6 om barrierer/ulemper ved dosisdispensering og mulige løsninger heraf: Den tid, som udleveringsapotekerne bruger på at lave doseringskort, interaktionskontrol, afklare substitutionsforhold, foreslå mere egnede lægemidler/doseringer m.m. honoreres ikke tilstrækkeligt i dag (gebyret til udleveringsapoteket er omkring 11 kr. pr. uge, og det koster minimum ½-1 time at starte en ny patient op på dosisdispensering). Løsningsforslag: Udleveringsapoteket får et gebyr (fx 200 kr.) for at opstarte en borger i dosisdispenseringsordningen og et andet gebyr (fx 100 kr.) for at foretage medicineringsændringer i et allerede fungerende doseringskort. Det nuværende gebyr på ca. 11 kr. pr uge fastholdes som betaling for de ugentlige automatisk løbende leverancer af dosisdispenseret medicin. Der er af og til tvivl om, hvem der har ansvaret for at sikre, at patientens samlede medicinering er rationel, specielt når der er flere læger involveret i behandlingen (fx sygehuslæger, speciallæger, vagtlæger, praktiserende læge) Løsningsforslag: Det bør være patientens praktiserende læge, der har ansvaret for, at patientens samlede medicinering er i orden set i forhold til journaloptegnelserne. Andre læger, som ordinerer medicin til patienten, bør have ansvar for at sikre, at den medicin de ordinerer, ikke står i misforhold til patientens samlede medicinering og den pågældende læges viden om patientens sygdomsbillede. I den forbindelse er lægernes adgang til den Personlige Elektroniske Medicinprofil et godt hjælpeværktøj. Ideelt set bør borgerne ikke få medicinen dosisdispenseret før fx lægen har lavet en medicingennemgang af borgerens samlede medicinering med henblik på at sikre, at denne er rationel. Det er her den største besparelse ved indførelse af dosisdispensering ligger. Løsningsforslag: Hvis lægen ikke har tid/ikke vil, kan opgaven med medicingennemgang fx overgå til apoteksfarmaceuten, som konferere eventuelle ændringsforslag af med lægen inden dosisdispensering påbegyndes.

1.2.2 Frederiksværk Kommune

1.2.2.1 Sygeplejerske

Den maskinelle dosisdispensering

Den dosisdispenserede medicin modtages fredag eller mandagen inden udleveringsdatoen/opstartsdagen tirsdag i ulige uger. medicinen er doseret på Vojens Apotek, og kommer via Fr. Værk apotek pr. bud til plejecentret Løvdalen, hvor plejepersonalet omdeler den. Medicinen er doseret i fortløbende poser med navn cpr.nr. dato, klokkeslet og indhold påtrykt hver enkelt pose. Hver beboer har et samlet skema over den dosisdispenserede medicin.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Som overordnet princip for at opstarte dosisdispensering er sikkerheden. Dernæst den tidsbesparen-

de faktor. Vi har valgt at se bort fra, at der for enkelte borgere kan være en økonomisk ulempe ved ordningen. Alle der kan, skal på dosisdispensering. I første omgang udvalgte vi alle, der er helbredsmæssigt stabile og hvis medicin det var muligt at dosisdispensere alt sammen. Senere har vi medtaget beboere, der får meget medicin, men som har et enkelt præparat, der må doseres manuelt. I første omgang har jeg udarbejdet retningslinier for dosisdispensering på Løvdalen, samt en vejledning og diverse skemaer/dosiskortet m.m. og startet op. Senere er social og sundhedsassistenternes gået i gang med opstart og ændringer i dosisdispensering med min vejledning.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Det gik hurtigt op for os, at dosisdispensering var en let og enkelt løsning af en arbejdsopgave, der hidtil havde givet anledning til fejl og irritationsmomenter. Det krævede at jeg satte mig grundigt ind i reglerne for dosisdispensering, og at jeg udfærdigede arbejdsredskaber og oplærte SSA'erne for at de kunne overtage, og for at der ikke skulle ske fejl hos lægerne. Det krævede indførsel af et tjek-system, så vi kunne fange fejl (lægenes/apotekets/vores egen) inden det gik ud over beboerne. Det har været en ulempe at en del medicin ikke kan dosisdispenseres, eller ikke er udvalgt til at skulle indgå i Vojens Apoteks sortiment. At medicin, der ikke gives ens hver dag, ikke kan dosisdispenseres. Ulempe at systemet er meget tungt og langsommeligt at arbejde med ændringer.

Oplevede barrierer

Der er i Fr. Værk kommune 4 lægehuse med 2-5 læger i hvert hus. Jeg startede med at skrive til hver enkelt lægehus, at nu påtænkte vi opstart til dosisdispensering (sommeren 03) og håbede på et godt samarbejde. Samarbejdet har fra starten fungeret fint med lægehus, trængt med to af lægehuse- ne, og i starten slet ikke med det fjerde lægehus, der nægtede at være med pga. problemer med deres computerprogram. Det sidste lægehus accepterede ca. 3/4 år at være med og indkaldte til møde med hjemmeplejen, apoteket og mig før opstart. Herefter har samarbejdet fungeret fint. Min opfattelse, at ikke alle lægerne har helt styr på reglerne for dosisdispensering, og de fleste fejl i starten pga. lægenes manglende viden om hvordan systemet fungerer, og hvem der gør hvad. Mange læger giver stadig udtryk for at de ikke bryder sig om dosisdispensering, og ikke kan se fordelene i det.

Overvindelse af evt. barrierer

Jeg har valgt både at gå med livrem og seler. Jeg sikrer mig stadig, at lægen ved hvad han / skal gøre, især når der sker ændringer i medicinen. Internt i huset har det været svært for SSA'erne at overtage ansvaret for opstart og ændring af dosisdispensering, men hen ad vejen, som de får prøvet det nogle gange, er de blevet trygge ved det, og det fungerer godt. Er de i tvivl, spørger de mig til råds. De kan nu se fordelene ved det, og se, at selvom det kræver lidt ekstra arbejde i starten, så er det hurtigt tjent hjem igen. Mht. samarbejde med hjemmeplejen har det også fungeret fint. Vi er ikke blevet enige om en ens fremgangsmåde, grundet forskelle i arbejdsforhold, og at hjemmeplejen har elektronisk patient journal. Dette har givet anledning til enkelte misforståelser og i forbindelse med overflytning af borgere. Vi har på intet tidspunkt hørt klager fra beboerne, hverken over systemet eller økonomien i det.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele i kraft af sikkerheden og tidsbesparelsen. Barrierer, nej ikke længere. Hvis dosisdispensering er vel forberedt hos en beboer, der opfylder kriterierne, er der ingen problemer/barrierer. Ulemper, langsommelige proces. Det tager 11-25 dage for at foretage en medicinændring. I den mellemliggende periode manuel dosering. Alle skift mellem manuel og maskinel dosisdispensering øger risikoen for fejl. Derfor fravælger vi dosisdispensering hos beboere, der er/bliver helbredsmæssigt ustabile, evt. for en periode f.eks. i forbindelse med opstart af ny medicin.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Den enkelte læge/plejeperson bør se nøje på, om patienten opfylder kriterier, der må være, for at dosisdispensering kan blive en succes. Kriterierne kan være forskellige alt efter patientens sociale situation. Det er vigtigt, at den person der varetager medicinadministrationen hos en patient er inde i hvordan systemet i hovedtræk fungerer, og hvilke faldgruber der er. Det er min opfattelse, at der hvor tingene går godt, skyldes det manglende viden om hvordan systemet fungerer/manglende lyst til at sætte sig ind i det og en manglende overordnet styring på den enkelte arbejdsplads (kommune, plejecenter, lægepraksis)

Krav der skal stilles

Et krav om overordnet styring. En person på arbejdspladsen eller i kommunen, der er ansvarlig for implementering og oplæring - ansvarlighed og omhu for den enkelte medarbejder. Ens retningslinier for den praktiske udførelse af overgang til /ændring af osv. Ens sedler, skemaer osv. F.eks fra apotekerforeningen, så de forskellige arbejdssteder i kommunerne kunne hjælpe og vejlede hinanden, og kommunerne imellem. Eks. Fr.Borg Amts sygeplejereport , fungerer over hele linien.

Ændringer der skal til

Jeg mener alle læger skal kunne udskrive dosisdispenseringsrecepter, hvis hjemmeplejen /plejecenter kommer med en velbegrunnet anmodning. Der bør ikke være økonomisk ulempe forbundet med dosisdispensering for den enkelte bruger.

Yderligere tilføjelser

1.2.2.2 Udførende chef

Den maskinelle dosisdispensering

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

For lidt kendskab til dosisdispensering fra alle sider, men specielt fra de praktiserende læger. Lægerne troede, at det var hjemmeplejens eget besparelsesforslag så samarbejdet kørte ikke godt i starten. Hjemmesygeplejersken har altid fungeret som kompensator for det store "gab" i kommunikationen mellem praktiserende læger og sygehus. Alle betragtede hjemmeplejen som "forræderne" ved dette nye tiltag. Ordret citeret: "Gider I heller ikke det længere?" I lægehuset påstod de i over et år, at deres EDB ikke var gearet til dette. Dette viste sig ikke at være rigtigt.

Oplevede barrierer

Overvindelse af evt. barrierer

Hjemmesygeplejelederen og jeg tog en charmerunde til alle lægepraksisser og hospitaler og apoteker. Ved snak, snak, snak. Alle barrierer er ikke overvundet.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Hjemmesygeplejersken synes, at det er synd for patienterne at de ikke bare kan ordne tingene for dem. Det største problem er kommunikationen fra hospitalet til apotek og den lange leveringstid. Når medicinen bliver ændret under et sygehusophold bliver sygeplejersken nødt til uændret at ordinere medicinen i de 14 dage det kan vare før næste apotek levering.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Der skal sættes pres på fra anden side end hjemmesygeplejerskerne. Ingen føler, at de vil "tage ordrer" fra en sygeplejerske.

Krav der skal stilles

?

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

Jeg mener, at det er det rigtigt, men det skulle virkelig været startet op på en anden måde.

1.3 Fyns Amt

1.3.1 Ringe Kommune

1.3.1.1 Farmakonom

Den maskinelle dosisdispensering

1. Bestilling modtages 2. Dosiskort udarbejdes 3. Lægeaccept af dosiskort 4. Bestilling på pakkeapotek 5. Modtagelse - taksation - kontrol - forsendelse

Centrale principper der er arbejdet ud fra

1. alle lægehuse får faxet en kopi af dosiskort ved start og ændring 2. Sygehuslægen skal kontakte egen læge såfremt de ønsker der skal doseres medicin

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Vi havde igennem 3 år pakket manuelt på apoteket inden det blev muligt at få det maskinelt pakket, hvilket gjorde at de fleste læger kendte til systemet. Ulemper: 1. Stor modstand fra enkelte lægehuse 2. Længere ekspeditionstid for dosisændring 3. stort arbejde at oprette doseringskort og lave mapper 4. svære at overskue pakkeperioder, når det pakkes maskinelt på andet apotek. Fordele: 1. Arbejdsmiljømæssigt dejligt at det ligger et andet sted

Oplevede barrierer

Vi var tidligt med i opstarten, hvilket betød, at vi fik alle børnesygdommene. Det er heldigvis blevet bedre.

Overvindelse af evt. barrierer

Da det var et direktiv fra kommunen, at alle plejehjemsbeboere skulle have dosismedicin, blev de mest negative læger nødt til at acceptere det.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Som helhed fungerer det, men der er stadig negative kommentarer fra nogle lægepraksisser. Pga. manglende kendskab til det og interesse for at sætte sig ind i tingene. Vi har et meget fint samarbejde med plejehjemmene.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

vi kunne godt tænke os, at det blev noget fælles fodslaw i Lægeforeningen. Vi føler, at nogen læger er bange for at miste deres frie ordinationsret.

Krav der skal stilles

Ekspeditionstid for ændringer skal være så kort som mulig. Lovgivningen og hvad der er teknisk muligt/praktisk muligt skal tilpasses. Oprettelse - rettelse af dosiskort samt kontrol er meget resourcekrævende, hvorfor økonomien ikke hænger sammen.

Ændringer der skal til Yderligere tilføjelser

1.3.1.2 Områdeleder

Den maskinelle dosisdispensering

Medicinen bestilles på apoteket via egen læge. Leveres pakket fra apoteket til ældrecenteret fast hver 14 dg. udleveres til beboere der selv kan administrere indtagelse, eller opbevares centralt og udleveres når den skal indtages. Ved stabilt medicinerede sendes automatisk ny portion hver 14 dag. Ved medicinændringer fra egen læge skal apoteket have 10 dages varsel for at få ændringen med ved næste levering.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

AT systemet skal være af høj sikkerhedsmæssig kvalitet. At det skal være let at administrere for bruger og personale. At det skal give en tidsbesparelse for personalet. AT den for brugerne er økonomisk acceptabel

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Der skulle afsættes ekstra tid til information af alle involverede ved starten. Ikke alle læger var lige velvillige ved begyndelsen. Nogle pårørende var meget kritiske især vedrørende betalingen. Flot samarbejde med apoteket. (De er jo også interesseret i at det skal blive vellykket.)

Oplevede barrierer

Mangel på viden og indsigt i hvad dosisdispensering går ud på.

Overvindelse af evt. barrierer

Skriftlig og mundtlig information til alle brugere og deres pårørende. Information til personalegruppen om ny praksis. (de er meget vandt til forandringer). Snak med lægerne om at et vigtigt formål var at højne patientsikkerheden.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Sikkerheden er øget, det er let for personalet at konstatere om det er rigtig bruger/tidspunkt og at antal tbl svarer til de påtrykte. Let at se hvis medicin ikke er givet. Tidsbesparende omkring opbeholdning og genbestillinger. Lægerne synes nu generelt at have accepteret systemet. Næste portion pakkes tidligere og tidligere så det er svært at få medicinændringer med i næste leverance.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Der er behov for at se på hvordan ordinationsændringer kan udformes så der skal ske færre supplementeringer, eller lægemidler der skal fjernes fra poserne.

Krav der skal stilles

Regler i forhold til lægemiddelstyrelsen skal overholdes. Medicinsikkerhedsmæssigt i top fra pakningens side. Alle parter skal være indforstået med systemet der skal være rationelt, økonomisk tilfredsstillende for brugere og samfundet, Det skal være let at administrere også for beboerne, og det skal være fleksibelt ved ordinationsændringer.

Ændringer der skal til

Systemet bør kunne gøres mere fleksibelt i forhold til ændringer, måske ugepakninger?

Yderligere tilføjelser

Systemet er en forbedring sikkerhedsmæssigt, og tidsmæssigt administrativt. Vi kan på stedet se flest fordele.

1.3.1.3 Praktiserende læge

Den maskinelle dosisdispensering

Læger og hjemmepleje blev for ca. 3 år siden indkaldt til et møde på Ringe Apotek. Vi fra praksis havde indtryk af en form for kommunal besparelse. Der skulle således fjernes en hel eller en halv stilling indenfor hjemmesygeplejen. Medicinen skulle så i stedet for pakkes på apotek. Der var en generel positiv holdning fra vort hus. Vi havde vel et par patienter hver, der fik kvitterede medicinlister til apoteket. Efter den officielle indførelse er antallet steget betydeligt.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Apoteket sender medicinlister pr. bud eller fax. Vi kontrollerer de korrigerede lister og faxer dem tilbage. Sekretærerne i huset udfærdiger i vort medicinsystem dosisdispenseringerne, som lægen så godkender inden forsendelse.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Vi har i det daglige tæt kontakt til Ringe Apotek, som er vores største samarbejdspartner. Det tager naturligvis tid at gennemgå medicinlisterne med evt. ændringer. Men samtidig får man jo et tjek på sin patient.

Oplevede barrierer

Kontakt for yderligere information

Overvindelse af evt. barrierer

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Halve tabletter udgår. P.N medicin kan ikke komme på dosisdispensering. Ændringer i medicinfor- sendelse (?) besværliggjort. Der går op til 14 dage før patienten får ny pakning. Skal man øge xx skal patienten have et ekstra glas, fx. hvis Fumix dosering skal lidt i vejret. Til gengæld er medici- nen så nem at bruge.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

1 gang årligt. Man bør løbende have kontakt evt. mødes med sit apotek og de de øvrige parter. Hjemmeplejen har fortsat dosering af Marcoumar/Marevan hos en del ældre. Måske kunne denne dosering komme med i medicinordningen, hvis man finder en passende sikker/hurtig kommunikati- on.

Krav der skal stilles

Det spg. må andre besvare

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

For nærværende fungerer det fint også i følge vores sekretær. Normalt fornyes recepterne for et halvt år ad gangen for at følge apotekets rytme, det gør det i hvert fald lettere at ændre dosering i vort system (MedWin).

1.4 Københavns Amt

1.4.1.1 Vicekontorchef

Den maskinelle dosisdispensering

Ikke relevant

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Der udarbejdes en administrativ vejledning til sygehusafdelinger om afbrydelse og genoptagelse af dosisdispenseret medicin hos indlagte patienter, der modtager denne ydelse i primærsektoren.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Ikke relevant.

Oplevede barrierer

Ikke relevant.

Overvindelse af evt. barrierer

Københavns Amts Sundhedsforvaltning planlægger at afholde et møde i efteråret 2004 om dosisdispensering. Amtets rolle er at være katalysator for at fremme brugen af dosisdispensering. Formålet med mødet er at bringe læger, apotekspersonale, og de involverede fra kommuner og plejehjem sammen med henblik på vidensdeling og erfaringsudveksling.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Ikke relevant.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Klare regler for sikring af patientens medicinering i forbindelse med indlæggelse på sygehus - information til/fra sygehus, læge, apotek og hjemmepleje.

Krav der skal stilles

Sikre faglig stillingtagen til patientens samlede medikamentelle behandling, herunder periodisk revurdering af behov.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.4.2 Herlev Kommune

1.4.2.1 Centerleder

Den maskinelle dosisdispensering

Alle beboere på kommunens tre plejecentre er blevet vurderet af hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger i samarbejde, med henblik på om de opfyldte kriterierne for at kunne få medicinen maskinel dosisdispenseret. Ca. 1/5 af beboerne får i dag medicinen dosisdispenseret fra apoteket. Lignende overvejelser og iværksættelse af ordningen er igangsat blandt de hjemmeboende borgere, der er tilknyttet hjemmeplejen. Øvrige borgere i kommunen kan ligeledes få lægeordineret medicin dosisdispenseret fra apoteket

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Ordningen blev startet op i et begrænset område for at få erfaringer og langsomt vende borgere og personale/ samarbejdspartnere til forandringen. I første omgang var princippet "valgfrihed" for den enkelte borger - i dag vægtes den tværfaglige vurdering højt. Der er udarbejdet kriterier for at indgå i ordningen.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

De praktiserende læger var som udgangspunkt skeptiske til ordningen - og gav især udtryk for bekymring for at observations-og omsorgsdelen fra hjemmesygeplejerskernes side ville falde bort som en konsekvens af indførsel af ordningen. Samarbejdet er i dag stort set tilfredsstillende bortset fra enkelte læger som ikke ønsker at medvirke. Samarbejdet med apoteket har helt fra starten været tæt og udbytterigt - hvor det før var mere sporadisk. Der blev fra starten nedsat en styregruppe bestående af repræsentanter fra apoteket samt fra hjemmeplejen og plejecentrene. Denne gruppe har siden holdt jævnlige møder hvor rutiner er udarbejdet, problemstillinger løst mv. I forhold til hospitalerne er der desværre ikke blevet etableret samarbejde i relation til indlagte borgere, der får medicinen dosisdispenseret af apoteket. En af grundene er at hospitalerne ikke opleves at være orienteret om hvad ordningen indebærer samt at kun få kommuner har implementeret den.

Oplevede barrierer

Den største barriere var lægernes modstand mod indførsel af ordningen. I dag er der dog etableret gode samarbejdsrelationer til langt de fleste læger. Så lige nu er den største barriere at der ikke er etableret et samarbejde mellem hospitalerne og hjemmeplejen omkring maskinel dosisdisp. Hos borgerne og deres pårørende oplevede vi ved indførsel af ordningen en vis usikkerhed begrundet i frygten for at miste kontakten med hjemmesygeplejen ved indførsel af ordningen, samt modstand over for forventede merudgifter. Sygeplejerskerne var betænkelige i starten da de frygtede at de forventede frivillige ressourcer ville blive sparet væk. Hvilket kunne indebære at omsorgsdelen i medc. dos. opgaven ville blive u hensigtsmæssigt nedtonet.

Overvindelse af evt. barrierer

Vi startede med et pilotprojekt med et plejecenter og tre interesserede praktiserende læger. De praktiserende læger blev inviteret til flere møder, dels med politikere og dels med apotek og hjemmeplejen hvor ordningen blev præsenteret og praktiske erfaringer fra pilotprojektet blev drøftet. Efterfølgende har hjemmesygeplejerskerne prioriteret et opfølgende og tæt samarbejde omkring ordningen, dels med de praktiserende læger og dels med borgerne og deres pårørende. Endvidere afholdes der løbende møder med apoteket i den tværfagligt nedsatte styregruppe, således at problemer afklares og rutiner udbygges.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

For borgeren/pårørende opleves større tryghed i forbindelse med medicinindtagelse samt mindre risiko for fejlmedicinering af medicinen. Der kasseres mindre medicin og dermed reduceres medicinudgiften for den enkelte borger. For hjemmesygeplejerskerne har det betydet frigivelse (dog i mindre omfang end ventet) af ressourcer til andre opgaver samt et bedre arbejdsmiljø. En ulempe kan være at flere borgere end forventet må udgå af ordningen igen på grund af ændringer i medicin dosseringen. Det vanskeliggør planlægning af opgaverne for sygeplejerskerne.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Der efterlyses en central holdning til ordningen, fx fra PLO og Amtsrådsforeningen. Læger og hospitaler står generelt usikre overfor ordningen, og dette vanskeliggør samarbejdet med hjemmesygeplejen. En del af overvejelserne fra lægernes side omhandler overenskomstmæssige/betalingssspørgsmål. En udmelding fra centralt hold kunne ønskes.

Krav der skal stilles

De praktiserende læger bør på landsbasis være forpligtiget til at ordinere maskinel dosisdispenseret medicin hvis borgeren opfylder kriterierne. Det bør være udgiftsneutral for borgeren at indgå i ordningen. Der bør være klare samarbejdsrelationer/rutiner mellem hospitalerne, de praktiserende læger og hjemmesygeplejen omkring patienter der får medicinen maskinel dosisdispenseret.

Ændringer der skal til

Klare retningslinier - herunder afklaring af evt. overenskomstmæssige spørgsmål - for de praktiserende læger. Afklaring af en form for indberetningssystem fra de praktiserende lægers side således at der kan evalueres og følges op på ordningen og dens samfundsøkonomiske betydning. Information til hospitalerne omkring ordningen, herunder udarbejdelse af standardrutiner, som kan tilpasses lokale forhold. Landsdækkende information fra centralt hold til befolkningen om ordningens indhold.

Yderligere tilføjelser

Mener at ordningen indebærer så mange fordele at den bør være obligatorisk i alle kommuner, men

det bør ikke være på bekostning af hjemmesygeplejens opmærksomhed over for den omsorgsrelaterede side i relation til den enkelte borger.

1.4.2.2 Farmaceut

Den maskinelle dosisdispensering

Apoteket modtager bestilling på dosispakket medicin via recepter fra lægen eller via et lægeunderskrevet kopi af hjemmeplejens doseringskort på fax. Fra hjemmeplejen får vi besked om opstartsdato og leverings-sted. Apoteket gennemgår ordinationerne om de er egnede til dosispakning eller om de er med på listen over de præparater som pakkeapoteket har i deres maskiner. Hvis ikke, undersøges om der er muligheder for at substituere til synonyme præparater evt. sammensat af andre styrker. I nogle tilfælde kan det være nødvendigt at kontakte lægen for at få afklaret om en ordination kan substitueres til et analogt præparat. Doseringskort udarbejdes med beskrivelse af tabletten og dosering samt med oplysninger om evt. anden medicin der tages ud over det der er i dosispakkerne. Doseringskortet kontrolleres af en anden medarbejder og ordinationerne checkes for interaktioner. Doseringskortet faxes til pakkeapoteket, som sørger for den maskinelle pakning af medicinen. Doseringskortet takseres iflg faktura fra pakkeapotek og det første døgn's poser checkes for indhold. Dosispakkerne leveres/afhentes efter aftale med brugeren

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Håndteringen af dosispakket medicin er overladt til et begrænset antal ansatte, dog således at der altid er substitutter for alle funktioner i forbindelse med ferie m.m. Det personale der håndterer dosispakket medicin er valgt ud fra evner og interesse. Om vi har et overordnet princip ved jeg ikke, men som alle andre arbejdsgange skal det være korrekt det vi gør, og så praktisk som muligt. Der for har der også været små-justeringer under vejs i opstartfasen.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: Vi har fået en tættere kontakt til hjemmeplejen. Vi har fået sat ansigter på nogle stemmer, hvilket giver en bedre kommunikation. Vi har også fået større indblik i hvordan hjemmeplejen fungerer og hvilke problemstillinger de står med. Ulemper: Det har været meget tidskrævende med mange tlf. opringninger til læger/hjemmepleje (ikke altid lette at få fat i). Apoteket er blevet et ekstra led i forhold til at bestille medicin på sædvanlig vis. Dvs. der er større risiko for at et led i kommunikationen glipper.

Oplevede barrierer

Vi har oplevet skepsis fra både nogle læger og personale fra hjemmeplejen. De er bekymrede for at miste styringen/overblikket.

Overvindelse af evt. barrierer

Vi har haft flere møder med de ledende sygeplejersker i hjemmeplejen samt et fællesmøde, hvor også lægerne blev inviteret, (men kun nogle mødte op til) For apoteket har det været en fordel at initiativet til dosispakning er kommet fra kommunen og ikke so selv. Dvs. det har ikke været os der skulle ud og sælge en ide, men vi kan i stedet kunne koncentrere os om at få løst de praktiske problemer.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele: Når først brugeren er sat i gang med at få dosispakket medicin kører det i det store hele meget godt. Det er nemt at overskue hvad der bruges af medicin. Der er ikke risiko for forkert medicin på forkerte tidspunkter. Ulemperne opstår når der er ændringer i medicineringen. Der kan let gå 14 dage inden ændringen er implementeret, da der pakkes til 14 dage ad gangen. Der skal kommunikeres til flere led læge/hjemmepleje/udleveringsapotek/pakkeapotek/bruger. Som det er i dag er det økonomisk en meget dårlig forretning at være udleveringsapotek. Det er meget tidskrævende at starte en ny bruger op. Jeg har beregnet et tidsforbrug på i gennemsnit 45 min pr opstart.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Jeg tror, det er vigtigt at der fortsat en god kommunikation mellem læge /hjemmepleje/apotek, og at læger og sygeplejersker bliver grundigt informeret om de fordele og ulemper der ligger i systemet. Et ønske kunne være en kortere frist ved ændringer, men jeg tvivler på om det er praktisk muligt at styre.

Krav der skal stilles

Mht. apotekets økonomi vil det være ønskeligt med en bedre dækning for det arbejde der er i opstartfasen.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.4.2.3 Praktiserende læge

Den maskinelle dosisdispensering

Mine erfaringer med dosisdispensering er indgående og kan deles i to forskellige typer. 1. at dosisdispensering via/i samarbejde med 2-3 kommunale plejehjem (uden medicin håndtering via EDB) og 2. en selvejende institution med fuldt udbygget EDB styring af bla. medicinlister. ad 1. kun meget få patienter er omfattet af dosisdispensering ad 2. langt hovedparten af beboerne er på /i dosisdispensering ad 1. langt svære og kompliceret at bestille/håndtere opstarten på dosisdispensering pga. tung kommunikationsvej. ad 2. simpelt og nemt. Den fremsendes/faxes underskrevne ajourførte medicinlister til apoteket og en uge efter påbegyndes dosisdispensering

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Centrale principper er lig med kontrol.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: færre receptfornyelser. Færre kontakter til apoteket. Ulemper: "død" tiden fra ændring i medicinering til den kan ses i pakningerne. At ikke alle præparater kan dosispakkes. At man ofte må have både dosispakket medicin og konventionelt håndteret dosering. At man som læge mister kontrol.

Oplevede barrierer

Usikkerhed på aktuelle doseringer. Uvilje til at prøve dosispakning.

Overvindelse af evt. barrierer

Samtale og omhyggelig udvælgelse af egnede patienter.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele: Færre receptfornyelser, færre kontakter og formentlig færre fejl. Ulemper: Langsomheden ved dosisændringer. Spild af medicin ved dosisændringer. Besværligt for ældre at bryde pakningerne. Barrierer: Det er ikke nemmere end almindelig dosering hvis ikke ændringerne kommer hurtigere og at al medicin kan pakkes.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Der er fordele ved at medicinen helt fast medicinerede patienter på denne måde. Dvs. de egnede patienter skal vælges med omhu. Ulemperne er langsomheden. Det skal gøres bedre/hurtigere at skifte dosis. Hvis ikke ovenstående overholdes vil barriererne = modviljen ikke kunne overvindes via plejepersonalet.

Krav der skal stilles

Hurtig, præcis, gratis. Organisationerne må indstilles på at der skal være endnu mere kontrol helt udi patientniveau.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

Det er min opfattelse, at dosisdispensering har begrænset anvendelighed, og kun kan bruges ud fra omhyggeligt udvalgte patientgrupper. Der er ikke mening i at køre både dosisdispensering og medicingivning fordi ikke alle præparater kan pakkes maskinelt.

1.4.2.4 Social- og sundhedsdirektør

Den maskinelle dosisdispensering

Efter drøftelse i socialudvalg og drøftelse med Herlev Apotek samt de privatpraktiserende læger besluttede vi indførelse af dosisdispensering. I første omgang for borgene på vore plejecentre. Vi er nu også begyndt at inddrage de hjemmeboende i ordningen

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Efter en forsøgsvis indkøring på et plejecenter blev det besluttet at udbrede ordningen til alle borgere, der opfylder nedenstående kriterier: at borgeren ordineres medicin og at egen læge vurderer at borgeren kan anvende ordningen at borgeren som hovedregel får mindst 3-4 forskellige præparater en eller flere gange i døgnet, at borgerens medicinering er stabil og varig.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Der oplevedes skepsis fra de praktiserende læger. På medarbejdersiden var positiv medvirken - men det har nok også skyldes at vi ikke har besluttet at nednormere, som konsekvens af ordningens indførelse. De frigivne ressourcer bruges på mere relevante sygeplejeopgaver.

Oplevede barrierer

Lægerne var som nævnt i andet spørgsmål meget skeptiske. Enkelte er endnu ikke begyndt at bruge ordningen.

Overvindelse af evt. barrierer

Der blev etableret et møde med socialudvalget og de praktiserende læger.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Sygeplejerskerne får ikke længere fingerskader i forbindelse med "udprikning" at piller. Medarbejderne får tid til andre opgaver. Ledelsen skal gå foran for at det bliver indført, idet der trods alt er en skepsis også blandt nogle at medarbejderne.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Information er nøgleordet. Det er ligeledes vigtigt at indførelsen af systemet ikke sker parallelt med besparelser

Krav der skal stilles

Det skal være fuldstændigt udgiftsneutralt for borgeren at vælge dosispakket medicin. De praktiserende læger bør være forpligtet til at udskrive dosisdispensering, når det er muligt.

Ændringer der skal til

Ovenstående vedr. udgiftsneutralitet kræver formentlig ændring af sygesikringsloven. Sundhedsstyrelsen skal kunne "tjekke" at lægerne bruger de muligheder som der er.

Yderligere tilføjelser

1.5 København Kommune

1.5.1.1 Ledende distriktspsykiatrisk sygeplejerske

Den maskinelle dosisdispensering

Primært er indgået aftale og samarbejde med lokalt apotek men også med eget hospitalsapotek. Lægen udsteder recept ved opstart til lokalt apotek, medicinskema faxes til hospitalsapotek. Dosiskortet anvendes herefter ved medicinændringer og faxes. Dosispakninger opbevares i bokse til den enkelte patient og udleveres efter særskilt aftale med pt. Enkelte pt. afhenter selv dosispakkerne på apoteket.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Høj sikkerhed for korrekt medicin. Korrekt anførte oplysninger på medicin der udleveres til egen administration. Forbedring af sygeplejerskernes fysiske og psykiske arbejdsmiljø i forhold til varetagelse af ca. 120 pt's medicinering. Blisterpakninger er en fysisk belastning, størstedelen af psykofarmaka leveres i disse. Stress pga. stort arbejdspress i forbindelse med medicinophædning. Bedre udnyttelse af de sygeplejefaglige ressourcer såvel tidsmæssigt som kvaliteten i kontakten til pt.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordelene var en god introduktion og indgåelse af praktiske aftaler. En gennemgående positiv indstilling blandt personalet,

Oplevede barrierer

Sygeplejerskerne var i tvivl om patienterne kunne finde ud af at få udleveret medicinen på denne vis, om det praktisk var muligt at planlægge i hverdagen pga. faste opstart tidspunkter hv. 14.dag. Bekymringer vedr. fejdoseringer og behov for at checke for fejl, problemer i forhold til levering samt ved ændringer i medicineringen.

Overvindelse af evt. barrierer

Såvel mundtlige som skriftlige informationer og instrukser, drøftelse af de problemstillinger der opstod eller kunne opstå og udarbejdelse af planer for løsning heraf. Nøglepersoner i projektet med god forståelse, indsigt og overblik i forhold til dosispakket medicin og indgåede aftaler. Fast kontaktperson til apoteket ved problemer/tvivl begge veje. Løbende feed-back til sygeplejerskerne og introduktion samt inddragelse fra tværfagligt personale.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Dosispakket medicin opstartede her i juni 2003. Efterhånden er 1/3 af alle pt. med behov for støtte til administrering af deres medicin overgået til dosispakket. Meget få pt. har haft vanskeligt ved at overgå til denne form som stort set må betegnes som en succes. Sygeplejerskerne har fået frigjort

mere tid til patienterne, hvilket har givet tilfredshed hos såvel patienterne som sygeplejerskerne. Flere administrative opgaver, så som ajourføring og bestilling af medicin til den enkelte pt. etc. er blevet kraftigt reduceret, lagerbeholdning og spild minimeret. For lægerne har det betydet et stort fald i udstedelse af recepter til pt. på egen betaling og administration via sygeplejersker i centret, hermed frigivet tid. Ved ændringer anvendes dosiskortet og dette giver stor sikkerhed for at ændringer er korrekte. Apoteket(erne) er meget opmærksomme på at tage kontakt ved mindste tvivl - og fejl i dosisdispensering har der været mindre end 5 gange i hele perioden - apoteket har i disse tilfælde fundet fejlen inden dosispakningerne er afsendt til os og har inden adviceret herom. Der er primært kun driftmæssige fordele ved denne dispenseringsform, og vi har indbygget rutiner som for det meste sikrer mod evt. fejl / mangler. Herunder at sikre besked til apoteket om at pausere med dosisdispensering til patienter, der indlægges eller på anden vis i en periode ophører med dosisdispensering. En ulempe er det imidlertid, at der ikke er den store fleksibilitet i, hvilke ugedage og uger patienternes 14. dages perioder skal gå fra. Aktuelt har vi kun oprettet en gruppe, dvs. alle pt. opstarter samme dato. Der er mulighed for at oprette flere, men dette medfører behov for at indføre nye rutiner for at sikre mod fejl i udleveringerne.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

En større fleksibilitet i opstart datoer samt ændringer heri ville være en fordel - kræver en teknisk større fleksibilitet, og må samtidig ikke gå ud over den aktuelle sikkerhed for rette medicin afleveret til rette tid. Der vil være fordele i at udbrede dispenserings-formen til flere, herunder socialpsykiatriske boforanstaltninger og lignende samt psykiatriske patienter med kontakt til egen læge eller privat praktiserende psykiater, idet der opleves en forbedring i patienternes compliance i forhold til den medicinske behandling samt reduktion i anvendelse af pn. medicin og hermed nedsættelse af risici for overforbrug / misbrug / afhængighed. Minimering af ressourceforbrug i personaletimer til medicinadministration samt risiko for fejl ville være en gevinst på de institutioner, hvor psykiatriske patienter bor.

Krav der skal stilles

Ingen kommentarer. Aktuelt opleves ingen problemer i forhold til de nævnte områder. En undersøgelse af patientoplevelsen ville imidlertid være hensigtsmæssig.

Ændringer der skal til

Ingen kommentarer.

Yderligere tilføjelser

Nej.

1.6 Nordjyllands Amt

1.6.1 Hirtshals Kommune

1.6.1.1 Ældrechef

Den maskinelle dosisdispensering

Den færdigpakkeede dosisdisp. modtages hver 2. uge fra Hirtshals og Sindal apoteker. Hos den enkelte borger.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Minimere fejl dosering, bedre arbejdsmiljø - f.eks blisterpakninger og arbejdsskader hos spl. bedre miljøet - ingen spild af medicin, god økonomi hos borgeren

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: spl. skal ikke tælle og snakke med borgerne samtidig. Sikkerhed ang. I.D. på medicinpakningerne bedre hygiejne ved at undgå ugedoseringsæskerne. Ulemper: vurdering af egnede og ikke egnede tog tid og var lidt svære at gennemskue alle samarbejdspartnere var ikke godt nok inf. fra deres bagland. Dobbeltarbejde m.h.t. forbrug af allerede indkøbt medicin. Sygehusene har ikke forståelse for det nye system - ej heller ikke d.d.

Oplevede barrierer

Praktiserende læger var ikke godt nok informeret fra deres bagland. Positivt med samarbejdet med apotekerne.

Overvindelse af evt. barrierer

Ansvarlig områdeleder snakkede med lægerne.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Kommunale organisatoriske ændringer tager tid, men nu kører det godt. Brugere er glade for ordningen. Sygeplejersressourcerne bruges til noget mere fagligt

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Generel bedre inf. i alle instansers bagland. Flere gode kurser - også for praktiserende læger - som dem, der allerede er kørt i apotekernes regi

Krav der skal stilles

Mindre bestillings/leveringstid bedre forståelse og medvirken fra sygehusene.

Ændringer der skal til

Se ovenfor

Yderligere tilføjelser

Hvis yderligere spørgsmål, så ring til områdeleder Lise Højrup 99565200. lise.højrup@hirtshals.dk

1.6.1.2 Praktiserende læge

Den maskinelle dosisdispensering

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Oplevede barrierer

Overvindelse af evt. barrierer

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Krav der skal stilles

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.7 Ribe Amt

1.7.1 Varde Kommune

1.7.1.1 Gruppeleder for hjemmesygeplejerskerne

Den maskinelle dosisdispensering

Der doseres centralt i Vojens 1 gang hver 14. dag. Der skal gives besked til apotek senest kl 12 mandag i lige uger, hvorefter der kan leveres/ afhentes medicin to-lø i lige uger. Ny dosispakning påbegyndes mandag i ulige uger. Der er mulighed for at få leveret 1 måned ved ferie og lign.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Der foregår i hjemmeplejeregi en vurdering af borgerens egnethed til at være dosisdispenseret ud fra kriteriet om stabil medicinering. Hvis borgeren er egnet introduceres borgeren til dosisdispensering og motiveres til at overgå til dette. Sygeplejersken sender medicinliste til apotek, som sender til egen læge, som godkender/ordinerer medicinen. Borgerens lagre af egen allerede indkøbt medicin skal forbruges før overgang til dispensering, så der ikke er lagre i hjemmet.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Det var svært at få lægerne i samtale om implementeringen af dosisdispenseringen, og der ligger fortsat ikke nogen fast aftale om dette. Samarbejdet med sygehusene omkring udskrivelse var ikke på plads. Apoteket var godt klædt på til at varetage opstarten.

Oplevede barrierer

Jeg oplevede ingen barrierer i opstarten, men usikkerhed hos hjælper gruppen, som var borgerne behjælpelige med fortsat at hælde dosisdispenseret medicin i de gammelkendte hjemmeplejeæsker. Skepsis og usikkerhed hos borgeren, fordi de oplevede en tryghed i kraft af spl-tilsyn hver 14.

Overvindelse af evt. barrierer

På møder blev gennemgået regler omkring håndtering af dosisdispenseret medicin. Det vurderes nøje, om borgeren fortsat skal have sygepleje ud over medicindosering, så vi sikrer sygepleje i relevante hjem. Borgeren informeres om dette når vi præsenterer dosisdispenseringen for dem.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Borgeren oplever hurtigt fordelene ved præcis dato og tidsangivelse for medicinindtag, og der er mere tid til at have fokus på borgerens sundhedsproblem, når der ikke samtidig skal doseres medicin. Systemet er stift ved medicinændringer både hjemme og ved udskrivelse, idet vi er bundet af 14. dages dispensering. Ikke al medicin kan dispenseres, dvs. nogle borgere kan ikke deltage. ½

tbl. kan ikke dispenseres, så det kan være afgørende for om man kan få dosisdispenseret

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Samarbejde med lægehusene omkring hvornår man definerer en borger som stabilt medicineret i forhold til lovteksten.

Krav der skal stilles

?

Ændringer der skal til

?

Yderligere tilføjelser

1.7.1.2 Planlægningschef

Den maskinelle dosisdispensering

Sygeplejerske eller assistent faxer borgerens medicinliste til apoteket. Apoteket gennemgår den og melder tilbage om præparaterne kan doseres maskinelt. Der træffes aftale om hvornår borgeren kan overgå til dosisdispensering. Apoteket udarbejder medicinkort - kontakter lægen og får de fornødne recepter. Sygeplejerske/assistent vejleder borgeren.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Borgeren skal være stabilt medicineret. De præparater borgeren får skal det være muligt at dosisdispensere der må ikke være tabletter der skal deles. Et ønske om at så mange som muligt af de ca. 430 vi før doserede medicin til kunne overgå til maskinel dosispakning.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: Det frigør personaletid. Bedre arbejdsmiljø for personalet - rigtig mange har gener på grund af mange blisterpakninger. Stor sikkerhed for korrekt dosering. borgeren får en mere jævn udgift til medicin mindre returmedicin - giver også mindre offentlige udgifter. Der er ikke så store medicinlagre i hjemmene.

Oplevede barrierer

Personalets skepsis i forhold til om det medfører nedskæringer i personalet. Det er svært at sælge ideen til borgeren, når man ikke præcist ved om det medfører en merudgift for borgeren. Nogen læger var meget imod. Sygehusene havde intet kendskab til ordningen og hvordan de skulle håndtere det.

Overvindelse af evt. barrierer

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Der spares personaletid. Sikkerheden i doseringen er større. Der er kun skriftlige ændringer i doseringer. Der doseres ikke efter hånd- og omskrevne medicinlister. Ændringer i medicin skal varsles temmelig længe før levering. Yderligere medicin kan tages ved siden af, men det er problematisk at seponere akut. Nogen borgere er i en periode ustabilt medicinerede og må ud af ordningen. Der skal så indkøbes meget medicin for at sygeplejersken kan dosere i en periode. En del får yderligere medicin, som det ikke er muligt at dosispakke.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Krav der skal stilles

Flere præparater skal indgå der skal findes en løsning så de 1/2 og 1/4 tabletter kan indgå eller præparaterne leveres i flere styrker. Flere valgmuligheder i leveringshyppighed. Mulighed for hyppigere levering kan gøre at mindre stabilt medicinerede fortsat kan indgå i ordningen. Akut levering/ændringer skal forbedres. De økonomiske konsekvenser skal være mere overskuelige for borgeren.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.7.1.3 Sygeplejerske

Den maskinelle dosisdispensering

Når SSA/Sgpl. har lavet en aftale med beboeren / pårørende om opstart med maskinel dosisdispensering, så kontaktes apoteket og medicinkortet faxes til apoteket. Derefter kontakter apoteket beboerens egen læge m.h.p. ordinationerne. I enkelte tilfælde har vi kontaktet lægen, der så lægen har formidlet ordinationerne videre til apoteket. Den maskinelle dosisdispenserede medicin leveres så til plejecenteret hver anden torsdag med opstart den efterfølgende mandag. Ved medicinændringer skal apoteket have ordinationen fredag i ugen før leveringen. Ved akut medicintilføjelse/ændring kan der leveres nyt medicin i løbet af 2 dage.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Vi har arbejdet efter at så mange af vore beboere som muligt kom med på maskinel dosisdispensering. Vi er gået ud fra følgende kriterier: - at beboeren er / har været i en stabil fase m.h.t. medicine-

ring. - at medicin i beboerens medicinskab så vidt muligt bruges op før opstart med maskinel dosisdispenseret medicin. - at beboeren/pårørende kender og accepterer konsekvenserne af opstart med maskinel dosisdispensering. - ved opstart af flere i en gruppe kontaktes "nøgelpersonen" på apoteket (vedr. maskinel dosisdispensering) ang. det videre forløb.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: - altid navn, CPRnr., tidspkt. og medicinnavne på poserne. Ingen snavsede medicinæsker. Færre medicindoseringer. Mindre medicin (glas)stående i beboernes medicinskabe. Tæt samarbejde med apoteket. På sigt forhåbentlig billigere for beboerne. (jeg har ikke regnet på det !) Ulemper. - for mange præparater der ikke kan maskinel dosisdispenseres. Ved akut medicinændring kan det være nødvendigt at fjerne medicin fra posen eller destruere al den dispenserede medicin og bestille de enkelte præparater og selv dosere indtil det dosisdispenserede er klar med den nye ordination. - nogle praktiserende læger har været negative over den maskinelle dosisdispensering. Ved speciallægetilsyn f.eks. gerontopsyk.. Obs. at speciallægen videregiver evt. ordinationer således de kommer med i dosisdispenseringen ved akut medicinændring.

Oplevede barrierer

Før opstart var der mange spørgsmål fra plejepersonalet især omkring sikkerhed og ansvar.

Overvindelse af evt. barrierer

Havde emnet oppe på personale/gruppemøder. Apoteket var inviteret til et møde omkring emnet.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordelene og ulemperne er nogenlunde de samme som ved opstart, dog er der kommet flere præparater med i den maskinelle dosisdispensering, hvilket er en fordel. Social og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne får ikke det samme forhold til medicinen som tidligere hvor man doserede. Der er færre muligheder for oplæring i medicindosering i praksis for elever/studerende. Det er svært at kende medicinen da der er meget medicin der ændrer navn og udseende.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Det er vigtigt med løbende evalueringer blandt personalet og apoteket. Evt. en hjemmeside med erfaringer fra andre kommuner/amter.

Krav der skal stilles

Jeg mener der skal stilles krav, men jeg mener man skal diskutere det på /i den enkelte institution / kommune og derudfra opstille kriterierne før opstart.

Ændringer der skal til

At der laves et materiale der kan bruges til den diskussion. Et materiale der lægger op til debat og diskussion, men uden løsning, men sikrer at de vigtigste emner bliver diskuteret.

Yderligere tilføjelser

Maskinel dosisdispensering har alt i alt været et positivt tiltag på vort plejecenter.

1.8 Ringkøbing Amt

1.8.1 Holstebro Kommune

1.8.1.1 Praktiserende læge

Den maskinelle dosisdispensering

Løve Apoteket Store Torv pakker for begge apoteker i Holstebro.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Vides ikke

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Ulemperne er at der skal sendes/faxes mere papir. Fordelen er at medicinen gennemgås og evt. justeres ved opstarten.

Oplevede barrierer

Umiddelbart har der vel ikke været mange barrierer. Der er en vis uvilje mod at lave mere papirarbejde.

Overvindelse af evt. barrierer

Jeg ved ikke om denne barriere er overvundet endnu.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Umiddelbart har der vel ikke været mange barrierer. Der er en vis uvilje mod at lave mere papirarbejde.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Jeg ved ikke om dosisdispensering er så stor en fordel at det bør indføres mere generelt. Man må lade tiden gå og indhente flere erfaringer. Jeg har ingen gode råd pt.

Krav der skal stilles

Ved ikke.

Ændringer der skal til

Ved ikke.

Yderligere tilføjelser

Forløbet følges.

1.8.1.2 Sygeplejerske

Den maskinelle dosisdispensering

Borgere der skal have hjælp til medicindosering, hvor medicineringen er stabil og varig overgår til dos. pak., når den medicin de har, er ved at være brugt op.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Enighed mellem læge, sygeplejerske og borger, at det er en god ide at overgå til dosispakning.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: Besparelse af tid til dosering, ikke nødvendig med en fast ugedag til besøg hos borgeren. Tiden kan bruges til obs. og samtale. Mindre risiko for fejlmedicinering. Borgeren ligger ikke inde med så meget medicin. Ulemper: Ordningen er ikke så fleksibel, det er et problem, når der kommer ændringer i borgerens medicin. Vanskeligere at øge eller reducere i medicinen.

Oplevede barrierer

Den største barriere lå hos borgerne, som var meget skeptiske og bange for at ordningen skulle erstatte sygeplejebesøgene. Lægerne var heller ikke særlige begejstrede, da de mente de fik mere arbejde i forbindelse med dosispakning. Økonomien blev der også stillet spørgsmålstejn ved.

Overvindelse af evt. barrierer

Der er fortsat sygeplejebesøg hos de borgere der ønsker det, og der er mere tid til samtale ved besøgene. Lægerne har vel også accepteret det nye system.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Det er selvfølgelig en fordel at sygeplejersken ikke længere skal bruge så meget tid på med. dos.. Fejlmedicineringen er også mindre. Der ligger ikke længere så meget ubrugt medicin i hjemmene. Vi synes to år er for lang tid til at lade en ordination vare, der burde tages en vurdering årligt om borgerens tilstand evt. blodprøver. Ved manuel dosering er det lettere at øge eller reducere i medicinen. Vi har sjældent ekstra / p.n. medicin at gøre godt med. Sygeplejersken føler nok ikke så stort ansvar for medicineringen som tidligere. Uklar hvem der har ansvaret for den doserede medicin, da både egen læge og sygehus kan ændre i medicineringen.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Det ville nok være lettere at få borgerne motiveret til dos. pak., hvis de var fritaget for pakkegebyret. Vi kunne ønske at de borgere der får dos. pak. med., en gang om året får en konsultation hos

lægen, hvor medicinen justeres evt. bt. kontrol, blodprøve kontrol

Krav der skal stilles

Ændringer i doseringen skal gå gennem egen læge, justering af dosispakninger mindst en gang om året. Virker medicinen som den skal, er der kommet bedre præparater osv. Borgeren sikres den billigste medicin. Borgeren burde ikke betale pakkegebyr.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.9 Roskilde Amt

1.9.1.1 Lægemedelkonsulent

Den maskinelle dosisdispensering

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Amtet er ikke involveret i organiseringen af dosisdispensering. Det foregår på lokalt plan.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Det har ikke betydet en ændring af samarbejdet, men de eksisterende fora har været anvendt i diskussionen.

Oplevede barrierer

Der opleves en vis træghed i de involverede personalegrupper. Apoteket har skullet indarbejde nye rutiner, sætte sig ind i nye systemer, leveringssituation m.m. Kommunen (sygepleje m.fl.) har skullet se på organisationen, arbejdsrutiner m.m. Flere steder har man så vidt vi er orienteret afprøvet dosisdispensering i mindre målestok i første omgang m.h.p. at anvende erfaringer i det videre arbejde med udbredelse af systemet. Der har været diskussion af de faglige grænser og manglende vilje til ændringer har gjort indførelsen træg.

Overvindelse af evt. barrierer

Fra amtslig side (lægesamarbejdsudvalg og sundhedsfagligt kontaktudvalg), er der kanaliseret opfordringer til læger og kommuner om at gøre brug af dosisdispensering, hvor det kan være fordelagtigt for patienterne. Der er ligeledes opfordret til et øget samarbejde mellem apoteker, kommuner, herunder hjemmesygepleje og plejehjem.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Amtet er ikke direkte involveret, men som vi hører det, kræver det en stor arbejdsmæssig indsats fra apoteket uden den store indtjening. Sygeplejersker er bange for at miste kontakten med brugerne, hvis de ikke længere skal dosere medicinen. Den omstrukturering, der skal stilles for at kontakten bliver bevaret, sker tilsyneladende ikke altid. Lægerne virker usikre på, hvordan de skal håndtere dosisdispensering, og det kræver konkret, klar udmelding fra det lokale apotek, og procedurer for samarbejdet skal fastlægges. Usikkerheden kan grunde i, at dette ikke altid sker.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Læger, apotek og hjemmepleje må have et tæt samarbejde om dosisdispensering, hvis det skal lykkes. Samarbejdet bør nok initieres af apoteket. Det vil være en god idé at teste arbejdsrutiner m.m.

på en mindre gruppe patienter, udvalgt i samråd med læger og hjemmepleje.

Krav der skal stilles

Da vi ikke er direkte involveret i den praktiske gennemførelse m.m. skal ændringsforslag komme fra brugerne.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.9.2 Greve Kommune

1.9.2.1 Farmakonom

Den maskinelle dosisdispensering

Vi bestiller vores dosispakkede medicin på Glostrup Apotek og har fast leverance hver 14. dag. Vi leverer stort set kun til beboere på centre/bofællesskaber.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Vores dokumentation skal være på plads. Vi skal altid have lægens accept i forbindelse med dose-ringsændringer.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Vi har fået et tættere samarbejde med de centre/bofællesskaber, der får leveret dosispakket medicin. Ligeledes har vi hyppigere kontakt til dem end tidligere. I starten kunne de have lidt svært ved at forstå, at f.eks. ikke al slags medicin kan dosispakkes, og at ændringer ikke kunne ske med det samme. Det var ligeledes lidt svært at få styr på alt papirarbejdet i starten.

Oplevede barrierer

Her har det især været de praktiserende læger, der har været svære at få med. Samtidig har det af og til ikke fremgået af recepterne, at de var til dosispakning, og gyldighedsperiode har manglet. På apoteket har vi oplevet, at kolleger har haft svært ved at forstå, at dosisdispensering kræver meget tid.

Overvindelse af evt. barrierer

Barriererne er stille og roligt overvundet (stort set). Mange af lægerne er positive i dag. De har vel været lidt usikre på systemet i begyndelsen. Ligeledes har lægesekretærene holdt et møde, hvor vi

var inviteret til at fortælle, hvilke oplysninger recepter til dosisdispensering skal indeholde. Det betyder at de fleste recepter i dag indeholder de oplysninger vi har brug for.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordelene er blandt andet mindre medicinaffald, større sikkerhed. Ulemperne kan opstå i forbindelse med doseringsændringer, som ikke straks kan træde i kraft.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Inden opstart er det vigtigt at få snakket tingene grundigt igennem med de implicerede parter. Samtidig må man løbende holde evalueringsmøder, fungerer tingene som de skal; er der noget man kunne tænkes sig blev ændret osv.

Krav der skal stilles

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.10 Storstrøms Amt

1.10.1 Stubbekøbing Kommune

1.10.1.1 Ældrechef

Den maskinelle dosisdispensering

BORGERE, DER I FORVEJEN FOR MANUEL DOSISDISPENSERING AF SYGEPLEJERSKE: Sygeplejersken udfylder et skema med borgerens kendte medicin og sender det til apoteket. Apoteket oplyser hvornår borgeren overgår til maskinel dosisdispensering. Apoteket sender ordinationskort til underskrift hos praktiserende læge **BORGERE DER IKKE HAR FÅET MANUEL DOSIS DISPENSERING:** Lægen ordinerer direkte til apoteket. Som hovedregel henter borgerne selv medicinen eller får den bragt direkte hjem af apoteket. Kun i meget få ganske særlige tilfælde leveres medicinen til hjemmeplejen, som bringer ud.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

At vi ikke tilbyder manuel dosisdispensering med mindre det ikke kan lade sig gøre at anvende maskinel. Enten fordi der ofte ændres i medicinen eller fordi borgeren ikke kan finde ud af det. At når borgeren er på maskinel dosisdispensering er det et anliggende mellem borger, apotek og praktiserende læge. Hjemmeplejen har ikke noget med borgeren at gøre med mindre vi kommer i hjemmet af andre grunde. (Det medfører at hvis en praktiserende læge ønsker at en borger skal have hjælp til medicinadministration, må han/hun ordinere maskinel dosisdispensering) At der skulle 10 nye på maskinel dosisdispensering hver måned.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Den helt store fordel er sikkerheden og at der er frigjort resurser til andre mere udviklende opgaver. Jeg ser ikke nogen egentlige ulemper, men vi har oplevet at vi måtte tage nogle tilbage på manuel dosisdispensering fordi det mod forventning ikke fungerede med en maskinelle. Personalet har givet udtryk for (især i starten) at det var tidskrævende at skifte over. Men det var jo også nyt både for os, apoteket og lægerne.

Oplevede barrierer

1. Den største barriere i kommunen var betænkeligheder fra personalets side. 2. En stor barriere udadtil var de praktiserende læger, som havde mange forbehold. Det lægehus som har de fleste af vores brugere, ville gerne være med hvis de ikke skulle skrive manuelt under på ordinationerne (hvilket man skulle i starten).

Overvindelse af evt. barrierer

Ad.1: Der kom 2 med på apotekerforeningens temadag om ordningen. Det blev ikke lagt frem som noget der kunne vælges, men som noget der skulle indføres. - Det blev pointeret på personalemøderne at vi skulle have frigjort resurser til opgaver vi ikke synes vi løser godt nok fordi der ikke er tid til det. Vi startede i 1 distrikt (det, der ligger nærmest apoteket) og en sygeplejerske i det distrikt blev gjort ansvarlig for opstarten. - Stillede krav om at der skulle 10 nye på hver måned. Det lykkedes selvom de 2 første måneder var sommerferie måneder. Ad 2: Jeg meddelte det lægehus, der har de fleste af vores brugere, at fra en skæringsdato tog vi ikke imod nye patienter til manuel dosisdispensering af medicin. Samtidig havde lægehuset på eget initiativ en på kursus om ordningen. Så vi kom i gang og samarbejdet fungerer fint nu. Der er stadig enkelte andre praktiserende læger som ikke ret gerne ordinerer maskinel dosisdispensering.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele: At vi har fået frigjort resurser til andre opgaver vi ikke havde tid til at løse ordentligt før. At sikkerheden er større. Ulemper: Det er mere bøvl, når der bliver ændret i den sædvanlige medicin. Det tager op til en uge inden der kommer nye poser ud. - Det sker at der bliver givet alm. recept på ny medicin, og så har brugeren pludselig både og. Den helt store ulempe er at sygehusene slet ikke er gearede til at indgå i samarbejdet omkring maskinel dosisdispensering. Listen over problemstillinger er så lang, at det vil være et større projekt at ændre på dette. Vi har mange problemer i forbindelse med ordningen.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Der skal være en hurtigere arbejdsgang i forbindelse med ændringer af vanlig medicin. De praktiserende læger skal i højere grad se en fordel i ordningen, så de sidste kommer med. Der skal gøres noget i forhold til amterne, så der ikke er alle de problemer i forbindelse med udskrivelser.

Krav der skal stilles

1. At ordningen er fleksibel. 2. At den er anerkendt hele vejen rundt i sundhedsvæsenet. 3. Den skal opleves som en fordel både økonomisk og praktisk for brugerne.

Ændringer der skal til

Ad.1: Man skal til enhver tid kunne få akutlevering med 2-3 dages varsel. Ad.2: Man skal på en eller anden måde sikre at såvel alle praktiserende læger som sygehuse går ind i samarbejdet omkring apoteket og lægerne. Ad.3: Hvad angår økonomien er det svært for den enkelte at sammenligne udgifterne til det ordinerer maskinel dosisdispensering. Udskrivelser. Ene eller det andet. Hvad angår det praktiske, skal der findes en anden og mere holdbar anordning til opbevaring af medicinen. Den nuværende af pap er ikke god nok. (vi har nedsat et lille udvalg, der skal prøve at udvikle en plastikkops hvis ingen andre gør det).

Yderligere tilføjelser

Jeg tror det har været af stor betydning, at der har været overkommelige, men ufravigelige delmål.

10 nye på maskinel dosisdispensering hver måned er til at holde styr på. det tager selvfølgelig lang tid inden man er igennem, men til gengæld har man mulighed for at få den enkelte bruger godt i gang. De første 3-4 måneder startede vi de 10 op hver måned, men så gik det hurtigere. Et år efter at de første kom på måtte vi konstatere at nu var stor set alle på maskinel dosisdispensering, som kunne komme det.

1.10.1.2 Apoteksfarmaceut

Den maskinelle dosisdispensering

Hjemmeplejen udfærdiger doseringsskema som sendes til apoteket. Der aftales starttidspunkt. Apoteket bestiller recepter til 2 år hos lægen. Apoteket udfærdiger dosiskort og startsæt. Kortet kontrolleres IKKE efterfølgende hos lægen. Det er vores ansvar at kortet stemmer overens med recepterne.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Apoteket har en styrende rolle. Apoteket kontrollerer om det kort hjemmeplejen har udfyldt stemmer overens med det som patienter indtil nu har fået ordineret. Ligeledes om der er farmaceutiske problemer. Dette dels for at lette arbejdet for lægerne dels for at kunne identificere lægemiddelrelaterede problemer inde opstart. Hjemmeplejen er den som vurderer om en patient er dosisegnet - den kender patienten bedst.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele - tættere samarbejde med hjemmeplejen/lægerne. Spændende farmaceutisk opgave med kontrol af kortene fra hjemmeplejen. At vi selv har bestemt farten (antal nye kunder pr. gang). At beslutningen om dd. var taget af kommunen - det gav skubbet til at gå i gang. Ulemper - Tidskrævende opgave. Utilstrækkelig økonomisk honorering. Antal budpakker kraftigt øget.

Oplevede barrierer

Lægmodstand i starten. Økonomi for patienten. Ny opgave. Hvordan skal den håndteres? - Intern organisation af arbejdet - IT-ressourcer b.) IT-ressourcer. Igen planlægning. Der er ikke rigtig økonomisk incitament til investeringer - nu hvor vi har knap 120 kunder er en printer nødvendig

Overvindelse af evt. barrierer

Møde med lægerne - organisation så de har så lidt arbejde med det som muligt. Brug tid på at forklare fordele ved den ekstra udgift - Hvad får man for pengene? Vigtigt at vide hvem der er ansvarlig og hvorfor, hvilke funktioner gøres af farmaceut/farmakonom. Vigtig med planlægning af tid til opgaven. Jo flere kunder jo mere vigtigt og jo mere fylder det i hverdagen. For os er det godt med faste dage til taksation og pakning.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele - øget sikkerhed omkring medicin håndtering, øget samarbejde med hjemmeplejen. Ulemper: Rettelser, Nogle er ikke egnede og er stoppet igen (syn/hukommelse/håndtering af poserne), økonomi, Indlæggelser/udskrivelser. Barrierer - Social- og sundhedsassistenter ved ikke altid nok om d.d., utryghed hos alle omkring nye tiltag (patient, pårørende, plejepersonale, kollegaer)

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Nøglen er uddannelse og information. Derudover er styrkelse af kommunikationen mellem faggrupper. Jo mere man ved, forstår og er forberedt på jo lettere og sjovere bliver opgaven. Bedre aflønning. Indlæggelser/udskrivelser - bedre kontakt til sygehus - vi har fået aftaler i stand hos os.

Krav der skal stilles

Vi tror egentlig af lovgivning og teknik er rimelig på plads. Vi har været lidt imod kontrollen af rullerne men har indset at som teknikken er i dag er det nødvendigt. Man kunne lægge kontrollen af rullerne hos pakkeapoteket - det ville jo være mere "rigtigt". Den der producerer produktet står inde for kvaliteten. Og ellers - INFORMATION OG KOMMUNIKATION!!! Der skal gøres noget ved aflønningen.

Ændringer der skal til

Kontrollen skal flyttes hvis man vil vælge den model eller skal vi "bare" aflønnes bedre. Forhandling om bedre aflønning.

Yderligere tilføjelser

Generelt er det gået meget smertefrit og i en god ånd. Samarbejdet har fungeret fint både med hjemmeplejen og lægehuset. Man skulle nok på et tidligere tidspunkt have informeret og uddannet social- og sundhedsassistenter mere - vi har ikke helt indtryk af hvor meget kommunen selv har gjort for denne personalegruppe. Vi kan varmt anbefale "vores" model med apoteket som tovholder.

1.10.1.3 Hjemmesygeplejerske

Den maskinelle dosisdispensering

Læge eller hjemmesygeplejerske kan på baggrund af faglig vurdering tilmelde en borger til maskinel dosisdispensering (MD). Et tilmeldingsskema udfyldes og faxes til apoteket af hjemmesygeplejersken. Apoteket kontakter lægehus mhp. ordination, og hjemmesygeplejersken får ved henvendelse til apotek besked om dato for opstart. Hjemmesygeplejersken orienterer hjemmehjælper om MD, såfremt dette involverer hjemmehjælper, i forhold til hjælp til indtagelse og orienterer visitator om, at der skal tildeles tid til opgaver, som beskrives på hjemmehjælperens arbejdsplan og køreliste.

Hjemmesygeplejersken besøger borgeren på apoteksdagen mhp. institution/vejledning og gennemgang af den medsendte mappe, som indeholder alle oplysninger om medicin. Der forklares, at medicinruller skal medbringes ved evt. indlægges på sygehus. Når lægen ændrer på ordinationer kontakter han apotek og evt. sygeplejersken, såfremt sygeplejersken skal besøge borger, for at fjerne evt. seponeret medicin og/eller dosere nyordineret medicin. Der er foto og beskrivelse af alle tabeller i mappen. ofte omhældes poseindholdet i doseringsæsker frem til den dato, hvor ny rulle kan leveres. Dette får sygeplejersken besked om ved at kontakte apotek (leveringstid er mindst en uge). I enkelte situationer udsætter lægen ændringerne i hjemmehjælpen om de midlertidige ændringer. medicinen leveres i poser påtrykt navn og CPR samt dato, klokkeslet og beskrivelse af indhold. Der leveres til 14 dage ad gangen på fast ugedag (nogle får leveret på adressen, andre afhenter på apotek enkelte leveres til hjemmeplejen, således af hjemmehjælperen bringer ud og sikrer, at medicinen opbevares i aflåst æske). Dette hos borgere, som har behov for fuld hjælp til konkretindtagelse.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Jeg var ikke ansat i planlægnings- og beslutningsfasen, men ved min ansættelse blev jeg orienteret om flg: Flest mulige borgere med behov for hjælp vedr. medicinindtagelse/dosering skal tilsluttes MD. Er altså som udgangspunkt kommunens tilbud om støtte vedr. medicinering og ikke et valgfrit alternativ til ophældning af medicin i doseringsæsker hver 2. uge af hjemmesygeplejerske, sådan som hidtidig praksis har været. Alle nyhenviste borgere skal snarest muligt tilmeldes MD, dvs. når medicinbeholdningen er tilnærmelsesvis opbrugt. Kun borgere med særlige problemer/behov bliver ikke tilmeldt ordningen (ex. vis hos borgere med hyppige ordinationsændringer, eller borgere med stærkt nedsat syn, som ikke har dagligt besøg af hjemmehjælper i forbindelse med medicinordningen omfatter alle borgere i kommunen ikke kun de, som i forvejen modtager hjælp fra hjemmeplejen eller har bopæl på plejehjemmene).

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Der var indarbejdet tilmeldingsblanket (lille kommune, hvor de involverede parter i forvejen har hyppig kontakt/tæt samarbejde så evt. problemer kan hurtigt løses, ofte ved jævnlig kontakt). Der var udpeget en "tovholder" på apotek og jeg blev hurtigt tilkoblet som hjemmeplejers tovholder. Vi har kunnet kontakte hinanden via telefon i hele arbejdstiden, og har foreløbig holdt ét evalueringsmøde med referat til andre kolleger. Det har været en stor fordel, at det så klart har været udmeldt, at vi som hjemmesygeplejersker var pålagt at gennemføre flest mulige tilmeldinger til MD, så det ikke har været op til den enkelte borger og/eller hjemmesygeplejerske at vælge til eller fra ordningen. Jeg har oplevet det som en ulempe, at alle hjemmehjælpere ikke fra starten er blevet vejledt eller undervist i ordningen og deraf flg. flere opgaver i forbindelse med medicinering og observationer. I Mange hjem kommer sygeplejersken nu kun, hvis hun tilkaldes af hjemmehjælperen, derfor stort behov for videnstilgang til de kolleger, som nu er ene om at vurdere helbredssituationen hos deres borgere. Der er heldigvis planlagt undervisning nu, som vil blive varetaget af "tovholderen" på apoteket. Tilmeldingen blev startet i ferieperiode, det gav stort arbejdspress, ikke mindst mht. vejledning og begrundelse for ordningen til borgere og pårørende som var afvisende/utrygge og

enkelte hjemmehjælpere. Vi nåede at tilmelde/starte MD hos en del borgere, hvor det snart viste sig, at det ikke fungerede fornuftigt (nedsat syn, ustabil situation med mange ændringer i ordinationerne). Det var især problematisk hos de borgere, hvor de på vores opfordring havde afleveret gammel medicin til destruktion.

Oplevede barrierer

En del borgere var som nævnt negative/vrede/utrygge ved den nye fremgangsmåde med ophør af fast besøg af hjemmesygeplejerske, og mange mente det ville blive alt for dyrt. Nervøsitet hos enkelte kolleger i forbindelse med at skulle ændre gamle ritualer. Besvær med at bevare overblikket mht. hvem der nu var tilmeldt, og om alle involverede var fuldt orienterede om planlægning/opgaver. Lægehuse i andre kommuner som har patienter i vores kommune har ikke ønsket at deres patienter bliver tilsluttet MD. Jeg kender ikke begrundelserne.

Overvindelse af evt. barrierer

Mundtlig information og vejledning til flere af de skeptiske borgere, og besøg på apoteksdagen, samt at enkelte henvises til apoteket mhp. yderligere uddybning. Mundtlig vejledning til hjemmehjælperne bliver ofte suppleret med skriftlige anvisninger hos den enkelte borger, bl.a. huskesedler, hvis borgerne også skal have medicin, som ikke kan MD, og derfor skal tages ekstra fra æske eller flaske. Mht. overblik har vi sygeplejersker lavet lister og streget navne ud og orienteret i beskedbøger og kalendere vedr. aftaler/plan. Vi har støttet/aflastet hinanden for loyalt at gennemføre flest mulige tilmeldinger på kortest mulig tid - og har vist hinanden opmærksomhed - givet/fået ros for veludført arbejde, af vores leder og også tværfagligt trukket på samme hammel.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele: Vi har fået mere tid til andre opgaver, er bla. sideløbende i gang med at etablere EDB som arbejdsredskab/elektroniske journaler. Større sikkerhed mht. at borgerne for den ordinerede medicin. Lægen er min ansvarlige for at orientere apoteket ved ændringer, sygeplejerskerne involveres kun, hvis der er behov for hendes bistand til dosering frem til næste levering kan finde sted. Når vi tilkaldes til et hjem, kan vi direkte på poserne/i mappen orientere os om aktuelle ordinationer, og medicin kan medbringes ved indlæggelse. Ulemper: Meget tidskrævende opgaver, når ordinationer ændres midt i et forløb, det tager altså tid at åbne alle poser, fjerne/tilføje evt. omhælde og orientere borger, hjemmehjælper, vagthold og rapportskrivning. Stor ulempe at ny forsyning tidligst kan effektueres efter en uge. Sygehusene tager ikke hensyn til at vi har MD i kommunen, men hjemsender med recepter og giver ikke apoteket besked om evt. ordinationsændringer. Egen læge må vente på udskrivelsesbrev og sygeplejersker er ofte den eneste som ser medsendte medicinoversigt fra sygehuset, og må derfor kontakte egen læge/apotek for at få opdateret/genbestilt MD. Der er risiko for, at nogle borgere tager dobbelte doseringer, såfremt det ikke lykkes os at overbevise om, at gammel medicin bør afleveres til destruktion (ved hukommelsessvækkelse og lignende). Vi må indimellem deponere i højt skab og låse aktuel medicin ind, for at kunne varetage støtte til korrekt medicinindtagelse, hvilket jo kan opleves som overgreb af borgeren. Nogle borgere har pludselig nyordnet

medicin fra f.eks speciallæger stående, uden at egen læge/hjemmesygeplejerske eller apotek er orienteret om dette. Det skaber usikkerhed for borgeren og ikke mindst for hjemmehjælperne, som hjælper med indtagelse. Det er en ulempe, at halve tabletter ofte ikke kan doseres, samt at nogle præparater ikke er egnede til MD.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Stort set alle borgere, som har været vænnet til 14. dagsbesøg af sygeplejerske er nu tilmeldt MD. Alle nye borgere med behov for støtte til medicindosering kan straks orienteres om, at vi snarest tilmeldes til MD. Det forløber næsten gnidningsløst, da gamle rutiner/vaner ikke skaber modstand. På sigt vil sygeplejersken ikke blive involveret, idet tilmelding kan fratages direkte af lægen til apoteket. Alle nyanmeldte i det tværfaglige team kan modtage introduktion og alle kan løbende undervises/vejledes på planlagte kurser m.m. Aftaler kan indgås med speciallæger og sygehuse, således at kommunernes ordning respekteres og medtænkes, når indskrivelsen skal planlægges, og når andre end egen læge ordinerer medicin. De involverede parter må orientere egen læge/apotek direkte. Aller vigtigst mener jeg det vil være, at leverandører stræber efter at minimere leveringstiden i forbindelse med ændring i ordinationerne, samt at lægen hver gang vurderer om evt. ændringer kan udsættes til næste planlagte levering, såfremt det er fagligt forsvarligt. Mere vigtigt, at alle fortsat er loyale i forhold til beslutninger.

Krav der skal stilles

Ansvar og kompetence samt arbejdsbeskrivelser skal foreligge skriftligt og være kendt og respekteret af alle involverede parter. Aftaler og ordinationer skal foreligge/sendes skriftligt. Aftaler mellem kommune, amt m.fl. skal være kendt/respekteres af personalet. Der skal ikke visiteres tid til opgaver for hjemmehjælperne og deres arbejdsopgaver skal fremgå af deres arbejdsplaner/kørelister.

Ændringer der skal til

Leveringstid ved ændringer bør kunne ske fra dag til dag. MD bør følge borgerne uanset om man er hjemme eller indlagt, dvs. fælles system/ansvar. alle borgere bør informeres om kommunale beslutninger og beslutningstagerne, gerne gennem annoncer/breve, så sygeplejerskerne slipper for at være budbringere af upopulære ordninger.

Yderligere tilføjelser

Jeg synes det er en meget god beslutning der er truffet, og jeg tror, at mange aktuelle problemer/irritationsmomenter vil kunne overvindes gennem fortsat tværfagligt samarbejde, eller forsvinde af sig selv, når det bliver den rutinemæssige fremgangsmåde. Forventningerne til sygeplejersken om at være blæksprutte/problemknuser for andre faggrupper vil mindskes, idet ansvars- og kompetencefordelingen bliver tydeligere. Leverandøren har jo en vare at sælge og vil formentlig være meget lydhør overfor brugerens ønsker og behov. Såfremt sygeplejerskerne fremover overvejende vil blive tilkaldt som konsulenter af kolleger med begrænset uddannelse/viden, må der undervisning til, ikke mindst i forhold til observationer, herunder vedrørende virkning og bivirkning af medicinen.

1.10.1.4 Praktiserende læge

Den maskinelle dosisdispensering

Ordningen har fungeret i kommunen et års tid, og det fungerer glimrende.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Oplevede barrierer

Overvindelse af evt. barrierer

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Det er besværligt og med risiko for fejldosering at ændre i maskinel dosispakket medicin. Hvad enten det indebærer at patienten skal have et ekstra glas til at supplere med til næste pakning kommer, eller at hjemmeplejen skal aktiveres for at fjerne medicin. Apotek og hjemmesygeplejerskespørger tit om en eventuel ændring kan vente (til ny pakning).

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Krav der skal stilles

Ændringer der skal til

En mangel ved maskinel dosisdispensering, er at ikke al medicin kan pakkes maskinelt og opbevares i pakkerne.

Yderligere tilføjelser

Der har været eksempler på, at patienter har overdoseret ved at spise sig videre frem i blisterpakningerne.

1.11 Sønderjyllands Amt

1.11.1 Løgumkloster Kommune

1.11.1.1 Centerleder

Den maskinelle dosisdispensering

Når klientens medicinforbrug er rimelig fastlagt, sendes doseringskort til godkendelse hos egen læge. Når lægen har godkendt med underskrift, sendes doseringskortet til apoteket, til videre behandling. Denne foregår i Vojens, hvor doseringsmaskinen har til huse. Sker der ændringer i klientens medicin, gives der fra egen læge besked til apoteket. Der er fastlagte dage, hvor bestillingen skal ske inden, for at nå med i den næste dosispakning, som løber over 14 dage. Besked gives onsdag i ugen før dispensering

Centrale principper der er arbejdet ud fra

At fejl undgås. At det i sidste ende skulle blive billigere for klienten. At det er nemmere at overskue for den enkelte klient. Lagrene af medicin bliver reduceret. At assisterende personale bliver frigjort til andet arbejde.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: tid til andet arbejde, undgå fejdoseringer, overskueligt for klienten. Ulemper: En del medicin man ikke dosispakkes, så det er nødvendigt at dosere ved siden af, og så er det at fejl igen kan opstå. Svært at opdage fejl igen kan opstå. Svært at opdage fejl i doserings, hvilket er skabt. Samarbejde: Samarbejdet med både læger og apotek blev styrket.

Oplevede barrierer

Det var tidskrævende, at få alle klargjort. Dette ikke kun for os som plejepersonale, men også for lægerne og personalet og apoteket.

Overvindelse af evt. barrierer

Der har igennem hele opstanden været et godt samarbejde, og parter imellem.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Oplever kun fordele i store træk

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordelene sikres og udbygges ved, at det gode samarbejde bibeholdes. Derved undgås også ulemper og barrierer.

Krav der skal stilles

At man efterlever, hele tiden at forbedre tingene, vær kritisk og ikke gå på kompromis. Være lydhør, hvis der er utilfredshed fra klientens side.

Ændringer der skal til

En nemmere måde at åbne poserne på for alle de klienter der ikke får hjælp til medicingivning.

Yderligere tilføjelser

På Plejecentret fungerer det godt.

1.11.1.2 Farmakonom

Den maskinelle dosisdispensering

Er EDB styret maskinelt i Vojens.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Apoteket har som sådan ingen fordele af dosisdispensering, vi ser det som en service vi yder kommunen for at, de kan bruge sygeplejersken til andre opgaver, som at tage ud i hjemmene og dosere medicin. Vi må oftere tage kontakt til læge og hjemmesygeplejerske, fordi der jævnligt er ændringer i patientens medicin, hvor man ikke kan tage højde for at det kan tage op til 14 dage uden ændringer kan sættes i værk, eller at det ønskede præparat slet ikke kan pakkes.

Oplevede barrierer

Lægerne gav tydelig udtryk for, at de var bange for at miste konsultationsindtægterne.

Overvindelse af evt. barrierer

Der bliver aftalt kontaktmøder på lægehuset, hvor lederne af dosispakket fra vort apotek mødes med to hjemmesygeplejersker og repræsentanter af læger fra lægehuset.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordelen er, at der systematisk bliver tilsendt færdigpakke ruller med produktionslister og pakkelister til os fredag morgen, de kan vi så checke og fordele ud til patienterne/kunderne de følgende par dage, og vi ved at nu de den rigtige medicin. Ulemperne er absolut, hvis patienten/kunden skal ændres i f.eks. vanddrivende, så skal hjemmesygeplejersken alligevel ud dosere de 30 tabletter lægen kan bestille ekstra. Barriererne er at der kan være lang vej til kommunikation, hvis der er ind-

læggelser, dødsfald, at beskeden kommer ind, her og nu.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Kun ved at man hele tiden følges op på de enkelte episoder ved kontaktmøderne. Måske kan man bruge at apotekerne snakker sammen til dosismøder.

Krav der skal stilles

Vi mener ikke der er sat regler op for hvordan recepter på dosispakket medicin fornyes. Vores første kunders recepter er nyligt udløbet og hvad de kunder?

Ændringer der skal til

Patientaccept og oplevelse: vi må spørge ind til hvordan kunden er tilfreds og om der skal ændres.

Yderligere tilføjelser

Nej

1.11.1.3 Gruppeleder for sygeplejersker

Den maskinelle dosisdispensering

Borgerne modtager dosisdispenseret medicin hver 14. dag, denne bliver afhentet af borgeren på apoteket leveret pr. bud til borgerens adresse eller leveret af hjemmeplejen (afhængig af den aktuelle situation).

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Princip om godt samarbejde (apotek, lægehus, hjemmepleje). Evalueringsmøder med kontaktpersoner fra de tre instanser ca. hver 3. måned. Princip om, at borgeren skal være medicinstabil over 4 uger ved opstart i dosisdispensering. Principper om en god introduktion til borgeren/pårørende vedr.- dosisdispensering (formål etc.) Borgere fortsat visiteres til ydelse leveret af sygeplejerske eller hjemmehjælper afhængig af behovet (uanset dosisdispensering). Det praktiske arbejde med tidligere M/D og, manuel dosisdispensering frigiver tid til sygeplejerske til at koncentrere sig om andre plejeopgaver. Skriftlig information til alle sønderjyske sygehuse mhp. at kommunen var opstartet med dosisdispensering.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: Frigivelse af ressourcer i forhold til det rent praktiske i at dosere medicin manuelt. Ikke fremover at skulle planlægge og organisere i forhold til søgne-hellig-dage undgå menneskelige fejl ved den manuelle dosering. Ulemper: Borgere som ikke ville betale dosisdispensering Forhaling af processen fra de praktiserende lægers side (fagforening) Store planlægningsevner mhp. at få brugt

borgernes medicin i hjemmet inden overgang til dosisdispensering. Ændring i samarbejdet: tættere samarbejde med apoteket.

Oplevede barrierer

Lægepraksis: var kendt med dosisdispensering før opstart (havde været med i implementeringen på en amtslig institution) men opponerede imod at dosisdispensering ville påføre dem en større arbejdsbyrde. var ligeledes bekymret i forhold til at medicinordination til dosisdispensering kunne gælde i to år uden at de så patienten specielt i de tilfælde, hvor borgerne ikke længere var tilknyttet hjemmeplejen).

Overvindelse af evt. barrierer

Vi læste problematikkerne som ovenfor beskrevet ved at styrke samarbejdet lægehus-apotek-hjemmepleje, dvs. hjemmeplejen får årligt tilsendt oversigt over borgere i dosisdispensering - besøger borgere som ikke har tilknytning til hjemmeplejen mere, og som ikke har været i lægepraksis.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Ulemper: Ved indlæggelse på sygehuset blev dosisdispensering ikke midlertidigt afbestilt på apoteket (påførte borgeren en ekstra udgift). Ved udskrivelsen blev dosisdispensering ikke genbestilt, måtte igen doseres manuelt i en periode. Apoteket kunne ikke levere ændret medicin i forbindelse med udskrivelsen. Vi sorterede en overgang meget i den pakkede og leverede dosispakninger. Dermed gik formålet (eller fordele som beskrevet 2a) lidt i vasken. Men også ved medicinændringer fra lægepraksis er arbejdsgangene for tunge. Fordelene er fortsat som beskrevet ved 2a, og at dosispakning i pakkeriet giver alarm ved interaktion.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Lettelse af arbejdsgange evt. på elektronisk niveau udbredelse af information vedr. fordelene ved Dosispakning. Ved opstart af dosispakning sikre sig et godt samarbejde med jævnlige evalueringer gennem udpegelse af kontaktpersoner fra de involverede parter.

Krav der skal stilles

Som beskrevet i de tidligere besvarelser af spørgsmålene. Man skal have overvejet og udarbejdet nøje kriterier for hvilke borgere, der kan visiteres til dosisdispensering og som kan bruge det selvstændigt, ellers er der fortsat en ekstra arbejdsbelastning af hjemmeplejen.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.11.1.4 Leder af sundhedsafdelingen

Den maskinelle dosisdispensering

80 % af borgere i hjemmesygeplejen, som skal have hjælp til medicindosering får dosisdisp. Det samme gælder for vore plejecentre. Der sker en faglig vurdering i hvert enkelt tilfælde om, hvorvidt borgeren kan udskrives fra hjemmesygeplejen. Det er oftest en lægelig vurdering om der er behov for sygepleje. Apoteket og lægen ordner det praktiske i forbindelse med genbestilling etc.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Det har været et princip, at medicinordination alene er et lægeligt anliggende og det må/skal være et anlæggende mellem patient og læge.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordelen er helt klart den tidsbesparelse vi har fået i sygeplejen. Denne tid bliver brugt meget mere konstruktiv og forebyggende, hvor den manuelle medicindosering er afløst af den maskinelle. Ingen fejldoseringer og samfundsøkonomisk en besparelse da borgeren kun får den medicin, som er relevant. Ulempen er alene, at efter sygehusindlæggelser er der oftest meget rod, da sygehusene ikke er opmærksomme på bestillingstider hos apoteket, dette sker til trods for gentagne henvendelser til sygehusafdelingerne.

Oplevede barrierer

I organisationen er det vigtigt at skabe tid og rum til indførelsen af dosisdisp. Lægepraksis var i starten afventende og tilbageholdende, vel også fordi PLO var imod ordningen? Men det kører fint nu efter intensive dialoger med hjemmeplejen, apoteket og lægehuset. Apoteket har været meget samarbejdsvillige fra starten.

Overvindelse af evt. barrierer

den gode dialog

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Se tidligere besvarelser

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Ved at der også på sygehusene indføres dosisdispensering vil al medicinadministration i begge systemer lattes.

Krav der skal stilles

Der kan bestilles fra dag til dag, i dag er det praksis med bestilling 1 gang ugentlig. Hvis systemet

indføres over hele sundhedssystemet vil det lette arbejdsgangene betydeligt. Ellers mener jeg forudsætningerne er til for at gå i gang.

Ændringer der skal til

Mere fleksibelt apotekssystem indførelse på sygehusene

Yderligere tilføjelser

Nej

1.12 Vejle Amt

1.12.1.1 Klinisk farmaceut i amtet

Den maskinelle dosisdispensering

Det Amtslige Lægemedelforum er i øjeblikket i gang med at undersøge de forskellige ordninger i amtet, og de har nedsat en gruppe med alle involverede faggrupper. Grupperne skal pba. indsamle oplysninger udarbejde fælles retningslinier for Vejle Amt. Amtets 16 kommuner er blevet kontaktet i første omgang for at undersøge hvem der er i gang, og hvor langt man er i implementeringen. De steder hvor man er i gang, indsamles retningslinierne for arbejdsgangen.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Oplevede barrierer

Overvindelse af evt. barrierer

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Krav der skal stilles

At alle pakke apoteker kan de samme ting mht. f.eks. levering. at der laves fælles retningslinier for arbejdsgangene (landsdækkende).

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.12.2 Horsens Kommune

1.12.2.1 Områdeleder

Den maskinelle dosisdispensering

Det er hos kendte brugere sygeplejersken/SSA der afklarer med praktiserende læge om brugeren er stabilt medicineret og kan overgå til maskinel dosispakning. Hver enkelt bruger bliver forsynet med en medicinmappe, der er sendt med fra det ekspederende Apotek. Mappen indeholder doseringskort, indlægsedler for de præparater vedkommende er i behandling med, samt forskelligt information der vedr. dosis pakning. Der medsendes altid to doseringskort. Det ene doseringskort anbringes i Samarbejdsbogen. (Kommunikationsbog hos visiterede brugere i kommunens integrerede ordning.) Det er sygeplejerskens ansvar, at doseringskortet anbringes i samarbejdsbogen. Hvis et lægemiddel ikke dosispakkes, (f.eks: ved urinvejsinfektion og forskellige former for flydende) men manuel doseres oprettes der aktuel medicinoversigt i Vitae journal (Eletronisk Journal i Integreret ordning i kommunen). Under skema skrives der med stort MASKINEL DOSIS PAKKET for at henlede opmærksomheden på , at der også anvendes maskinel dosispakning. Apotekerne sørger for forsendelse af dosispakker hver 2. tirsdag med startdosis torsdag morgen. Ligeledes sørger apoteket for interaktionskontrol. Recepter fra egen læge og evt. sygehus der danner grundlag for doseringskortet ligger på Apoteket. Af recepten fremgår bl. a. hvor lang en periode recepten skal gælde og Apotekerne kontakter praktiserende læge som minimum hver 3 mdr. m. h. p. receptfornyelse. Der er plejepersonalet der meddeler apoteket flytning, hospitalophold og lign.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Det blev nedsat en arbejdsgruppe bestående af 1 repræsentant for Apotekerne og 2 repræsentanter fra Sundhedscentrene i kommunen. Efterfølgende suppleret af 1 repræsentant for praksislæger og 1 repræsentant fra Sygehusene. Der blev udarbejdet arbejdsgangsbeskrivelse. Informationsbreve til læger. Informationsmøder for personalet på apotekerne, i de integrerede ordninger og på sygehuset. Der blev udsendt informationsbreve til brugerne/borgerne og der blev lavet en avisartikel. Apotekerforeningens informationspjecer blev uddelt til de relevante målgrupper. Målgruppen: Stabil medicinerede.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

En meget vigtig forudsætning for, at maskinel dosispakning vurderes relevant er, at der er tale om stabil medicineret. Så udvælgelsen er af stor betydning. Vær opmærksom på, at brugerne har så få medicinrester stående som mulig ved overgang til maskinel dosispakning. Det er vigtigt, at sygeplejersken og egen læge aftaler fortsat tilsyn hos brugere der er overgået til maskinel dosispak. Er tilsyn fortsat relevant, hvor ofte tilsynet skal finde sted og ud fra hvilken begrundelse. Fordelen ved,

at sygeplejerske /SSA ikke skal varetage manuel medicin adm. er større opmærksomhed målrettet mod brugeren og opgaven.

Oplevede barrierer

I forbindelse med implementering af nye rutiner er der ofte forskellige holdninger og modstand. Det har vi også i nogen grad oplevet i vores kollegagrube. Det har været en stor ændring at erkende at det er en god ide, at bede Apotekerne om at gøre det de er bedst til (Piller) og bede Sygeplejerskerne /SSA gøre det de er bedst til (Sundhed og sygdom).

Overvindelse af evt. barrierer

Holde fast i processen og beslutningen. Evaluere og justere.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele: Sygeplejersken kan have opmærksomhed på det sunde og syge. Klienten kan klare sig uden hjælp for støtte til medicinadministration. Hvilket giver større personlig frihed. Mindre af-faldsmedicin.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Jeg tror fremtidens ældre vil tage mod tilbuddet på en positiv måde. Mange ønsker længst mulig personlig frihed.

Krav der skal stilles

Tiden må vise om der skal foretages justeringer. Ændringer i sundfundsudviklingen skal naturligvis tilpasses. Men hvilke kan jeg ikke vurdere på nuværende.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.12.2.2 Praktiserende læge

Den maskinelle dosisdispensering

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Oplevede barrierer

Overvindelse af evt. barrierer

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Krav der skal stilles

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

Jeg har som praksiskoordinator været dybt involveret i opstart af dosisdispensering i vores område (Horsens) Jeres spørgeskema er simpelthen alt for tidsrøvende at skulle udfylde for en travl praktiserende læge. Generelt mener jeg at dosisdispensering ikke er en god ordning. Der er mindre overblik over medicinering fra den almene praksis. Der er mindre sygeplejefaglig observation af bruger. Der er store fejlmuligheder når vores patienter bliver indlagt. Ordningen lægger yderligere økonomisk byrde på os.

1.12.2.3 Sundhedscenterchef

Den maskinelle dosisdispensering

Der er udarbejdet en detaljeret arbejdsgangsbeskrivelse med præcisering af ansvarsområder. Heraf fremgår også samarbejdet med sygehuset i forbindelse med borgeres indlæggelse / udskrivelse. Der er juni 2004 udarbejdet en kortfattet rapport vedr. implementering af ordningen i Horsens. Denne fremsendes separat til besvarelse af en del af spørgsmålene i denne undersøgelse.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

1. Alle borgere, der er egnede til betjening via maskinel dosisdispensering, skal med i ordningen. 2. Det er alene den funktion, der handler om at dosispakke, der ændrer karakter. 3. Der skal ske mindst mulig indgriben i hidtidige arbejdsgange (under forudsætning af at det er hensigtsmæssigt).

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Opstarten i Horsens området faldt sammen med, at der fra PLO blev stillet spørgsmålstegn ved om doseringskortet kunne bruges til ordination. Det medførte at vi måtte holde en pause fra dec. 2002-april 2003 indtil den nye vejledning fra lægemiddelstyrelsen kom marts 2003. Der var i mindre udstrækning en oplevelse af "modstand mod ændringer" fra alle involverede indtil informationerne nåede ud til alle. Derefter var der en konstruktiv indsats på at få ordningen til at fungere. Småjuste-

ringer i forhold til arbejdsgangsbeskrivelserne skete via dialog med aktørerne.

Oplevede barrierer

Se beskrivelsen under pkt. 2

Overvindelse af evt. barrierer

1. Sammensætningen i vores styregruppe med apoteker, praktiserende læge, oversygeplejerske på sygehuset, samt områdeleder fra døgnhjemmeplejen. 2. Massiv information både skriftligt og direkte mundtligt. 3. Løbende opfølgingsmøder, hvor evt. behov for ændringer iværksættes straks.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele 1. minimering af risiko for fejldosering. 2. reduktion af returmedicin. 3. reduktion af arbejdsskader på personalet der tidligere manuel doserede al medicin. Ulemper 1. Hos nogle borgere er det nødvendigt at operere med 2 systemer. 2. Ordningen er endnu ikke tilstrækkelig implementeret i sygehusvæsenet.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Ved at arbejde med ordningen i praksis og have fokus på løbende forbedringer. Det må være praksis, der skal pege på behov for forbedringer. Det lykkes kun, hvis en arbejdsgang giver mening for personalet og er til at håndtere i hverdagen. Der er ingen tvivl om, at en udvikling af elektronisk kommunikation kan lette arbejdsgangen i hverdagen.

Krav der skal stilles

Som omtalt under forrige punkt: Borgeren / personalet skal kunne: 1. have en oplevelse af hvilken sammenhæng ordningen indgår i. 2. den skal give mening. 3. det skal være nemt at håndtere. Der er for os ingen tvivl om at det netop er disse krav der skal medtænkes, når der lovgives og organiseres.

Ændringer der skal til

Den måde ordningen er blevet implementeret i Horsensområdet er sket på baggrund af nuværende lovgrundlag. De ændringer der måtte gøre ordningen mere ideel handler primært om praksis i forbindelse med indlæggelse / udskrivelse på sygehuset og udbygning af elektronisk kommunikation.

Yderligere tilføjelser

Se eftersendte rapport "Implementering af maskinel dosisdispenseret medicin til borgere i Horsens"

1.13 Vestsjællands Amt

1.13.1 Slagelse Kommune

1.13.1.1 Apoteker

Den maskinelle dosisdispensering

Slagelse apotekerne køber dosispakket medicin via pakkeapotekerne.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

??

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

I flg. ?Lov om modernisering og liberalisering af apotekervæsenet? november 2000 skulle alle apoteker kunne dosisdispensere i oktober 2001? det blev først muligt sommeren 2002. Apotekerne blev indkaldt til møde med kommunens plejhjemsledere og kommune-repræsentant i januar 2002, hvor apotekerne kunne informere om dosisdispensering. Apotekerforeningen har fremstillet meget brugbart materiale, både i form af brochurer til uddeling samt overheads til foredrag. Overordnet afholdt Slagelse Kommune? Ældreområdet et kontaktmøde med læger, områdelederne i hjemmeplejen og apotekerne i februar måned 2003, hvor man gav en kort orientering om konsekvenser af Lov om Frit Valg (SL) samt tilsyn på Slagelse Kommunes plejhjem. Forud var systemet afprøvet på et plejhjem i kommunen. Evalueringen forgik på det plejhjem kun med deltagelse af sygeplejersker fra plejhjemmet og apotekerne, dvs. hverken kommune eller læger er informeret om forsøget. ulemper: Slagelse Kommune vedtog uden varsel, at alle plejhjemsbeboere skulle ind i ordningen pr. 1.1.2003. På apotekerne fik vi ingen orientering, men måtte lytte os til det via diverse kontakter. Det gav store vanskeligheder med at få organiseret den nye arbejdsgang så hurtigt. Lægerne og en del af hjemmeplejen var heller ikke blevet orienteret og var specielt ikke motiveret til de nye tiltag (se næste punkt).

Oplevede barrierer

I flg. den første bekendtgørelse skulle doseringskort underskrives af lægerne, hvilket viste sig at være en meget langsom proces. Mange læger stillede spørgsmålstegn ved, om ordningen nu var OK? og hvad skrev de under på? Problem med forskellige aktører?, dvs. hospitalslæge ? speciallæge? praktiserende læge. Hvem har ansvaret ? Bekendtgørelsen blev ændret til, at lægen skulle skrive ?dosisdisp.? på recepten ? og apoteket kunne ved ønske fra lægen tilsende det udfyldte doseringskort. (er dog ikke forespurgt endnu). Der var en del tilretning af sortimentet? og skrivelser frem og tilbage.

Overvindelse af evt. barrierer

Vi fik tilrettelagt vore arbejds gange efterhånden som problemerne dukkede op er nu blevet certificeret og godkendt.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele: Kunden får udleveret poser med nøjagtig angivelse af navn, CPR-nummer og præparater, der skal tages. Vi undgår samtidig returmedicin som tidligere. Ulemper: Kommunen har åbenbart nedlagt? hjemmebesøg til de ældre brugere, når de får dosispakket medicin. Jeg mener at observation er nødvendig og mere optimalt, hvis man ikke samtidig skal pakke dosismedicin. Jeg har læst, at en af foregangskommunerne = Skjern har brugt de frigjorte ressourcer på forebyggende hjemmebesøg. Sortimentets bredden er lille (ca. 400 præparater). Ændringer kan ikke ske fra dag til dag. Begrænsninger i dispenseringsformer og f.eks. halve tabletter.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Det er nødvendigt med et større samarbejde de tre parter imellem og fastlæggelse af kompetencerne.

Krav der skal stilles

Lovgivningsmæssigt ville det være en fordel at have længere intervaller til de stabile brugere, f.eks. 4 uger.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

Vi forsøger nu i kommunen at få lavet et fællesmøde med kommune. Læger - hjemmepleje og apoteker i efteråret. Vi har et stort behov for at få evalueret og måske få nogle succeshistorier og det modsatte da lægegruppen er meget forskellig i holdning til det nye. Jeg er heller ikke klar over, hvordan hjemmeplejen fordeler sig i positiv / negativ retning.

1.13.1.2 Sygeplejerske og souschef i ældreområdet

Den maskinelle dosisdispensering

Egen læge ordinerer, sender ordinationen/erne på mail til apoteket. Apoteket afgiver sin bestilling om pakning til sin leverandør og modtager det bestilte pakket i plastposer på rulle til hver borger i 14 dage. Døgnets ordinerede medicin er delt op således, at hver pose indeholder det ordinerede til morgen, middag, aften og nat. På hver pose er påskrevet medicinpræparat, dosis og antal tabletter/piller. Borgeren leveres sin dosispakke medicin til bopælen i en papæske af apotekets bud. Sammen med dosispakningen følger et af apoteket udfærdiget skema (A4) hvorpå der står hvilken

medicin det drejer sig om , dosis og hvornår det skal indtages. Borgerens navn, adresse og cpr.nr samt hvis der er særlige forhold omkring indtagelse eller andet der skal iagttages ved behandlingen.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Formålet med ordningen var og er: 1. At øge sikkerheden 2. På sigt at frigøre sygeplejeressourcer til andre sygeplejeopgaver. 3. Borgeren har ikke valgmulighed til at være med i ordningen, når denne af lægen og hjemmesygeplejen er vurderet til at tilhøre målgruppen. Målgruppe: Borgere som befinder sig i et stabilt behandlingsforløb og som ikke har behov for yderligere assistance/ hjælp af en sygeplejerske.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: Større sikkerhed en tidligere. Sygeplejeressourcer frigøres. At borgeren ikke kan vælge at benytte ordningen. Ulemper: Apotekets pakkeri kunne i begyndelsen ikke dele tabletter. Den tid, der stadig bruges på opsamling og kontrol af om borgeren har modtaget sin medicin. Lægerne var ikke indstillet på at de skulle iværksætte behandlingen via apoteket. For borgeren, at denne ikke kan vælge om at være med i ordningen eller ej. Nogle medicamenter kan ikke dosisdispenseres. Eks. antikoagulantia, resorbtabletter og særlig dyr medicin.

Oplevede barrierer

Det første halve år virkede det som om opgaven var større end apotekerne først havde forestillet sig. Det kneb med leveringssikkerheden. Flere privatpraktiserende læger gav klart udtryk for at de ikke brød sig om ordningen og at de ikke ønskede at medvirke. Sygeplejerskerne var nervøse for " at borgerne ikke blev passet godt nok". De havde svært ved at "slippe" de borgere det drejede sig om.

Overvindelse af evt. barrierer

Dialogen imellem parterne var meget vigtig. Der blev afholdt flere møder mellem apoteker, læger og hjemmeplejen herom. Undervejs var det af og til nødvendigt at minde hinanden om, hvad hver især ansvar og kompetence var i forhold til borgernes medicinske behandling.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele: Tidsbesparelsen kan anvendes til andre vigtige sygeplejeopgaver. Større sikkerhed ved behandlingen. Ulemper: Leveringstid på 4 uger fra lægen har sendt ordination til apoteket og borgeren modtager dosispakningen med nye ordination. Indtil da er det nødvendigt at køre et dobbeltsystem med dosispakning og doseringsæsker. At sygeplejerske er nødt til at påføre korterevarende ordinationer, flydende medicamenter og injektioner på apotekets hvor der er plads for at have samlet alle ordinationer et sted. Øger usikkerheden ved behandlingen, når det er nødvendigt at spl. skal tage medicin op af en dosispakning.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Tidsbesparelsen giver bedre ressourceudnyttelse. Sikkerheden omkring medicingivningen øges. På

længere sigt mindre spild af medicin. Leveringshastighed skal øges væsentligt. Medicinskemaer skal tilpasses til både at være ordinationsskema, dokumentations - og arbejdsredskab. Den gode dialog og samarbejdet skal vedligeholdes og fungere som et udviklingsorienteret forum.

Krav der skal stilles

Se pkt.5

Ændringer der skal til

Se pkt.5

Yderligere tilføjelser

1.14 Viborg Amt

1.14.1 Skive Kommune

1.14.1.1 Distriktsleder

Den maskinelle dosisdispensering

Borgeren/personalet henvender sig til lægen med ønske om maskinel dosisdispensering. Lægen sender recept til apoteket med bemærkning om, at der skal dosisdispenseres. Første gang medsendes samlet oversigt over ordineret medicin. Apoteket sender bekræftelse over den samlede dosering til godkendelse ved lægen. Godkendelsen er gældende op til 2 år. Lægen afgør hvor længe godkendelsen er gældende. Apoteket bestiller medicin doseret ved et pakkeapotek. Levering ca. en uge. Medicinpakningen ankommer til apoteket, og kan afhentes eller udbringes efter aftale.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Som udgangspunkt var det kommunens ønske, at alle borgere med behov for hjælp til disponering af medicin, skulle overgå til maskinel dosisdispensering. I samarbejde med formanden for de praktiserende læger, og en repræsentant for apotekerne, blev der udarbejdet centrale principper for bestillingsgang, undtagelser samt opstart. Undtagelser: Borgere med varierede dosering / indkøring, herunder skiftende AK-behandling. Akutte behandlinger (kun den akutte behandling). Korte kure (kun kuren) Injektioner, suppositorier, øjendråber mv. Skal være villig for substitution.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: Meget overskuelig pakning med mange informationer på alle poser. Lægen gennemgår sammen med apoteket, det samlede medicinbehov hos borgeren. God samarbejde med repræsentanter for de praktiserende læger og apotekerne. Ulempe: I første omgang en dyr opstart for borgeren (pakning). Ikke alle læger opfatter maskinel dosisdispensering som et godt tilbud til borgeren.

Oplevede barrierer

Flere personalegrupper frygtede, at indførelsen af maskinel dosisdispensering ville nedsætte kontakten til borgeren. Endvidere var der frygt for, at ordningen var et led i en besparelse i personalegruppen. Flere læger nægtede principielt at lade deres patienter overgå til maskinel dosisdispensering.

Overvindelse af evt. barrierer

Flere informations- og dialogmøder med sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Udlevering af skriftligt informationsmateriale. De personaler der havde en positiv oplevelse med indførelsen af maskinel dosisdispensering fortalte om deres erfaringer (Den gode historie). Der blev ikke lagt skjul på, at der var tænkt besparelse i ordningen, men at der ikke skulle afskediges personaler,

men regulering ved naturlig afgang mv.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Ulemper: Stadig enkelte personaler der ser flere ulemper end fordele ved maskinel dosisdispensering. Stadig læger der principielt ikke vil benytte ordningen. Derfor er der stadig borgere, der ud fra de aftalte principper, kunne overgå til maskinel dosisdispensering, men stadig modtager hjælp fra den kommunale hjemmepleje. Det tager tid for borgeren og lægen at forstå, at medicinændringer bør ske i forbindelse med næste udlevering af dosisdispenseret medicin. Fordele: Meget fint overblik over de enkelte poser i den maskinelle dosisdispensering, f.eks. når borgeren medbringer medicinen uden for hjemmet.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

De gode oplevelser formidles til borgere, personaler og læger.

Krav der skal stilles

Medicinering bliver et mellemværende mellem lægen og borgeren, hvor hjemmeplejen kun undtagelsesvis bliver indblandet. Det koster stadig mere end 100 kr. at få pakket medicinen til de første 14 dage. Prisen bør være billig fra starten, hvilket vil øge accepten af maskinel dosisdispensering.

Ændringer der skal til

Lovgivningen bør være formuleret således, at der skal faglige argumenter til for ikke at skulle maskinel dosisdispensere. Prisen for maskinel dosisdispensering bør være fast og meget billig.

Yderligere tilføjelser

1.14.1.2 Praktiserende læge

Den maskinelle dosisdispensering

Får anbefalet dosisdispenseret medicin fra hjemmeplejen, lægen tager herefter stilling. Får fax fra apoteket når dosis-periode skal forlænges.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Skal revurderes hver 3. måned.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Ingen fordele. Ulemper: Manglende kontakt til patienten, manglende kontakt til hjemmeplejen. Apoteket forlængede dosisperioden af sig selv, udover hvad lægen havde ordineret, og lægen mistede kontakten med hvilke prøver mv. der nu skulle tages på patienten. I princippet fik patienten

altså udleveret receptpligtig medicin fra apotek, som aldrig var blevet ordineret.

Oplevede barrierer

Barriererne er vist ikke overvundet endnu.

Overvindelse af evt. barrierer

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Nøjagtigt som i opstartsfasen.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Månedlig udskrift fra apotek om hvem de dosisdispensere fra den enkelte lægepraksis og med hvad.
Samt 3 månedlig revurdering anmodning fra apotek.

Krav der skal stilles

Håndkøbsmedicin og ikke lægeordnede præparater skal ud af dosispakkerne.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

1.15 Århus Amt

1.15.1 Rougsø Kommune

1.15.1.1 Farmaceut

Den maskinelle dosisdispensering

I de fleste tilfælde sender plejehjem eller hjemmepleje et dosiskort til lægen. Lægen sender recepter og kopi af dosiskortet til apoteket. Apoteket tjekker kortet efter recepterne (dobbelkontrol) og faxer eller sender det til Skanderborg Apotek, der skriver det endelige dosiskort og pakker medicinen. ved hjemkomst til apoteket tjekker 1. dags medicin efter doseringskortet. Der takseres (?) og medicinen sendes evt. ud eller sættes til afhentning

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Følge cirkulære om dosisdispensering

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Det var et stort problem, at vi fik så mange nye brugere på en gang (tilmed i ferietiden) Der var ikke plejepersonalets skyld, men kommunens. Man havde vedtaget, at det skulle ske, og man skar ned i plejepersonalet.

Oplevede barrierer

Nogle kunder ønskede ikke dosispakket medicin. Ville hellere have hjemmesygeplejerskens besøg. En stor arbejdsbyrde i starten, men da det var kørt ind, gik det bedre. Meget skulle sendes ud til kunderne, en stor byrde for vores bud. I starten var man nok ikke opmærksom på, at dosisdispensering kun egner sig til stabile medicinerede brugere.

Overvindelse af evt. barrierer

Vi lavede en seddel til kunderne, om at det var en lettelse hvis de betalte over PBS, mange betaler på denne måde i dag. Visse problemer først løst ved et lille møde med plejepersonalet på plejehjem og i hjemmeplejen. (Hvad gør vi ved dosisændringer, hvem melder ved patienters indlæggelse på sygehus o.l?)

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

I dag kan vi mærke, at de kunder, der får dosisdispensering ikke skal have medicin på anden måde. Forvirrende for patienter med substitution.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Kun til stabile medicinerede brugere. Vigtigt at hjemmeplejen informerer de ældre grundigt inden overgang til dosisdispensering. Kravet om recepter burde forringes (?). Bedst når lægen underskriver et doseringskort.

Krav der skal stilles

Lovgivningen kræver i dag, at der skal recept på al dosismedicin. Det var meget bedre tidligere, hvor lægen skulle indskrive et doseringskort.

Ændringer der skal til

Honoreringen til apoteket er alt for lille i forhold til arbejdsbyrden.

Yderligere tilføjelser

1.15.1.2 Hjemmesygeplejerske

Den maskinelle dosisdispensering

Dosispakkerne bliver sendt ud til den enkelte borger direkte fra apoteket. Medicinen er doseret i små poser. En pose til hvert indtagelsestidspunkt. Hver eneste pose er forsynet med dato, personnummer, navn og hvilken medicin posen indeholder. Poserne hænger sammen i kronologisk rækkefølge. Poserne afleveres i en æske med borgerens data. Æsken indeholder udover tabletter også et udførligt medicinkort. Æsken er forsynet med dato for påbegyndelse af medicinen. Der udleveres i de fleste tilfælde til 14 dage ad gangen.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Medicineringen skulle være mere sikker for den enkelte borger. Det måtte ikke blive dyrere for den enkelte borger eller kommunen. At der fortsat skulle være et godt samarbejde mellem læger, apotek, plejepersonale og ikke mindst borgeren, som skulle føle sig tryk før vi helt afsluttede besøg.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

I begyndelsen var det svært at overbevise nogle af de praktiserende læger om fordelene ved dosisdispensering da de fandt ud af at sygeplejerskerne ikke fremover udlovede et erstatningsbesøg til borgeren 1x ugentligt eller hver 14. dag. Nogle sygeplejersker mente også at vi "savede den gren over, som vi selv sad på" altså at vi ville blive nednormeret. En del af personalet mente at vi mistede vigtige data om borgerne, når vi ikke mere kom i hjemmet. Det var en kæmpe fordel at have kontakt med Dansk Apoteker forening der kunne råde og vejlede, ligesom foreningen også havde nogle gode brochurer til både borgere og personale.

Oplevede barrierer

De mest diskuterede barrierer var at medicinen + dosering ikke måtte blive dyrere for den enkelte borger og at der ikke skulle nedskæres i sygepl. timer pr. uge. Der var ingen som skulle gå ned i tid, ej heller fyres.

Overvindelse af evt. barrierer

Der blev udarbejdet et katalog hvori det fremgik, hvad de tiloversblevne timer skulle/blev brugt til (vi kørte konstant med en stor overarbejdssaldo) Danske Apoteker leverede økonomisk materiale, som blev fremlagt på et personalemøde. Alle kunne se "medicinbesparelserne" og i det hele taget fordelene ved dosisdisp.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordele: Sygeplejerskernes tid bliver udnyttet til mere påtrængende formål f.eks. pasning af terminalt syge (mange flere vælger at dø hjemme). Flere får intravenøs medicin i hjemmet. Der er bedre tid til at tage sig af eleverne. Bedre tid til elektronisk omsorgsjournal. I det hele taget bedre til sygeplejeopgaver. Ulemper: Borgeren "glider ud af systemet". Bortkommer en dosispakke f.eks. i forbindelse med indlæggelse, kan der ikke umiddelbart købes en ny. Når der i forbindelse med indlæggelse ordineres anden medicin. Stor ulempe: At sygehusene ikke dosisdispenserer eller sender medicin med hjem indtil næste dosispakke kan modtages. At sygehusene ikke bruger af pakken, men sender den ubrugt med hjem.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

De fleste ulemper vil forsvinde, når sygehusene automatisk bestiller en ny dosispakke. I det hele taget vil de være en kæmpe fordel hvis personalet på sygehusene kendte noget mere til ordningen. Herfra hjemmeplejen har vi foreslået at vi underviser sygehusets personale i dosisdispensering. Dansk apotekerforening kunne også stå for dette. Ulemperne overvindes med tiden ved større kendskab til ordningen.

Krav der skal stilles

Tja! Den ideelle maskinelle dosisdispensering. At sygehusene automatisk fortsætter ordningen. Om borgeren er hjemme eller på sygehus burde i princippet være ligegyldigt.

Ændringer der skal til

Lovgivningen er O.K. Små ændringer: større skrift på poserne, at poserne ikke så let går i stykker, at medfølgende doseringskort viser posens indhold af tabletter i farver.

Yderligere tilføjelser

Nej

1.15.1.3 SOSU-assistent / afdelingsleder

Den maskinelle dosisdispensering

Flg. krav skal være opfyldte, for at borgeren kan overgå til dosisdispensering: Borgeren skal være stabilt medicineret. Der skal være mindst 1 tilskudsberettiget præparat i dosispakken. Dosisdispenseringen skal godkendes / ordineres af egen læge. Vi sender aktuelt medicinskema til egen læge, hvilket denne godkender og underskriver (evt. uoverensstemmelser rettes til). Egen læge sender det underskrevne medicinkort til apoteket, og samtidig fax'er vi et fra Farsøhthaus til apoteket med dato for opstart. Vi skal forvente en margen på 14 dage, inden vi har første dosispakke.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Når første dosispakke modtages checker vi medicinkortet af med vores aktuelle medicinliste, hvorefter vi "seponerer" præparaterne i dosispakken på vores aktuelle medicinliste i elektronisk omsorgsjournal med notat i bemærkning om overgang til dosisdispensering. Årsagen hertil er, at vi IKKE vil føre dobbelt bogholderi med beboernes medicin. Der skal kun være en udgave af aktuelt medicinkort - udskrevet fra pakkeapoteket (for at minimere fejlkilder og misforståelser). For at sygeplejegruppen har let adgang til oplysninger om beboernes aktuelle dosismedicin, har vi på Farsøhthaus valgt at tage en kopi af medicinkortet fra dosispakken, og sætte dette i en mappe på sygeplejekontoret. Samtidig sættes kortet i beboerens samarbejdsbog, hvilken befinder sig i den enkeltes lejlighed. Kun ved ændringer i ordinationen i dosispakken skiftes disse 2 sedler ud. Ved medicinadministration ud over dosisdispensering, registreres dette på aktuelt medicinskema i elektronisk omsorgsjournal. Medicinen doseres i æsker med navn på. Det drejer sig oftest om antibiotikakure, hormonbehandling og antikoagulationsbehandling.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Vi startede med at besøge Skjern Kommune, hvilken er pioner på området. Det gav os et vældigt godt indblik i, hvordan det kan fungere. Samtidig blev en arbejdsgruppe på 3 personer dannet. Her lå detailplanlægningen. Vi brugte mellem 1½ og 2 år fra første tanke, til dosisdispenseringen var en realitet. Det lyder måske af lang tid - dels var der et kommunalvalg indimellem, hvor vi ikke kunne komme videre med politikerne, før de nye var valgt - dels var det godt for os at få det ordentligt integreret i hele huset. Vi har løbende i den proces holdt møder med både apotek og læger, og var derfor meget klare på, hvorledes det skulle foregå. Og selve måden er der ikke ændret på. "Samarbejdsaftalen" er den samme.

Oplevede barrierer

Vi oplevede faktisk ingen barrierer overhovedet. Alle samarbejdspartere var altid velorienterede om, hvor langt vi var i processen. Vi blev af ældreudvalget sammen med ældrerådet inviteret til et møde, hvor vi skulle fortælle om ordningen. Det var rigtig godt, og alle var meget positive. Her må lige tilføjes, at vi kort forinden havde været på et seminar om dosisdispensering - afholdt af KL samt Apotekerforeningen. Her blev vi klædt godt på til at snakke økonomi i dette. Det havde hidtil

været noget famlende. Apoteket var hele tiden positivt stemt. Her har man 1 medarbejder, der er kontaktperson og fortæller for ordningen. Vi var ærlig talt lidt spændte hvad angik lægerne. Bange for, om de ville godkende ordningen hos deres patienter. Det er bare gået gnidningsfrit. Sekretærene hos 2 af lægerne har på et tidspunkt været noget usikre på ordningen - nok mest usikkerhed og uvidenhed. Nu hører vi ikke noget mere. Den enkelte borger, såfremt denne opfyldte betingelserne for dosisdispensering, gav vi ikke noget valg ved opstartsfasen. Man fik at vide, at medicindosering ikke længere var et tilbud i Rougsø Kommune. Ingen her på Farsøhthaus har stillet sig på tværs, efter de har fået en god forklaring.

Overvindelse af evt. barrierer

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

I dagligdagen oplever jeg, at der ikke bruges så meget tid på medicinadministration - til fysisk at putte piller i æsker. Den tid kan bruges til andre nødvendige / spændende ting. Vi er ikke blevet beskåret i spl.timer, så der er vældig flot. Beboere + personale har taget vældig godt imod ordningen. Meget stor sikkerhed samt kvalitet i medicingivningen. Meget lidt returmedicin. Det er svært at være ajour med alle beboernes medicin, da man ikke har "fingrene i det". Teksten på poserne er for småt. Poserne kan være svære at åbne + man kan nemt komme til at rive hul i næste pose. Sygehusene kender ikke meget til ordningen. Det kan give anledning til nogen snak ved indlæggelse og udskrivning.

Fremtid: fordele, ulemper og evt. barrierer

Det er vigtigt, alle interessenter har et godt samarbejde omkring ordningen - at alle føler sig velinformerede. Herved kan vi få en konstruktiv snak om, hvad der kan forbedres ved ordningen. Vi er p.t. i gang med et kvalitetssikringsprojekt på Farsøhthaus, omhandlende medicinområdet. Det har bekræftet os i, at ordningen faktisk fungerer rigtig godt - dog med de små ulemper, jeg allerede har nævnt. Det forpligter os til mindst 1 gang årligt at evaluere på hele ordningen, hvor vi naturligvis vil gennemgå det hele. Dermed sikres, at nuværende standard bevares og evt. udbygges. De 2 af "ulemperne" jeg har nævnt, er noget fysisk ved selve pakkemaskinen. Disse har vores udleveringsapotek påpeget overfor pakkeapoteket. M.h.t. sygehusene har vi herfra informeret til vores nærmeste sygehus og lavet aftale med dem = chefsygeplejersken. Det har dog haft svært ved at nå ud til alle afdelinger. Et råd til andre kommuner er at inddrage sekretærene hos lægerne i opstartsfasen.

Krav der skal stilles

Apotekerforeningen har lavet nogle beregninger for besparelser for amt, kommune samt borger. Det drejer sig om ret store beløb, jeg ikke mener, man kan overse. Jeg synes derfor, dosisdispensering ikke kun skal være en mulighed - men et krav, hvis borgerne vil have hjælp til at få doseret deres medicin. At der ikke fremover findes den mulighed, at sygeplejersken kommer rundt i de enkelte hjem og doserer medicin til 2 - 4 uger af gangen. Hvis det tilbud der ligger i kommunerne hedder dosisdispensering - og ikke andet, bliver det efterhånden velkendt blandt borgerne, og behøves der-

for ikke give anledning til større snak. Medicinophældning er / skal ikke være en årsag til at få hjemmesygeplejersken på besøg (kun specielle tilfælde). Samarbejde, som jeg allerede har beskrevet det, er et must for et godt resultat.

Ændringer der skal til

En lovgivning på området.

Yderligere tilføjelser

Jeg er glad for, hvor let og gnidningsløst det er gået. Jeg ved godt, vi har brugt en del ressourcer inden opstart, men de har nok været givet godt ud. Vores research på området har været et af fundamentene i opstartsfasen. Ikke nok med vi besøgte Skjern - vi ringede også rundt til andre kommuner i landet og spurgte om deres erfaringer - og tog det bedste fra alle stederne til os. Vi har haft et fantastisk samarbejde hele vejen rundt, og forståelsen fra ældreudvalget var en dejlig støtte. Vi "solgte" ideen på mere kvalitet i det daglige sygeplejearbejde - på flere og mere komplekse arbejdsopgaver - og vi er IKKE bleven beskåret i sygepl. timer. Det er flot. Jeg glæder mig til at se, hvor mange penge der bliver sparet for amt og kommuner i faktiske tal.

2 Bilag for Pakkeapoteker

2.1 Århus Stjerneapoteket

2.1.1 Apoteker

Den maskinelle dosisdispensering

Apoteket er udleverende apotek for 200 egne samt pakkeapotek for 2300 dosiskunder. Apoteket pakker til ca. 60 % af apotekerne i Århus samt til en del apoteker uden for Århus. Alle apoteker i Århus følger retningslinjer for opstart og håndtering af dosisdispenseret medicin. Reglerne er sammensat i en styregruppe, bestående af Århus Kommune, apoteker samt læger.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Hvordan introduceres nye brugere til opstart? Hvor er ansvaret placeret mellem læge/hjemmesygeplejen/apotek? Stabile brugere er en nødvendighed. Hvordan tackles seponering, forandring og igangsætning af dosisdispensering? Hvornår og hvordan skal pakningerne leveres til bruger.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele lokalt: Både lokalcentrene og apoteket har mødt hinanden, dels i centrene og dels på apoteket. Større respekt og gensidig enighed om opstart og hvordan dagligdagen skal forløbe er blevet drøftet. Alle læger er orienteret i amtet igennem et fællesmøde. Lægerne er efterhånden positivt samarbejdende i den maskinelle dosisdispensering. Apoteket har dannet en gruppe af medarbejder, der står som kontaktperson på ordinationskortene sammen med hjemmesygeplejens kontaktperson.

Oplevede barrierer

Det tog lidt tid inden retningslinjerne endelig var på plads, så en opstart kunne begynde i sommeren 2003. Mange info- og planlægningsmøder intern i Århus Kommune. Varighed næsten 1 år.

Overvindelse af evt. barrierer

Positiv fremgang under hele processen.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

De direkte veje er blevet kortere. Ændringerne af medicinen sker hurtigere end først antaget. På sigt: Bedre kontrol og styring af brugernes medicin. De økonomiske besparelser hos kommune og amt er endnu ikke blevet opdateret. - Først da, vil dosisdispensering ses som en nødvendighed.

Fremtiden: fordele, ulemper og evt. barrierer

Dosisdispensering er blevet hverdag i det lokale omkring apoteket. 2 års erfaringer. Den første barriere fra hjemmesygeplejen/lægen er historie. Apoteket er efterhånden blevet det centrale sted, der samler op både ved ændringer og den videre kommunikation. Tværfaglig positiv kommunikation er løsning fremover, for at systemet indbygges bedst muligt.

Krav der skal stilles

Optimal tværfagligt positiv forståelse er en nødvendighed mellem læge/hjemmesygepleje/apotek. Kommunikationsvejene skal være fastlagt. Brugeren skal acceptere og forstå fordelene ved dosisdispensering. Brugeren skal opleve at udgifterne ikke stiger. Hjemmesygeplejen skal kunne udnytte den overskydende tid fornuftig. Apoteket skal have en fordel.

Ændringer der skal til

Det udleverende apotek skal have en bedre aflønning.

Yderligere tilføjelser

Alt tager tid. Vi er godt på vej til at fuldende det tværfaglige samarbejde samt apoteket har fået en ny udfordring og opgave inde for egne rammer. Kommunens opbakning har været en nødvendighed for at processen kom i skred.

2.2 Frederikshavn Svane Apoteket

2.2.1 Apoteker

Den maskinelle dosisdispensering

Ved ønske om adgang til at anvende maskinel dosisdispensering henvendte sygeplejerske sig oftere til apoteket. Vi har tre personer i personalegruppen der umiddelbart udfører dialogen til sygeplejersken og lægen med henblik på recepter med ordinationer. Recepten er det juridisk bindende grundlag for at kunne lave et doseringskort der kan sendes videre til pakkeapoteket. På tiden har apoteket cirka 50 kunder der får dosispakket medicin.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Få personer er dosisspecialister vi prøver med en positiv dialog at få samarbejdet mellem øvrigt sundhedspersonale og læge til at være så god som mulig.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Jeg kan desværre ikke svare på dette spørgsmål, da jeg ikke har været involveret i opstartsfasen.

Oplevede barrierer

Jeg oplevede en modstand mod noget nyt, og en angst for at miste overblik over den enkelte persons medicinering, dette udsagn gælder for øvrige sundhedsprofessioner. Men ikke for mit apotekspersonale der er særdeles omstillingsparate.

Overvindelse af evt. barrierer

Ved at prøve det ny er nogle barrierer overvundet. Samtidig har et møde mellem sygeplejersker/læger og apotek været med til at få tingene til at fungere.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordelene er åbenbart indlysende da den enkelte person nu har et klart overblik over sin medicin. Den enkelte person får en billig medicin hvor spild er ganske minimalt. Sikkerheden er i top, fejlprocenten er under 0,03%. Det er tidsbesparende for sygeplejersken/plejeassistent/social og sundhedsassistenten. Nu kan de bruge tid på hvad de er uddannede til, nemlig omsorg, sundhedspleje og iagttagelse af den enkelte patient. Receptfornyelser, hvor tid i telefonen nu kan minimeres er da også en klar fordel. Blandt ulemperne kan der nævnes at den generiske substitution kan medvirke til at forvirre lægen, sygeplejersken og naturligvis også den enkelte patient. Jeg oplever en modstand blandt visse sundhedsprofessioner efter maskinel dosisdispensering der muligvis kan forklares ud fra gamle banale betragtninger.

Fremtiden: fordele, ulemper og evt. barrierer

Jeg er ganske sikker på at maskinel dosisdispensering i sin nuværende form vil overvinde alle barrierer, det vil naturligvis tage tid. Nogle af de i spg. 4 omtalte barrierer vil ganske givet blive nedbrudt hurtigere ved en økonomisk indsats på rette sted. Vha. en opstramning af kravene til praksis PCérnes minimums software-formåen, der skal bla. kunne generes EDIFACT DOSERINGSKORT vil kommunikationen mellem de involverede sundhedsprofessioner kunne optimeres meget. Ulemperne med navne forvirring pga. generisk substitution, skal der arbejdes med dette. En løsning kunne være at der fremover skal anvendes generisk ordination altså hvor handelsnavnet på det enkelte præparat ikke mere må anvendes.

Krav der skal stilles

Lovgivningen skal åbne op for at det enkelte dosispakkeapotek kan modtage bulkpakninger af de LM der er udvalgt til at være i pakkemaskinen. Desuden er den 14 dages baserede takst med nye priser altså hver anden uge, en hæmsko for at levere det billigste præparat. Hver gang der skal introduceres et nyt LM koster det apoteket mindst 5000 kr. da validering og ny xx kalibrering har denne pris. Det er bestemt ikke incitamentsfordrende for en hurtig ændring. EDB teknisk bør praksislægerne opgraderes så EDIFACT-doseringskortene udskrives der. Jeg mener at dosisdispensering er så compliancemæssigt fordelagtigt, at det kun ved meget tungtvejende tilfælde skal kunden fravælges af den enkelte patient. Da dosisdispensering er økonomisk dårligt for de enkelte udleveringsapoteker skal der fra centralt hold. Sundhedsministeriet, allokeres flere midler til udleverings-

apotekerne.

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser

2.3 Holstebro Løveapotek

2.3.1 Apoteker

Den maskinelle dosisdispensering

Apoteket leverer dosispakket medicin til 2 plejehjem og den del brugere i eget hjem - ialt ca. 200. De fleste brugere får sendt deres medicin, men der er også flere, som henter den selv. Den enkelte bruger får at vide, hvilken dag medicinen er klar, så de ikke kommer for tidligt. Der afleveres/udleveres medicin til 14 dage, nogle enkelte kun til 7 dage ad gangen.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Det skal være let og enkelt at styre. Der skal være fastlagte retningslinier, når der stilles spørgsmål fra f.eks. hjemmepleje/læge. Der er udvalgt 1 farmaceut og 2 farmakonomer, der er ansvarlige for dosispakningen. Det daglige arbejde omkring dosispakning er en del af apoteksarbejdet, så alle skal kunne udføre opgaven.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

En klar fordel er at starte samarbejdet i god tid. Holstebro Kommune indledte et samarbejde med apotekerne og sygeplejersker tilknyttet henholdsvis hjemmeplejen og plejehjem. Vi påbegyndte et pilotprojekt på et plejehjem og et sygeplejedistrikt, hvilket kørte i 1/2 år, hvorefter vi foretog en evaluering. Herefter er dosisordningen blevet udbredt til alle plejehjem og alle sygeplejedistrikter.

Oplevede barrierer

Den største barriere er nok, at startfasen er meget tidsrøvende for både sygeplejersker/læger og apotek. Det virker uoverskueligt, hvem der har ansvar for de enkelte ting. Alle er afhængige af, at kort, recepter og accepter bliver udskrevet tidsnok. Sygeplejersken har jo beregnet, hvornår den enkelte bruger skal starte, for at undgå for meget restmedicin. Når alle har fundet sin egen måde at gøre tingene på, er det ikke så besværligt i dagligdagen.

Overvindelse af evt. barrierer

Vi tog os den tid, der skulle bruges til at kontakte de involverede læger og sygeplejersker for at få alle de fornødne papirer i orden til tiden. Det koster meget tid, da vi er bindeledet mellem bruge-

ren/sygeplejersken/lægen, og ikke kan igangsætte dosispakningen før alle tilladelser er på plads.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fordelen er klart et reduceret medicinspild. Mange brugere udtrykker, at de føler sig mere selvhjulpne, fordi de nu kan hente og administrere deres medicin selv. Af ulemper kan nævnes, at det er vanskeligt at ændre medicinen på kort tid, så brugeren må købe små pakninger af medicin indtil næste pakning.

Fremtiden: fordele, ulemper og evt. barrierer

Jo flere der kommer med i dosispakningsordningen, jo mindre medicinspild totalt. Brugerne skal være forholdsvis stabile brugere, for at undgå hyppige ændringer. Start samarbejde om opgaven i god tid. Vær fleksible og åbne omkring opgaven til fordel for den enkelte bruger. Se muligheder - ikke barrierer.

Krav der skal stilles

Alle læger skal have det elektroniske doseringskort, som sendes elektronisk til apoteket. Set fra apotekets side, skal det være tilladt at dosispakke medicin ud fra bulk. Pakkeapotekerne afblister meget - koster mange lønkroner. Brugere skal kun kunne tilbydes dosispakket medicin.

Ændringer der skal til

Der skal lovgives på området.

Yderligere tilføjelser

2.4 Odense Apoteket Bryggergården

2.4.1 Apoteker

Den maskinelle dosisdispensering

På baggrund af kommunalt pilotprojekt er DP indført i kommunen distriktsvis. Kommunens ledelse har været tovholder og indpisker. Det lokale pakkeapotek (undertegnede) har været medinddraget i projektgruppen omkring forsøg og opstart. Leverer til 2 lokale apoteker og direkte til egne kunder på plejehjem og psykisk handicappede. Mange sundhedspersoner har besøgt pakkeapoteket og deltaget i info-møde herom. Talrige brochurer er uddelt.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Svar fra distributionsapotek: Vi har indført på 2 måder. Begge måder er indledt med et oriente-

ringsmøde fra apotek på plejehjem. Efterfølgende har vi inviteret på besøg i pakkeriet. 1) alle er startet på een gang. Apotek har fået kopi af medicinoversigten på den enkelte beboer og har indhentet recepter fra lægen. Der har næsten altid været uoverensstemmelser mellem læge og faktisk medicinering. 2) der inkluderes løbende, når medicinen er opbrugt. Metode 1 var lettest og det har fungeret upåklageligt i godt 1 år. Leder på plejehjem aktiv og positiv. Een kunde er sat i bero, for at få restlager af medicin opbrugt. Metode 2 er OK men langt mere tidsrøvende for apotek, fordi man har fat i papirerne så mange gange, og der er telefonopklad til læge/plejehjem hver gang en ny skal startes. Svar fra pakkeapotek: Vi har medvirket som støtte i opstart flere steder. Nogle steder fordi apoteket ikke var så villig. Nogle steder fungerer det bare godt, andre steder er der ustandselig ændringer og kunder, som sættes i bero.

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Fordele: Patienten får styr på sin medicin. Det har lægen også mulighed for at få i journalen nu. Godt teamwork med plejehjem. Patienten har mulighed for at klarlægge medicineringen ved indlæggelse på sygehus. Næsten ingen medicinaffald i forbindelse med ændringer/dødsfald. Apotekets tab på debitorer må totalt set blive minimeret på landsplan på denne måde! Ulemper: Obstruktion fra lægesiden i indtil særdeles svær grad tenderende til decideret fjendtlighed. Pakkeapotek mistænkes for at stjæle andre apotekers kunder. Medfører dårlig kollegial stemning. Ikke alle apoteker synes det er godt pga. i mindre indtjening. Svær at få økonomi i at være pakkeapotek. Først efter 1 1/2 år er der balance. Der er et stort tab at skulle indhente. Vareforbrugsprocent i produktion ca. 105%.

Oplevede barrierer

Modvilje mod forandringer i alle led. At der ikke er styr nok på medicinen, der er næsten altid uoverensstemmelse mellem lægens journal og hvad der reelt indtages. Odense Sygehus har meldt pas til DP. Det giver anledning til fejlmedicinering og de medicinske overlæger har bevidst fravalgt at ordinere DP i forbindelse med udskrivning af pt. Også selv om patienten bliver indlagt med DP-medicin.

Overvindelse af evt. barrierer

Dialog, information, vi fokuserer på succesoplevelser. Negative læger/sekretærer undgår vi om muligt. Sygehusproblem latent.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Det er vigtigt at vælge stabile patienter, ellers er det for besværligt for alle parter. Receptfornyelsen er et problem. Det skal sygeplejerskerne sørge for, men de ved jo ikke, hvornår det skal ske. Før var der ikke mere medicin tilbage og så havde de jo selv problemet, når de skulle påfylde æsken næste gang. PLO er stadig kilde til obstruktion. Ingen problemer i kommunen. Apoteker kommer gradvis på banen.

Fremtiden: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fokuser på succes - gør det godt - vælg de rigtige patienter. Der skal saneres mere i medicineringen. Mange patienter får "for meget medicin". Ingen seponerer. Lægers suveræne ordinationsret til DP skal fjernes. Læger skal stille diagnoser og ordinere medicin, men de skal ikke afgøre alene, hvordan medicinen skal gives. Denne ret skal også gives til dem, som skal hjælpe med at give medicinen (plejepersonale/apotek) og dem, som skal betale herfor (offentlig myndighed). Det skal ikke være tilladt at dosispakke halve tabletter. Det er fagligt dårligt og tabletkvaliteten er ofte ringe. Der skal være bulkpakninger til levering til pakkeapotek med laveste AI i generiske gruppe. Som det er nu fakturerer vi laveste, men bruger måske en dyrere fordi den billigst er blister.

Krav der skal stilles

Der skal være elektronisk kommunikation mellem apotek og læge m.h.t. recepter og fornyelse heraf. Der skal laves en receptformular, som skal bruges, hvor doseringstidspunkter skal oplyses - ikke bare fx "1 tablet daglig". Apoteket skal honoreres bedre for arbejdet. Andre end læger skal kunne ordinere DP-medicin på sygesikringens regning. Ustabile patienter må ikke inkluderes. 1/2 tabletter må ikke dosispakkes. Leverandører af lægemidler skal levere bulkpakninger til særlig laveste generiske AIP til pakkeapoteker. Der skal være leveringssikkerhed forbundet med disse bulkpakninger. De skal have drug-ID som varenummer. Der skal laves holdbarhedsforsøg på lægemidler i bulkpakninger, således at lægemidler, som reelt kan holde i open-air beholdere i mere end 6 uger tildeles korrekt holdbarhed. Det har sættes i bero. Stor betydning for håndteringsarbejdet i pakkeriet. Der må gerne pakkes til 1 måned ad gangen. (det har hjemmeplejen gjort ofte). Farmaceuter bør faglig gennemgå doseringskort med henblik på sanering af medicin. Skal honoreres herfor. Der skal laves fælles retningslinjer på landsplan omkring DP i forbindelse med indlæggelser. Det skal være ens uanset hvilket sygehus man nu arbejder på eller bliver patient på.

Ændringer der skal til

Ikke så mange jf. ovennævnte, fordi det er en rigtig godt måde at give medicin på til personer, som ikke kan klare opgaven selv og det er der vist efterhånden en del personer i systemet, som har indset.

Yderligere tilføjelser

Styrk den farmaceutisk-faglige del af DP. Der er mange doseringskort som kan gås efter for uhenigtsmæssigheder. Der ligger en samfundsbesparelse på sigesikringskontoen og venter samt sandsynligvis en forbedring af livskvalitet.

2.5 Vojens Apotek

2.5.1 Apoteker

Den maskinelle dosisdispensering

Vojens Apotek startede maskinel dosispakning til kommunens borgere 1 maj 2002. Vi pakker i dag til ca. 200 patienter, og det har vi gjort i ca. halvandet år. Vi kører med et fast sortiment på 400 lægemidler, der er udvalgt efter største omsættere på landsplan til patienter over 60 år, dog med skyldig hensyntagen til epilepsi og psykiatriske patienters behov for lægemidler. Kravene til lægemidlerne er desuden leveringssikkerhed - derfor har vi ingen parallelimporterede i sortimentet, samt at det inden for en 14 dages takstperioden skal tilhøre prisgruppe a eller b. Sortimentet revideres løbende. Skal der bruges lægemidler, der ikke er i sortiment, administreres det ved siden af - typisk af hjemmesygeplejen. Der kan pakkes akutpakker, som kan leveres fra den ene dag til den anden, således at udskrivelse fra sygehus kan foregå ved, at sygehuset medgiver lægemidler til 2 hverdages forbrug, hvorefter apoteket garanterer, at patienten har dosispakke til rådighed. Ved ændret medicinering er det ligeledes muligt at få akutpakket fra den ene dag til den anden, hvis det er NØDVENDIGT. Ved ændringer kan man lave en tillægspakke ved dosisøgning. Ved lavere dosis pakkes en helt ny akutpakke, således at hjemmeplejen ikke skal til at finde ud af, hvilke lægemidler, der er i pakken og hvilke der skal tages ud - det giver store fejlmuligheder. Vi har 2 farmakonomer som dosispaknings-ansvarlige. De har på skift ansvaret hver 2den uge for at få opdateret doseringskort, sørge for forlængelse/ fornyelse af kort ved henvendelse til læge/ sygehuslæge, samt taksation, kontrol og pakning af rullerne. De sørger også for at medgive en mappe til nye patienter med doseringskort, indlæggssedler og brugsanvisning til rullerne, samt en æske til rullerne med lægemidler. De sørger for, at deadlines overholdes af hjemmepleje og læger/sekretærer, og såfremt en dosisrulle ikke er afhentet, inden den skulle have været taget i brug, tager de aktion, først til patienten og derefter til hjemmepleje eller læge, hvis det første ikke lykkes. Farmakonomeren har dagligt en time sat af formiddag og en time eftermiddag til akut opståede problemer. Der er sjældent brug for 2 timer dagligt. Derudover er det afsat 2 dage til fornyelse / opstart af nye patienter og taksation hver 2 uge, samt 1 1/2 dag til kontrol og pakning af dosisrullerne. Alle dosiskort bliver kontrolleret af en farmaceut, der laver en faglig vurdering af patientens medicinering.

Centrale principper der er arbejdet ud fra

Dosisdispensering skal kunne dække kommunens behov for hjælp til patienter, der er i stabil behandling med medicin og som ikke selv kan håndtere det, samt være et tilbud til dem, der selv ønsker at blive fri for ansvaret med at huske at bestille og hente deres medicin, samt indtage den på de rette tidspunkter i de rette doser. Hjemmesygeplejen får tid til at iagttage patienten nu og vurdere, om medicinering fungerer tilfredsstillende, og de kan tage nye ansvarsområder ind, som er sygeplejerelevante. Hvem kan inkluderes: Patienter, der har været i stabil(uændret) medicinering i mindst 14 dage. patienter, hvis medicin findes i sortiment (checkes af apoteket) patienter, der ikke bruger 1/2 tabletter, eller hvis dosering efter ændring af styrke kan ændres til hele (checkes af apoteket).

Opstart: fordele, ulemper og evt. ændringer

Vi havde i god tid nedsat en arbejdsgruppe bestående af kommunens leder af ældre/handicap afdelingen, ledende hjemmesygeplejerske, en repræsentant for de praktiserende læger, samt apotekeren.

Det var en stor fordel, idet ethvert problem blev taklet af repræsentanten for hver gruppe, så problemet blev afdækket og løst uden at involvere en masse mennesker. Det kræver åbenhed for nye tiltag. Det kræver afklaring af fordele og ulemper ved dosisdispensering, så alle er ordentligt informeret. Det kræver at hver gruppe gør sig klart, hvad det indebærer, her tænker jeg specielt på hjemmeplejen, der får åbnet nye muligheder for pleje. Det kræver at apoteket afsætter nødvendige ressourcer, da det er meget tidskrævende i starten og ikke honoreres tilstrækkeligt til at dække udgifterne. Vi fik et godt og intensivt samarbejde i gruppen med respekt for hinandens problemer. For at få tilskud fra sygesikringen skal der indgå mindst ét tilskudsberettiget lægemiddel, samt dosisdispenseringen skal være lægeordineret, der leveres så automatisk hver 14 dag en ny rulle lægemidler til patienten, som aftalt Cytostatica, penicilliner og visse former for kønshormoner må ikke dosispakkes, det er praktisk ved inkludering at sørge for, at hjemmets medicin er ved at være opbrugt, da den ellers skal kasseres.

Oplevede barrierer

På apoteket var det et meget tidskrævende projekt, fordi det var helt nyt på landsplan. Det krævede en stor indsats af både den ansvarlige farmakonom og apotekeren, og krævede forståelse fra det øvrige personale for, at det var noget nyt, der skulle tilgodeses - derudover var det teknisk set ikke noget, alle umiddelbart kunne involveres i og som man derfor var lidt skeptisk overfor i praksis. Alle syntes derimod, det var en god ide at lave maskinel dosispakning og at det en rigtig vej at gå. I hjemmeplejen syntes nok ikke alle, at det var en god ide, de var måske lidt urolige for deres arbejdspladser og der blev sparet en medarbejder. Til gengæld er de nu glade for ordningen og vil gerne have så mange som muligt ind under ordningen. Kommunen har været tilfreds, den har sparet penge og forhåbentlig fået en god og betryggende medicinering af deres ældre medborgere. Lægerne har loyalt bakket op om ordningen, men muppet lidt undervejs på grund af en større arbejdsbyrde ved opstart og ændringer og fornyelser af ordinationer.

Overvindelse af evt. barrierer

Vi holdt informationsmøder i stor stil, og vi har også efterfølgende haft evalueringer.

Drift: fordele, ulemper og evt. barrierer

Fremtiden: fordele, ulemper og evt. barrierer

Krav der skal stilles

Ændringer der skal til

Yderligere tilføjelser