

Medicin i Midt

Evalueringsrapport

Kirsten Høj
Anna Mygind
Marlene Christina Rosengaard Møller
Flemming Bro

Medicin i Midt – Evalueringsrapport

November 2019

Forskningsenheden for Almen Praksis

Bartholins Allé 2

DK-8000 Aarhus C

Copyright: Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus.

Gengivelse af figurer og tabeller er tilladt med tydelig kildeangivelse.

Indholdsfortegnelse

RESUME	iv
ANBEFALINGER	vi
1. BAGGRUND	1
2. FORMÅL.....	2
3. DELPROJEKT 1: Efteruddannelsesforløb.....	2
3.1. Design.....	2
3.2. Dataindsamling og -analyse	2
3.2.1. Registreringer og spørgeskemadata	2
3.2.2. Observationer.....	3
3.2.3. Interviewdata	3
3.3. Resultater fra regionens registreringer.....	3
3.3.1. Deltagelse i efteruddannelsen og valg af fokusområder	3
3.4. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen.....	6
3.4.1. Studiepopulation.....	6
3.4.2. Motivation for deltagelse.....	6
3.4.3. Kerneaktiviteter i forbindelse med hjemmearbejdet	6
3.4.4. Gode erfaringer og udfordringer ved hjemmearbejdet.....	7
3.4.5. Fremmere for medicingennemgang i praksis.....	8
3.4.6. Selvvurderet effekt.....	9
3.5. Resultater fra observationerne	9
3.5.1. Erfaringer fra DGE-gruppeforløb.....	9
3.6. Resultater fra interviewundersøgelsen.....	10
3.6.1. Informanter og analysetemaer	10
3.6.2. Efteruddannelsesforløbet – motivation og barrierer for deltagelse.....	11
3.6.3. Efteruddannelsesforløbet – indhold, form og udbytte	14
3.6.4. Medicingennemgang – organisatorisk og praktisk	19
3.6.5. Medicingennemgang – fremmere og barrierer	22
3.7. Opsummering.....	34
4. DELPROJEKT 2: Informationspakkerne.....	36
4.1. Design.....	36
4.2. Dataindsamling og -analyse	36
4.2.1. Spørgeskemadata.....	36

4.2.2.	Interviewdata	36
4.3.	Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen	37
4.3.1.	Studiepopulation.....	37
4.3.2.	Implementering af informationspakkerne.....	38
4.3.3.	Implementeringsgrad.....	39
4.3.4.	Valg af informationspakker	40
4.3.5.	Fremmere for implementering	40
4.3.6.	Gennemførte implementeringsaktiviteter.....	42
4.3.7.	Udfordringer ved implementering.....	42
4.3.8.	Barrierer for implementering.....	43
4.3.9.	Selvurderet effekt.....	44
4.4.	Resultater fra interviewundersøgelsen.....	45
4.4.1.	Informanter og analysetemaer	45
4.4.2.	Motivation for implementering	46
4.4.3.	Implementeringsstrategier	49
4.4.4.	Udfordringer ved implementering.....	51
4.4.5.	Perspektiver på vedligeholdelse	56
4.5.	Opsummering.....	57
5.	STYRKER OG BEGRÆNSNINGER.....	59
6.	PERSPEKTIVER	60
	BILAG 1: Spørgeskema 1, delprojekt 1.....	
	BILAG 2: Spørgeskema 2, delprojekt 1.....	
	BILAG 3: Interviewguide, delprojekt 1	
	BILAG 4: Spørgeskema, delprojekt 2.....	
	BILAG 5: Interviewguide, delprojekt 2	

RESUME

Uhensigtsmæssig medicinering er forbundet med negative konsekvenser for patienten og for samfundet. Almen praksis står for størstedelen af den medicin, som udskrives, og er oftest tovholder for patientens samlede medicinering. Derfor er almen praksis afgørende for at mindske uhensigtsmæssig medicinering.

Medicin i Midt er et regionalt kvalitets- og efteruddannelsesprojekt, som er gennemført i et samarbejde mellem Region Midtjylland Kvalitet og Lægemidler og Praktiserende Lægers Organisation i Region Midtjylland (PLO-M). Formålet med projektet var at optimere kvaliteten af lægemiddelbehandlingen hos udvalgte patientgrupper, at dokumentere afledte, økonomiske effekter på medicinområdet samt at give almen praksis redskaber til kvalitetsudvikling. Medicin i Midt inkluderede tre delprojekter. Delprojekt 1 omfattede et efteruddannelsesforløb med fokus på polyfarmaci og medicingennemgang, og i delprojekt 2 modtog praksis 8 informationspakker, inkl. datarapporter over lægemiddelforbrug i egen praksis, med fokus på rationel farmakoterapi ift. specifikke lægemidler. Delprojekt 3 omhandlede praksisbesøg. Det er kun delprojekt 1 og 2, der er omfattet af denne evaluering.

Formålet med evalueringen af Medicin i Midt var at dokumentere projektets aktiviteter, herunder belyse hvordan indsatsen blev modtaget i almen praksis. Endvidere var formålet at give læring til fremtidig kvalitetsudvikling i almen praksis. Der er således fokuseret på at indhente erfaringer fra deltagere i de to delprojekter, hvorfor indsigter i barrierer for at deltage kun belyses i begrænset omfang.

I evalueringen er anvendt både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. I delprojekt 1 benyttedes en spørgeskemaundersøgelse, observationer og en interviewundersøgelse. Evalueringen af delprojekt 2 omfattede en spørgeskemaundersøgelse og en interviewundersøgelse.

Resultaterne viser, at Medicin i Midt generelt fik en positiv modtagelse blandt de praktiserende læger, som deltog i projektet. I delprojekt 1 gennemførte 74 personer fra 36 praksis hele efteruddannelsesforløbet (stormøde og workshop samt gennemførelse af et mellemliggende hjemmearbejde i form af fx medicingennemgange i egen praksis) i perioden maj til oktober 2018. Der er efterfølgende blevet udbudt flere stormøder og workshops, og nogle praksis har gennemført efteruddannelsesforløbet under Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE). I delprojekt 2 angav to ud af tre praksis, som besvarede spørgeskemaet, at de havde arbejdet med informationspakkerne. Fælles for de deltagende læger i begge delprojekter var, at deres motivation for deltagelse var drevet af faglige værdier. I delprojekt 2 var pakkernes konkrete udformning og lette omsættelighed til daglig praksis samt datarapporten over praksis' lægemiddelforbrug endvidere bidragende til lægernes engagement. For nogle læger var PLO-M's involvering i projektet også af betydning.

Både i arbejdet med medicingennemgang i efteruddannelsesforløbet og med rationel farmakoterapi ift. enkeltpræparater i informationspakkerne var der stor variation i, hvordan praksis greb opgaven an. I nogle praksis arbejdede man systematisk på praksisniveau med at organisere medicingennemgang og udvikle nye rutiner til implementering af informationspakker. I andre praksis var medicingennemgang og implementering af informationspakker primært drevet af den enkelte læge.

Centrale udfordringer i begge delprojekter var forhandlinger og kompromisser, som udspillede sig på flere niveauer. På praksisniveau omfattede forhandlingerne, hvorvidt praksis skulle bruge tid på projektet og i hvilket omfang (prioritering af ressourcer til kvalitetsarbejde versus fx klinisk arbejde). Internt hos den enkelte læge involverede forhandlingerne også en kontinuerlig prioritering af ressourcer, herunder bl.a. balancering mellem den 'ideelle' versus den mulige medicingennemgang og omfang af patientinddragelse. Fokus på rationel farmakoterapi i informationspakkerne udløste også en forhandling hos den enkelte læge omkring hensynet til den enkelte patient versus hensynet til samfundsøkonomien. Forhandlingerne indebar på patientniveau, at lægerne inden for nogle specifikke præparatgrupper oplevede afvisende reaktioner hos patienterne mod foreslåede medicinændringer.

Overordnet var der tilfredshed med det faglige indhold i både efteruddannelsesforløbet og informationspakkerne. I efteruddannelsesforløbet oplevede deltagerne et stort udbytte af at inddrage indsatsen i eget arbejde via hjemmearbejdet og af den efterfølgende erfaringsudveksling ved workshops. Klare faglige budskaber i informationspakkerne og oplæg i efteruddannelsesforløbet af en kompetent fagperson, der ikke var bange for at seponere medicin, blev fremhævet som en kvalitet og noget, der understøttede lægernes fortrolighed med seponering af uhensigtsmæssig medicin. Lægerne var desuden positivt indstillede over for at inddrage patientrettet informationsmateriale med henblik på at legitimere seponering og øge patientinddragelse.

Alle læger, som deltog i efteruddannelsesforløbet, oplevede, at de var blevet bedre til medicingennemgang, og tre ud af fire praksis, som havde arbejdet med informationspakkerne, angav, at lægemiddelordinationen for en eller flere af lægemidlerne i informationspakkerne var blevet forbedret. Det kan således konkluderes, at Medicin i Midt har bidraget til en øget opmærksomhed omkring uhensigtsmæssig medicinering i forhold til både polyfarmaci og udvalgte lægemidler i de deltagende praksis.

Evalueringen af Medicin i Midt giver nye indsigter i, hvordan faglige indsatser udviklet i et samarbejde mellem PLO-M og den regionale kvalitetsudviklingsorganisation i Region Midtjylland bliver modtaget og sat i anvendelse i almen praksis. I fremtiden vil en del kvalitetsudviklingsarbejde basere sig på de nye klynger og brugen af egne data. Erfaringerne fra Medicin i Midt bidrager med vigtig læring, som kan inddrages i udviklingen af disse tilgange, og informationspakkerne fra delprojekt 2 er da også allerede tilpasset og taget i anvendelse i den nye klyngestruktur i Region Midtjylland. Erfaringerne fra Medicin i Midt kan dermed anvendes både regionalt og nationalt i det fremtidige kvalitetsudviklingsarbejde.

ANBEFALINGER

På baggrund af erfaringerne fra Medicin i Midt er følgende opmærksomhedspunkter til fremtidige kvalitetsudviklingsindsatser sammenfattet. Det anbefales:

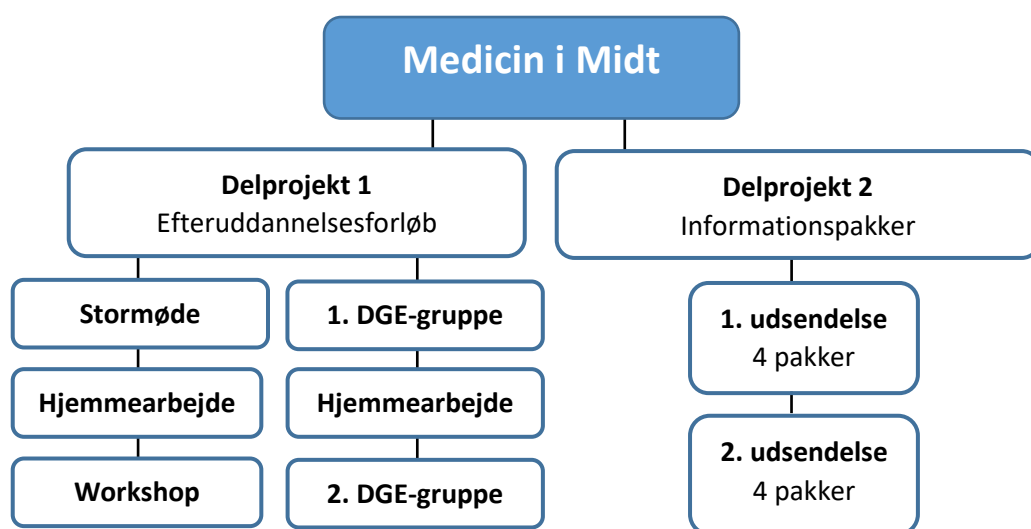
- At indsatser fra regionen udvikles med patientorienterede værdier for øje, idet den vigtigste motivationsfaktor for at arbejde med kvalitetsudvikling blandt lægerne er at gøre det bedste for patienten. En måde at afstemme nye indsatser med lægernes faglige værdier er at udvikle indsatserne i samarbejde med lægernes faglige organisationer. Dette kan endvidere bidrage til at øge fælleskollegial interesse og ejerskab for indsatsen hos de praktiserende læger.
- At indsatser tager udgangspunkt i den væsentlige variation imellem praksis mht. organisering og tilgang til kvalitetsudvikling. Indsatserne bør udvikles således, at den enkelte praksis har mulighed for at tilpasse indsatsen til egne forhold.
- At indsatser ledsages af forskellige, konkrete bud på, hvordan organisering af indsatsen kan gribes an i almen praksis. Dette kan inspirere og støtte praksis til at arbejde systematisk med deres indsats. Ved udviklingen af konkrete modeller bør det overvejes, hvorvidt kvaliteten kan løftes tilstrækkeligt ved en engangsindsats i praksis, eller om en vedvarende effekt fordrer, at indsatsen indarbejdes som nye rutiner i den kliniske hverdag.
- At indsatser med fordel kan indeholde supplerende tilbud, som retter sig mod kendte eller formodede udfordringer relateret til implementering af indsatsen. Eksempler på sådanne tilbud er adgang til:
 - IT-support til eksempelvis fremsøgning af patienter.
 - Konsulentbistand til organisering af indsatsen i praksis.
 - Opkvalificering af praksispersonalet på udvalgte områder.
 - Patientrettet informationsmateriale relateret til indsatsen.
 - Præparatspecifik vejledning til lægen om måder at samtale med patienten på vedrørende seponering.
 - Farmakologisk rådgivning.
- At indsatser rettet mod mere ressourcekrævende opgaver (som fx medicingennemgang) indrettes, så praksis får bedre mulighed for at prioritere disse opgaver.
- At indsatser tager udgangspunkt i den kliniske hverdag i almen praksis, hvor en pragmatisk tilgang (til fx medicingennemgang) ofte er mere realistisk end den 'ideelle' tilgang.
- At indsatsen med informationspakker, inkl. datarapporter, med fordel kan videreføres, da denne har vist sig at være en brugbar måde for almen praksis at holde sig opdateret på.

1. BAGGRUND

Gennem de seneste årtier er der sket en stor udvikling inden for sundhedsområdet med bedre og flere behandlingsmuligheder. Derfor lever folk i dag længere med flere kroniske sygdomme og et ledsagende indtag af flere lægemidler. Mens lægemidler som udgangspunkt har gavnlige effekter, så stiger risikoen for uhensigtsmæssig medicinering i takt med, at antallet af lægemidler stiger hos den enkelte patient. Uhensigtsmæssig medicinering opstår, når patientens risici ved at få et lægemiddel overstiger potentielt gavnlige effekter. Det kan også opstå, hvis et lægemiddel mangler, eller hvis der findes et bedre, sikrere eller mere omkostningseffektivt alternativ. Uhensigtsmæssig medicinering har negative konsekvenser, særligt for ældre og andre sårbare patientgrupper, i form af bivirkninger, lægemiddelinteraktioner eller lægemiddel-sygdom-interaktioner. Disse kan medføre forringet livskvalitet og unødige lægekontakter, indlæggelser og dødsfald. For samfundet medfører uhensigtsmæssig medicinering øgede omkostninger og pres på sundhedsvæsenet og derved uhensigtsmæssig brug af ressourcer. Almen praksis står for størstedelen af den medicin, som patienter får udskrevet, og er som oftest tovholder for patientens samlede medicinering. Derfor spiller almen praksis en afgørende rolle i forhold til at mindske uhensigtsmæssig medicinering.

Medicin i Midt er et regionalt kvalitets- og efteruddannelsesprojekt, som er gennemført i et samarbejde mellem Region Midtjylland Kvalitet og Lægemidler og PLO-M. De overordnede formål med projektet var at optimere kvaliteten af lægemiddelbehandlingen hos udvalgte patientgrupper samt at dokumentere afledte, økonomiske effekter på medicinområdet. Endvidere var hensigten at give almen praksis forskellige redskaber til at arbejde med kvalitetsudvikling og læring fremadrettet. Medicin i Midt inkluderede tre delprojekter, hvoraf to evalueres i denne rapport (figur 1).

Figur 1. Projektoversigt over Medicin i Midt (kun delprojekter, der indgår i denne evaluering)



I delprojekt 1 blev praksis tilbudt to forskellige efteruddannelsesforløb med fokus på polyfarmaci og medicingennemgang hos ældre. Praksis blev således tilbudt et forløb bestående af deltagelse i stormøde efterfulgt af arbejde i egen praksis og slutteligt en workshop, eller et mødeforløb over to mødegange i DGE-grupper med mellemliggende arbejde i egen praksis. I delprojekt 2 var der fokus på rationel farmakoterapi ift. specifikke lægemidler. Praksis modtog i alt 8 informationspakker med informationsmateriale og lægemiddelforbrugsdata for egen praksis. De første 4 informationspakker blev udsendt i september 2017 og omhandlede dipyridamol, protonpump hæmmere (PPI), smerteplastre og lægemidler mod overaktiv blæresyndrom. I februar 2018 blev yderligere 4 informationspakker udsendt omhandlende non-steroid antiinflammatoriske lægemidler (NSAIDs), antidepressiva, oral opioid og inhalationssteroid. Der blev efterfølgende sendt halvårlige opfølgninger til praksis, inkl. opdaterede datarapporter.

2. FORMÅL

De overordnede formål med evalueringen af Medicin i Midt var:

- 1) at dokumentere projektets aktiviteter, herunder belyse, hvordan indsatsen er blevet modtaget i almen praksis.
- 2) at give læring til fremtidigt kvalitetsudviklingsarbejde i almen praksis.

3. DELPROJEKT 1: Efteruddannelsesforløb

3.1. Design

Evalueringen af delprojekt 1 inkluderer en spørgeskemaundersøgelse, observationer og en interviewundersøgelse.

3.2. Dataindsamling og -analyse

3.2.1. Registreringer og spørgeskemadata

Til opgørelsen af hvor mange deltagere, der var til stormøder og workshops, samt hvilke emner deltagerne arbejdede med i deres hjemmeopgave, blev regionens registreringer benyttet. Til udforskning af deltagernes erfaringer med efteruddannelsesforløbet fik læger, der deltog i både stormøde og workshop, udleveret spørgeskemaer i forbindelse med workshoppen. Spørgeskema 1 (bilag 1) var en integreret del af den session i workshoppen, som omhandlede erfaringsudveksling mellem praksis. Spørgeskemaet indeholdt procesrelaterede spørgsmål vedrørende praksis' hjemmearbejde med et selvvalgt emne. Spørgeskema 2 (bilag 2) blev udleveret afslutningsvist ved workshoppen og omfattede spørgsmål om motivation for deltagelse, udbytte og fremtidige tiltag.

Spørgeskemadata blev analyseret ved hjælp af Stata 14.0 software pakke. Beskrivende data er præsenteret som absolutte tal og procentværdier.

3.2.2. Observationer

Kirsten Høj (KH) deltog som observatør ved et stormøde samt to workshops med henblik på udvælgelse af informanter. Derudover deltog KH ved 2. møde i to DGE-gruppeforløb med henblik på at beskrive indhold og udbytte af DGE-gruppeforløbet.

3.2.3. Interviewdata

Informanterne til interviewundersøgelsen blev identificeret ved hjælp af observationer og spørgeskemadata fra to workshops. Praksis blev udvalgt på baggrund af følgende kriterier: 1) praksis havde givet tilladelse til at blive kontaktet, og 2) praksis havde gennemført medicingennemgange som led i efteruddannelsesforløbet. Vi udvalgte informanter med forskellige karakteristika, herunder hvilke aktiviteter de havde gennemført i forbindelse med hjemmearbejdet, praksistype (solo- vs. flerlægepraksis) og geografisk placering af praksis. Med denne variation ønskede vi varierede perspektiver på og oplevelser med både medicingennemgang samt form og indhold på efteruddannelsesforløbet. Interviewguiden (bilag 3) blev udviklet med det formål at undersøge, hvilke efteruddannelsesaktiviteter informanterne oplevede som udbytterige, og hvilke, der gav mindre mening. Et yderligere fokus i interviewguiden var at undersøge fremmere og barrierer for implementering af systematisk medicingennemgang under eksisterende organisatoriske, praktiske og strukturelle realiteter i almen praksis. Alle interviews blev gennemført i perioden 25. oktober til 14. november 2018 i informantens praksis og på det tidspunkt, der passede informanten bedst. Alle interviews blev lydoptaget og efterfølgende transskriberet.

Analysen blev baseret på 6 semistrukturerede interviews, som hver havde en varighed på ca. 45-60 minutter. Interviewene blev foretaget af en forsker med lægefaglig baggrund (KH), og analysen blev udført af en antropolog med kendskab til og erfaring med studier i almen praksis (Marlene Møller, MM) i dialog med KH. Analysen tog afsæt i en indledende gennemlæsning af hvert interview med løbende markering i teksten af umiddelbart interessante ord og sætninger (begyndende kodning), der fortalte noget om erfaringer og oplevelser med efteruddannelsesforløbet. Efter første gennemlæsning af alle interviews blev hvert interview gennemlæst igen, og centrale koder samt citater til at eksemplificere koderne blev noteret i et analysedokument. Koderne fra hvert interview blev herefter sammenlignet på tværs af datasættet og samlet i en fælles kodning af materialet. I analysen var der en særlig interesse i at forstå informanternes oplevelser af efteruddannelsesforløbet, og analysestrategien var derfor delvis deduktiv og udledt af temaer på baggrund af interviewguiden. Dog havde MM gennem de gentagne gennemlæsninger af transskriptionerne også forholdt sig analytisk induktivt til materialet og identificeret temaer, der ikke umiddelbart var omfattet af interviewguiden.

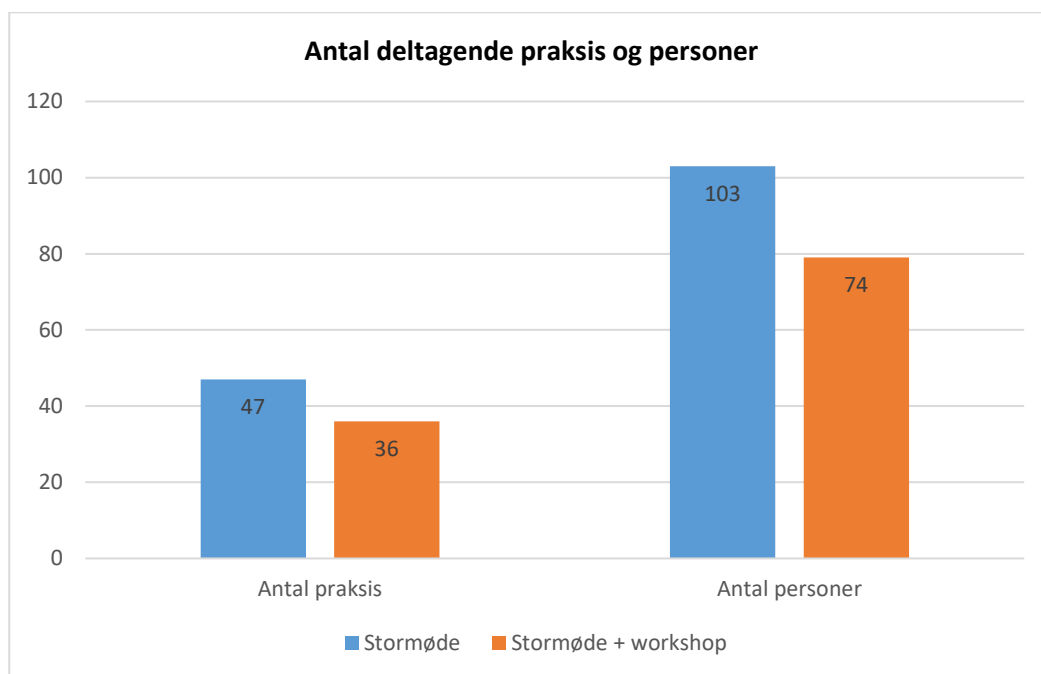
3.3. Resultater fra regionens registreringer

3.3.1. Deltagelse i efteruddannelsen og valg af fokusområder

Alle praksis i Region Midtjylland modtog en invitation til at deltage i efteruddannelsesforløbet. Opgørelserne nedenfor viser deltagelsen på fire efteruddannelsesforløb afholdt i perioden maj til oktober 2018. Som det fremgår af figur 2, deltog der i perioden i alt 103 personer på

stormøderne, mens 74 personer deltog i både et stormøde og en workshop. I alt var 47 praksis repræsenteret på stormøderne, mens 36 praksis deltog i hele efteruddannelsesforløbet.

Figur 2. Deltagere i stormøder og workshops



De 103 deltagere på stormøderne inkluderende 79 læger, 12 sygeplejersker, 11 sekretærer og en jordemoder. De 74 personer, der deltog i både et stormøde og en workshop, omfattede 56 læger, 11 sygeplejersker og 7 sekretærer (figur 3).

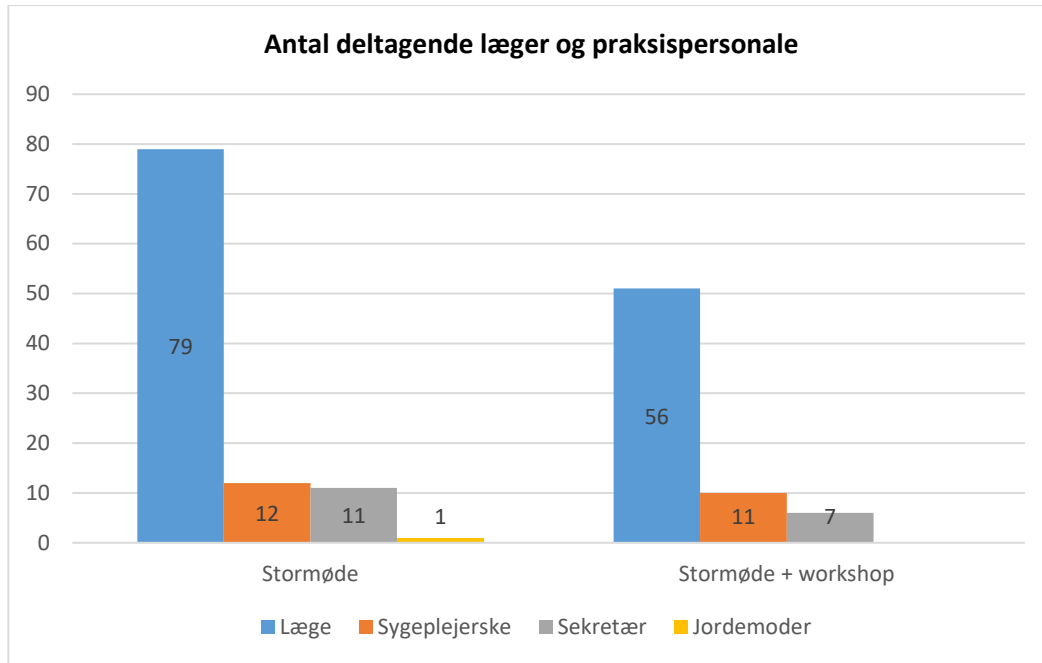
Som en del af efteruddannelsesforløbet blev deltagerne fra stormøderne forud for workshoppen bedt om at indlevere et eller flere fokusområder for det mellemliggende hjemmearbejde. Dette kunne fx bestå i at lave medicingennemgange for 20 patienter inden for det/de valgte fokusområde(r). Efteruddannelsesforløbet lagde ikke op til en bestemt måde at lave medicingennemgang på.

Fokusområderne kunne være én eller flere af 10 definerede målgrupper og/eller de faglige informationspakker fra delprojekt 2 (figur 4). Det var desuden muligt selv at definere et andet fokusområde.

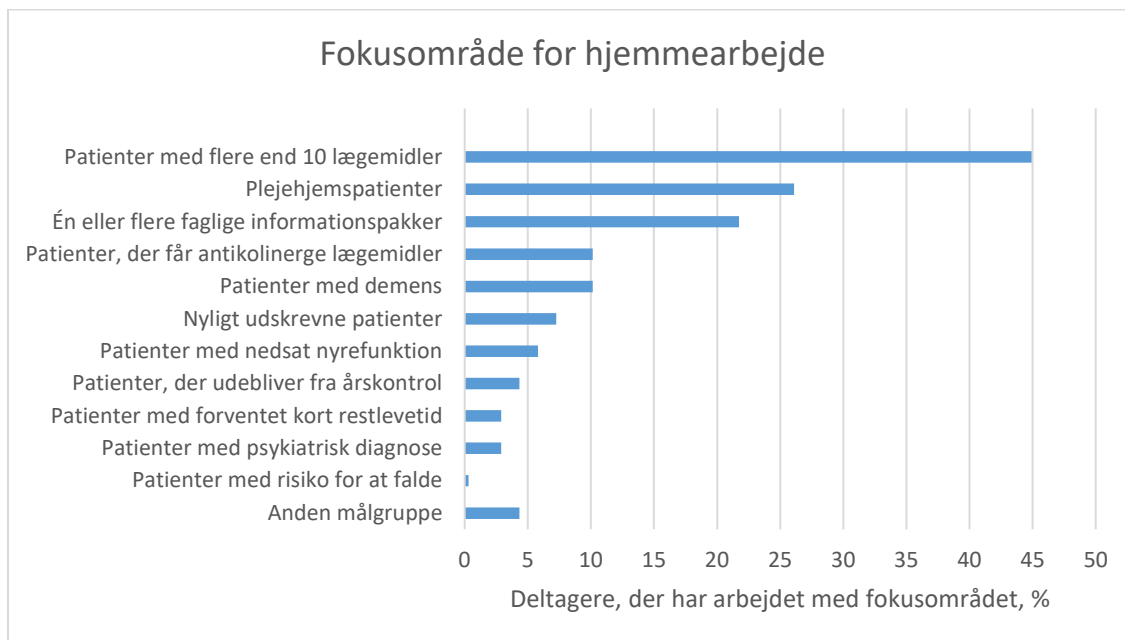
I alt indsendte 69 deltagere information om, hvilke(t) fokusområde(r) de ønskede at arbejde med i hjemmearbejdet. Tilsammen havde de valgt 106 fokusområder. Figur 4 viser fordelingen af de valgte fokusområder opgjort i procent. De hyppigst valgte fokusområder var 'patienter med flere end 10 lægemidler' (45 %), 'plejehjemspatienter' (26 %) og 'de faglige informationspakker' (22 %) (deltagerne kunne vælge flere fokusområder, og andelen overstiger

derfor 100 %). Der var derudover stor variation i de fokusområder, som praksis valgte at arbejde med.

Figur 3. Stormøde- og workshopdeltagere fordelt efter profession



Figur 4. Emnevalg for hjemmearbejdet forud for workshops



3.4. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

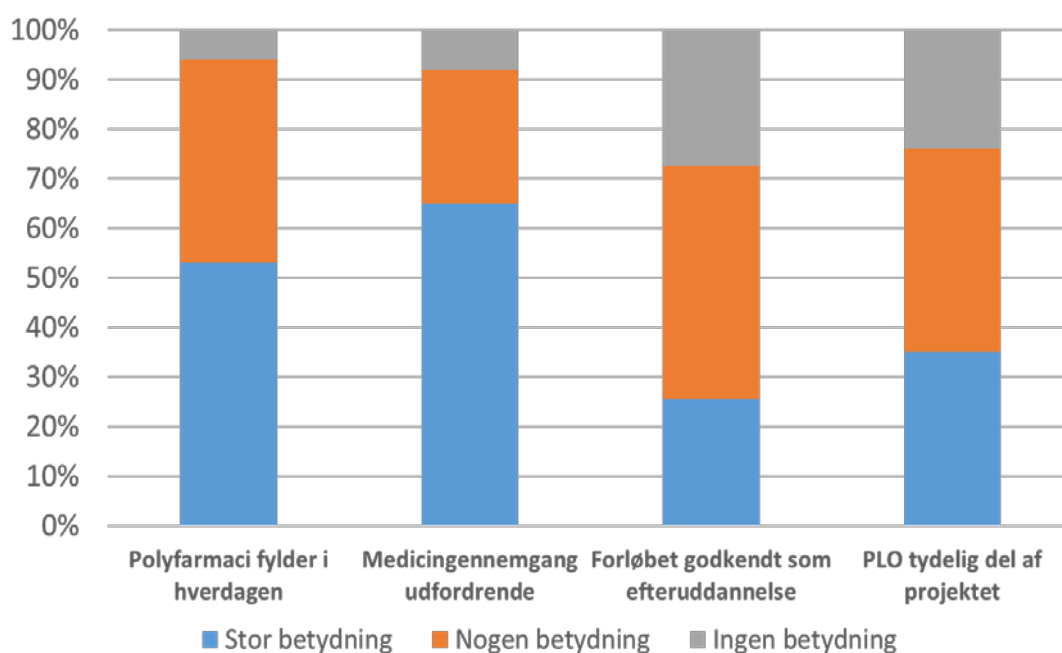
3.4.1. Studiepopulation

Blandt de 56 læger (fra i alt 36 praksis), der deltog i hele efteruddannelsesforløbet, besvarede 51 de to spørgeskemaer, som blev udleveret i forbindelse med workshoppen (bilag 1 og 2).

3.4.2. Motivation for deltagelse

I spørgeskemaet blev lægerne spurgt om, hvad der havde haft betydning for, at de havde valgt at deltage i efteruddannelsesforløbet. For over halvdelen af lægerne havde det stor betydning, at patienter med polyfarmaci fylder meget i det daglige arbejde, og at medicingennemgang kan være en udfordring i en travl hverdag. For en tredjedel af lægerne havde det stor betydning, at PLO var en tydelig del af projektet, mens en ud af fire tillagde det stor betydning, at forløbet var godkendt som efteruddannelsesaktivitet i den formelle efteruddannelse for almen praksis (figur 5). Nogle læger angav i fritekstfeltet, at afholdelse af kurset lokalt og emnets relevans var medvirkende faktorer for deres deltagelse.

Figur 5. Motiverende faktorer for deltagelse i efteruddannelsesforløbet.

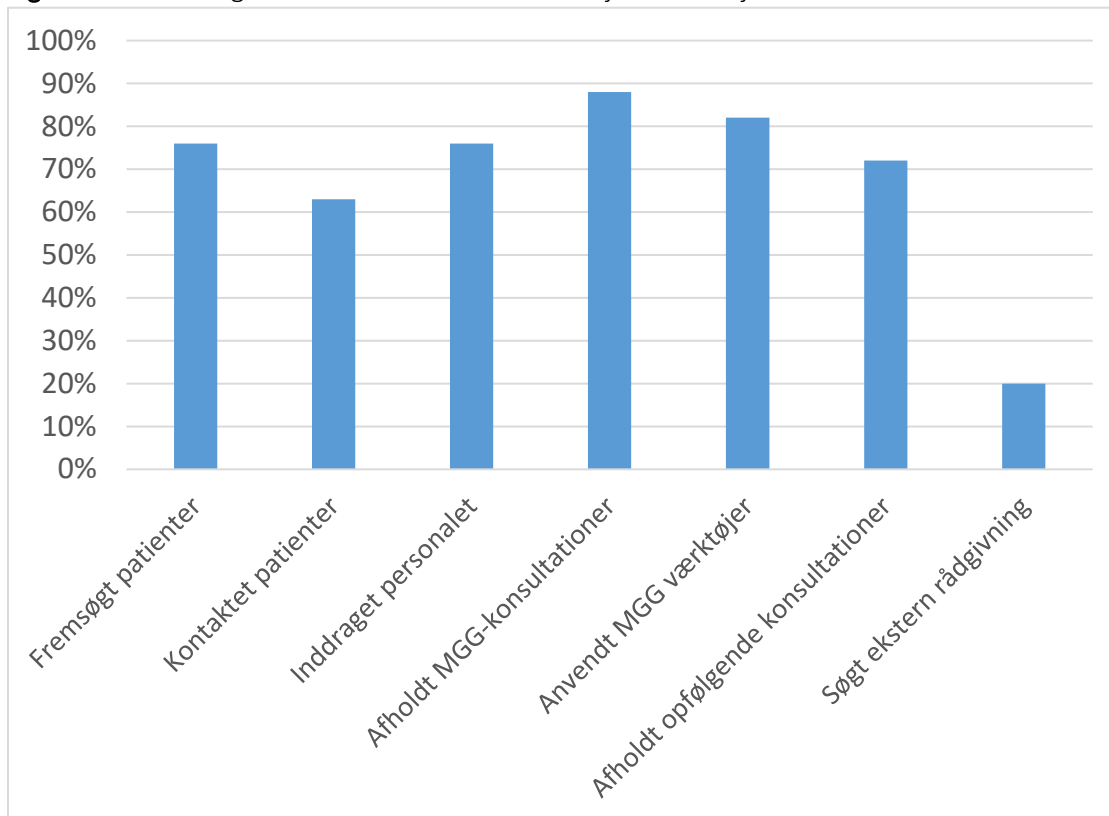


3.4.3. Kerneaktiviteter i forbindelse med hjemmearbejdet

Figur 6 viser en opgørelse over de kerneaktiviteter, som praksis gennemførte i forbindelse med deres hjemmearbejde. Tre ud af fire praksis identificerede relevante patienter i eget lægesystem og inddrog personalet i hjemmearbejdet. Godt 60% af praksis havde kontaktet patienterne, og næsten 90% havde gennemført konsultationer vedrørende medicingennemgang. Mere end fire ud af fem praksis angav at have anvendt støtteværktøjer til

medicingennemgang fra praksis.dk (såsom Seponeringslisten, START/STOPP-listen m.fl.) (figur 6). Desuden havde en femtedel søgt ekstern rådgivning vedrørende medicingennemgang for nogle patienter hos bl.a. regionale lægemiddelkonsulenter, kliniske farmakologer, geriatere og andre speciallæger. Mere end 70% angav at have afholdt en eller flere opfølgende konsultationer som følge af medicinændringer.

Figur 6. Aktiviteter gennemført i forbindelse med hjemmearbejdet.



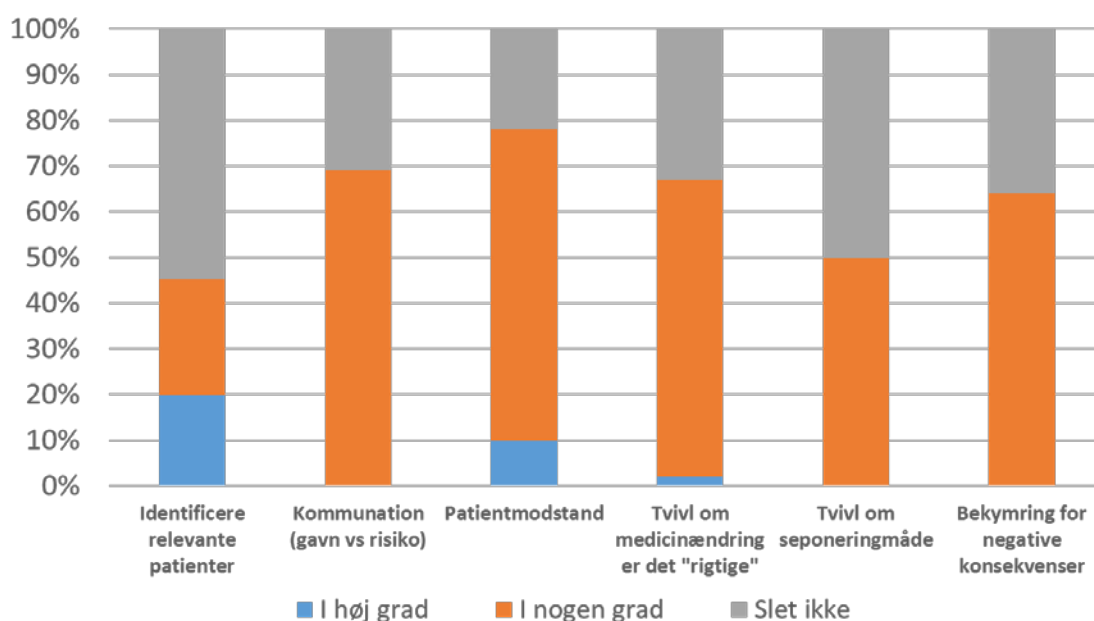
3.4.4. Gode erfaringer og udfordringer ved hjemmearbejdet

Foruden oplysninger om formatet af hjemmearbejdet havde praksis i spørgeskemaet mulighed for at give flere kommentarer i fritekst omkring, hvad der havde fungeret godt ved hjemmearbejdet. Et dominerende tema var, at hjemmearbejdet havde givet praksis erfaring med at få overblik over deres patienter og medicinlister samt med at arbejde mere systematisk med et fokusområde. Et andet centralt tema var positive erfaringer med at sætte kapaciteterne i praksis i spil, eksempelvis i form af kollegial sparring omkring medicingennemgang og personaleinddragelse i arbejdet.

Praksis blev desuden spurgt, hvad der havde været udfordrende ved hjemmearbejdet. Hertil angav hver femte praksis, at det i høj grad havde været vanskeligt at identificere relevante patienter, mens yderligere 25% angav, at identifikation i nogen grad havde været svært (figur 7). 70% angav, at det i nogen grad havde været svært at forklare patienterne om gavnlige effekter versus potentielle risici ved nogle lægemidler, mens næsten 80% af praksis rapporterede, at de høj eller nogen grad oplevede, at nogle patienter ikke ønskede at foretage

relevante ændringer i deres medicin. To ud af tre praksis rapporterede, at de havde været i tvivl om, hvorvidt ændringer i medicinen var det rigtige at gøre, og at de havde været bekymret for negative konsekvenser for nogle patienter som følge af medicinændringer. Halvdelen af praksis angav endvidere, at de havde været i tvivl om, hvordan de bedst udtrapper nogle lægemidler. Nogle praksis tilføjede desuden i fritekstfeltet, at hjemmearbejdet havde været tidskrævende, og at det havde været udfordrende at være systematiske.

Figur 7. Udfordringer ved hjemmearbejdet



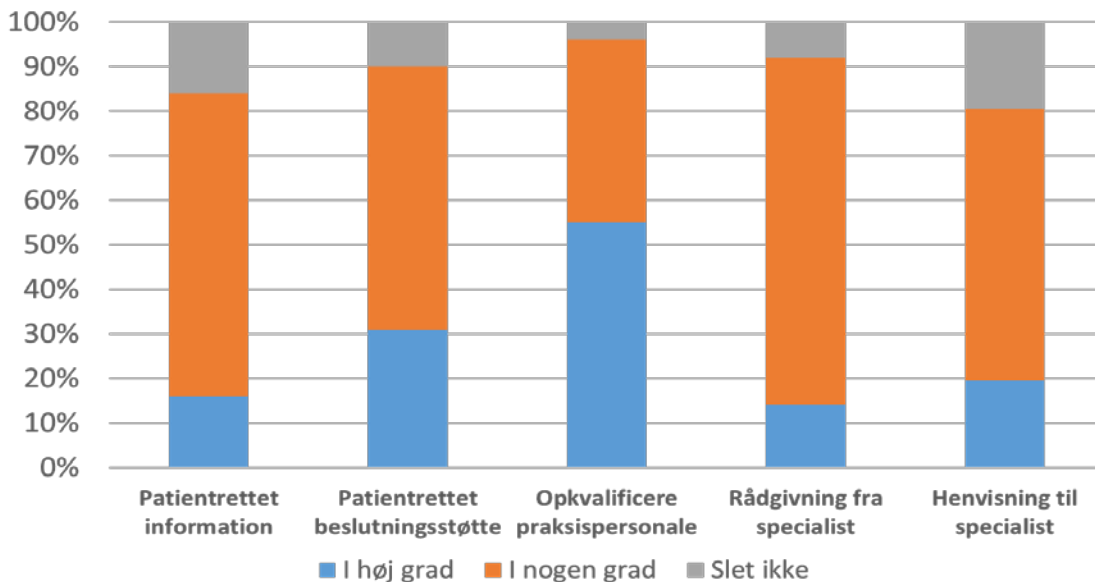
3.4.5. Fremmere for medicingennemgang i praksis

Spørgeskemaet indeholdt desuden spørgsmål til praksis omkring, hvad der ville kunne gøre det lettere for dem at lave medicingennemgang i en travl hverdag. Generelt var der bred tilslutning til de foreslåede tiltag med over 80 procent af praksis, som fandt, at tiltagene i høj eller nogen grad kunne understøtte medicingennemgang (figur 8).

Det mest populære tiltag var muligheden for at opkvalificere praksispersonale vedrørende uhensigtsmæssig medicin, idet mere end halvdelen af praksis angav, at dette i høj grad ville kunne understøtte medicingennemgang i praksis. En tredjedel af praksis angav, at mulighed for at inddrage patientrettede beslutningsstøtteredskaber i dialogen med patienten omkring medicinændringer i høj grad ville lette deres arbejde vedrørende medicingennemgang. Endeligt angav mellem 15-20% af praksis, at det i høj grad ville lette medicingennemgangen, hvis der var mulighed for at udlevere informationsmateriale til patienterne om gavn og risici ved potentielt

uhensigtsmæssig medicin samt for at modtage rådgivning fra og henvise til en specialist i medicingennemgang. Andre tiltag, som blev angivet i fritekst, omfattede kompetenceløft og mere tid i hverdagen.

Figur 8. Fremmere for medicingennemgang



3.4.6. Selvurderet effekt

Alle læger, som havde besvaret spørgeskemaet (n = 51), rapporterede, at efteruddannelsesforløbet havde klædt dem bedre på til at lave medicingennemgang (data ikke vist i figur).

3.5. Resultater fra observationerne

3.5.1. Erfaringer fra DGE-gruppeforløb

Efteruddannelsesforløbet blev udbudt som et forløb med stormøde og workshop eller som et DGE-gruppeforløb med to møder (figur 1). KH deltog ved 2. møde i to DGE-gruppeforløb i den del af mødet, som vedrørte Medicin i Midt (1 time). Begge møder blev afholdt i januar 2019. Ved det ene møde deltog 5 læger fra samme praksisfælleskab. Ved det andet møde deltog 5 læger fra forskellige praksis. Alle læger fra begge grupper havde arbejdet med hjemmeopgaven forud for mødet. Til begge møder blev timen brugt til at udveksle erfaringer omkring hjemmearbejdet. Andre temaer som kvalitetsudvikling og seponering blev også drøftet.

Gruppen fra samme praksis havde arbejdet med to af pakkerne (dipyridamol og midler mod overaktiv blære). Således havde lægerne delt sig i to arbejdsgrupper. Til mødet præsenterede lægerne deres hjemmearbejde for hinanden og drøftede fordele og ulemper. Det blev endvidere drøftet, hvordan praksis organisatorisk kunne understøtte kvalitetsudviklingsarbejde fremadrettet (eksempelvis ved at afsætte tid i dagsprogrammet til planlægning og udførelse af

kvalitetsudviklingsopgaver samt inddragelse af personale). Lægerne angav, at det havde været meget brugbart at kunne sætte fokus på interne forhold vedrørende kvalitetsudvikling i deres praksis, men påpegede samtidig, at en fordel ved at være sammen med andre praksis ville være at få nye inputs til måder at arbejde med kvalitetsudvikling på.

I gruppen sammensat af læger fra forskellige praksis havde nogle praksis arbejdet med en af pakkerne (henholdsvis dipyridamol, midler mod overaktiv blære eller inhalationssteroid), mens en anden praksis havde haft fokus på plejehjemspatienter. Forskellige fremgangsmåder blev præsenteret og diskuteret, herunder fordele og ulemper. Der blev også delt erfaringer fra konkrete situationer med patienter. Der blev endvidere snakket om seponering af andre præparater ud over hjemmearbejdet. Alle læger gav udtryk for, at denne måde at erfaringsdele på havde været brugbar, og at en fordel ved at gøre det i DGE-grupper fremfor klynger var, at det var et mere trygt og intimt forum.

3.6. Resultater fra interviewundersøgelsen

3.6.1. Informanter og analysetemaer

Blandt de 51 personer, som deltog i hele efteruddannelsesforløbet og besvarede spørgeskemaet i forbindelse med workshoppen, havde 46 givet tilladelse til yderligere kontakt. Der blev taget telefonisk kontakt til 8 praksis på baggrund af observationer og spørgeskemadata fra workshops samt praksistype og geografisk placering. Heraf indvilligede 6 praksis i at deltage i et interview. I en flerlægepraksis ønskede to af lægerne at deltage i interviewet (PL2 og PL3) (tabel 1), hvorfor dette blev gennemført som et gruppeinterview. De øvrige interviews blev gennemført som enkeltmandsinterviews med én læge per praksis.

Tabel 1. Karakteristik af informanter (n = 7).			
ID	Køn	Erfaring som praktiserende læge (år)	Praksistype
PL1	Mand	≤ 10	Solopraksis
PL2	Kvinde	10 til 20	Kompagniskabspraksis
PL3	Mand	10 til 20	Kompagniskabspraksis
PL4	Kvinde	≥ 20	Solopraksis
PL5	Kvinde	≤ 10	Kompagniskabspraksis
PL6	Kvinde	≥ 20	Solopraksis
PL7	Mand	10 til 20	Samarbejdspraksis

PL: Praktiserende læge

Informanterne var bredt sammensat i forhold til køn, antal års erfaring som praktiserende læge samt praksistype. En karakteristik af informanterne fremgår af tabel 1. Foruden variation i køn, erfaring og praksistype var der forskellighed i den geografiske placering af informanternes

praksis, således at både storby- og landområder samt områder i vest, midt og øst i Region Midtjylland var repræsenteret.

Analysen identificerede en række temaer/opmærksomhedspunkter, der relaterede sig til evalueringen af efteruddannelsesforløbet og til perspektiver og erfaringer med medicingennemgang i almen praksis. Disse omfattede: 1) Efteruddannelsesforløbet – motivation og barrierer for deltagelse, 2) Efteruddannelsesforløbet – indhold, form og udbytte, 3) Medicingennemgang – organisatorisk og praktisk, og 4) Medicingennemgang – fremmere og barrierer.

3.6.2. Efteruddannelsesforløbet – motivation og barrierer for deltagelse

Polyfarmaci – et meningsfuldt felt

På spørgsmål om informanternes bevæggrunde for at deltage i efteruddannelsesforløbet svarede de først og fremmest, at de finder polyfarmaci interessant, meningsfuldt og motiverende:

"[Vi] synes det faktisk var ret interessant med det her, fordi det giver lidt mening både at give det rigtige, men i hvert fald også få seponeret det, der ikke skal bruges." (PL2)

"Jeg synes, det er sjovt at se, om det her med, om det er det rigtige, det her med at gennemskue om man synes, at det er de rigtige piller vedkommende får. Hvad er diagnosen, hvad er grunden, og er der noget andet, der er smartere? Har det nogle fremtidsmæssige perspektiver? Jeg synes, det er sjovt." (PL6)

I tråd hermed, forklarede en anden læge om drivkraften bag sin deltagelse:

"Når det er det her medicin, der er i fokus. Det, synes jeg jo altid, er enormt vigtigt og enormt godt, fordi det er jo noget, hvor vi hele tiden, fordi der sker så meget inden for særligt udvikling af både præparater og nye referencer, nye guidelines og alting. Hvor man bare må sige, det er bare rigtig rart ligesom at have den der sparring med nogle offentlige og nogle lidt måske mere fagligt funderede personer, som har det som hovedinteresse og hovederhverv." (PL1)

Desuden nævnte flere, at på grund af et stort antal polyfarmacipatienter i almen praksis er det et vigtigt felt at beskæftige sig med:

"Altså vi har ... adskillige [patienter, der får] over 10 præparater, men når vi så på de der lister, vi fik dengang fra regionen, som vi ikke får mere, så lå vi sådan meget gennemsnitligt, så det er ikke sådan mange mange. Men alligevel, for mange." (PL2)

"Jamen altså, vi har jo mange polyfarmacipatienter. Altså vi har mange patienter, hvor vi gerne gennemgår medicin i det hele taget – også med nyreinsufficiens. Og folk får jo mere og mere medicin, så det kunne være rart lige at få det sat i system, hvordan vi skulle gribe det an, så vi kunne være lidt mere vågne over for, hvad er det egentligt, vi udskriver, og hvilken interaktion... specielt interaktion." (PL4)

En tredje motivationsfaktor for at deltage i efteruddannelsesforløbet var en lægefaglig frustration over de lange medicinlister. Her beskrev en læge sin bekymring for den potentielle skade, medicinen forårsager:

"Det [polyfarmaci] ligger i den meget vigtige ende. Det er fordi, det er et område, som jeg havde tænkt, at jeg var nødt til at gøre noget ved. Det er ikke til at holde ud at se på de der lange medicinlister. Jeg tænker, at det er forkert, og at der er noget galt, men har ikke vidst, hvordan jeg skulle gribe det an. Det kan ikke være godt for de stakkels mennesker at skulle have alt det medicin, særligt når de bliver gamle. Altså den bekymring om, at man skader dem mere end man gavner dem, det har været drivværket." (PL5)

Der var blandt de adspurgte læger konsensus om, at polyfarmaci ikke bare er et fagligt interessant felt for almen praksis, men også et felt, som lægerne ser nødvendigt at kvalitetsudvikle.

Bekræftelse af eksisterende praksis

Selvom interessen for polyfarmaci var fælles for de adspurgte læger, så repræsenterede lægerne en vis variation i deres eksisterende praksis omkring medicingennemgang. Flere nævnte dog, at en drivende faktor for at deltage i efteruddannelsesforløbet var at få bekræftet kvaliteten af deres eksisterende arbejde med medicingennemgang:

"Gør jeg det godt nok, netop fordi jeg sidder alene er det rart at se om jeg gør det godt nok... en fornemmelse af, at jeg kunne være meget godt tilfreds med det, jeg gjorde." (PL6)

Sololægen havde fornemmet det samme hos en anden deltagende sololæge:

"Jeg kunne også fornemme på ham, at han synes, han havde gjort det ligesom han plejede, og egentlig gerne ville bekræftes i, at han gjorde det godt nok." (PL6)

En anden sololæge udtalte:

"Og det er jo også noget, hvor vi også gerne vil være helt sikre på det, vi gør, er det rigtige. Det kan vi jo godt lide. Og gøre det rigtige, altså vi kan jo bedst lide og ..., man kan jo bedst lide og gøre tingene rigtigt i stedet for at gøre det sådan halvt eller gøre det sådan en lille smule usikkert." (PL1)

Lægerne berørte, at der er varierende kontekster for arbejdet med kvalitetsudvikling, alt efter om man er i en solopraksis eller flerlægepraksis, hvor en sololæge ingen daglig sparring har og måske derfor har behov for at høre om andres metoder til sammenligning

Deltagernes udsagn indikerer, at deres deltagelse i efteruddannelsesforløbet var motiveret af en faglig stolthed, der ud over interesse for medicinfeltet var drevet af lægernes ønske om at gøre deres arbejde ordentligt.

Anledning til kvalitetsudvikling

Der var generel enighed om, at polyfarmaci er et felt i konstant forandring, og at det af den grund kræver et særligt fokus i almen praksis:

”Altså når det er det her medicin, der er i fokus, det synes jeg jo altid er enormt vigtigt og enormt godt, fordi det er jo noget, hvor vi hele tiden, fordi der sker så meget inden for særligt udvikling af både præparater og nye referencer, nye guidelines og alting.” (PL1)

Selvom flere læger allerede havde en forudgående interesse i og havde arbejdet med polyfarmaci i forbindelse med andre kurser og/eller i forbindelse med akkreditering, så var der i hverdagen mange konkurrerende opgaver, der kunne sløre fokusset på polyfarmaci og medicingennemgang. En læge nævnte, at efteruddannelseskurset netop gav anledning til at forny praksis’ fokus på medicingennemgang:

”En opfølgning på det, vi egentligt havde fået lidt i gang, men måske var blevet sådan en lille smule nedprioriteret i forbindelse med andre opgaver. Sådan en god chance til, lad os lige få lidt input igen, så vi kan få det ind i... mest få det ind i fokusområdet tror jeg.” (PL2)

I tråd hermed, så en anden informant det som en naturlig del af deres videre arbejde med kvalitetsudvikling:

”Jamen det var jo et eller andet sted at finde ud af, om vi kunne håndtere de der polyfarmacipatienter anderledes. Vi har arbejdet med det på forhånd.” (PL7)

For en tredje læge var efteruddannelsesforløbet en lejlighed til at få taget hul på arbejdet med polyfarmacipatienter:

”Det har jeg gerne villet arbejde lidt med, men jeg har ikke haft tid. Jo mere jeg har prøvet at nærme mig emnet, jo mere har jeg kunnet se, at det kræver tid. Så derfor tog jeg det som en lejlighed til at nu sætter vi tid af.” (PL5)

Efteruddannelsesforløbet gav altså deltagerne anledning til at dedikere tid til at løfte deres kvalitetsarbejde i forbindelse med medicingennemgang – på afstand af en travl hverdag – og dermed muliggøre et metablik på egen praksis i forbindelse med medicingennemgang.

Troværdighed

En enkelt informant nævnte, at regionens tilbud om efteruddannelse virker mere troværdigt end eksempelvis medicinalindustriens tilbud:

”For mig er det sådan en stor garanti på, at det er okay, det der kommer ... altså at det er god kvalitet. Hvor jeg synes jo nogle gange, vi får jo også en masse informationer fra medicinalindustrien og der er man jo altid med det der garderede blik på, at det. Altså det er noget mere troværdigt på den måde, det der kommer [på efteruddannelsesforløbet], fordi man har et indtryk af, at det ikke er så farvet.” (PL1)

Tid som barriere for deltagelse i efteruddannelsesforløbet

Eftersom de seks informanter alle havde valgt at deltage i efteruddannelsesforløbet, var input til barrierer for at tilmelde sig af mere spekulativ karakter. Flere nævnte dog, at tidsforbrug, tidspunkt for og afstand til kursussted vurderedes afgørende for valg om deltagelse. Flere nævnte, at kursusstart kl. 15 skaber udfordringer i praksis, da nogle læger må bede kolleger passe deres patienter, og for læger i solopraksis kan lukning af klinikken være nødvendig:

”Det ville være rart, hvis man kunne tage det efter kl. 17. For min skyld gerne, men det er igen det... altså de yngre... de vil gerne i arbejdstiden. De vil ikke for sent hjem.” (PL4)

I tråd hermed nævnte en anden:

”Det var mere et irritationsmoment over, at jeg skulle springe ud af døren køre lige nøjagtig 80 km/t for at nå det... Helt lavpraktisk ville det være rart, hvis det lå en time senere. Vi har jo alle sammen patienter til sent på dagen.” (PL7)

Flere læger nævnte, at efteruddannelsesforløbet netop må være vigtigt for sololægerne, der angiveligt ikke har mulighed for daglig sparring, men som samtidig måske har sværere ved at finde nogen, der kan passe deres patienter. Dermed øges sandsynligheden for, at sololægerne ikke deltager i uddannelsesforløbet. En sololæge nævnte netop denne problematik, og at noget måske kan løses ved at placere den slags kvalitetsarbejde i de nyetablerede klynger:

”Så er man også derude, hvor man siger, man gør også noget lidt mere lokalt [i klyngerne] end at holde et stormøde i Silkeborg eller Aarhus eller hvor det nu er henne. Det kan godt være svært at få lukket klinikken og så nå at komme til det der, og så kommer man jo bare ikke.” (PL1)

Tidsforbrug, tidspunkt for og afstand til kursussted vurderedes således som havende afgørende betydning for valg om deltagelse i efteruddannelsen.

3.6.3. Efteruddannelsesforløbet – indhold, form og udbytte

Geriatroplæg

Informanterne var alle overvejende tilfredse med indholdet på efteruddannelsesforløbet. Kombinationen af fagteoretiske oplæg, cases og udveksling med kolleger omkring erfaringer med medicingennemgang på workshoppen vurderedes generelt positivt:

”Og så var indholdet jo også bare enormt godt og relevant, tænker jeg, og ramte lige plet.” (PL1)

Særlig stor ros tildeltes geriateren, der holdt oplæg. Indholdet her var i høj grad brugbart for informanterne:

”Første gang jeg oplevede, at man kunne få en guide til, hvordan man griber det an, det har faktisk været [geriateren] fra den her workshop. Hun er god til at beskrive

baggrunden for, hvad hun gør, og hvad hun starter ud med. Det er sådan helt, hun er ikke bange for at tage medicinen væk, det har alle de andre været” (PL5).

En anden fremhævede også geriaterens oplæg, der blev oplevet som konstruktivt og ikke formanende:

”Der var nogle rigtig gode ting, vi fik at vide, som vi kunne arbejde lidt med her. Og som ikke bare var ’husk nu at få fokus på de der nyrer og husk nu’...” (PL2)

En tredje læge tilføjede, at geriateroplægget kunne udvides i tid og med flere cases:

”Jeg synes, det var rigtigt godt det med geriateren, altså det var spændende. Hvis man måske havde haft mere tid til cases der måske.” (PL6)

Der var således overordnet tilfredshed med indholdet på efteruddannelsesforløbet. Geriaterens oplæg blev i særdeleshed rost.

Fagteoretisk tyngde versus erfaringsudveksling

Der var generelt flere forskellige perspektiver på, hvordan teori, cases og erfaringsudveksling burde doseres i efteruddannelsesforløbet. Blandt andet var der en variation i informanternes ønske om mere eller mindre teoritunge oplæg fra fagpersoner. Mens nogle udtrykte tilfredshed med balancen i indholdet, efterspurgte andre en lidt mere faglig gennemgang af stoffet. En læge udtrykte:

”Jeg kan altid godt lide, at der trods alt også er lidt mere sådan hardcore faglighed i det... hvor man lige siger ’prøv lige og hør, nu genopfrisker vi lige det og det, og nu løber vi lige de her ting igennem, og noget af det kender I godt, og noget af det, er der kommet nyt, men nu får I lige serveret en ordentlig bunke viden’...” (PL1)

Samme læge anerkendte værdien af erfaringsudveksling, men savnede noget faglig tyngde:

”Der savnede jeg lidt den der, hvor man kan sige ’ja ja, det [erfaringsudveksling] er også fint, det kan vi godt relatere til, det er der nogle praksis sådan og sådan, og nogle af tingene minder også om det i min, men noget af det minder absolut ikke om det i min [praksis]’. Men man kan sige ’overordnede principper, bum bum’. Det er der lidt mere teori bag.” (PL1)

En anden læge nævnte, at en faglig gennemgang af konkrete stoffer på de lister, lægerne har til rådighed (fx Seponeringslisten, START/STOPP-listen), og hvordan man seponerer, ville have været rart:

”Så man virkelig kunne sige: Det skal jeg huske, og det skal jeg huske.” (PL4)

En tredje informant nævnte, at selvom et foredrag som det på stormødet rummede ny viden, så kunne denne viden kondenseres til en sides tekst, som vedkommende hurtigt kunne læse frem for at møde op og derved spare tid. Her deler lægen sine refleksioner:

"De der tillægsspørgsmål, hvor de lige skal tænke sig lidt ekstra om, det kommer ikke med på et A4, så derfor giver det rigtig god mening, men tidsforbruget kontra det, man lærer af det. Det er altid det." (PL7)

Lægen nævnte endvidere, at input fra lægekollegerne ofte ledte til indsigt i nogle mere "praktiske håndgreb i det, og det giver god mening".

Endnu en læge havde også forskellige perspektiver på indholdet:

"Det kommer også an på, hvad man lærer af. Der er også nogen, der lærer af selve processen med at dele erfaringer og 'hvad siger du', og de lidt mere bløde værdier og sådan noget. Der... der kan mine tanker godt flyve lidt så." (PL3)

Lægen her ønskede i højere grad konkrete anvisninger på konkrete værktøjer og præparater.

"Det kunne godt være mere konkret, sådan 'diuretika, husk det og det og det'... og sådan lidt, så meget firkantet." (PL3)

Lægen her nævnte dog, at poster-processen overraskede positivt, underforstået, at informanten havde forventet, at posterseancen ville blive for praksisnær og derved uvedkommende for de øvrige deltagere.

Blandt informanterne var der stor enighed om, at erfaringsudvekslingen på workshoppen havde været yderst udbytterigt. Særligt fremhævedes den inspiration, som deltagerne oplevede ved at høre om andres arbejde med medicingennemgang:

"Vildt spændende. Der var mange gode ideer til, hvordan man kan gå igennem tingene. Og man får også et boost – hold nu kæft, har de virkelig gjort det, åh så kan vi også. Det er jo ud over patientarbejdet, så man har brug for sådan et flow, hvor man føler, at man gør det godt, og de andre kan gøre det, og så kan vi også. Vi er nødt til at blive løftet lidt op, fordi vi arbejder meget." (PL5)

"Ja, altså det var, både at det var så spændende og sjovt at høre (smålatter)... hvordan andre arbejder. Hvor man sådan kan lære lidt af hinanden... og så var det også sjovt nogle gange og se andre former som løsningsforslag, som ikke minder om det, man har, og så selvfølgelig også nogle ting, hvor man kan sige 'okay, det kan jeg også godt bruge'." (PL1)

"Ja, det synes jeg var rigtig godt, altså jeg deltog jo også selv i det påfølgende [workshop] den sidste gang, og det er meget lærerigt. Det er meget lærerigt med så kortfattet [...] at man, når man tvinger folk til at være kortfattet, så bliver det guldgrube, der kommer..." (PL5)

Selv for de læger, der oplevede at være på forkant med kvalitetsudvikling, kunne kollegial erfaringsudveksling være udbytterigt:

”Der vil være mange, der ikke er kommet dertil endnu [hvor vi er], men der er også nogle, der af sig selv er startet op, og har fået nogle ideer, som er anderledes end dem vi har.”
(PL7)

En læge fortalte, at workshoppen skabte en fællesskabsfølelse med de andre kursister, og at det fælles kursusforløb muliggjorde nye, faglige forbindelser mellem kursisterne:

”Der var en læge på det sidste møde, som også er plejehjems-læge, og som havde lavet noget a la vores. Og det, hende har jeg nu i baghovedet. Hvis vi støder på et eller andet, så kunne jeg godt finde på at ringe til hende og spørge, hvad har du gjort for at skære et hjørne.” (PL5)

Uanset præferencer for teoretisk tyngde og/eller erfaringsudveksling, så er det afgørende for al læring, at modtagerne af læringen finder mening i form og indhold, hvilket flg. citater illustrerer:

”Vi skal helst ikke føle, at vi spilder tiden.” (PL2)

”Hvis der ikke sådan falder guldkorn inden for de første to-tre minutter, så begynder tankerne at flyve, altså så, så holder vi ikke fokusset (griner).” (PL3)

Interviewene rummer flere forskellige perspektiver på, hvordan indholdet på efteruddannelsen bedst sammensættes og præsenteres, hvilket blot minder om, at individuelle læringsstile spiller ind på oplevelsen og udbyttet af et kursus. Generelt må det dog konkluderes, at de adspurgte deltagere overordnet set var tilfredse med kombinationen af casebaserede oplæg og erfaringsudveksling.

Form

Generelt oplevede de adspurgte læger, at formatet med stormøde, efterfulgt af arbejde med medicingennemgang i egen praksis og til sidst workshop gav god mening. I refleksionerne om formatet dukkede dog en række input til ændringer/forbedringer op.

En læge nævnte eksempelvis, at en vis forberedelse fra deltagerne forud for stormødet potentielt kunne bidrage til øget udbytte:

”Det var måske det, at når det meste foregår i plenum, så den der tankevirkosomhed, som man selv kan få, eller hvis vi havde fået tilsendt nogle ting inden, så vi havde lejlighed til lige at overveje, om man havde noget lignende eller på den måde måske mere forberede sig.” (PL6)

Lægen var dog også bevidst om, at et sådant hjemmearbejde er tidskrævende:

”Jeg ved heller ikke, om jeg havde nået det. På den måde er det jo dejligt, at man bare kan møde op og blive fodret med det, man skal fodres med. Jeg tror sådan grundlæggende, så var jeg meget godt tilfreds.” (PL6)

Om formatet, nævnte en enkelt læge desuden, at stormøde efterfulgt af hjemmearbejde og workshop fungerede bedre, end hvis kvalitetsudviklingsarbejdet med medicingennemgang foregik på tværs af klinikker - eksempelvis i tolvmandsgrupper:

"Så bliver det straks rigtig, rigtig svært, fordi det er jo, nu er det sådan inden for klinikken, tror jeg, fordi det er simpelthen, det er sådan lidt kompliceret... det er for svært. Det er ligesom, rammerne skal være sådan ret konkrete, for at vi kan komme videre med det og tolvmands, der sidder seks forskellige klinikker repræsenterede der." (PL3)

Det nævntes desuden, at efteruddannelsens tredelte form var virkningsfuld, da deltagerne derved lettere fastholdte deres fokus på medicingennemgang over tid:

"Og så synes jeg jo altid det er meget godt, sådan lige at blive holdt op på det med at, så er der igen noget om tre måneder, ikke." (PL2)

Samme læge tilføjede, at det ofte er en udfordring at fastholde fokus over tid, når nye projekter skal integreres i praksishverdagen. Lægen mente, at det derfor kunne være effektivt at have en yderligere opfølgning efter workshoppen:

"Det kunne være fint, hvis der var igen et opfølgende møde, måske om et halvt år, for at vi selv ligesom, undervejs, måske bliver bedre til, hvordan kan vi så gøre det her på en måde, der bliver mere vedligehold. I stedet for at 'nu skal vi lige gøre det i tre måneder' og så glemmer vi det lidt. Det er nok måske der vi strander en lille smule. Det ved jeg ikke, men i hvert fald med andre projekter (smålatter), at vi ligesom er gået i gang med noget og så flyder det sådan lidt ud." (PL2)

Generelt var der altså positive tilbagemeldinger på formen. Efteruddannelsesforløbets tredelte form bidrog til at fastholde lægernes fokus på emnet over tid. Forberedelse forud for stormødet og endnu en opfølgende workshop blev nævnt som mulige tiltag, der kunne øge udbyttet af efteruddannelsesforløbet.

Udbytte via egen indsats

Informanterne var enige om, at arbejdet med medicingennemgang i egen praksis i tiden mellem stormøde og workshop var meningsfuldt, og at udbyttet af efteruddannelsesforløbet i høj grad skulle tilskrives denne 'egen indsats':

"Fordi vi fik selv gjort en indsats, altså vi skulle sætte det lidt i system." (PL4)

"Jeg vil sige, at det har været rigtig godt på den måde, at jeg vil sige, at jeg har fået mine forventninger indfriet, men det er mig, der har gjort arbejdet." (PL5)

En læge gav udtryk for, at der gerne måtte blive stillet større krav til hjemmearbejdet:

"Jeg troede, jeg havde fået en hjemmeopgave, jeg skulle have noget bevis med på det...at jeg skulle have printet min medicingennemgang ud eller sådan noget, men det skulle jeg

ikke. Jeg skulle bare komme. På den måde tænker jeg, altså jeg havde ikke taget skade af at være blevet trykket lidt mere på maven, eller at der var lidt flere krav til mig.” (PL6)

”Det var måske det [workshoppen], jeg synes, jeg fik mindst ud af, hvis jeg skal sige det sådan, men jeg ved ikke, om det var, fordi jeg ikke havde noget med til at workshoppe med, kan man sige.” (PL6)

Ovenstående citat peger på, at aktiv deltagelse i efteruddannelsen med oplæg omkring eget arbejde havde en positiv effekt på oplevelsen af udbytte.

I tråd hermed nævnte flere læger, at hjemmearbejdet mellem stormøde og workshop var særligt udbytterigt og gav anledning til at omsætte ny viden i egen praksis. En læge oplevede, at hjemmearbejdet gav:

”En ramme, der har gjort, at jeg har fået det gjort, og så har setup’et været fint ift. at man får noget viden og så kan man gå ud og arbejde med det.” (PL5)

Flere af de interviewede læger mente, at de redskaber, der blev præsenteret i efteruddannelsesforløbet, allerede var kendte for dem, men fordi redskaberne blev sat i anvendelse på egne patienter ved hjemmearbejdet, blev de mere brugbare:

”Jeg tror ikke, der er nogle af de der redskaber, der ikke har været præsenteret for én før, men de giver først mening, når man sætter sig ned og arbejder med dem.” (PL5)

Interviewene viste således, at deltagerne oplevede stort udbytte ved at inddrage eget arbejde i efteruddannelsesforløbet, og at det derfor var en fordel, at workshoppen bestod af processer rettet mod netop udveksling og drøftelse af konkrete praksiserfaringer.

3.6.4. Medicingennemgang – organisatorisk og praktisk

Systematik og pragmatik

Variationen i måder at lave medicingennemgang på var stor i gruppen af informanter. Der var både forskel på de konkrete måder at organisere og praktisere medicingennemgang på, herunder hvor strukturerede de gik frem. Nedenstående afsnit illustrerer både variationen og pragmatikken bag de forskellige tilgange til medicingennemgang.

De fleste informanter nævnte, at arbejdet med medicingennemgang krævede fokus på systematik og planlægning. En af lægerne forklarede, at denne havde behov for at få:

”Sat i system, hvordan vi skulle gribe det an, så vi kunne være lidt mere vågne over for, hvad er det egentligt, vi udskriver og hvilken interaktion, specielt interaktion.” (PL4)

Planlægning og struktur er også påkrævet, hvis tid til medicingennemgang skal prioriteres, mente flere. En læge udtalte:

”Man skal sætte sig tid af til det, og man skal jo booke, næsten årligt, kontrol. Det er jo så det, vi prøver at øve os i at gøre. En årlig polyfarmaci-samtale, fordi hvis man tror, man lige kan gøre det på to minutter med fru Jensen, det er jo fuldstændig umuligt.” (PL3)

Oplevelsen af vigtigheden af at tildele medicingennemgang et større og mere systematisk fokus hænger sandsynligvis sammen med, at størstedelen af de interviewede ikke havde en decideret særskilt procedure for medicingennemgang. Den vanlige praksis blandt lægerne var at have fokus på medicinen i forbindelse med årskontroller. En læge oplevede, at dette fungerede godt:

”Langt de fleste patienter har vi hernede til en årskontrol, hvor vi kører deres medicin igennem, hvor vi spørger, om de stadig får det, og hvis de gør, hvorfor får du det, spørger vi os selv, og hvis vi ikke kan finde ud af det, så spørger vi patienten. Hvis ingen ved det, og jeg ikke kan se grund til det, så ser vi, hvad der sker, hvis vi stopper det. Det er egentlig det. Det fungerer godt.” (PL7)

Denne læge havde oplevelsen af, at eftersom de fleste polyfarmacipatienter blev set til en årskontrol eller ved receptfornyelse, så var der godt styr på patienternes medicin og risikoen for, at der ”gemte” sig polyfarmacipatienter i systemet, som ikke blev set, var lille:

”Det betyder så, at dem der er tilbage, det skal så være nogle patienter, der får meget medicin, men som ikke får noget som helst af det her [medicin som kronikere og smertepatienter mfl. får], og dem er der ikke mange af. De fleste ser vi.” (PL7)

I en solopraksis var lægen vanligvis tovholder på at følge et årshjul og identificere patienter til årskontrol og herunder medicingennemgang. Lægen havde dog ikke en særlig systematik vedrørende medicingennemgang specifikt. I forbindelse med hjemmearbejdet var patienterne blevet identificeret mere håndholdt:

”Altså vi fandt bare nogle patienter. Det var bare: nå, den der får så meget medicin. Og så når de kom til årskontroller, så fandt vi også mange.” (PL4)

For to plejehjems-læger havde tilgangen til at finde patienter til hjemmearbejdet været mere simpel, da de havde valgt at afprøve medicingennemgang på plejehjemsbeboerne. Her beskriver en plejehjems-læge sin procedure ved tilgang af ny patient:

”Så har jeg aftalt med min sekretær, at hun skriver ind i mit system, at nu er den her tilmeldt min klinik. Så kigger jeg lige medicinkortet igennem og ser, om der er noget der. Og så skriver jeg til plejehjemmet, at nu er vedkommende tilmeldt. Jeg har en standardtekst om, at jeg gerne vil have tilladelse til at gå på sundhed.dk og på FMK og rekvirere journal fra tidligere læge... Man kan jo lige danne sig et overblik over, hvornår der sidst er ryddet op, eller hvor lang journalen er. Så plejer jeg at skrive til plejehjemmet, at jeg vil foreslå et kemimøde, om der er nogle pårørende, der vil deltage... Så mødes vi, og vi hilser på hinanden. Så siger jeg, at jeg har set journalen igennem, og set hvad de tidligere har fejlet, og jeg kan se, at der er noget af medicinen, som ikke længere er aktuel, så jeg vil foreslå, at vi rydder op i det. Og de fleste siger, at det er fint.” (PL6)

Ved patienter, der ikke er nye i klinikken, havde denne læge dog også en mere opportunistisk og ad hoc-tilgang til medicingennemgang:

"Ellers plejer jeg, hvis jeg ser nogle, at lade øjnene løbe ned over [medicinlisten] for at se ... det er som regel, hvis jeg har haft fat i patienten." (PL6)

Plejhjemslægen havde endvidere, i kraft af sin ugentlige gang på plejhjemmet, en kontinuerlig kontakt med patienterne, hvilket lettede struktureringen af medicingennemgang og efterfølgende opfølgning på evt. medicinændringer hos plejhjemspatienterne:

"Sådan er det at være plejhjemslæge, så jeg kommer der fast hver uge. Den her uge, hvor jeg fjerner noget ... så hører jeg efter en måned og efter tre måneder, og så følger jeg ikke mere op på det. Så venter jeg til næste år." (PL6)

Der var således forskellige tilgange til medicingennemgang både i hjemmearbejdet og generelt. Nogle informanter gik systematisk til værks, mens andre anvendte en mere ad hoc-tilgang. Generelt lavede lægerne typisk medicingennemgang i forbindelse med årskontrol. Med en pragmatisk tilgang fungerede dette godt for nogle, mens andre så et behov for at tildele medicingennemgang et større og mere systematisk fokus.

Personaleinddragelse og rollefordeling

Størstedelen af de adspurgte læger involverede deres praksispersonale i arbejdet med medicingennemgang, men i varierende omfang. Interviewene viste, at rollefordelingen i forbindelse med årskontroller var mere eller mindre fastforankret med en generel brug af praksispersonale, typiske sygeplejersker, til den forberedende konsultation forud for konsultationen hos lægen.

I forbindelse med efteruddannelsesforløbet havde nogle praksis afprøvet nye procedurer for medicingennemgang. Her var sygeplejersken og andre personalers rolle i højere grad varierende. Mens lægerne i nogle praksis selv havde forestået arbejdet med at identificere relevante patienter, gennemgå deres journaler, FMK mv., havde andre uddelegeret arbejdet til en sygeplejerske eller for en enkelt læges vedkommende til to uddannelseslæger:

"Nogle gange så skader det jo i hvert fald ikke, at det ikke er mine øjne, men at det er andre sæt øjne, som måske har lidt en anden... på sin vis mere moderne, lidt mere opdateret [viden]... det må man bare erkende, det har de der studerende... de kiggede på det først. Så kunne vi nemlig også bruge det sådan lidt, til sådan en faglig sparring, og så løb jeg det selvfølgelig igennem, og så fik jeg også den gevinst ud af det at få nogle nye øjne på." (PL1)

En sololæge, der grundet lægemangel havde særligt mange patienter, nævnte, at det ikke ville være realistisk at lave medicingennemgang på alle patienter, hvis ikke sygeplejerskerne lavede det forberedende arbejde med medicin- og sygdomsoverblik via journalgennemgang samt deres indledende samtaler med patienterne ved prøvetagning forud for årskontrol:

"Jeg har to gode sygeplejersker til at gøre det [forberede årskontroller og medicinoverblik], for ellers havde jeg ikke kunnet. Hvis jeg ikke havde sat personale af til det, så havde jeg ikke prioriteret det så højt. Så kan man ikke nå det." (PL4)

For denne læge gav samarbejdet med sygeplejerskerne omkring medicingennemgang desuden værdifuld sparring:

"Jamen, vi er fælles om patienterne. Det, synes jeg, er rigtig godt. At personalet virkelig involverer sig i det. Og de ringer også somme tider til patienterne bagefter: 'Nå, hvordan går det?' Det kan de også finde på. Det er rart. Når jeg nu ikke har nogen kolleger, jeg er én læge, så er det rart, jeg kan bruge mine sygeplejersker på den måde. Altså selvfølgelig uden at de har ansvaret... Men bare det, at vi kan diskutere det." (PL4)

I modsætning hertil fortalte en (plejehjems)læge fra en flerlægepraksis, at denne selv havde forestået al arbejdet omkring afprøvning af ny praksis for medicingennemgang i forbindelse med efteruddannelsesforløbet. Lægens praksispersonale havde ikke været klar over, at lægen havde arbejdet med medicingennemgang (PL5).

Der var således stor variation i måden at organisere nye procedurer for medicingennemgang på. Dette viser, at der generelt er forskellige måder at tænke og tilgå både klinisk arbejde og kvalitetsudvikling på hos den enkelte læge og den enkelte praksis, afhængigt af størrelsen af praksis, deres funktion som plejehjems-læge samt personlige og intuitive præferencer.

3.6.5. Medicingennemgang – fremmere og barrierer

Tid og økonomi

For samtlige adspurgte læger krævede en systematisk medicingennemgang en bevidst prioritering og investering af tid og ressourcer. Det kunne for nogen virke uoverskueligt at få taget hul på arbejdet med medicingennemgang. Nogle af informanterne havde været i gang i længere tid, enten som følge af delprojekt 2 i Medicin i Midt eller med afsæt i egen faglige interesse og drivkraft. Andre havde gjort tilløb til at implementere mere systematiske medicingennemgange over nogen tid, men uden helt at nå i mål. Den mest udtalte udfordring forbundet med at implementere en systematisk medicingennemgang var tiden, der skulle investeres heri:

"Det mest udfordrende er jo nok altid sådan ligesom at finde tiden. Få det struktureret og planlagt, ikke? Altså fordi, det sker, sådan noget sker jo aldrig af sig selv. Og hvis ikke man ligesom sætter den tid af eller blokerer den tid ud både til dem [uddannelseslæge og studerende] og også bagefter til mig... så fungerer det jo ligesom ikke." (PL1)

Dog mente denne læge, at det ikke behøvede at være et problem at investere tiden, da det var en prioritering, velvidende at ikke alle kolleger oplever det på samme måde. Tid, men også struktur og planlægning, var afgørende faktorer for at kunne fordybe sig:

"Hvis man dagen før kommer i tanke om, hov nu skal vi nok også lige huske på sådan og sådan, så er det jo klart, så kommer der mange afbrydelser... så kan man jo ikke rigtig fordybe sig. Det her det kræver jo, at man ligesom har... har hovedet nede i lige præcis den der kasse." (PL1)

De fleste oplevede at bruge tid uden for "normal" arbejdstid, efter kl. 16, i weekender og om morgenen inden patientkonsultationer:

"Så bruger jeg altså også lige en time efter arbejdstid. Eller en tidlig morgenstund, hvor jeg kommer ind kl. 7. Så tænker jeg, at det kan jeg lige nå i dag. Jeg kan ikke nå det i arbejdstiden, det kan jeg ikke. Men det giver så meget i den anden ende, at vi få styr på det. Så det, synes jeg, det vil jeg gerne gøre." (PL4)

De fleste angav, at det krævede ekstra tid, men et par stykker havde enten allerede justeret eller overvejet at justere deres arbejdsbyrde:

"Ja, det gør jeg helt sikkert [arbejder mere end 8-16], men det har jeg besluttet mig for at minimere, så jeg har sat mere administrativt i dagtiden, altså lukket mere tid af. Det er en af mine nye ting." (PL6)

Økonomi var, i forlængelse af tidsbarrieren, en potentiel hindring for en systematisk medicingennemgang, da lægerne generelt oplevede at skulle investere ekstra tid, og tid er penge:

"Nu arbejder jeg i virkeligheden gratis, altså svarende til den tid, man lægger i det. Jeg kan da tænke, at det er det, der kan være udfordringen. Meget af det, vi laver, får man ikke honorar for. Er det rimeligt? Det er man nødt til at vælge. Hvis man skal have en arbejdstilfredshed, så skal man vælge, at det er rimeligt for mig, det er der ikke noget at gøre ved." (PL6)

"Jeg kunne godt tænke mig, det blev prioriteret, så jeg fik en eller anden ekstra ydelse, så jeg kunne afsætte mere tid til det. For der er max 10-12 minutter til det her... Og det er måske nok lige i underkanten... jeg kan godt køre det hele igennem, men jeg er ikke sikker på, Fru Jensen forstår budskabet på 11 minutter." (PL3)

En tredje læge mente heller ikke, at den nuværende honoreringsstruktur belønner det tidskrævende forarbejde relateret til medicingennemgang:

"Hvis jeg først skal bruge en halv time på først at gennemgå patienterne slavisk og derefter snakke med patienten, jamen så har jeg nok brugt 1 time på patienten. Det kan jeg nogle gange, men hvis jeg skulle gøre det med alle mine patienter, så kunne man ansætte en læge til ikke at lave andet. Det kan systemet ikke klare." (PL7)

Samme læge nævnte dog, at man i arbejdet med medicingennemgang, og qua at præparaterne går igen hos mange patienter, opøver en vis rutine i håndteringen af medicinen, hvilket reducerer tidsforbruget: *"så det tager ikke ret lang tid, når man har sat det i system."* (PL7)

Lægen problematiserede at skulle introducere nye og mere strukturerede medicingennemgangsprocedurer:

"Jeg laver medicingennemgang, det har jeg jo altid gjort. Men det der ekstremt strukturerede, hvor man kører det hele igennem, der er det tiden og det er ikke praktisk muligt at gennemføre i den setting, vi har her... Det er jo en regionspolitisk prioritering, om man skal bruge pengene på det, vi har ikke kapacitet til det, men det at lave en

medicingennemgang på mine patienter, det kostede mig 0 minutter, fordi jeg gør det i forvejen." (PL7)

En læge fortalte, at til trods for den manglende økonomi forbundet med at lave systematisk medicingennemgang, så ønskede lægen ikke, at opgaven varetages af andre. I stedet kaldte lægen på anerkendelse for indsatsen:

"Jeg synes, samfundet burde sætte pris på, at vi rydder op i det. Jeg synes, når de siger, at patienten skal medbringe medicin og signalere, at det har lægen ikke styr på, det synes jeg godt nok er meget, vi skal lægge ryg til. Det kan jeg slet ikke forstå." (PL6)

Til trods for den økonomiske barriere, så vægtede samme læge sin faglige stolthed, patienternes helbred og egen trivsel i jobbet højere end det manglende økonomiske incitament.

Økonomi og tid var således afgørende faktorer for valget om at lave systematiske medicingennemgange. Når ressourcerne ikke rakte til at lave 'optimale' medicingennemgange, fandt de fleste en middelvej og fandt mening i denne mere pragmatiske tilgang.

Investering og afledt merarbejde

Til trods for det ekstra arbejde som medicingennemgang kræver, så oplevede lægerne, at arbejdet med medicingennemgang var en god investering på flere måder.

For nogle havde hjemmearbejdet været en investering i egen faglighed, som de mente ville komme både dem selv og patienterne til gode på den lange bane. En læge fortalte følgende om sit arbejde med at blive bedre til at lave medicingennemgang:

"Det at finde tiden, det er jo fridage og søndage, men det er godt givet ud. Sådan har jeg det stadig. Der er ingen nemme veje. Det er ligesom at læse EKG'er. Man kan ikke hoppe over, du må arbejde step-by-step og så kommer det. Der er kun det der rugbrødsarbejde". (PL5)

Lægen mente derfor, at det gav rigtig god mening at bruge tid på, da "... det er noget, man kan bruge i sin dagligdag fagligt."

Samme læge nævnte ydermere, at arbejdet med medicingennemgang på en enkelt patientgruppe kunne have en positivt afsmittende effekt på medicingennemgang hos andre patienter, idet bevidstheden om medicinoptimering blev øget:

"For mig smitter det jo lidt af på de yngre og de mere velfungerende ... man får blik for at tænke over, hvad de får." (PL5)

Andre informanter nævnte også, at de i takt med arbejdet med medicingennemgang oplevede, at de opøvede erfaring og begyndte at kunne se mønstre, der over tid betød et reduceret tidsforbrug ved medicingennemgang.

I forlængelse af den ekstra tid, som et skærpet fokus på medicingennemgang krævede, så oplevede flere af lægerne desuden et konkret merarbejde, afledt af medicingennemgange, i form af opfølgende kontroller:

"Det har givet noget mere arbejde... hvor de lige kommer ned og får målt blodtryk og lige taget EKG eller puls eller blodprøver. Det giver mere arbejde." (PL4)

Der var dog en opfattelse af, at det afledte merarbejde kunne betale sig på den lange bane. En læge udtalte:

"Men til gengæld bliver det mindre, når præparaterne er væk, for så er der ikke noget, der skal følges op på ... så det tænker jeg bliver vundet ind i den sidste ende." (PL5)

En enkelt plejehjems-læge oplevede dog hverken, at indsatsen fyldte "drypvis" eller gav merarbejde efterfølgende:

"Jeg skriver bare i mit program, at jeg skal følge op, når jeg har lavet noget." (PL6)

Flere læger oplevede eller forventede at opleve, at når først systematikken var på plads, og patienterne havde været igennem den første, systematiske medicingennemgang, så blev det med tiden lettere at lave medicingennemgang:

"Fordelene er, hvis man hele tiden sørger for, at der ikke bliver helt rodet, så bliver det aldrig helt slemt." (PL6)

I tråd hermed oplevede en læge, at investeringen i medicingennemgang havde positive afkast:

"Måske noget af det tid, du bruger og investerer nu her, kommer rigtig meget godt. Altså måske ikke dig, sådan personligt, personligt, men det kommer måske den her patient rigtig meget til gode lidt ude i fremtiden og dermed fjerner kontakter i forhold til sådan og sådan." (PL1)

At en systematisk medicingennemgang også er til gavn for patienterne, var en generel holdning blandt de adspurgte læger:

"Og så selvfølgelig tænker jeg også patienterne i virkeligheden også har vundet noget. De ved det bare ikke." (PL1)

Lægenes oplevelse var således, at investering i medicingennemgang var positivt både for deres egen faglighed og for behandlingskvaliteten for den enkelte patient. Til trods for et umiddelbart merarbejde, så lægerne arbejdet med medicingennemgang som en investering, hvor den første gennemgang ville være tidskrævende, mens efterfølgende konsultationer ville være mere nemmere og måske færre på sigt. Lægerne oplevede endvidere, at tidsforbruget ved medicingennemgang blev reduceret i takt med oparbejdelse af en rutine i at gøre det.

IT-udfordringer

Flere nævnte, at deres IT-systemer var svære at sætte i anvendelse i forbindelse med fremsøgning af egnede patienter til medicingennemgang.

"Vi har i hvert fald fundet ud af, hvordan man teoretisk kunne gøre det, men vi kan ikke rigtig finde ud af det på vores XMO alligevel." (PL2)

Andre oplevede samme udfordringer:

"Jeg har én [patient med +9 præparater], men jeg ved ikke, hvorfor hun ikke er her [i fremsøgningen]. Jeg har ikke fået brugt den [funktionen] endnu. Jeg har ikke haft tid til at sætte mig ind i det ... Det [system] vi havde tidligere er bedre end det her. Det her er noget bøvl." (PL7)

Resultatet af udfordringer med IT-systemerne var, at lægerne valgte mere håndholdte løsninger. Nogle udvalgte patienter ud fra hukommelsen, eller mere opportunistisk, når patienterne kom ind til en ellers planlagt årskontrol, mens andre havde bedt sekretæren søge nogle patienter frem. Nedenfor beskriver en læge den ad hoc-prægede tilgang til patientidentifikation:

"Så vi har haft dem [patienterne] til, hvad ved jeg, en eller anden årskontrol: 'Hov, du skal vist lige komme igen, fordi så kan vi lige gennemgå medicinen', ikke. Eller vores sekretær under dosispakningen eller dispenseringen har kunnet sige... eller har kunnet finde nogle, ikke, som er sat over på vores søjle ... så det har været sådan lidt, hvad skal man sige, tilfældighedsprincip. Dem, der ikke har henvendt sig, eller dem vi... ikke har haft... kontakt til, de gemmer sig stadig i systemet." (PL2)

En anden læge var slet ikke involveret i denne proces og huskede ikke proceduren for identifikation af patienterne:

"Jeg kan ikke huske, hvordan det lige var, vi fandt de der [patienter]... jeg er ikke sikker på, at det var på diagnoserne, måske tror jeg bare, at de [personalet] var inde og søge øhh ... på polyfarmaci altså. Man kan jo gå ind og slå op, hvor mange præparater de får [i systemet Winplc, fra Adata]." (PL1)

Udfordringerne med manglende eller utilstrækkelige søgefunktioner i IT-systemerne og den deraf afledte ufuldstændige og tilfældige identifikation af patienter gav anledning til frustration hos nogle af lægerne:

"Hvis vi havde den der søgefunktion og så fundet de der 50 patienter, eller 40 eller 30 eller hvor meget det var, så var det ligesom at starte fra en ende af og sige 'det er din patient, det er din patient, det er din patient'... Det andet det bliver sådan lidt tilfældigt, ikke, og det er så en lille smule utilfredsstillende, hvis vi gerne vil gøre det her ordentligt." (PL2)

For flere af de interviewede læger var der således en del IT-vanskeligheder forbundet med at fremsøge patienter til medicingennemgang. Det medførte, at lægerne benyttede mere håndholdte løsninger, hvilket tog mere tid, og som gav anledning til tvivl om, hvorvidt alle relevante patienter var identificeret.

Brug af ekstern rådgivning

Selvom alle adspurgte læger erkendte, at medicinfeltet er komplekst og i konstant forandring, var der stor variation i lægernes brug af ekstern rådgivning i forbindelse med medicingennemgang. Nogle havde slet ikke benyttet sig af ekstern bistand, men blot brugt anvisninger fra Medicin i Midt og fra nyhedsbreve.

I gruppeinterviewet drøftede lægerne, at seponering ikke kun hindres af patient- og pårørendemodstand. Af og til kan lægen selv være en barriere for seponering. En læge oplevede, at det kunne være udfordrende at gennemskue særligt den medicin, der er udskrevet af speciallæger på sygehuset:

”Altså jeg har sommetider lidt svært ved – hvad kan jeg så seponere af det her uden at det går ud over... altså fagligt, den læge – altså den indikation, som det nu er givet for.”
(PL2)

I et andet interview forklarede en læge, at denne omvendt ikke oplevede tvivl i forbindelse med medicingennemgang og benytter sig af elektroniske guidelines:

”Nej, det synes jeg ikke. Altså det er jo ... jamen, det er bare farmakologi. Altså vi er simpelthen gået ind på promedicin og så set på de enkelte præparater og så sammenlignet med deres [patienternes] blodprøve og så set deres epikriser igennem og ... [deres] papirjournaler.” (PL4)

Kendetegnende for de fleste læger var, at de kun spærrede med specialister i særligt komplekse tilfælde. Flere forvekslede kliniske farmakologer med farmaceuter og var således ikke helt klar over, hvem de havde været i kontakt med. Generelt var dog, at de, der har fået ekstern farmakologisk bistand, havde været tilfredse hermed:

”Dem [farmakologer] er jeg glad for at bruge, hvis der er noget, jeg tænker, kunne jeg gøre noget andet. Jeg ringer ind til dem, og så forelægger jeg den kliniske problemstilling. De laver en rigtig flot ... så sender de en skriftlig, nærmest en eksamen, hvor de skriver, at de har været inde og undersøge alt muligt. De refererer først den case, jeg har beskrevet til dem, så skriver de, hvad de har lavet af søgninger, og hvad de vil anbefale.” (PL6)

I en praksis havde de en oplevelse med en kommunal, farmaceutisk medicingennemgang på deres patienter, der var for teoretisk og ikke i overensstemmelse med, hvad der er muligt at gennemføre i en klinisk hverdag. Lægerne fortalte, at de oplevede, at farmaceuterne sendte for lange rapporter, og at der var stort fokus på medicininteraktioner. Lægerne problematiserede dette, da de oplevede, at der kunne være langt fra farmaceutanbefalinger om seponering til den virkelighed, de står i:

”Interaktion, interaktion, interaktion. Og øh... så sidder man lidt tilbage som læge 'ja, men det er bare ærgerligt, at der er interaktion... Du kan [godt lave] en faglig teoretisk gennemgang, når du ikke kender patienten og Fru Jensen. Det er det muliges kunst, det her medicin. Det er det muliges kunst for patient ... Ja, der er en teoretisk gennemgang, og så er der virkeligheden.” (PL3)

Frem for ekstern rådgivning fra farmaceuter mente lægerne her, at deres interne, kollegiale sparring var mere værdifuld.

Flere af lægerne nævnte imidlertid muligheden for at kontakte de regionale lægemiddelkonsulenter (farmaceuter), og en enkelt nævnte, at et fast samarbejde med en farmaceut, kunne være hjælpsomt:

"Hvis der kom en [navn på regional farmaceut] hos mig fast engang om ugen eller om måneden, så ville det måske være endnu nemmere, eller hvis der var et honorar tilknyttet." (PL6)

Der var således stor variation i informanternes brug af og erfaringer med ekstern rådgivning fra farmakologer og farmaceuter i forbindelse med arbejdet med medicingennemgange. De fleste opsøgte imidlertid kun rådgivning i særligt komplekse tilfælde. Nogle benyttede også sparring med kolleger i egen praksis.

Patienttilfredshed og -modstand

Der var en udbredt opfattelse af, at patienterne tog godt imod lægernes fokus på medicingennemgang:

"De [patienterne] kan jo godt lide, at man ligesom på den måde bruger lidt krudt og energi på dem. Det har jeg endnu ikke haft en patient, der var træt af." (PL1)

Patienternes modtagelse af forslag om ændringer i deres medicin varierede. Samtlige læger havde mødt både tilfredshed og modstand som følge af ændringer i og seponering af medicin:

"Ja, men det er jo meget forskelligt. For der er mange, der siger 'Ej, det er dejligt. Kan jeg slippe for det'... Altså nogen er jo glade for at slippe for medicin, og andre vil bare blive ved at have det." (PL4)

"Jeg synes i hvert fald, at dem, vi så har kaldt ind, synes jeg også er sådan 'Ej, hvor dejligt, at vi lige skal snakke medicin og have ekstra fokus, og jeg vil rigtig gerne'... der er mange, der gerne vil, rigtig gerne vil af med deres medicin, synes jeg." (PL2)

De kunne dog stort set alle nævne eksempler på patienter, der ikke ville af med bestemte præparater:

"Hvis det er noget, der smager godt eller er sjovt at tage, så er det ikke altid, de synes, det er en god idé [at seponere]... Som tommelfingerregel så er det sovepiller, smertestillende og ADHD-medicin... Næsten alt andet er folk åbne for ikke at tage." (PL7)

"Lige præcis det her medicin, det vil vi i hvert fald ikke undgå, fordi nu har de haft, fået kinin i 30 år og lige når de har holdt pause, får de bare uro i benene. Nå, så kunne de ikke komme af med den, og pårørende vil ikke have, at de kommer af med den." (PL2)

Fælles for lægerne var, at de nævnte seponering af PPI-præparater, demensmedicin og smertestillende medicin som mest udfordrende. I forlængelse heraf reflekterede en læge over, at det ikke altid er muligt at gennemføre, hvad denne kalder 'de optimale medicingennemgange':

"Men i hvert fald så er virkeligheden sommetider lidt langt fra, hvordan vi sådan optimalt set gerne vil have det på papiret." (PL2)

Nogle af lægerne kunne nævne et par eksempler, hvor det var pårørende, der havde forholdt sig kritiske til seponering af medicin:

"Der har jeg decideret fået en kontraordre af en datter, men det var fordi hun oplevede, at hendes mor blev dårligere til at gå." (PL5)

De interviewede læger oplevede således generelt en positiv tilgang hos patienterne i forbindelse med medicingennemgang og seponering. Lægerne oplevede dog en vis modstand relateret til seponering af visse præparater, herunder sovemedicin, smertestillende, PPI og demenspræparater.

Patientinddragelse og kommunikationsstrategier

Medicingennemgang er meget mere end blot et lægefagligt håndværk. Medicingennemgangen kræver en stor, relationel indsats og samarbejde med patienterne. Lægerne nævnte i interviewene forskellige tilgange og strategier for at inddrage patienterne i deres bestræbelser på at optimere patienternes medicin. I forbindelse hermed og i forlængelse af behovet for patientinddragelse og en systematisk tilgang, nævnte en læge, at planlægning også er afgørende i forhold til patienternes involvering:

"Man får heller ikke en alliance med patienten, hvis man lige gør det ved en årskontrol tilfældigvis, og der er 20 præparater." (PL2)

I tråd hermed havde en sololæge gjort sig nogle overvejelser omkring inddragelse og kommunikation med patienterne i forbindelse med medicingennemgang:

"Jeg plejer at sige til dem [patienterne], at der er kommet ny viden, der gør, at det kan være en god ide at rette på det, så jeg står ikke og siger: 'ahh, har du fået det'. Nej, jeg synes, jeg sælger det på en måde, som at det er en opmærksomhed." (PL6)

Citaterne indikerer, at planlægning både understøtter en systematisk medicingennemgang, ligesom også valg af kommunikationsstrategi muliggør en dybere patientinvolvering.

De adspurgte læger nævnte alle, at det er vigtigt, at patienterne inddrages i medicingennemgang. Der var generel enighed om, at kommunikation er en afgørende faktor:

"Nogle gange skal man også ligesom huske – og det hjælper jo ikke noget, man gør arbejdet tip top godt, hvis ikke man får kommunikeret det ud, for ellers så falder det hele igen." (PL1)

Dog var der forskelle på lægernes tilgang til denne inddragelse. En læge fortalte, at denne brugte sit lægefaglige ansvar for patientens helbred til at legitimere over for patienterne, at medicingennemgang og seponering var det rigtige at gøre, og på den måde overbeviste patienterne:

"Altså vi har bare sagt: jamen, fordi du får alt det medicin, så er vi ansvarlige for, at du får det rigtige medicin, så det skal vi. Vi har gjort det sådan lidt som om: Der er ikke nogen diskussion her. Vi skal kalde jer ind. Vi skal have styr på, hvad du får." (PL4)

I mødet med patienterne stillede lægen altså ofte med en dagsorden omkring medicinoptimering og evt. seponering. Patienternes reaktioner kunne variere. En læge beskrev sin oplevelse således:

"Jeg har jo den agenda, når jeg kommer [på plejehjemmet], at nu skal vi have noget af det her medicin væk, og det er de fleste patienter faktisk glade for." (PL5)

I tråd hermed nævnte en anden læge:

"Inden jeg kalder en patient ude i venteværelset, altså til sådan en polyfarmaci-samtale, har jeg jo helt klar en fornemmelse af, hvad der skal gøres. Jeg har nærmest lavet dagsordenen, sådan med 99% sikkerhed... Og så kommer patienten ind og sætter sig i stolen, og så kan jeg godt føle, at det er min opgave bare at overbevise patienten om det, jeg har besluttet mig for på forhånd, det skal vi lige have gennemført ... jeg ved jo godt, det er dialog, ikke også... og det tager tid at overbevise patienten om, at jeg som læge synes, at det er det rigtige at gøre." (PL3)

En læge beskrev, hvordan vedkommende forsøgte at skabe et fundament af tillid til patienterne, særligt hvis de var nye (i forbindelse med skift til plejehjems-læge). Her beskrev lægen sin patientinddragelsesstrategi:

"Jeg siger, at jeg har lavet det her resume, at jeg har læst hele deres journal. Det gør altså et godt indtryk, hvis det er en, som jeg ikke kender i hvert fald. Hvis det er en plejehjemsbeboer, der er kommet hertil fra en anden by, som har haft en anden læge i 25 år, så er der jo ikke den tillid. Så det er nr. 1, det er det. Så snakker vi om deres hverdag, hvordan de har det. Og så fortæller jeg, at jeg har kigget deres medicin igennem, og at jeg har kigget på det på den måde, at jeg tænkte på, om der er noget, de kan undvære. Og jeg har ikke mødt nogen endnu, som har været nervøse for at have den indgangsvinkel til sin medicinliste – at se, om der er noget, man kan undvære." (PL5)

Lægen beskrev videre, at denne oplevede, at patienterne var glade for at få gennemgået deres medicin, så længe lægen forklarede, hvorfor medicinen kunne justeres eller helt fjernes:

"Det er jo det der med, at det skal lyde fornuftigt for patienten." (PL5)

Kommunikationsstrategier viste sig væsentlige i dialogen med patienterne omkring medicinoptimering. En læge fortalte:

"Hvis man bruger sådan nogle ord som, at vi er nervøse for, at vi skader dig mere, end vi gavner dig, så kan man jo også godt være villig til at prøve noget andet." (PL5)

I forlængelse heraf var holdningen generelt blandt lægerne, at det er uholdbart udelukkende at bruge sin autoritet til at "tvinge" en seponeringsdagsorden ned over patienterne. Det handler om dialog og forståelse, hvis patienterne skal være modtagelige for ændringer. En læge oplevede, at den nødvendige pædagogik ikke altid var nem at mestre:

"Hvis bare jeg selv kunne bestemme og se, jamen de får det og det og så selv bare krydse det af, men det er den der pædagogik til patienten. Den er ikke altid nem... det er modstanden. Det der med, at de simpelthen ikke kan forstå det. Og jeg kan ikke udtrykke, hvad jeg mener: Kan du ikke bare gøre, som jeg siger?! Nu gør du altså sådan og sådan." (PL4)

En anden læge beskrev, hvordan vedkommende tilgik patientdialogen:

"Man kan jo godt starte med at sige: 'Ved du hvad, nu har jeg brugt noget tid på og har haft hjælp, og så har vi siddet og kigget på det. Og der er jo kommet ny viden, det sker jo hele tiden, og det viser sig faktisk, at du ikke har behov for sådan og sådan og sådan'. Så synes de jo at 'Neej, så er det lidt mere spændende, og så virker de på en eller anden måde også lidt mere glade for, at man har gjort det der.'" (PL1)

En læge oplevede, at det kunne være svært at fastholde sit lægefaglige ståsted i mødet med patientens modstand mod seponering:

"Vi prøver at gøre det godt, men altså det er svært. Altså indimellem er det svært. Og det kan godt være ... det er måske også min fejl, måske min skyld, altså jeg har faktisk svært ved at sige nej til patienterne. Hvis en patient plager for at få PPI-hæmmer og siger: jeg kan ikke leve uden det. Så kan jeg godt sige: Nå, men så skidt med det. Men vi prøver at lave god kvalitet." (PL4)

Andre nævnte, at det ville lette dialogen med patienterne, hvis de var forberedte på formålet med og baggrunden for medicingennemgangen, og en enkelt foreslog, at et kursus for lægerne i patientdialog kunne være en idé.

Samlet set pegede informanterne således på følgende væsentlige faktorer for hensigtsmæssig patientinddragelse: patientens tillid til lægens indsigt og ekspertviden, lægens forklaringer om ny viden og mulige skadelige effekter samt konkrete muligheder for udtrapning. Desuden illustrerer ovenstående, hvordan lægerne oplever, at patienterne ikke blot accepterer medicinændringer, men indgår i forhandlinger med lægen om fx en foreslået seponering. Det viser, at lægerne konstant må navigere i spændingsfeltet mellem den farmakologisk set ideelle medicinoptimering og en klinisk praksishverdag, hvor patienten også er aktør, hvilket kræver inddragelse og kommunikation.

Patientforberedende materiale

På spørgsmålet om, hvorvidt lægerne så et behov for materiale til inddragelse og forberedelse af patienterne forud for medicingennemgang, var holdningen generelt, at det kunne være hjælpsomt. Der var forskel på hvilken type materiale, lægerne efterspurgte, samt hvilket formål materialet skulle have. Her delte en læge nogle løse tanker om et sådant materiale:

"Jeg elsker sådan noget, hvor man kan give noget væk. Det synes jeg er rart. Jeg ved ikke lige, hvad det kunne være i denne forbindelse. Det kunne måske være en medicingennemgang for patienter. Hvis man kunne lave en – når du får det her medicin, så husk at tale med din læge om ... mindst en gang om året. Det skulle være sådan noget. Eksempelvis i forhold til metformin, der ville det være kanon, hvis der var sådan en officiel metformin-guide." (PL6)

I gruppeinterviewet forestillede lægerne sig en slags spørgeskema til patienten til afdækning af medicinforståelse, compliance mv.:

"En seddel, man ligesom giver patienten med hjem og så siger 'nu finder vi en tid om tre uger, prøv lige at udfylde den her seddel, til du kommer'. Netop omkring 'ved du, at du får det her medicin, og har du nogle bivirkninger, og hvornår tager du det'..." (PL3)

Lægerne mente dog, at patienterne i en eller anden grad var mentalt forberedt på samtalen, i og med at de var indkaldt til en medicinsamtale.

Nogle nævnte materiale af informativ karakter, evt. på udvalgte præparater som PPI, som samtidig kunne legitimere lægens seponeringsforslag i forhold til medicin, "som de har svært ved at give slip på":

"Næste gang hun kommer, så spørger jeg lige til det 'hvad har du tænkt' og så kan det være man [patienten] har læst en lille folder om, hvor [uhensigtsmæssigt] det der PPI er, og det giver B12-mangel, og det gør det, det gør det, det gør det. Det kan godt være 'nåååå, lægen mente faktisk noget med det der... og nu står det også på skrift fra en eller anden myndighed, og den der myndighed siger det samme. Så det er jo nudging. Altså så former vi lidt patienten, forbereder på, at vi nok skal til at kigge på det." (PL3)

Patienternes engagement var også en faktor, der blev nævnt som afgørende for en konstruktiv patient/læge-dialog om medicingennemgang:

"Hvis det kan være med til at prime det. Det her skal jo gerne være sådan et fællesarbejde med patienten også, så ikke noget, hvor patienten tænker 'hvad er det nu, de laver'. Hvis man kan plante lidt tanker eller så nogle frø i deres hoveder, og de ligesom er med på, hvad er det egentlig, de arbejder med... så tænker jeg, så er der også bedre og højere sandsynlighed for, at de sådan forstår, hvad det er... altså at de har den der egen engagement i det også." (PL1)

Lægen her foreslog et skriftligt materiale med noget information om polyfarmaci som en mulighed, så længe formatet har et let tilgængeligt format og evt. med illustrationer. Her foreslog lægen information om PPI-medicin som indhold i et patientrettet materiale:

"Noget som sådan lige spot on sælger det der budskab, uden at gøre det kompliceret... og så kunne man have sådan en tegning, hvad ved jeg altså, hvor man bare sådan helt clear cut, ligesom sådan en lille ... ikke tegneserie, men sådan ligesom bag på avisen, hvor man lige har en, to, tre og så puf, okay, det er det, det handler om." (PL1)

Et andet forslag var, at materialet skulle øge patienternes forståelse af problematikker forbundet med polyfarmaci:

"Altså ligesom forklare, hvad er hele ideen i det her polyfarmaci. Altså hvad er problemstillingen. Det tror jeg ikke, patienten tænker på. De tænker jo ikke nødvendigvis på, at den og den og den, de virker lidt i forskellige retninger..." (PL1)

På spørgsmålet om, hvorvidt et patientforberedelseskema ville fungere forud for medicingennemgang, mente samme læge, at så længe det ikke giver anledning til, at patienterne tror, de skal tage stilling til de forskellige præparater, så ville det være en god ide. Selve vurderingen af evt. seponering er en lægefaglig opgave, dog i tæt dialog med patienten:

"Så jeg tænker ikke, at man skal give dem noget, hvor de sådan sidder og kigger nøje i de der indlægssedler... jeg tænker lidt, at det skal mere være den der fælles forståelse for det der projekt... at man ligesom øger den der patients self-careness... At de er med på, at det her er et fælles projekt, og at vi er der ikke som, som dem der absolut bestemmer det hele, men som dem, der ligesom gerne vil vejlede og hjælpe dem." (PL1)

En anden bekymring relateret til et patientrettet materiale var, at det ikke måtte give patienterne falske forhåbninger om en gennemgribende seponering:

"Det kan også give en lidt forhåbning om, at nu skal jeg til medicingennemgang, så får jeg nok halveret min medicinliste. Og hvis det så ikke sker, så kan det også blive sådan lidt øhh skuffende. Hvis de især har fået udleveret en eller anden pjece om 'bare bestil en tid ved din læge, så kan vi nok ordne det.'" (PL2)

En anden læge vurderede, at nogle gode spørgsmål til patienten forud for medicinsamtalen ville bidrage til patienternes forståelse, hvorimod lægen mente, at patientinformation burde doseres:

"Alt for meget materiale gør dem mere forvirrede ... Så siger de: 'Åh nej, der står det her – nu kan jeg få dårlig nyrefunktion af det'. Altså det kan nemt misforstås. Altså det ... det kan være svært for dem at sortere, hvis man udleverer materiale til dem." (PL4)

Yderligere vurderede lægen, at patientinddragelse og -forberedelse var afgørende for patienternes compliance.

Flere af lægerne nævnte, at deres sygeplejersker, i forbindelse med den forberedende konsultation forud for årskontrollen, påbegynder en dialog med patienten omkring medicin:

"Hun [sygeplejersken] gennemgår lige listen og snakker med patienten. Hvis de får lbumetin eller smertestillende eller Pantoprazol eller sådan noget, så siger hun: Nå, har du brug for det? Og så kan man allerede der begynde at snakke med dem om: Skal vi ikke

prøve at trappe ud af det? Eller skal du virkelig have det fast? Så der begynder vi allerede at snakke med dem om det.” (PL4)

Lægernes forskellige kommunikationsstrategier viser deres interesse for dialogen med patienterne om seponering. Lægerne er desuden umiddelbart imødekommende over for patientrettet materiale til understøttelse af denne kommunikation, men de har ikke erfaringer med at benytte dette materiale aktivt i konsultationerne. Der er dermed potentiale for at udvikle patientrettet materiale til understøttelse af bedre patientinddragelse forud for en medicingennemgang, øget forståelse hos patienterne og deraf bedre compliance og ejerskabsfølelse for ændringer i medicinen. Dog bør materialets rolle i konsultationen nærmere udforskes.

3.7. Opsummering

I alt 74 personer (læger og personale) fra 36 forskellige praksis deltog i hele efteruddannelsesforløbet bestående af stormøde, hjemmearbejde og workshop i perioden maj til oktober 2018.

Polyfarmaci og medicingennemgang blev af deltagerne generelt oplevet som emner, der er både fagligt interessante, klinisk relevante og udfordrende i almen praksis. Deltagelse i efteruddannelsen var desuden i høj grad motiveret af lægernes faglige stolthed om at gøre deres arbejde med patienterne godt. For nogle af lægerne havde det også en positiv betydning, at PLO var en tydelig del af projektet. Efteruddannelsen blev oplevet som en anledning til at dedikere tid til at løfte deres kvalitetsarbejde i forbindelse med medicingennemgang. Netop tidsforbruget – både ved deltagelse på stormøder og workshops samt med hjemmearbejdet med medicingennemgange – var dog en udfordring.

Der var overordnet tilfredshed med indholdet på efteruddannelsesforløbet, og særligt geriaterens oplæg blev rost. Kombinationen af casebaserede oplæg og erfaringsudveksling fungerede generelt godt, og deltagerne oplevede stort udbytte ved at gennemføre hjemmearbejdet i form af medicingennemgange på egne patienter. Det var en fordel, at den efterfølgende workshop bestod af processer rettet mod netop udveksling og drøftelse af konkrete praksiserfaringer. Tilsvarende viste erfaringerne fra DGE-gruppeforløbene, at erfaringsudvekslingen på baggrund af gennemført hjemmearbejde var brugbar. Her blev det nævnt, at DGE-gruppernes størrelse måske var mere velegnede til disse processer sammenlignet med de større klynger.

Hjemmearbejdet med medicingennemgang havde givet praksis erfaring med at få overblik over deres patienter og medicinlister samt med at arbejde mere systematisk med et fokusområde. Desuden havde praksis generelt positive erfaringer med at sætte kapaciteterne i praksis i spil, eksempelvis i form af kollegial sparring omkring medicingennemgang og personaleinddragelse i

arbejdet. Opkvalificering af praksispersonale vedrørende uhensigtsmæssig medicin blev også nævnt af mange som noget, der ville lette praksis' arbejde med medicingennemgang.

Der var betragtelig variation i praksis' arbejde med medicingennemgang, både i hvilke patientgrupper deltagerne valgte som målgruppe for hjemmearbejdet, og i måderne, hvorpå deltagerne gennemførte medicingennemgangene. Mens nogle informanter gik systematisk til værks, valgte andre en ad hoc-tilgang. Variationen gjaldt både i hjemmeopgaven og i arbejdet med medicingennemgang generelt. Fælles for alle informanter var dog, at gennemførelse af medicingennemgang krævede bevidst prioritering og investering af tid og ressourcer.

Økonomi og tid var afgørende faktorer, når lægerne skulle investere tid til at lave systematiske medicingennemgange. Det tog tid at gennemgå medicinen, men arbejdet medførte også i nogle tilfælde merarbejde i form af ekstra konsultationer efter medicinændringer. Arbejdet blev af flere set som en investering, der ville lette arbejdsgange og samtidig forbedre patientkvaliteten fremover.

IT-vanskeligheder med at fremsøge patienter var en udbredt udfordring, som medførte, at lægerne benyttede mere håndholdte, tidskrævende løsninger.

Halvdelen af praksis angav i spørgeskemaundersøgelsen at have været i tvivl om, hvordan de bedst udtrapper nogle lægemidler, og en del havde været i tvivl om, hvorvidt medicinændringer var det rette at gøre. Interviewundersøgelsen viste imidlertid, at lægerne kun i særligt komplekse tilfælde opsøgte rådgivning fra fx farmaceuter og farmakologer. Sparring med kolleger i egen praksis blev af nogen benyttet i mindre komplekse tilfælde.

En del læger udtrykte i spørgeskemaundersøgelsen, at det var svært at forklare patienterne om gavnlige effekter versus potentielle risici ved nogle lægemidler, og at de oplevede, at nogle patienter ikke ønskede at foretage relevante ændringer i deres medicin. De interviewede læger oplevede generelt en positiv tilgang hos patienterne i forbindelse med seponering, men at der var en vis modstand relateret til visse præparater som fx sovemedicin, smertestillende, PPI og demenspræparater.

Interviewundersøgelsen pegede på, at fremmende faktorer for hensigtsmæssig patientinddragelse omfattede patientens tillid til lægens indsigt og ekspertviden, lægens forklaringer om ny viden og mulige skadelige effekter, samt konkret vejledning til lægerne vedrørende udtrapning. Lægerne oplevede, at patienterne ikke blot accepterer medicinændringer, men indgår i forhandlinger med lægen om en foreslået seponering. Lægerne må derfor konstant navigere i spændingsfeltet mellem den farmakologisk set ideelle medicinoptimering og en klinisk praksishverdag, hvor patienten også er aktør, hvilket kræver inddragelse og kommunikation. En ide om patientrettet materiale til understøttelse af kommunikation mellem læge og patient blev imødekommet positivt af både spørgeskemarespondenter og informanter.

4. DELPROJEKT 2: Informationspakkerne

4.1. Design

Evalueringen af delprojekt 2 omfatter en spørgeskemaundersøgelse og en interviewundersøgelse.

4.2. Dataindsamling og -analyse

4.2.1. Spørgeskemadata

I forbindelse med udsendelsen af anden runde af informationspakker i februar 2018 blev der udsendt spørgeskemaer (bilag 4) til alle praksis i Region Midtjylland (n=376). Spørgeskemaerne indeholdt spørgsmål til belysning af, hvilke lægemiddelområder praksis havde valgt at arbejde med, hvordan de havde grebet arbejdet an, samt barrierer og fremmere i forhold til at gennemføre implementeringen.

Spørgeskemadata blev analyseret ved hjælp af Stata 14.0 software pakke. Beskrivende data er præsenteret som absolutte tal og procentværdier.

4.2.2. Interviewdata

Informanterne til interviewundersøgelsen blev identificeret på baggrund af en sammenkobling mellem data fra spørgeskemaerne og baseline lægemiddelregisterdata (data om lægemiddelforbrug blev erhvervet fra Sundhedsdatastyrelsen via Region Midtjylland). Inklusionskriterierne var: 1) at praksis skulle have arbejdet aktivt med implementeringen af mindst én informationspakke, og 2) at praksis skulle have givet samtykke til både yderligere kontakt samt brug af lægemiddelregisterdata. Blandt disse mulige praksis blev potentielle informanter udvalgt med henblik på at interviewe både praksis med et højt og et lavt lægemiddelforbrug ved baseline af to udvalgte lægemidler. Lægemidlerne dipyrindamol og PPI blev valgt, da de repræsenterer to forskellige, kliniske og lægemiddelrelaterede problemstillinger. De implementeringsaktive læger fra den højeste ende af lægemiddelforbrugsspektret ($\geq 90\%$ percentilen) samt fra den laveste ende ($\leq 10\%$ percentilen) blev identificeret. Heriblandt blev informanterne yderligere finselekeret med henblik på at sikre variation i forhold til praksistype samt geografisk placering af praksis. De udvalgte praksis blev inviteret per brev til at deltage i et semistruktureret enkeltinterview à en times varighed. Interviewguiden (bilag 5) blev udviklet med baggrund i Normalization Process Theory og i samarbejde med Kvalitet og Lægemidler. Alle interviews blev gennemført i perioden 23. maj 2018 til 3. juli 2018 i informantens praksis og på det tidspunkt, der passede informantens bedst. Alle interviews blev lydoptaget og efterfølgende transskriberet.

Interviewdata blev analyseret med en teori-guidet, tværgående tilgang med udgangspunkt i undersøgelsens formål og Normalization Process Theory. Analysen blev indledningsvist gennemført med en åben og induktiv tilgang for at give plads til, at nye temaer kunne

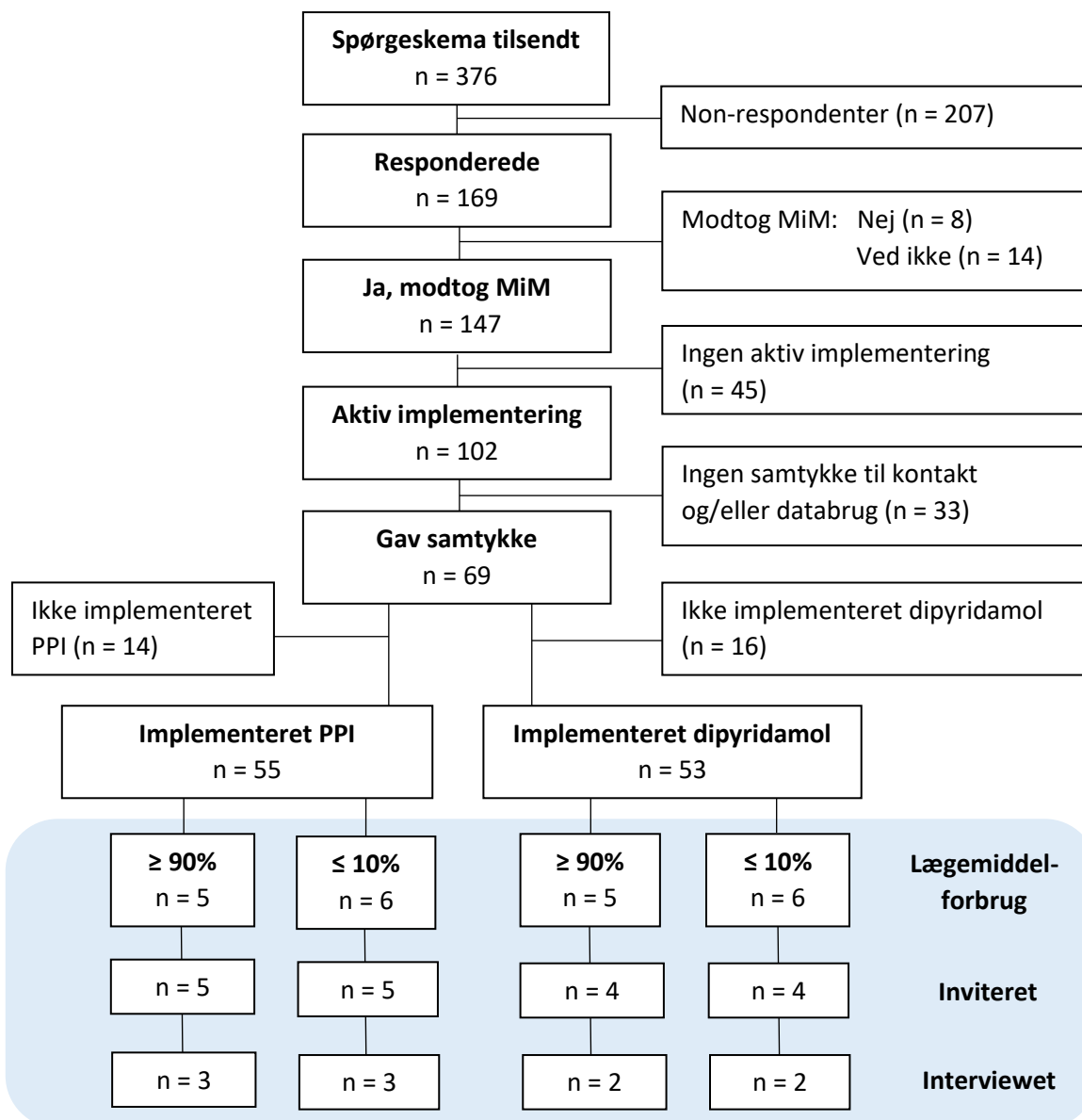
udspringe af datamaterialet. Efterfølgende blev de identificerede temaer samlet via en deduktiv tilgang under overordnede temaer. Interviewene blev foretaget og analyseret af KH.

4.3. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen

4.3.1. Studiepopulation

Af 376 udsendte spørgeskemaer til praksis blev 169 (45%) returneret (figur 9). Blandt respondenterne angav 8 praksis, at de ikke havde modtaget de første informationspakker fra Medicin i Midt, mens 14 valgte svarmuligheden "Ved ikke". De resterende 147 praksis, som angav at have modtaget informationspakkerne, blev inkluderet i spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 9. Flowdiagram over spørgeskema- og interviewundersøgelsen. MiM: Medicin i Midt; PPI: Protonpumpehæmmer



De inkluderede praksis fordelte sig med godt en tredjedel fra solopraksis og to tredjedele fra flerlægepraksis (tabel 2).

Tabel 2. Implementeringsaktiviteter fordelt efter praksistype (n = 147).				
	Total	Solopraksis	Flerlægepraksis	p-værdi*
	n = 147	n = 47	n = 100	
Har diskuteret informationspakkerne, n (%)				0,002
<i>Ingen</i>	27 (18)	12 (25)	15 (15)	
<i>Alene mellem lægerne</i>	51 (35)	7 (15)	44 (44)	
<i>I hele personalegruppen (læger og personale)</i>	69 (47)	28 (60)	41 (41)	
Har arbejdet med informationspakkerne, n (%)				0,186
<i>Ja</i>	102 (69)	35 (74)	67 (67)	
<i>Nej</i>	44 (30)	11 (23)	33 (33)	
<i>Ved ikke</i>	1 (1)	1 (2)	0 (0)	

*P-værdi ved sammenligning af svarfordelinger for aktiviteter blandt solopraksis og flerlægepraksis.

Udover at analysere de 147 spørgeskemabesvarelser, blev besvarelserne også benyttet til at selektere interviewpersoner, der i spørgeskemaerne rapporterede at have implementeret pakkerne om henholdsvis PPI og dipyridamol. Denne selektion er også illustreret i figur 9 og vil blive uddybet senere (interviewundersøgelse om delprojekt 2).

4.3.2. Implementering af informationspakkerne

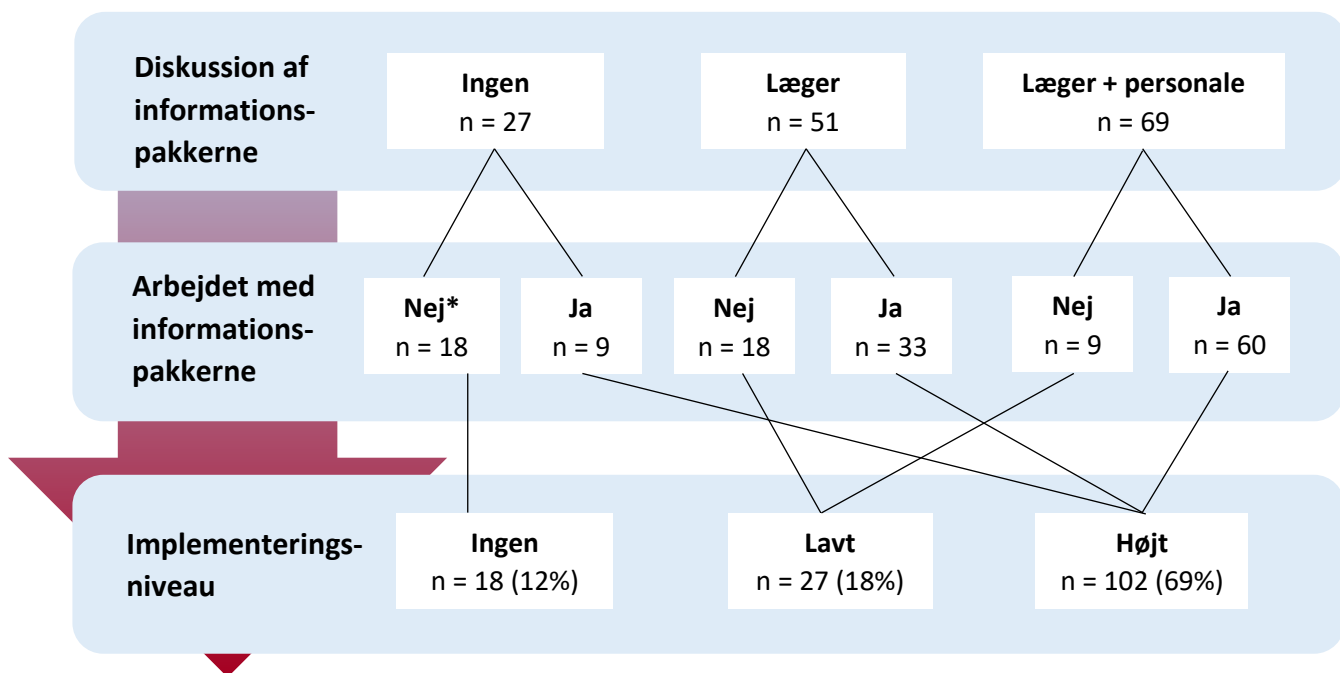
Af de 147 inkluderede praksis havde knap halvdelen diskuteret indholdet af informationspakkerne i hele personalegruppen (tabel 2). Godt en tredjedel af praksis havde diskuteret informationspakkerne alene i lægegruppen, mens 18% angav slet ikke at have diskuteret indholdet. Det var således 4 ud af 5 praksis, der havde diskuteret indholdet af informationspakkerne enten i lægegruppen eller i hele personalegruppen. Når besvarelserne opdeles efter praksistype, ses det, at en større andel af flerlægepraksis havde diskuteret informationspakkerne sammenlignet med solopraksis, mens en større andel af solopraksis havde involveret hele personalegruppen sammenlignet med flerlægepraksis ($p=0,002$). Når det gælder aktiv handling, angav 69% af de 147 praksis, at de havde arbejdet med informationspakkerne, mens 30% ikke havde arbejdet med pakkerne, og 1% svarede "Ved ikke" (tabel 2). Der var således godt 2 ud af 3 praksis, der havde arbejdet med informationspakkerne. Ved sammenligning af svarfordelingen blandt solopraksis og flerlægepraksis sås ingen signifikant forskel på andelen, der havde arbejdet med informationspakkerne ($p=0,186$).

4.3.3. Implementeringsgrad

Med udgangspunkt i The Normalization Process Theory som teoretisk model, kunne der ud fra spørgeskemaet identificeres tre implementeringsniveauer: ingen implementering, lavt implementeringsniveau og højt implementeringsniveau. *Ingen implementering* omfatter praksis, som havde modtaget informationspakkerne, men som hverken havde diskuteret eller arbejdet med pakkerne. *Lavt implementeringsniveau* omfatter praksis, som havde diskuteret indholdet af informationspakkerne, men ikke arbejdet med dem, mens *højt implementeringsniveau* omfatter praksis, som havde arbejdet med pakkerne.

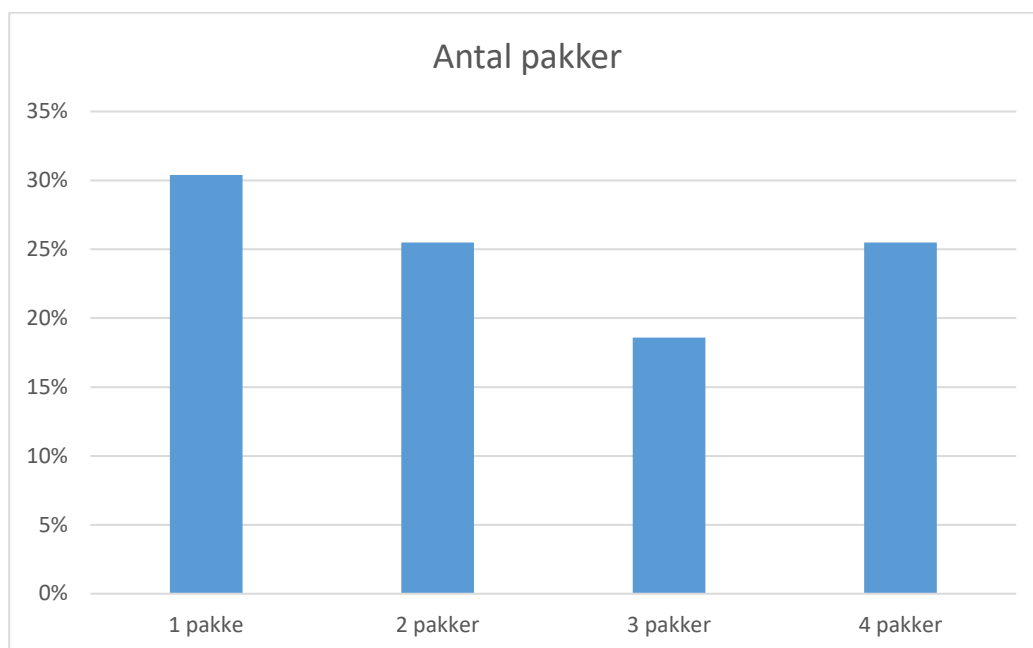
Figur 10 viser et flowdiagram over, hvordan praksis er blevet kategoriseret til de tre implementeringsniveauer. Det ses, at ud af de 147 inkluderede praksis havde 69% et højt implementeringsniveau, 18% et lavt implementeringsniveau, mens der hos 12% ikke var rapporteret nogen aktiv form for implementering af informationspakkerne.

Figur 10. Flowdiagram over inddeling af studiepopulationen (n = 147) efter implementeringsgrad. *Nej eller ved ikke.



Blandt de 102 praksis, der rapporterede at have arbejdet med informationspakkerne, og således havde et højt implementeringsniveau, havde 26% arbejdet med alle fire pakker, 19% havde arbejdet med 3 pakker, 25% havde arbejdet med 2 pakker, og 30% havde arbejdet med én pakke (figur 11).

Figur 11. Procentfordeling af antal pakker, som praksis havde arbejdet med (n = 102).



4.3.4. Valg af informationspakker

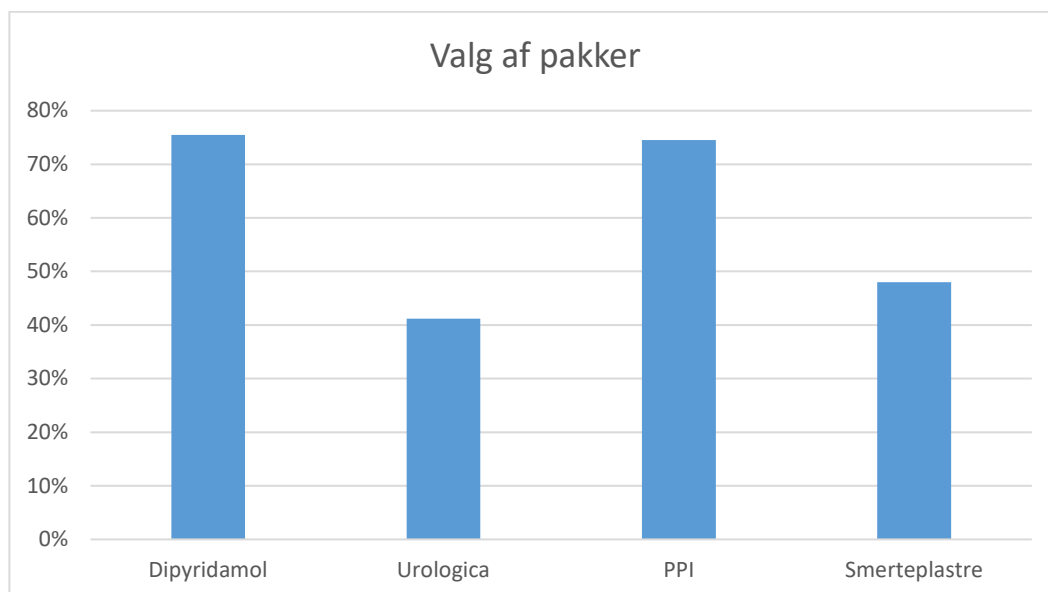
De informationspakker, som flest praksis havde valgt at arbejde med, var pakkerne omhandlende lægemidlerne dipyridamol og PPI (figur 12). Mens tre ud af fire praksis havde arbejdet med disse lægemidler, havde knap halvdelen haft fokus på smerteplastre, og 41% på urologica.

4.3.5. Fremmere for implementering

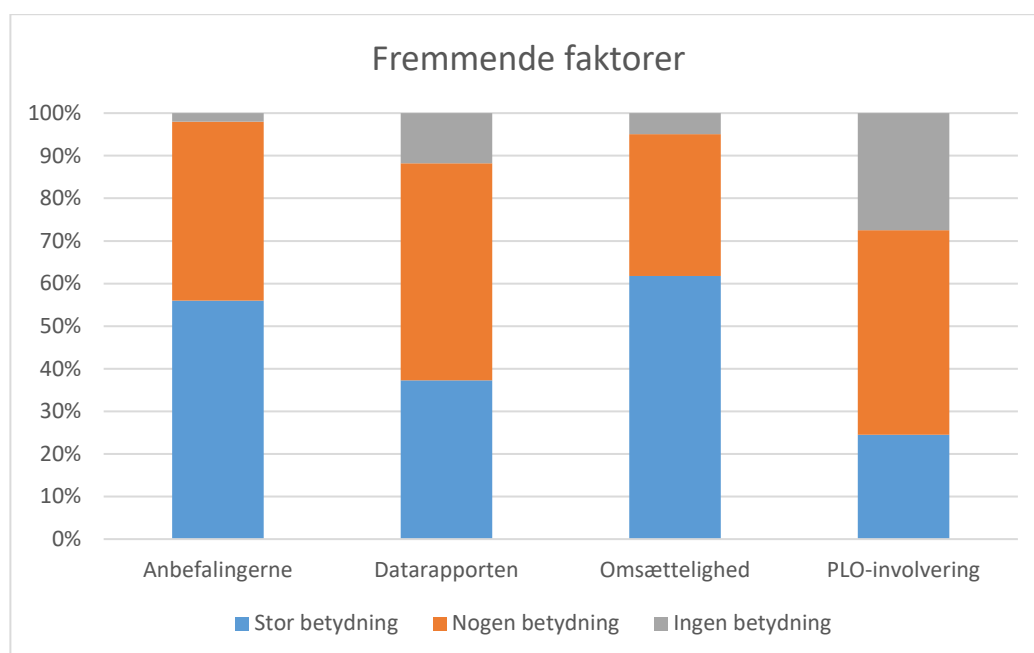
I spørgeskemaet blev de praksis, som havde arbejdet med informationspakkerne, spurgt, hvad der havde haft betydning for, at de havde valgt at arbejde med pakkerne. Hertil svarede over halvdelen af praksis, at "anbefalingerne om de enkelte lægemiddelgrupper", og at "indholdet i pakkerne let kunne omsættes til den kliniske hverdag", havde haft stor betydning for, at de var gået i gang med at arbejde med pakkerne (figur 13).

Yderligere 42% af praksis angav, at anbefalingerne om de enkelte lægemiddelgrupper havde haft nogen betydning for, at de havde valgt at arbejde med pakkerne. Samlet set, var det således næsten alle (98% af praksis), der rapporterede, at anbefalingerne havde haft stor eller nogen betydning for, at de havde arbejdet med informationspakkerne. Ligeledes angav 37%, at omsætteligheden til den kliniske hverdag havde haft nogen betydning. Derved angav mere end 90% af praksis, at omsætteligheden af pakkerne havde stor eller nogen betydning for, at de arbejdede med informationspakkerne.

Figur 12. Procentdel af praksis, der havde arbejdet med de forskellige informationspakker (n = 102)



Figur 13. Procentfordeling af betydning for forskellige fremmede faktorer i forhold til praksis' implementeringsarbejde med informationspakkerne (n=102).

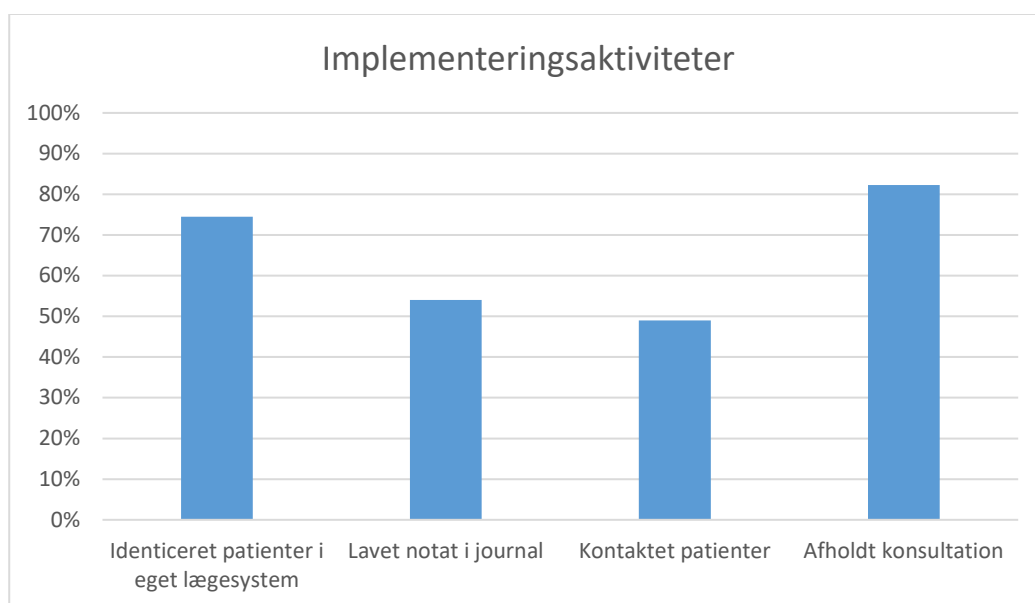


I forhold til datarapporten, var det også næsten 90% af praksis, der tillagde denne stor (37%) eller nogen (51%) betydning. Endeligt angav en ud af fire praksis, at PLO's involvering i projektet også havde haft stor betydning for deres arbejde med pakkerne, mens yderligere knap 50% tillagde det nogen betydning. Således havde PLO's involvering i projektet spillet en rolle for tre ud af fire praksis.

4.3.6. Gennemførte implementeringsaktiviteter

Hvordan praksis havde valgt at gribe implementeringen af informationspakkerne an, viste sig at være forskelligt fra praksis til praksis. Figur 14 viser en opgørelse over de kerneaktiviteter, som praksis havde gennemført i forbindelse med implementeringen.

Figur 14. Procentdel af praksis, der havde igangsat udvalgte implementeringsaktiviteter (n = 102).

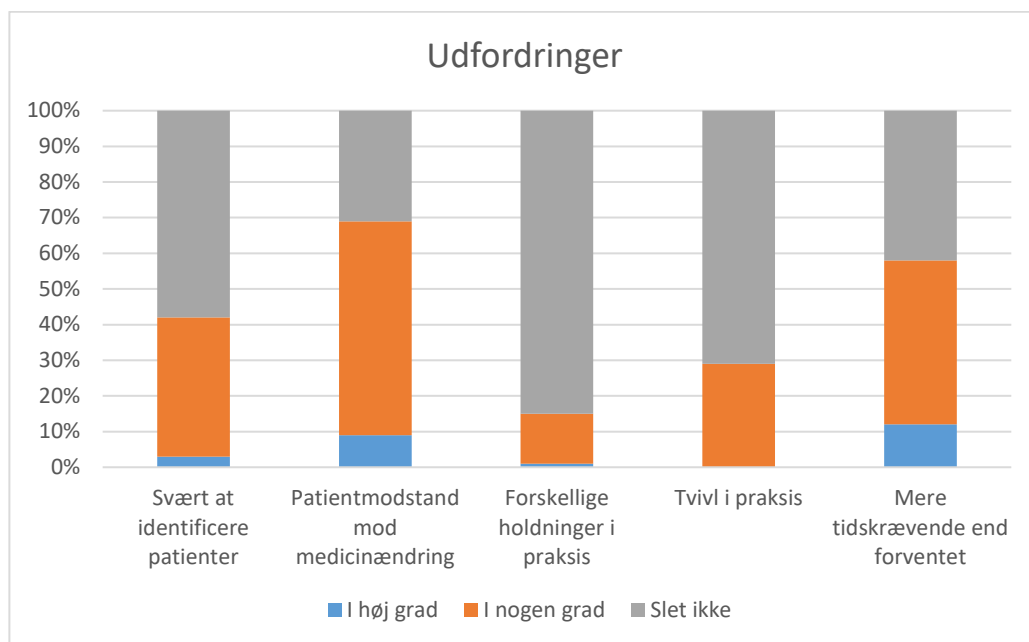


Tre ud af fire praksis havde identificeret patienterne i eget lægesystem, mens omkring halvdelen angav at have lavet et notat i journalen og/eller kontaktet patienterne. Fire ud af 5 praksis angav at have afholdt konsultationer med relevante patienter, og nogle praksis havde i fritekstfeltet svaret, at de havde gennemført medicinændringer ad hoc, når patienten alligevel var i konsultationen af anden årsag. Andre angav at have gennemført implementeringsaktiviteterne i forbindelse med receptfornyelse, hvor patienten blev bedt om at bestille en tid. En enkelt angav at have arbejdet systematisk med udvalgte lægemiddelgrupper, hvor alle receptfornyelser i en udvalgt periode blev diskuteret og efterfølgende blev medicinændringer foretaget.

4.3.7. Udfordringer ved implementering

Arbejdet med informationspakkerne havde ikke været uden udfordringer. En mindre andel af praksis angav, at de i høj grad havde mødt udfordringer inden for kategorierne "problemer med at identificere patienterne" (3%), "patientmodstand mod medicinændringer" (9%), "forskellige holdninger i praksis" (1%) samt "at opgaven var mere tidskrævende end forventet" (12%) (figur 15).

Figur 15. Procentfordeling af betydning for forskellige udfordringer i forbindelse med implementeringsarbejdet med informationspakkerne (n = 101).



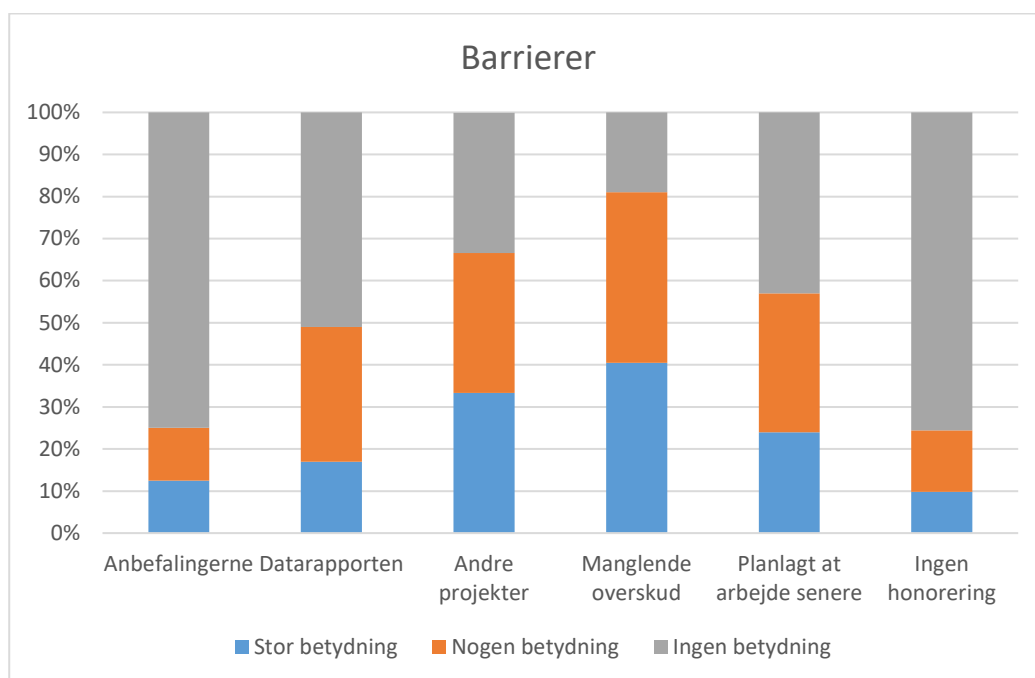
Næsten to ud af tre praksis angav, at de i nogen grad oplevede, at nogle patienter ikke ønskede at foretage ændringer i deres medicin. Samlet set rapporterede 70% af praksis således, at de i nogen eller høj grad havde mødt patientmodstand mod medicinændringer. Endvidere angav knap en tredjedel af praksis, at de i nogen grad havde været i tvivl om, hvorvidt ændringer i medicinen var det rigtige at gøre, mens 14% rapporterede udfordringer med forskellige holdninger i praksis. Endeligt rapporterede knap halvdelen af praksis, at det i nogen grad havde været mere tidskrævende end forventet, og omkring 40% oplevede i nogen grad, at det var svært at identificere de relevante patienter.

4.3.8. Barrierer for implementering

Blandt de 45 praksis, der valgte ikke at arbejde med informationspakkerne, spillede forskellige barrierer en rolle. Den mest iøjefaldende barriere var manglende overskud, hvilket fire ud af fem praksis rapporterede som havende stor (40%) eller nogen betydning (40%) (figur 16). At praksis arbejdede med andre kvalitetsudviklingsprojekter havde ligeledes haft stor betydning hos en tredjedel af praksis og nogen betydning hos yderligere en tredjedel. Samlet set angav to ud af tre praksis således, at andre kvalitetsudviklingsprojekter havde haft stor eller nogen betydning for, at de ikke havde arbejdet med informationspakkerne. Datarapporten havde stor (17%) eller nogen betydning (32%) hos knap halvdelen af praksis, mens anbefalingerne om de enkelte lægemiddelgrupper havde stor (13%) eller nogen (13%) betydning for en fjerdedel af praksis. Nogle praksis skrev i fritekstfeltet, at deres lægemiddel-forbrug, ifølge datarapporten, var lavt, og at de derfor ikke fandt anledning til at arbejde mere med pakkerne. Andre årsager, der blev rapporteret i fritekstfeltet, omfattede igangværende akkreditering, at være udviklingspraksis, samt at man allerede havde arbejdet med nogle af de valgte lægemiddelområder. Endvidere angav 24% og 33% af praksis, at det havde henholdsvis stor og

nogen betydning, at praksis havde planlagt at arbejde med informationspakkerne senere. Endeligt blev manglende honorering angivet som havende stor (10%) eller nogen (15%) betydning for én ud af fire praksis.

Figur 16. Procentfordeling af betydning for forskellige barrierer for at komme i gang med at implementere informationspakkerne (n = 42).



4.3.9. Selvvurderet effekt

Slutteligt blev praksis spurgt om, hvorvidt de vurderede, at der i deres praksis var sket en forbedring i lægemiddelordinationen for en eller flere af lægemiddelgrupperne i informationspakkerne, altså en selvvurderet effekt. Ud af 146 praksis svarede 64% "ja" til, at der er sket en forbedring, mens hhv. 7%, 22% og 7% svarede "nej", "ved ikke" og "ikke relevant" (tabel 3). Når den selvvurderede effekt inddeles efter implementeringsniveau, ses en stigende andel af praksis, der vurderer, at der er sket en forbedring, i takt med et stigende implementeringsniveau ($P < 0,001$). Blandt de 101 praksis med et højt implementeringsniveau svarede 77%, at de vurderede, at der var sket en forbedring, mod 41% og 22% af praksis med henholdsvis lavt implementeringsniveau og ingen implementering. Bemærkelsesværdigt ses det, at 5% og 18% blandt praksis med højt implementeringsniveau svarede henholdsvis "nej" og "ved ikke" til, at der i deres praksis var sket en forbedring i lægemiddelordinationen for en eller flere af lægemiddelgrupperne i informationspakkerne.

Tabel 3. Sammenhæng mellem implementeringsniveau og selv vurderet effekt (n = 146).

Implementeringsniveau, n (%)	N	Selv vurderet effekt				p-værdi*
		Ja	Nej	Ved ikke	Ikke relevant	
<i>Ingen</i>	18	4 (22)	1 (6)	6 (33)	7 (39)	
<i>Lavt</i>	27	11 (41)	4 (15)	9 (33)	3 (11)	
<i>Højt</i>	101	78 (77)	5 (5)	18 (18)	0 (0)	
Total	146	93 (64)	10 (7)	33 (22)	10 (7)	

*P-værdi ved sammenligning af implementeringsniveaufordeling efter selv vurderet effekt.

4.4. Resultater fra interviewundersøgelsen

4.4.1. Informanter og analysetemaer

Ud af 147 praksis, som angav at have modtaget informationspakkerne, rapporterede 102, at de havde arbejdet aktivt med implementering af mindst én informationspakke (figur 9). Heraf havde 69 praksis givet samtykke til yderligere kontakt og brug af deres lægemiddelregisterdata.

Blandt de implementeringsaktive praksis, som havde givet samtykke, havde henholdsvis 53 and 55 arbejdet med dipyridamol- og PPI-pakkerne. Ud af disse blev 22 praksis med højt hhv. lavt baseline-lægemiddelforbrug identificeret, hvoraf 18 blev udvalgt til at modtage en invitation til interview. I alt accepterede 10 praksis at deltage i interviews. Informanterne var bredt sammensat i forhold til køn, antal års erfaring som praktiserende læge samt praksistype. En karakteristik af informanterne fremgår af tabel 4.

Tabel 4. Karakteristik af informanter (n = 10).

ID	Køn	Års erfaring som praktiserende læge	Praksistype
PL 1	Kvinde	≥ 20	Solopraksis
PL 2	Kvinde	≥ 20	Solopraksis
PL 3	Kvinde	10 til 20	Solopraksis
PL 4	Mand	10 til 20	Samarbejdspraksis
PL 5	Mand	≤ 10	Kompagniskabspraksis
PL 6	Mand	10 til 20	Kompagniskabspraksis
PL 7	Kvinde	10 til 20	Kompagniskabspraksis
PL 8	Mand	≥ 20	Solopraksis
PL 9	Kvinde	≥ 20	Solopraksis
PL 10	Kvinde	≥ 20	Kompagniskabspraksis

I forhold til geografisk placering af informanternes praksis, var alle klynger i Region Midtjylland repræsenteret, herunder tre praksis fra Vest-, to praksis fra Midt-, en praksis fra Randers-, en praksis fra Horsens- samt to praksis fra Aarhusklyngen. Dataanalysen ledte frem til fire overordnede temaer: Motivation for implementering, implementeringsstrategier, udfordringer ved implementering samt perspektiver på vedligeholdelse.

4.4.2. Motivation for implementering

Tilslutningen til implementeringen af informationspakkerne blev drevet af forskellige motivationsfaktorer (tabel 5).

Tabel 5. Motivation for tilslutning til implementering af informationspakkerne.	
Analytisk tema	Eksempler på udsagn
<i>Faglig stolthed</i>	Man vil jo det bedste for patienten, man vil også gerne overholde de der faglige kriterier. (PL 1)
<i>Standsmæssig interesse</i>	Det jeg godt kunne lide var, at det var et fælles initiativ [regionen og PLO]. At alle siger, det er altså dagsordenen, og vi skal også arbejde med den. (PL 4)
<i>Brugbare informationspakker</i>	Det er overskueligt, hvad det er for nogle budskaber. (PL 4) Det var koncentreret og velformuleret. (PL 8)
<i>Antal patienter og klinisk problemstilling</i>	[Dipyridamol og Betmiga] var nemme at gå i gang med. Og hvor der også var chance for en hurtig gevinst og en mere entydig gevinst. Hvorimod det andet, der var en meget bredere problematik med smertepatienter, hvad har de fået, og hvad har de prøvet tidligere, du kommer til at ribbe op i noget i den sammenhæng, som trækker nogle lange spor tilbage i tiden. (PL 4) [Dipyridamol], det var også en nem ændring at lave, for det var ikke noget, som patienterne havde en modstand mod. (PL 8)
Reaktioner på datarapporten:	
<i>Positive</i>	Jeg synes, det er et redskab, jeg kan bruge. (PL 10) Jeg synes positivt set, er det en hjælp for mig. For jeg sidder her som sololæge og prøver at gøre det så godt for mine patienter som overhovedet muligt. Men jeg ved jo godt, at man er tilbøjelig til at falde i en eller anden faldgruppe, hvor man gør det samme hver gang med nogle bestemte problematikker. (PL 3)
<i>Ambivalens: Kontrol/økonomi versus godt input</i>	Når man sådan lige først [ser på pakkerne], så kan man godt være en lille smule negativ og tænke 'arh, de blander sig også hele tiden, og de kontrollerer hele tiden' [...] Kontrol for, at vi skal ændre adfærd udelukkende af økonomiske grunde, ikke hvad der er bedst for patienterne. Og sådan lidt irritation over, der er igen noget, vi skal forholde os til. Når man lige har lagt det negative væk og sagt 'okay, det er sådan set også en mulighed for at kigge efter, om man gør det ordentligt, og om man har nogle dårlige vaner. (PL 3)

Fælles for alle lægerne var et stort fagligt engagement. Der var også generelt god tilfredshed med informationspakkerne som helhed blandt de interviewede læger. Nogle pakker blev betragtet som "lettere" at implementere end andre på grund af antallet af berørte patienter og

den involverede kliniske problemstilling. Datarapporten blev anset som et brugbart og motiverende redskab, men vækkede dog også blandede følelser blandt lægerne.

Faglig stolthed og standsmæssig interesse

Fælles for lægerne var, at den primære motivation for at arbejde med informationspakkerne var en faglig stolthed og et ønske om at gøre det rigtige for patienterne. Nogle af lægerne var meget bevidste om, at PLO bakkede op om indsatsen, og angav det som en vigtig motivation for at arbejde med pakkerne. Herom udtalte en læge:

”Jeg synes, det er vigtigt, når det bliver skrevet, at PLO bakker op om det. Så ved jeg, at der har været praktiserende læger med inde over og vurderet det frem og tilbage, og så generelt, så har jeg det sådan – SÅ har jeg det helt anderledes med det. Så[dan] har jeg oplevet det tidligere. At det, som PLO bakker op omkring, det kan jeg også bakke op om, og det vil jeg gerne, fordi jeg kan godt lide, at vi fremstår som sådan en organisation eller som en enhed. Praktiserende læger, så vi står sammen, og når vi beslutter noget, så gør vi også noget.” (PL 6)

Brugbare informationspakker

Generelt var der god tilfredshed med informationspakkerne blandt lægerne. Informationspakkerne blev beskrevet som konkrete, overskuelige og velformulerede. Nogle læger syntes, at det var en god måde at blive opdateret på og få inspiration til at arbejde med konkrete emner i deres praksis. Det blev dog af nogen pointeret, at det var afgørende, at informationspakkerne var fagligt velbegrundede og ikke alene en spareindsats fra regionens side. En læge udtrykte:

”Den saglige information, den skal være der – det skal ikke bare være økonomi [...] jeg skal opleve, at de gerne vil patienternes bedste, men at de også vil mig det rigtige, og det ikke er en dans efter nogle politikere, fordi det er igen den her økonomiske quick-fix løsning, man lige skal have.” (PL 6)

Nogle af lægerne udtrykte også forståelse for det økonomiske incitament, og en læge anførte:

”Jeg er da helt klar over, at deres incitament er jo nok mere økonomisk, end det er for patienternes ve og vel. Men det synes jeg da også er helt legitimt. Hvorfor pokker skulle vi som samfund smide penge ud på at supportere forbrug af medicin, som folk ikke har brug for. Det giver ingen mening.” (PL 8)

Antal patienter og klinisk problemstilling

Der var forskel på, hvor højt lægerne prioriterede at implementere budskaberne i informationspakkerne. Mens nogen prioriterede at implementere alle informationspakkerne, så var det for andre vigtigt, at det var en overskuelig arbejdsindsats. Det afgørende i den sammenhæng var antallet af patienter og/eller kompleksiteten af den kliniske problemstilling. Informationspakken omkring dipyridamol blev af alle betragtet som en overskuelig og ukompliceret pakke, fordi antallet af patienter, der fik præparatet, var lavt, og fordi den kliniske problemstilling blev betragtet som simpel. Ligeledes blev pakken vedrørende Betmiga (lægemiddel mod overaktiv blære) beskrevet som en overskuelig pakke på grund af det relativt

beskedne antal af patienter. Modsat fravalgte nogle læger at gå i gang med pakken omkring smertebehandling, fordi den kliniske problemstilling her var tungere, mere tidskrævende og typisk forbundet med en forventning om modstand hos patienterne. Nogle læger afholdt sig også fra at arbejde systematisk med pakken vedrørende PPI-præparater på grund af det store antal af patienter, der fik dem udskrevet. En læge udtrykte:

"Hvis vi skulle indkalde alle dem, der fik PPI, til en samtale omkring, hvor meget de tog og hvorfor og hvor længe, så ville vi drukne. Fordi forbruget er så stort." (PL 2)

Nogle læger syntes, at det var acceptabelt, at der kom flere pakker på én gang. Det gav mulighed for at vælge mellem pakkerne og prioritere indsatsen der, hvor behovet (baseret på data-rapporterne) eller motivationen var størst. En læge gav dog udtryk for, at fire informations-pakker var urealistisk at implementere, hvis denne form for indsats skulle fortsætte fremadrettet:

"Man kunne så sige, jamen, skulle vi så kun have en, skulle der kun være fokus på én i hvert kvartal, ikke, så kunne man måske bedre nå at implementere det, ikke, men altså det, at der kommer fire, det kan jo gøre, at vi har valgfrihed, ikke. For jeg tænker ikke, at der kan være en forventning om, at vi skal kunne nå og rette ind efter det hele. Det er i hvert fald utopisk." (PL 10)

Datarapporten vækker blandede følelser

Datarapporten blev af nogle af lægerne modtaget udelukkende positivt. Disse læger udtrykte, at datarapporten motiverede, gav indsigt og var en god anledning til at reflektere over egen ordinationsadfærd. Nogle læger syntes, at det var brugbart og interessant at blive sammenlignet med andre praksis, og nogle solopraksis angav, at de fandt det givende, fordi de ikke havde nogen at sammenligne sig med til daglig. Hos andre læger vækkede sammenligningen med andre også negative følelser som uretfærdighed, idet disse læger følte, at der i sammenligningen ikke blev taget hensyn til den patientsammensætning, den enkelte praksis har. En læge udtrykte:

"Jeg kan jo godt lide og se, hvordan er vi placeret i forhold til andre sammenlignelige praksis. Og så er vi jo alligevel ikke helt sammenlignelige med andre, fordi vi har en svær overvægt af ældre." (PL 10)

Nogle fortalte endvidere, at deres første reaktion på at modtage informationspakkerne havde været negativ med tanker om kontrol og økonomiske bagtanker fra regionen, men at de havde fået det vendt til noget positivt efter at have kigget nærmere på informationspakkerne. Nogle af lægerne fremhævede dog vigtigheden af, at en sådan datarapport netop ikke bliver brugt til kontrol. Hertil sagde en læge:

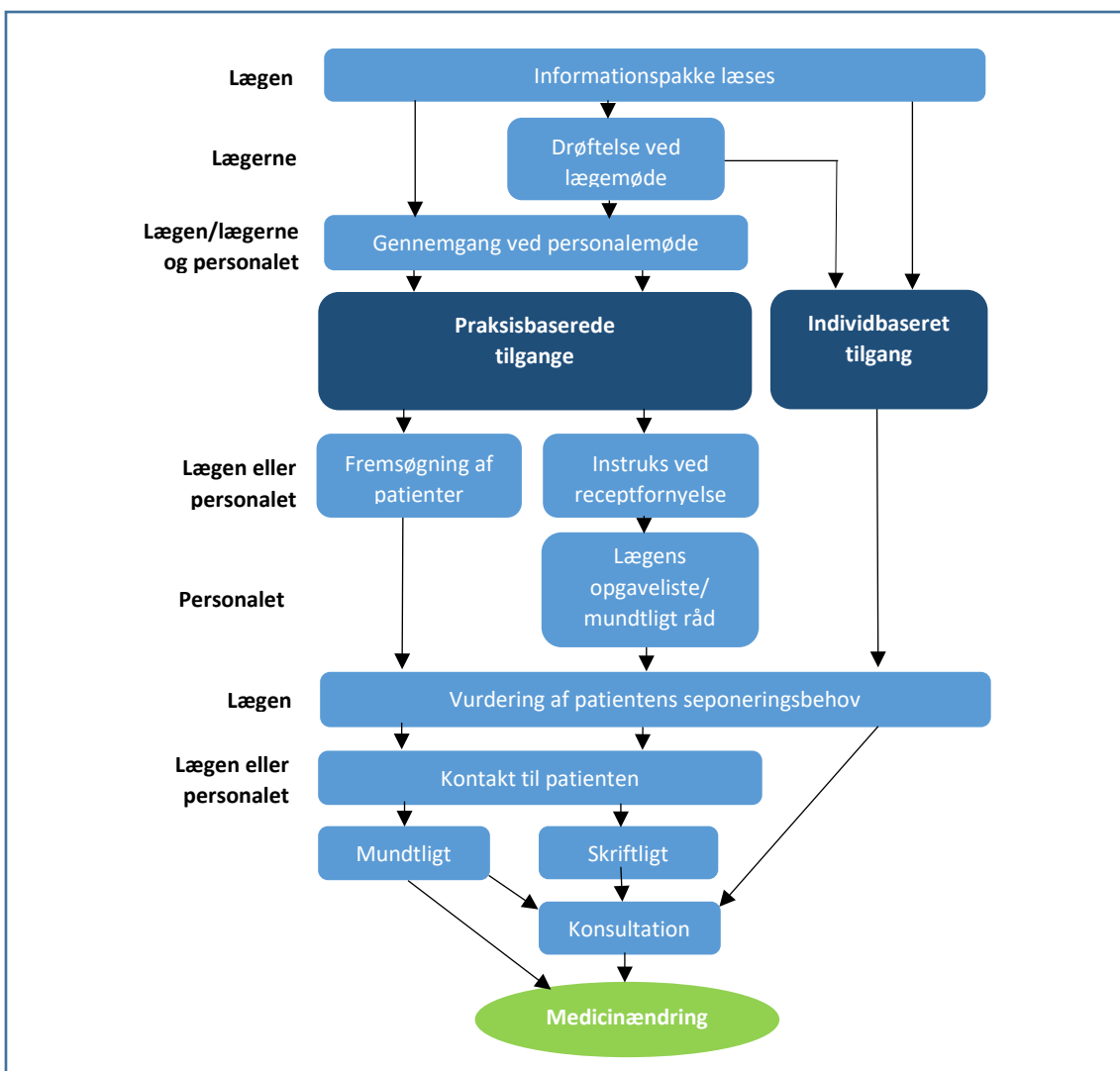
"Hvis bare de ikke bruger det som kontrol, hvis de bruger det som 'prøv lige at se her, er der noget du mener, du skal forholde dig til eller kigge på', så synes jeg det er fint." (PL 3)

Gentagne datarapporter for samme lægemiddel var en motivation for nogen, mens andre ikke havde bemærket, at de ville modtage opfølgende datarapporter.

4.4.3. Implementeringsstrategier

Efter modtagelse af informationspakkerne havde den enkelte læge indledningsvist læst materialet igennem. Herefter var implementeringsstrategierne forskellige for de enkelte informationspakker og imellem de forskellige praksis. I solopraksis besluttede den enkelte læge, om personalet skulle orienteres og involveres, mens lægerne i flerlægepraksis drøftede materialet sammen og blev enige om, hvorvidt praksis skulle arbejde med pakkerne og på hvilken måde. Overordnet var tre implementeringsstrategier blevet anvendt: 1) en praksisbaseret tilgang med fremsøgning af patienter, 2) en praksisbaseret tilgang ifm. receptfornyelser samt 3) en individbaseret ad hoc-tilgang (figur 17).

Figur 17. Oversigt over implementeringsstrategier.



Praksisbaseret tilgang med fremsøgning af patienter

Den praksisbaserede tilgang med fremsøgning af patienter blev primært anvendt, når antallet af patienter med det pågældende lægemiddel blev betragtet som værende overskueligt. Ved denne tilgang fremsøgte lægen eller personalet patienterne (fx ud fra ATC-koder eller recepter). Herved blev der genereret en liste, som typisk blev gennemgået af lægen med henblik på vurdering af, hvorvidt den enkelte patient stadig fik lægemidlet, om patienten fortsat skulle have det, eller om et seponeringsforsøg var relevant. På denne måde blev patienter, for hvem medicinændring var relevant, identificeret, hvorefter lægen eller personalet kontaktede patienten telefonisk eller skriftligt via brev eller e-mail. I nogle tilfælde, eksempelvis når det drejede sig om få patienter med en simpel problemstilling (som ved dipyridamol), ringede lægen selv til patienterne og seponerede medicinen over telefonen. I andre tilfælde ringede personalet og gav patienten en tid til konsultation. I praksis, hvor patienten blev kontaktet skriftligt, blev der lavet en standard formulering med information om baggrunden for henvendelsen vedrørende medicinændring og med opfordring til patienten om at bestille tid til en konsultation. Dette resulterede i, at nogle patienter bestilte en tid, andre ikke gjorde, og at nogle patienter selv stoppede med at tage det pågældende lægemiddel uden at tage kontakt til praksis.

Praksisbaseret tilgang ifm. receptfornyelser

Den praksisbaserede tilgang ifm. receptfornyelser var karakteriseret ved, at praksis udviklede en procedure til at fange relevante patienter, når muligheden opstod. I nogle praksis blev der udarbejdet en skriftlig instruks til personalet omkring identifikation og håndtering af relevante patienter ved receptfornyelse af udvalgte lægemidler. Den typiske fremgangsmåde i proceduren var at involvere lægen, når en patient anmodede om receptfornyelse af det udvalgte lægemiddel, enten mundtligt eller ved at patienten blev sat på lægens opgaveliste med henblik på vurdering af, om seponering var relevant for den pågældende patient (klinisk vurdering). Såfremt seponering var relevant, tog personalet kontakt til patienten telefonisk eller skriftligt for at aftale en tid til konsultation. Alternativt tog lægen selv kontakt telefonisk til patienten. En enkelt praksis indkaldte ikke patienterne til en konsultation, men udsendte i stedet per e-mail eller brev information til patienten om baggrunden for henvendelsen vedrørende medicinændring (i dette tilfælde seponering af PPI) og opfordrede patienten til selv at forsøge at seponere lægemidlet ved at følge en ledsagende standard udtrapningsplan. Andre praksis instruerede blot personalet mundtligt i at identificere og håndtere henvendelser om receptfornyelser af udvalgte lægemidler. Personalet gav typisk patienten en tid hos lægen eller omstillede telefoniske henvendelser direkte til lægen, hvis muligt. I nogle praksis var sygeplejersken blevet oplært i at tage snakken med patienten i forhold til seponering og udtrapning af PPI.

Individbaseret ad hoc-tilgang

Den individbaserede ad hoc-tilgang var karakteriseret ved, at patientens brug af et lægemiddel fra informationspakkerne blev taget op til drøftelse, når patienten kom hos lægen af anden årsag fx i forbindelse med en almindelig konsultation eller til en årskontrol. Denne tilgang blev

af lægerne beskrevet som "øget opmærksomhed i daglig praksis". Denne tilgang blev anvendt både i kombination med de andre tilgange, eller når lægen havde valgt ikke at involvere personalet i arbejdet med en informationspakke. I nogle praksis havde lægen fx valgt at arbejde systematisk med en eller to pakker, mens de resterende pakker blev implementeret af lægen selv via den individbaserede ad hoc-tilgang.

Opfølgning efter medicinændring

Det var meget individuelt, hvordan lægerne havde fulgt op på patienterne efter en medicinændring. Opfølgningens måde afhang både af den enkelte patients behov samt af hvilket lægemiddel, der var blevet ændret eller seponeret. I nogle tilfælde var der blevet aftalt opfølgende konsultationer, eller at der blot skulle gives en status til lægen per e-mail eller over telefonen. I andre tilfælde stoppede patienterne uden yderligere opfølgning (fx ved dipyridamol).

Opfølgning på egen proces

To af lægerne havde fulgt op på deres egen proces med at implementere informationspakkerne ved at lave overstregninger på de lister, de havde lavet i forbindelse med fremsøgning af patienterne. De øvrige læger havde ikke fulgt op på egen proces og havde ikke planer om at gøre det. Barriererne for dette var ifølge nogle af lægerne dårlige søgemuligheder i deres IT-systemer, samt at der hele tiden kommer nye ting, de skal forholde sig til. En læge udtrykte:

"De IT-tekniske muligheder for at supportere det her område med nogle tal og data, de er simpelthen for dårlige. Ja. Så jeg gør det, jeg kan." (PL 8)

4.4.4. Udfordringer ved implementering

I forbindelse med arbejdet med implementeringen af informationspakkerne havde de interviewede læger oplevet forskellige udfordringer (tabel 6). Et dominerende tema var konkurrerende prioriteter på praksis-, læge- og patientniveau samt dilemmaer forbundet hermed.

Praksis- og lægeniveau

Nogle af lægerne i flerlægepraksis beskrev, at de havde oplevet det at skulle blive enige, som en udfordring ved implementering af pakkerne. Et af dilemmaerne i nogle praksis var, om deres forbrug af konkrete lægemidler blev oplevet som et praksisrelevant, klinisk problem. Om dette udtalte en læge:

"For det meste har vi jo ligget nogenlunde, ikke. Og så. Nå ja, men det gør vi så, bedre fjerdedel eller hvad det nu er for noget. Så hvis der er nogle [datarapporter], hvor vi ikke ligger der, jamen, så siger vi 'nå, er det noget, vi vil gøre noget ved, synes vi? Synes vi selv, det er et problem, eller er det mere et regionalt økonomisk problem, at det ligger, som det gør?'" (PL 4)

Tabel 6. Udfordringer ved implementering af informationspakkerne

Analytisk tema	Eksempler på udsagn
Praksis- og lægeniveau	
<i>Enighed i praksis om prioritering af indsatsen</i>	<p>Det udfordrende var måske i virkeligheden at sige, skulle vi ikke gøre det her. Til de andre. Vel vidende, at de synes, at de havde nok at se til. Så kigger de over på mig sådan, nej. Nå, okay. Hvor man godt ved, at det ikke er fagligheden, der er problemet, men det er tiden. (PL 4)</p> <p>Altså, praktiserende læger er nok meget individualister og kan godt lide at have vores egen måde at gøre det på. Og ikke alle bryder sig om, at det skal være for ensartet eller for, for stramt. Så. Eller for skemalagt og besluttet på forhånd. (PL 10)</p>
<i>Tid til igangsætning</i>	<p>Det at skulle sætte tid af til det. Og lige få skubbet det i gang. Det er helt sikkert det. Det er tidsforbruget, der er den store hurdle. (PL 6)</p>
<i>Tid i den enkelte konsultation</i>	<p>Alle de her ting, det tager tid. Det er ikke sådan lige oveni, at man poder en hals, for resten skal du ikke også af med det. Det er sjældent at det lykkes. (PL 10)</p>
Patientniveau	
<i>Afvisende patientreaktioner</i>	<p>Se Box 1.</p>
<i>Symptomlindrende og vanedannende medicin</i>	<p>Vi er jo sådan en praksis med rigtig mange ældre patienter, og de kan altså være noget svære at rykke med PPI. (PL 7)</p> <p>Der var en meget bredere problematik med smertepatienter, hvad har de fået, og hvad har de prøvet tidligere, du kommer til at ribbe op i noget i den sammenhæng, som trækker nogen lange spor tilbage i tiden. (PL 4)</p>
<i>Frustration ved compliance-tilgang</i>	<p>Jeg prøver at forklare dem det, og ja. Og så må det være det, altså, ja. Det er lidt irriterende, at man ikke bare kan lægge en plan, jamen sådan bliver det altså. (PL 1)</p>
<i>Læge-patient-forholdet</i>	<p>Jeg er for eksempel gået på kompromis med det der med PPI-behandlingen hos nogle af de gamle, hvor jeg tænkte, at det er et tilbud. Jeg vil jo ikke – der vil jeg ikke tage en stor krig, eller at vi skulle blive uvenner over det. (PL 9)</p>
<i>Timing</i>	<p>Det kan være, de er kede af det eller er fyldt af noget helt andet. Og så kan de ikke rumme, at jeg begynder at snakke om deres mavesårsmedicin, at det skal vi også nedbringe, altså. Det kan de ikke rumme. Så okay, det lader vi lige ligge. (PL 2)</p>
<i>Pårørende og plejepersonale</i>	<p>Nogle gange, så er barrieren jo også hjemmesygeplejersken eller sygeplejersken på plejehjemmet, ikke, som vil være bekymret ved, at skal hun nu ikke længere have sin Pantoprazol, som hun har fået i så mange år, ikke, altså sæt nu, og hvis nu. (PL 10)</p>
<i>Dilemma i konsultationen mellem individet og samfundet</i>	<p>Hvis forventninger er det, jeg skal leve op til. Ja, det er for det første mine egne, sådan fagligt, at gøre det ordentligt. Men det er jo, hvad er det egentlig, patienten ønsker. Det er jo sådan set dem, vi siger, vi er her for. Ikke for den store gruppe i samfundet, men for den enkelte, som du har taget ansvaret for at sætte i behandling eller ikke i behandling. (PL 4)</p>

Andre læger oplevede, at dét at skulle prioritere tiden til at komme i gang, var den største udfordring, og nogen angav, at det havde kostet ekstra arbejdstimer ud over det normale praksisarbejde. Nogle beskrev endvidere, at det havde været svært at arbejde systematisk, fordi deres IT-system ikke havde gode nok søgefunktioner. Dette havde givet udfordringer med at få overblik over ens patient-population og med at identificere alle relevante patienter. Derudover beskrev nogen, at det var en udfordring at få prioriteret tiden til at snakke om medicinændringer i konsultationen med den enkelte patient ved den individbaserede ad hoc-tilgang.

Patientniveau

Alle lægerne rapporterede, at en barriere for at implementere budskaberne i informationspakkerne var afvisende reaktioner mod medicinændringer hos patienterne (Box 1). Mens nogle oplevede det som et større problem, særligt blandt de ældre patienter, angav andre, at det primært var hos en mindre, i forvejen lidt "besværlig", gruppe af patienter. Lægerne angav endvidere, at de afvisende reaktioner primært var relateret til nogle bestemte typer af lægemidler såsom symptomlindrende og vanedannende medicin (tabel 3). En læge udtalte:

"At skifte til Clopidogrel fra dipyridamol, det er jo nemt. Det er noget andet, hvis vi taler afhængighedsskabende medicin. Så, så har vi en anden situation. Hvor patienten ønsker noget andet, end det lægen lægger op til." (PL10)

Når der opstod uoverensstemmelse mellem lægens og patienten præferencer og mål for behandlingen, var der stor forskel på, hvordan lægen oplevede dette. Nogle læger oplevede det som en frustration, at de ikke kunne overbevise patienterne om deres dagsorden. Andre oplevede det som en udfordring, men følte ikke frustration, hvilket af en af lægerne blev udtrykt således:

"Det kan jeg godt lide, den udfordring, eller hvad man skal sige. Det er ikke så, at jeg tænker, det tør jeg ikke tage fat på, eller jeg gider ikke det bøv. Sådan er det ikke." (PL 9)

Mens nogle lægers tilgang til patienten var præget af et compliance-perspektiv, hvor patienterne skal følge lægens anvisninger, så var andre læger meget bevidste om at få patientens erfaringer og præferencer bragt frem ved dialog. En læge beskrev sin tilgang således:

"Den måde, jeg har så gjort det på, det er, det har været en inddragende konsultation, hvor man kan sige, hvordan synes du, det har været, hvordan har virkningen været, hvad har været godt, hvorfor tog du det, og hvordan synes du, det virker for dig." (PL 4)

Nogle læger pointerede endvidere vigtigheden af at respektere patientens autonomi og, i et forsvarligt omfang, at imødekomme patienternes præferencer. En læge sagde:

"Vi må også respektere folks egne erfaringer og ønsker et stykke ad vejen." (PL 8)

Nogle af lægerne gav udtryk for, at de var villige til at gå på kompromis med deres medicinske faglighed for at bevare det gode læge-patient-forhold. En læge sagde følgende om konflikter med patienten:

"Nej, så er jeg bare så pragmatisk, så tænker jeg æv. Jeg håber nogle gange, at jeg sår et frø, og så kan det være, at det med tiden spirer. Så tænker jeg, at det ikke lige behøver at være dag ét, at det blev fjernet." (PL 9)

Ligesom denne læge omtalte andre læger også vigtigheden af timingen i forhold til at lave ændringer i eller seponere medicin. Dette kom til udtryk på følgende måde hos en af lægerne:

"Det er noget med, ja, det lyder så højtideligt, men det at forsøge at se folk, hvor de er. Og hvis du er i en uafklaret situation med en pensionssag eller noget andet, så er det ikke det tidspunkt, du skal forsøge at trappe folk ud af medicinen. Chancen for at det lykkes er nul. Chancen for at de vil høre og forstå dig, sådan på den måde, du vil forsøge at sende budskabet, er nul. Men når det er overstået, så kan du måske gøre det." (PL 4)

Nogle af lægerne beskrev, at de afvisende reaktioner også kunne komme fra pårørende eller hjemmesygeplejerske, som var utrygge ved seponering på patientens vegne. En læge tilføjede, at dette dog oftest kunne imødekommes ved en god dialog, og udtalte herom:

"De pårørende vil jo gerne have at vide begrundelserne for, hvorfor og hvorfor ikke. Det vil de gerne. Det er sjovt, hvis man spørger folk, som ikke er personligt involveret i det, så er det ofte sådan, at de fleste er helt enige i, at de gamle får alt for meget medicin, og at det skulle stoppe. Når det handler om deres egen mor, så er de straks lidt mere i tvivl. Det er ligesom de påtager sig et ansvar, hvis de overhovedet har en mening om det. Der må jeg prøve at understrege, at det stadig er mit ansvar. Sådan nogle ting her kommer til at virke bedst, hvis man laver det i et samarbejde, hvor de også forstår mine bevæggrunde." (PL 8)

Nogle af lægerne angav dog, at plejepersonale og hjemmesygeplejerske oftest tog positivt imod forslag om seponering hos de ældre. Ligeledes angav nogle af lægerne, at deres oplevelse var, at mange patienter tog fint imod tilbuddet om ændring af deres medicin, når de fik en god forklaring på hvorfor (Box 1).

Nogle af lægerne havde overvejelser omkring for hvis skyld, der skulle seponeres medicin, og nogle omtalte i den sammenhæng dilemmaet mellem hensynet til individet og hensynet til samfundet, som de følte blev forstærket ved udsendelse af sådanne pakker. Nogle af lægerne mente endvidere, at budskaberne ikke afspejlede indføling med virkeligheden og appellerede til, at man fra regionens side ikke forcerede en seponeringsdagsorden med besparelse for øje. En læge udtalte:

"Nogle gange har vi nogle mål, som er lidt for urealistiske, som skal realiseres for hurtigt med for lidt indføling." (PL 4)

Box 1. Patientreaktioner fra lægens perspektiv

Afvisende reaktioner

Mange patienter har det ligesom alle mulige andre, de kan bedst lide, når det går ligesom det plejer, og der er ikke nogen, der skal komme og lave om på det. Tænk nu, hvis det ikke går, og sådan noget. (PL 9)

[om patienternes skepsis mod ændringer:] Nu har jeg jo fået den her i så lang tid, og det er så stort et problem, så det har jeg ikke meget lyst til at holde med fordi, tænk, hvis det her bliver værre, at jeg ikke kan gå ud. Det er især negative forventninger til det sociale, jeg kunne lige pludselig få urge, mens jeg sidder i bussen, hvis jeg er til fest eller et eller andet. Jeg tør ikke løbe risikoen. (PL 4)

De er ikke glade for at miste deres medicin. Det er sådan 'Ej, må jeg ikke få det?' Så prøver [vi] så godt, vi kan. Men det er ikke glade patienter, vi får ud af det. Lad os sige det. (PL 1)

Altså nogle af dem har fået det [PPI] altid-agtigt og sagt, at jeg får sure opstød og halsbrand, når jeg holder. Ja, det gør du, men prøv nu, kunne du prøve det her imens, så kan det være, at det går. Det synes jeg, er nogle af dem, der er sværest sådan at overtale til det. (PL 9)

Positive reaktioner

Generelt synes jeg egentlig, det bliver taget okay. Egentligt betragter de det nok som noget positivt, altså at man forholder sig til deres ve og vel. Altså, hvad er der godt for dig i forhold til, vi har så fundet ud af, at det her er så noget skidt på det her punkt, det var man ikke klar over før. Så derfor sådan og sådan. Så langt de fleste de siger 'nå, men det er fint'. (PL 3)

Der er selvfølgelig også nogle enkelte, der siger jamen 'Ej, det er dejligt, nu er jeg ude af det her'. (PL 1)

Andre læger gav dog udtryk for, at de ikke så den populationsbaserede tilgang i informationspakkerne som direkte problematisk i forhold til at anvende en patient-centreret tilgang. En læge udtrykte det således:

"Det er jo ikke den samme besked, hvert enkelt individ får. I virkeligheden lægger man jo et individuelt succeskriterium for hver enkelt patient. Fordi det er jo ikke det samme, der gælder for hver patient. Så på den måde bliver det alligevel, synes jeg, patient-centreret. Og så kan regionen have nogle bagtanker med det, og jeg kan have nogle andre. Men det kan godt være, at målet er det samme, nemlig, at de bliver nedsat i dosis eller trappet helt ud." (PL 3)

Arbejdsindsats ved informationspakkerne

Alle lægerne omtalte, at det havde krævet tid at komme i gang med at implementere informationspakkerne. Nogle af lægerne angav endvidere, at det havde givet ekstra konsultationer, mens andre ikke følte, at det havde krævet ekstra arbejde, når det først var sat i system. En læge sagde:

"En del af det har vi ordnet, når folk var her alligevel." (PL 8)

Mens en anden læge beskrev, at når det først var sat i system, så var det bare en del af dagligdagen:

"Jamen, det er bare med, ja, det er sådan i det daglige arbejde. Det er bare og få det ind i systemet." (PL 1)

4.4.5. Perspektiver på vedligeholdelse

Lægerne havde forskellige tilgange til vedligeholdelse af budskaberne fra informationspakkerne i praksis. Derudover fremkom der en række bud på andre indsatser, som kunne styrke implementeringen af budskaberne i informationspakkerne.

Tilgange til vedligeholdelse i praksis

Informationspakkerne havde medvirket til, at nogle praksis havde ændret eller indført nye rutiner i forbindelse med receptfornyelse af eksempelvis PPI-præparaterne. Nogle havde imidlertid i forvejen etableret eller var i gang med at etablere nye rutiner i forhold til vanedannende medicin som følge af akkrediteringen. For andre læger blev arbejdet med informationspakkerne betragtet som en engangsindsats. Alle lægerne angav dog, at de generelt var blevet mere opmærksomme på lægemidlerne i informationspakkerne, og at de fortsat ville være det fremadrettet. En læge beskrev det således:

"Jeg synes slet ikke, det har lavet om på rutinerne ret meget. Men vi er selvfølgelig opmærksomme på det. Så de er nok med til, at vi er mere opmærksomme på, hvordan vi udskriver medicin, tror jeg. I det hele taget." (PL 1)

Andre virkemidler end den praktiserende læge

Nogle af lægerne mente, at det var vigtigt at bruge andre virkemidler end blot den praktiserende læge i forhold til at styrke implementeringen af budskaberne i informationspakkerne. Det blev pointeret af nogen, at det var afgørende at lave samme indsats over for sygehuslægerne. En læge udtalte:

"Man skal også have hospitalsafdelinger med lidt inde over. Fordi det er jo ikke usædvanligt, at vi kan se, at det er derinde – vi kan se, at der bliver det startet op." (PL 6)

Andre mulige virkemidler, som blev nævnt, var tilskudsregler og adgang via håndkøbsmedicin, hvorom en læge sagde:

"Altså, det nemmeste, det ville jo være at lige pludselig, så blev der en eller anden form af klausulering af det – så var der ikke så meget af det tilskud til medicinen, men det [PPI] er et håndkøbspræparat også, så de kan jo reelt købe det ved siden af. Så det gør jo også, at det er svært. Det er jo ikke i vores hænder alene." (PL 6)

I forhold til håndkøbsmedicin pointerede en anden læge følgende:

"Hvis vi som befolkning mener, at der er et problem med højt forbrug af PPI, så skal vi ikke sætte det i håndkøb." (PL 4)

Nogle læger savnede opbakning fra myndighederne, så det ikke altid er den praktiserende læge, der sidder med beslutningen (eller "aben", som en læge udtalte) i forhold til at få reduceret forbruget af problematiske præparater. I den sammenhæng udtalte en læge:

"Nogle gange så kan man jo tænke sig, hvad man vil om Styrelsen for Patientsikkerhed, men andre gange, så kan det jo måske være meget rart lige, hvis der kommer nogle lidt hårde krav om, at folk skal – det skal ske, det skal være sådan her." (PL 5)

I den forbindelse efterspurgte nogle af lægerne patientrettet informationsmateriale, som kunne understøtte budskaberne i informationspakkerne og støtte patienterne i at forstå balancen mellem skadelige og gavnlige virkninger af medicinen.

4.5. Opsummering

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at 4 ud af 5 praksis havde diskuteret indholdet af informationspakkerne enten i lægegruppen eller i hele personalegruppen. Lidt færre (2 ud af 3 praksis) havde arbejdet aktivt med en eller flere informationspakker. De informationspakker, som flest praksis havde valgt at arbejde med, var pakkerne omhandlende lægemidlerne dipyridamol og PPI. Blandt de praksis, der havde arbejdet med pakkerne, vurderede 77%, at der var sket en forbedring i lægemiddelordinationen for en eller flere af lægemiddelgrupperne i informationspakkerne.

Omkring 90 % af praksis vurderede, at de konkrete anbefalinger, omsætteligheden til den kliniske hverdag og datarapporten havde haft betydning for, at de havde valgt at arbejde med informationspakkerne. PLO's involvering i projektet havde spillet en rolle for tre ud af fire praksis. Over 40% oplevede, at det havde været vanskeligt at identificere relevante patienter i deres IT-systemer, og knap 60% angav, at arbejdet med pakkerne havde været mere tidskrævende end forventet. Omkring 70% af praksis angav endvidere, at de i nogen eller høj grad havde mødt patientmodstand mod medicinændringer.

Interviewundersøgelsen blev foretaget blandt 10 læger fra praksis, der havde valgt at arbejde med en eller flere pakker. Undersøgelsen viste, at tilslutningen til implementeringen af informationspakkerne blev drevet af forskellige motivationsfaktorer. Fælles for de interviewede læger var et stort fagligt engagement. Betydningen af PLO's involvering var endvidere stor hos nogle af lægerne. Der var generelt god tilfredshed med informationspakkerne som helhed blandt lægerne. Nogle pakker blev betragtet som lettere at implementere end andre på grund af antallet af berørte patienter og den involverede kliniske problemstilling. Datarapporten blev anset som et brugbart og motiverende redskab, men vækkede dog også blandede følelser hos nogle læger.

De interviewede læger havde anvendt forskellige strategier til at implementere pakkerne. Nogle havde en *individbaseret tilgang*, hvor kun lægen, og ikke personalet, var involveret.

Denne tilgang omfattede, at lægen ad hoc (som patienterne kom til konsultationer af andre årsager) vurderede muligheden for at seponere det specifikke præparat og derefter gik i dialog med patienten herom. Andre havde *praksisbaserede tilgange*, hvor personalet blev involveret, fx i at identificere patienterne eller tage kontakt til patienterne. De praksisbaserede tilgange involverede enten en engangsindsats, hvor relevante patienter blev fremsøgt og proaktivt kontaktet, eller en mere rutineorienteret tilgang, hvor praksis systematisk identificerede patienterne, når de alligevel kontaktede praksis i forbindelse med fornyelser af recepter på det pågældende præparat.

I forbindelse med arbejdet med implementeringen af informationspakkerne havde de interviewede læger oplevet forskellige udfordringer. Det kunne være udfordrende at blive enige i praksis om, hvorvidt og hvordan de skulle arbejde med pakkerne samt efterfølgende at prioritere tid til igangsætning af arbejdet. Ligeledes var det en udfordring af prioritere tiden til at drøfte seponering med den enkelte patient i konsultationen. Lægerne oplevede både positive og afvisende reaktioner fra patienterne, sidstnævnte primært for nogle bestemte typer af lægemidler såsom symptomlindrende og vanedannende medicin. Desuden var det væsentligt for nogle af lægerne at kunne tilpasse seponeringsdialogen den enkelte patient, fx ift. om timingen var god, eller om seponering overhovedet var relevant for den pågældende patient. I den sammenhæng fremhævede nogle læger et dilemma mellem hensynet til individet og hensynet til samfundet, som nogle oplevede blev forstærket af informationspakkerne.

5. STYRKER OG BEGRÆNSNINGER

Evalueringen baserer sig på et bredt udsnit af læger fra Region Midtjylland. Variationen omfatter geografisk placering og type af praksis, lægernes erfaring og køn, lægemiddelforbrug før Medicin i Midt samt implementeringsaktiviteter. Almen praksis er i udgangspunktet en meget heterogen størrelse. Derfor er denne variation i udvælgelsen af informanter afgørende for generaliserbarheden af evalueringens resultater.

Evalueringens fokus på at afdække projektets aktiviteter har givet værdifulde indsigter i, hvordan praktiserende læger har taget imod Medicin i Midt og sat projektet i anvendelse. Det primære fokus på deltagende praksis har dog også begrænsninger. Lægerne i disse praksis kan være mere motiverede end gennemsnittet, dels for at arbejde med emnet medicinoptimering, og dels for at arbejde med kvalitetsudvikling generelt. De har måske også mere overskud i hverdagen end gennemsnittet af læger.

Svarprocenten i spørgeskemaundersøgelsen i delprojekt 2 var 45%. Dette er en acceptabel svarprocent, men efterlader naturligvis en halvdel af praksis, som ikke er repræsenterede. Det er sandsynligt, at praksis, som ikke har svaret, i mindre grad har arbejdet med informationspakkerne. Det må derfor forventes, at færre praksis end estimeret har arbejdet med informationspakkerne.

Endeligt omfatter evalueringen kun perspektiver fra læger. Interviews med praksispersonale og patienter ville forventeligt have bidraget med yderligere indsigter.

6. PERSPEKTIVER

Evalueringen af Medicin i Midt giver nye indsigter i, hvordan faglige indsatser, udviklet i et samarbejde mellem den regionale kvalitetsudviklingsorganisation i Region Midtjylland og PLO-M, bliver modtaget og sat i anvendelse i almen praksis. Resultaterne bidrager endvidere med ny viden på en række områder af betydning for fremtidige kvalitetsudviklingsindsatser.

Evalueringen tydeliggør, at den vigtigste motivationsfaktor for at arbejde med kvalitetsudvikling blandt læger er at gøre det bedste for patienten. Det er derfor afgørende, at indsatser fra regionen, foruden et evt. økonomisk sigte, udvikles med patientorienterede værdier for øje, og at dette kommer tydeligt frem i indsatsen. En måde at afstemme nye indsatser med lægernes faglige værdier er at udvikle disse i samarbejde med lægernes faglige organisationer, som gjort i Medicin i Midt. Dette kan endvidere bidrage til at øge fælleskollegial interesse og ejerskab for indsatsen hos de praktiserende læger.

Den store variation på tværs af praksis i, hvordan kvalitetsudviklingsarbejdet gribes an, understreger, at der er mange måder at tænke og tilgå kvalitetsudvikling på både hos den enkelte læge og i den enkelte praksis. Variationen afhænger bl.a. af størrelsen og organiseringen af praksis, rollefordelingen mellem faggrupper samt personlige præferencer. Disse erfaringer fremhæver vigtigheden af, at fremtidige indsatser tager udgangspunkt i denne variation og udvikles således, at den enkelte praksis har mulighed for at tilpasse indsatsen til egne forhold.

Den positive respons på erfaringsudveksling mellem praksis indikerer, at indsatser med fordel kan ledsages af forskellige, konkrete bud på, hvordan organisering af indsatsen kan gribes an. Herved kan praksis få inspiration til nye måder at tilgå kvalitetsudviklingsarbejde på. Det kan desuden støtte praksis i at arbejde systematisk med deres indsats. Variationen i arbejdet med Medicin i Midt var også præget af, om praksis betragtede indsatsen som en engangsindsats eller som noget, der skulle blive hverdagsrutine. Ved udviklingen af forslag til konkrete modeller for organisering er det således vigtigt at overveje, hvorvidt kvaliteten kan løftes tilstrækkeligt ved en engangsindsats i praksis, eller om en vedvarende effekt fordrer, at indsatsen indarbejdes som nye rutiner i den kliniske hverdag.

Evalueringen belyser også en række udfordringer ved kvalitetsudviklingsarbejde, som påpeger, at fremtidige indsatser med fordel kan indeholde supplerende tilbud, der retter sig mod kendte eller formodede udfordringer. Eksempler på sådanne tilbud kunne være adgang til IT-support (eksempelvis til fremsøgning af patienter) eller til konsulentbistand til organisering af indsatsen i praksis. Andre forslag omfatter mulighed for opkvalificering af praksispersonalet på udvalgte områder, patientrettet informationsmateriale relateret til indsatsen, præparatspecifik vejledning til lægen om måder at samtale med patienten på vedrørende seponering samt mulighed for farmakologisk rådgivning.

Den gennemgående tidsmæssige udfordring opfordrer til, at indsatser rettet mod mere ressourcekrævende opgaver (som fx medicingennemgang) faciliterer, at praksis har bedre mulighed for prioritere disse opgaver. Af samme grund anbefales det, at indsatser tager udgangspunkt i den kliniske hverdag i almen praksis, hvor en pragmatisk tilgang til fx medicingennemgang ofte er mere realistisk end den 'ideelle' tilgang.

I fremtiden vil meget kvalitetsudviklingsarbejde basere sig på de nye klynger. Dette forum skaber nye muligheder for at bruge erfaringsudveksling på tværs af praksis og for at bruge egne data til at tydeliggøre praksisforskelle og facilitere faglige diskussioner herom. Erfaringerne fra Medicin i Midt bidrager med vigtig læring, som kan inddrages i udviklingen af disse og nye tilgange, og informationspakkerne fra delprojekt 2 er da også allerede tilpasset og taget i anvendelse i den nye klyngestruktur i Region Midtjylland. Denne læring kan således anvendes både regionalt og nationalt i det fremtidige kvalitetsudviklingsarbejde.

Generel information

Ydernummer

--	--	--	--	--	--

Praksistype:

 Solopraksis Flerlægepraksis

Hjemmearbejdet med selvvalgt emne

1. Hvordan har du arbejdet med det selvvalgte emne hjemme i din praksis?

Sæt ét kryds for <u>hvert udsagn</u>	Nej	Ja	Ved ikke
Min praksis har fremsøgt relevante patienter via eget lægesystem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min praksis har kontaktet relevante patienter per telefon, e-mail, sms eller brev vedr. medicinændringer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min praksis har involveret personalet i arbejdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har gennemført konsultationer vedr. medicingennemgang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har anvendt værktøjer fra praksis.dk (fx seponeringslisten, START/STOPP).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har afholdt en eller flere opfølgende konsultationer som følge af medicinændringer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har søgt ekstern rådgivning vedr. medicingennemgang for nogle patienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja - hos hvem har du søgt rådgivning? (Der må gerne sættes flere krydser)

- Regional lægemiddelkonsulent
- Klinisk farmakolog
- Geriater
- Anden speciallæge
- Andre: _____

--	--

Forbeholdt kodning



2. Hvad har fungeret godt ved hjemmearbejdet?

Forbeholdt kodning:

3. Hvad har været udfordrende ved hjemmearbejdet?

Sæt ét kryds for <u>hvert</u> udsagn	I høj grad	I nogen grad	Slet ikke
Det har været svært at identificere de relevante patienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har været svært at forklare patienterne om gavnlige effekter versus potentielle risici ved nogle lægemidler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogle patienter ønskede ikke at foretage relevante ændringer i deres medicin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været i tvivl om, hvorvidt ændringer i medicinen var det rigtige at gøre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været i tvivl om, hvordan jeg bedst udtrapper nogle lægemidler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været bekymret for negative konsekvenser for nogle patienter som følge af medicinændringer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet:

Forbeholdt kodning:



4. Hvordan har I løst eventuelle udfordringer?

Forbeholdt kodning:

Supplerende oplysninger

Alle data behandles fortroligt og vil ikke blive videregivet til tredjepart.

Må din besvarelse bruges til evaluering af Medicin i Midt?

 Ja Nej

Må din besvarelse (anonymiseret) kobles med lægemiddelregisterdata?

 Ja Nej

Må vi kontakte din praksis igen ved behov for uddybende oplysninger?

 Ja Nej

Navn: _____

Mange tak for din besvarelse.

**FORSKNINGSENHEDEN
FOR ALMEN PRAKSIS**

Aarhus



Evaluering af efteruddannelsesforløb

Ydernummer

--	--	--	--	--	--

1. Hvad har haft betydning for, at du har valgt at deltage i Medicin i Midt's efteruddannelsesforløb?

Sæt ét kryds for <u>hvert udsagn</u>	Stor betydning	Nogen betydning	Ingen betydning
At patienter med polyfarmaci fylder meget i det daglige arbejde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At medicingennemgang kan være en udfordring i en travl hverdag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At forløbet er godkendt som efteruddannelsesaktivitet i den formelle efteruddannelse for almen praksis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At PLO-Midtjylland er en tydelig del af projektet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet:

--	--

Forbeholdt kodning

2. Vurderer du, at efteruddannelsesforløbet har klædt dig bedre på til at lave medicingennemgang for den ældre medicinske patient?

 Nej Ja Ved ikke

3. Hvad kan gøre det lettere for dig at lave medicingennemgang i en travl hverdag?

Sæt ét kryds for <u>hver mulighed</u>	I høj grad	I nogen grad	Slet ikke
Mulighed for at udlevere informationsmateriale til patienten om gavnlige effekter og risici ved potentielt uhensigtsmæssig medicin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighed for at inddrage patient-rettede beslutningsstøtteredskaber i dialogen med patienten omkring medicinændringer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre mulighed for at opkvalificere praksispersonale vedr. uhensigtsmæssig medicin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre mulighed for at sparre med en ekstern specialist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre mulighed for at henvise til medicingennemgang ved en ekstern specialist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet:

--	--

Forbeholdt kodning

4. Supplerende oplysninger

Alle data behandles fortroligt og vil ikke blive videregivet til tredjepart.

Må din besvarelse (anonymiseret) kobles med lægemiddelregisterdata? Ja Nej

Mange tak for din besvarelse.



BILAG 3: Interviewguide, delprojekt 1

Tema	Spørgsmål
Engagement (5 minutter)	Hvad tænkte du, da du modtog invitation til efteruddannelsesforløbet i Medicin i Midt? <ul style="list-style-type: none"> - Motivation for tilmelding - Stormøde/workshop vs. DGE-forløb - Betydning af afsender (RM, PLO)
Uptake (5 minutter)	Flere sprang fra undervejs (deltog kun i stormøde). Hvad fik dig til at lave hjemmearbejdet og deltage i workshoppen også? <ul style="list-style-type: none"> - Vigtighed af hjemmearbejdet med medicingennemgang ift. andre opgaver i praksis - Hvordan vil du beskrive kulturen i din/jeres praksis ift. kvalitetsudvikling?
Actions (35 minutter)	Hvordan har din/jeres praksis konkret arbejdet med medicingennemgang? <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan kom I i gang? Identifikation af patienter? - Involvering af personalet? - Plan/procedure for arbejdet? - Tovholder/ansvarlig for arbejdet? - Hvilke hjælpemidler/redskaber har I brugt? - Rådført jer hos ekstern specialist? Beskrive hvordan og udbyttet. <p>Hvad har fungeret godt?</p> <p>Hvad har været udfordrende?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det organisatoriske: tid, identifikation af pt - Det faglige/farmakologiske? - Kommunikation med pt? - Opfølgning (Hvordan?)/ Arbejdsbyrde efter initial MGG?
Communication Patient reactions (10 minutter)	Hvordan oplevede du samtalen med patienten omkring medicingennemgangen og evt. medicinændringer? <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan tog patienterne imod initiativet til medicinændringer? - Andres reaktioner? (pårørende, plejepers.)
Maintenance (5 minutter)	Har efteruddannelsesforløbet givet anledning til ændringer i rutiner i din/jeres praksis i forhold til medicingennemgang? <p>Hvad synes du om efteruddannelsesforløbet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad fungerede godt/mindre godt? - Var der noget, du savnede?

Medicin i Midt - Spørgeskema om informationspakker

Om undersøgelsen

Forskningsenheden for Almen Praksis er i samarbejde med PLO-Midtjylland og Region Midtjylland i gang med at undersøge erfaringerne med Medicin i Midt og de informationspakker, der blev udsendt til alle praksis i Region Midtjylland i starten af september 2017. De fire informationspakker handler om dipyridamol, lægemidler til behandling af overaktiv blæresyndrom (urologica), PPI og smertepastre. Derfor sender vi nu et spørgeskema til alle praksis i regionen.

Den læge, der har arbejdet mest med informationspakkerne, bedes besvare spørgeskemaet. Det tager ca. 5 minutter. Selvom I ikke har arbejdet med pakkerne i praksis, vil vi bede jer besvare spørgeskemaet. Skemaet bedes udfyldt inden for en uge og returneres i vedlagte frankerede svarkuvert.

Resultaterne vil blive formidlet gennem nyhedsmail fra praksis.dk og som videnskabelige artikler. Vi håber, at indsatsen kan bidrage til bedre kvalitetsudviklingstiltag på medicinområdet fremover.

Alle data behandles fortroligt, og ingen oplysninger om den enkelte praksis vil blive videregivet til tredjepart. Har du spørgsmål til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte læge, postdoc Kirsten Høj, Forskningsenheden for Almen Praksis: e-mail: kirstenh@ph.au.dk, tlf.: 87 16 79 54.

På forhånd tak for hjælpen.

Med venlig hilsen

Flemming Bro
Professor, praktiserende læge

Lise Høyer
Praktiserende læge, formand for PLO-Midtjylland

Generel information

Praksistype:

Solopraksis

Flerlægepraksis

Angiv antal faste læger:

--	--

Modtagelse af informationspakkerne

1. Har din praksis modtaget den første udsendelse af informationspakker fra Medicin i Midt?

Nej

Ja

Ved ikke

Hvis du har svaret ja, så gå videre til spørgsmål 2.

Har du svaret nej eller ved ikke, skal du ikke svare på flere spørgsmål. (Send besvarelsen retur i vedlagte frankerede svarkuvert.)



Forløbet med informationspakkerne

De næste spørgsmål handler om, hvad I har gjort efter modtagelse af pakkerne.
(Du skal besvare på vegne af hele praksis.)

2. Har din praksis diskuteret indholdet af en eller flere af informationspakkerne?

- Indholdet er diskuteret i hele personalegruppen (både læge(r) og praksispersonale)
- Indholdet er alene diskuteret i lægegruppen
- Indholdet er ikke diskuteret
- Ved ikke

3. Har din praksis arbejdet med en eller flere af informationspakkerne?

- Nej Ja Ved ikke

Hvis ja, angiv hvilke(n) pakke(r)?

- Dipyridamol Urologica PPI Smerteplastre

Hvis du har svaret nej eller ved ikke, så gå videre til spørgsmål 7.

4. Hvad har haft betydning for, at din praksis har valgt at arbejde med informationspakkerne?

Sæt ét kryds for <u>hvert</u> udsagn	Stor betydning	Nogen betydning	Ingen betydning
Anbefalingerne om de enkelte lægemiddelgrupper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datarapporten om lægemiddelordinationer i vores praksis sammenlignet med ordinationer i andre praksis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At indholdet i pakkerne let kunne omsættes til den kliniske hverdag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At PLO-Midtjylland var en tydelig del af projektet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet: _____

--	--

Forbeholdt kodning

5. Hvordan har din praksis arbejdet med informationspakkerne?

Sæt ét kryds for <u>hvert</u> udsagn	Nej	Ja	Ved ikke
Min praksis har identificeret relevante patienter via eget lægesystem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min praksis har lavet et notat i relevante patienters journaler om behov for medicinændringer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min praksis har kontaktet relevante patienter (per telefon, e-mail, sms eller brev) vedr. deres medicin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min praksis har afholdt konsultationer med relevante patienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet: _____

--	--

Forbeholdt kodning



6. Hvad har været udfordrende for din praksis i arbejdet med informationspakkerne?

Sæt ét kryds for <u>hvert udsagn</u>	I høj grad	I nogen grad	Slet ikke
Det har været svært at identificere de relevante patienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogle patienter ønskede ikke at foretage ændringer i deres medicin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der har været forskellige holdninger i praksis til, hvordan vi skulle arbejde med informationspakkerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der har været tvivl i praksis om, hvorvidt ændringer i medicinen var det rigtige at gøre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har krævet mere tid, end vi havde regnet med.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet: _____

--	--

Forbeholdt kodning

Hvis I har arbejdet med informationspakkerne, skal spørgsmål 7 ikke besvares.

7. Hvad har haft betydning for, at din praksis ikke har arbejdet med informationspakkerne?

Sæt ét kryds for <u>hvert udsagn</u>	Stor betydning	Nogen betydning	Ingen betydning
Anbefalingerne om de enkelte lægemiddelgrupper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datarapporten om lægemiddelordinationer i vores praksis sammenlignet med ordinationer i andre praksis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At min praksis arbejder med andre kvalitetsudviklingsprojekter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At min praksis aktuelt ikke har overskud til projekter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At vi har planlagt at arbejde med informationspakkerne senere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At der ikke gives honorering.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet: _____

--	--

Forbeholdt kodning

8. Vurderer du, at der i din praksis er sket en forbedring i lægemiddelordinationen for en eller flere af lægemiddelgrupperne i informationspakkerne?

Nej Ja Ved ikke Ikke relevant

Supplerende oplysninger

Må vi koble din besvarelse (anonymiseret) med lægemiddelregisterdata? Ja Nej

Må vi kontakte din praksis igen ved behov for uddybende oplysninger? Ja Nej

Mange tak for din besvarelse.

(Send besvarelsen retur i vedlagte frankerede svarkuvert.)



BILAG 5: Interviewguide, delprojekt 2

Tema	Spørgsmål
<p>Engagement/uptake</p> <p>(10 min)</p>	<p>Jeg vil gerne starte med at gå tilbage til september 2017, hvor din praksis modtog informationspakkerne fra Medicin i Midt.</p> <p>Hvad skete der, da du/I modtog informationspakkerne fra Medicin i Midt?</p> <p>(Hvorfor kom I i gang med at arbejde med pakkerne?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation, hvorfor lige den/de valgte pakker? - Afsender - Datarapporten/(gentagen) feedback - Tilgængelighed/omsættelighed af interventionen
<p>Actions</p> <p>(20 min)</p>	<p>Hvordan har din/jeres praksis konkret arbejdet med pakkerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konkret med eksempler, hvem gør hvad? Uddybe. - Personaleinvolvering? Hvordan? Hvad er personalets rolle? - Plan/procedure for arbejdet? - Brugt medfølgende handlingsplan/ ladet sig inspirere heraf? - Tovholder for arbejdet? - Evt. fulgt op på egen proces og mål? Hvordan? <p>Hvad har fungeret godt?</p> <p>Hvad har været det mest udfordrende?</p>
<p>Communication</p> <p>Patient reactions</p> <p>(15 min)</p>	<p>Hvordan oplevede du samtalen med patienten omkring medicinændringer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konkrete eksempler fx seneste pt. - Forskellige mellem lægemidlerne <p>Hvordan tog patienterne imod initiativet til medicinændringer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konkrete eksempler fx seneste pt
<p>Maintenance</p> <p>(15 min)</p>	<p>Hvordan opfølgning efter medicinændringer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eksempler <p>Har pakkerne givet anledning til nye rutiner/systematikker ift. seponering af medicin?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konkret – hvem gør hvad?