



Dospakket medicin – en analyse

Rapport

Januar 2023



Foto af Rune Pedersen stillet til rådighed af Danmarks Apotekerforening.

Indhold

1. Indledning.....	4
2. Hvad er maskinelt dosispakket medicin.....	7
2.1. En kort introduktion	7
2.2. Hvem kan få dosispakket medicin og analysens målgruppe	8
2.3. Udviklingen og den nuværende brug af dosispakket medicin	10
3. Dosispakket medicin – en tværsektoriel opgave.....	15
3.1. Tværsektorielt samarbejde nødvendigt	15
3.2. Kommunerne – motivation, organisatoriske tilgang og samarbejde	17
3.3. Almen praksis – behov for support og læring.....	22
3.4. Apotekerne – grundlæggende forudsætninger er på plads	24
3.5. Hospitalerne – dosispakket medicin ikke fokusområde.....	24
4. Udfordringer og barrierer ved opstart af dosispakning.....	25
4.1. Den typiske arbejdsgang ved opstart.....	25
4.2. Kommunens identifikation af egnede borgere	28
4.3. Indhentning af samtykke fra borgeren	30
4.4. Almen praksis	37
4.5. Apotekerne – udleverende og pakkende.....	39
4.6. Kommunens modtagelse af dosispakket medicin	42
5. Ændret medicinering og sektorovergange	44
5.1. Arbejdsgang ved ændringer af ordinationer.....	44
5.2. Ændringer opleves som mere krævende med dosispakket medicin	46
5.3. Mertidsforbrug og honorar i almen praksis	47
5.4. Apotekerne – levering af akutrulle.....	50
5.5. Et hospitalsperspektiv på maskinelt dosispakket medicin	50
6. Patientsikkerhed og målgruppe for dosispakket medicin	53
6.1. Utilsigtede hændelser knyttet til medicinering.....	53
6.2. Forskellige perspektiver på dosispakket medicin	54
6.3. Dosispakket medicin og patientsikkerhed	56
6.4. Definition af målgruppen	59
6.5. Arbejdsgange og patientsikkerhed	62
6.6. Bedre muligheder for dataunderstøttelse	66
7. Dosispakket medicin – fordele, ulemper og potentiale.....	68
7.1. Det samfundsøkonomiske perspektiv.....	68
7.2. Konsekvenser for aktørernes tidsanvendelse	70

7.3. Budgetøkonomiske konsekvenser	73
7.4. Potentialet for dosispakket medicin i analysens målgruppe.....	75
8. Langsigtet perspektiv – anden fordeling af opgaver	77
9. Øget udbredelse af dosispakket medicin – road map.....	81
Bilag A. Medlemmer af arbejdsgruppen	85
Bilag B. Analysedesign	86
Bilag C. Tidsanvendelse – overvejelser og antagelser.....	90

1. Indledning

Baggrund for analysen

Kommunerne oplever i disse år mangel på arbejdskraft i hjemme- og sygeplejen. En udfordring, der kun forventes at stige i de kommende år. Samtidigt er der fokus på indsatser, der kan øge patient-sikkerheden og understøtte kvaliteten i de samlede patientforløb.

Anvendelsen af maskinelt dosispakket medicin kan potentielt adressere begge udfordringer. På trods heraf faldt antallet af borgere, der modtager dosispakket medicin, med en tredjedel fra 2013 til 2021. Efter bl.a. KL's opfattelse er der et betydeligt uudnyttet potentiale, hvilket var medvirkende til, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og PLO i slutningen af 2021 med henvisning til den særlige situation under COVID-19, indgik en midlertidig aftale, hvorefter de praktiserende læger modtager et honorar, når borgere sættes på dosispakket medicin. Det har formentlig bidraget til, at der i løbet af 2022 har været en stigning i antallet af borgere på dosispakket medicin, men effekten har været mindre end forventet, selv om den midlertidige honoraraftale er blevet forlænget flere gange.

På den baggrund vurderede KL og Danske Regioner i sommeren 2022, at der er behov for en samlet plan for, hvad der på tværs af sundhedsvæsenet skal til for at løfte brugen af maskinelt dosispakket medicin. For at etablere et grundlag for en sådan samlet plan blev det samtidigt besluttet at gennemføre en konsulentanalyse af området.

Konsulentfirmaet MUUSMANN blev udvalgt til at stå for analysen, der er gennemført i perioden september til december 2022. Resultaterne af analysen præsenteres dels i nærværende rapport, der detaljeret beskriver udfaldet af den gennemførte dataindsamling, der udgør grundlaget for analysens resultater, overvejelser, anbefalinger mv., dels i en kortere sammenfatningsrapport, hvor fokus i højere grad er på analysens konklusioner og anbefalinger.

Kommissoriet

Overordnet er formålet med analysen *for det første* at afdække de organisatoriske, økonomiske og lovgivningsmæssige barrierer, der begrænser udbredelsen af dosispakket medicin, *jf. figur 1.1*.

For det andet skal analysen kortlægge og så vidt muligt kvantificere gevinster og eventuelle ulemper ved udbredelse af dosispakket medicin.

Analysen skal *for det tredje* resultere i handlingsorienterede anbefalinger, der kan bidrage til at fremme dosispakket medicin, herunder hvilke forudsætninger der skal være opfyldt for at kunne realisere anbefalingerne. I forlængelse heraf skal analysen *for det fjerde* overveje det langsigtede perspektiv, herunder om ændringer af mere strukturel karakter på sigt vil være hensigtsmæssige i forhold til målet, samt gennem et antal scenarier beskrive mulige veje frem mod målet.

Idet maskinelt dosispakket medicin er en sundhedsydelse leveret af apotekerne, skal nærværende analyse ses i sammenhæng med, at Sundhedsministeriet som led i Sundhedsreformen har igangsat et arbejde, der mere generelt ser på apotekernes rolle i det samlede sundhedsvæsen, herunder hvilke opgaver apotekerne yderligere kan påtage sig i forbindelse med dosispakket medicin.

Figur 1.1. Uddrag af kommissoriet for analyse af dosispakket medicin



Målet med analysen er at afdække mulige organisatoriske og økonomiske gevinster ved en ændret arbejdsdeling i forhold til ordination og levering af dosispakket medicin.

Videre følger af kommissoriet, at analysen bl.a. skal:

- Afdække barrierer for en øget brug, dvs. oprettelse og især vedligeholdelse af dosispakket medicin.
- Vurdere, hvilken arbejdsbelastning ordination og vedligeholdelse af dosispakket medicin udgør i almen praksis indenfor de nuværende rammer, herunder ift. traditionelt leveret medicin (analysen skal tage højde for varians i tidsforbrug på tværs af lægepraksissystemer).
- Vurdere, hvilken arbejdsbelastning manuel ophældning af medicin udgør i kommunerne indenfor den nuværende ramme, og potentialet for arbejdskraftbesparelser ved øget brug af dosispakket medicin.

Analysen skal se på et eller flere scenarier med anbefalinger til, hvordan en eventuel på lang sigt mere grundlæggende omlægning, som understøtter dels målet om større brug af dosispakket medicin, dels en hensigtsmæssig brug af lægefaglige og personalemæssige ressourcer og kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, kan implementeres – herunder pege på, hvad en ændret arbejdsdeling forudsætter i form af justering af gældende regler, love og tekniske rammer.

Analysen skal resultere i operationelle handlingsanvisninger, der kan fremme målet.

Analysen er gennemført i regi af en arbejdsgruppe under programstyregruppen for Digital Almen Praksis. Arbejdsgruppen har bestået af repræsentanter for alle relevante aktører på tværs af sundhedssektoren, og KL har varetaget formandskabet, *jf. bilag A*.

Det har været afholdt tre møder i arbejdsgruppen. Arbejdsgruppens medlemmer har desuden deltaget som informanter i MUUSMANNs dataindsamling og bistået MUUSMANN med bl.a. at skabe kontakter til andre relevante interessenter og informanter. MedCom har tillige fungeret som bindeled mellem arbejdsgruppen og MUUSMANN.

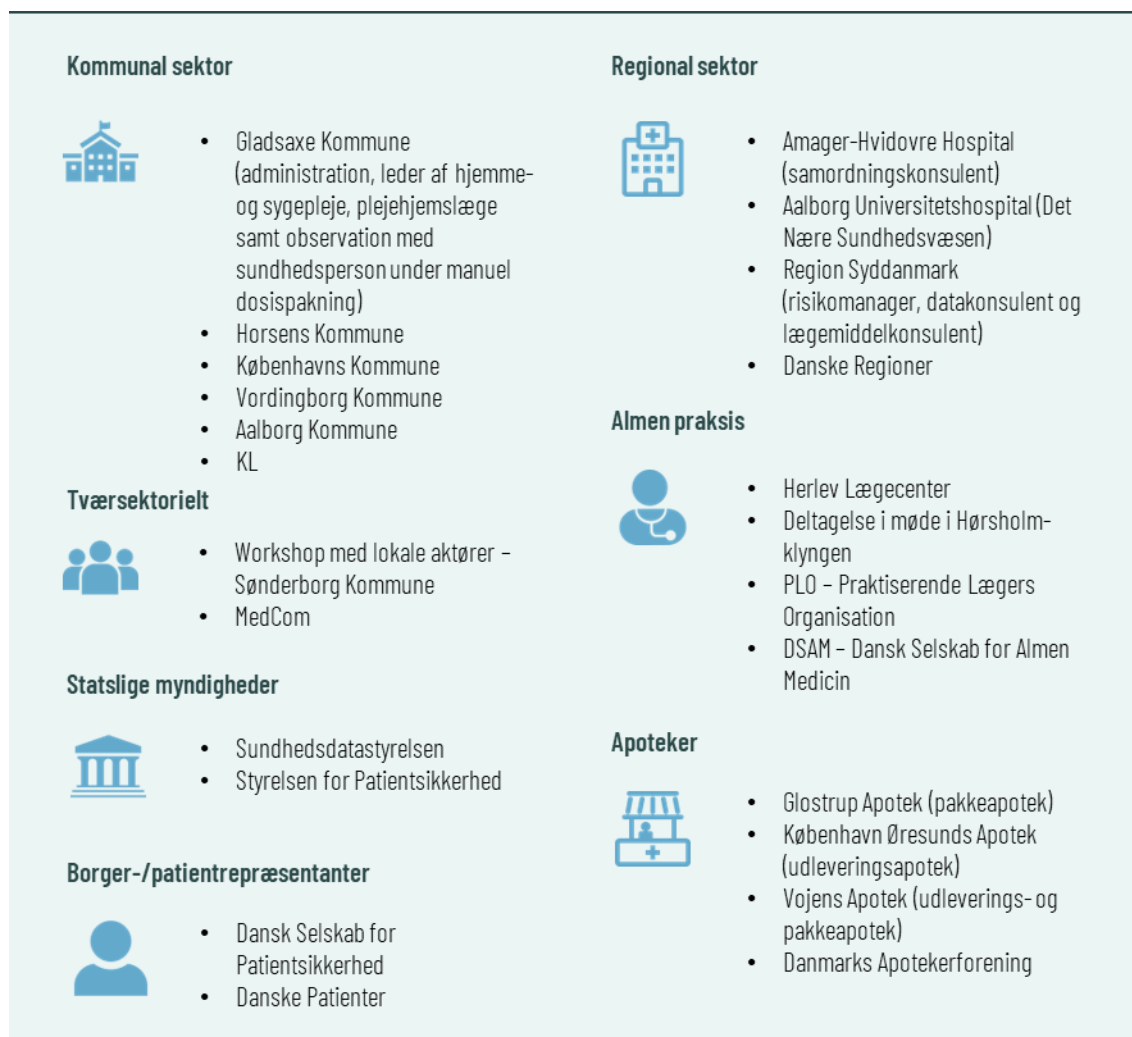
Analysedesign

Det analysedesign, MUUSMANN har anvendt for at opfylde kravene i kommissoriet, er beskrevet i bilag B.

Interviews med repræsentanter for de aktører, der har væsentlige roller og opgaver i forbindelse med dosispakket medicin, udgør en meget væsentlig del af den dataindsamling, der ligger til grund for de resultater, overvejelser og anbefalinger, der præsenteres i rapporten, *jf. figur 1.2*.

Udover selve interviewet af de pågældende informanter har der efterfølgende været kontakt i forhold til opklarende spørgsmål mv., ligesom MUUSMANN i et vist omfang har indhentet oplysninger fra andre informanter.

Figur 1.2. Gennemførte interviews



2. Hvad er maskinelt dosispakket medicin

Dette kapitel indeholder først en kort introduktion til maskinelt dosispakket medicin og udvalgte dele af den gældende offentlige regulering af området, ligesom den gruppe af borgere, som nærværende analyse har fokus på, defineres.

Dernæst beskrives både udviklingen i og den aktuelle anvendelse af dosispakket medicin, og der præsenteres en sammenligning med et antal udvalgte lande.

2.1. En kort introduktion

De fleste borgere får udleveret deres medicin i lægemiddelleverandørernes originalpakninger – én pakning pr. lægemiddel – på apoteket. Maskinelt dosispakket medicin er imidlertid et alternativ. Her pakker apoteket flere lægemidler i små poser, som borgeren så kan indtage på den dag og det tidspunkt, der er anført på hver pose. Apotekets pakning i poser sker maskinelt, og typisk leveres poserne til borgerne i ruller med medicin for en periode på 14 dage, *jf. figur 2.1*.

Figur 2.1. Udvalgte bestemmelser om dosisdispensering

§ 1, stk. 3. Ved dosisdispensering forstås, at et lægemiddel på apotek eller sygehusapotek påfyldes en doseringsbeholder, som er tilpasset lægemidlets konkrete anvendelse. Doseringsbeholderen kan indeholde en eller flere doseringer af et eller flere lægemidler.

§ 78. Det apotek eller sygehusapotek, der udleverer dosisdispenserede lægemidler til medicinbrugeren, skal kontrollere, at indholdet i doseringsbeholderen er i overensstemmelse med den forskrift eller det dosisdispenseringskort, der ligger til grund for dosisdispenseringen.

§ 109. Dosisdispensering skal foretages i overensstemmelse med oplysningerne i forskrift eller dosisdispenseringskort [...].

§ 111. Til dosisdispensering må kun anvendes egnede færdigpakkede lægemidler. En forudsætning for dosisdispensering er, at dosispakkede lægemidler ikke påvirker hinandens kvalitet og opbevaringstid uden for originalbeholderen. Det fremgår af Medicinpriser, om et lægemiddel er egnet til dosisdispensering.

§ 115. Dosisdispensering må i de i § 108, nr. 1-3, nævnte tilfælde foretages efter forskrift fra en person, der er berettiget til at anvise eller rekvirere de pågældende lægemidler [...].

§ 117. Apoteket skal have Lægemiddelstyrelsens tilladelse til at etablere pakkefunktion med henblik på salg af dosisdispenserede lægemidler til andre apoteker [...].



Kilder: Bekendtgørelse nr. 776 af 1. juni 2022 om recepter og dosisdispensering af lægemidler. Billede fra Danmarks Apotekerforening.

Medicin kan imidlertid også dispenseres manuelt. Mange borgere får hjælp af kommunalt ansatte i forhold til deres medicinering, herunder fx ved at en sundhedsperson fordeler lægemidler fra originalpakningerne i plasticæsker med angivelse af tidspunkt for indtagelse. I rapporten er denne form

for manual dosispakning alternativet, som maskinel dosispakning sammenlignes med. For forenklingens skyld har vi nedenfor undertiden valgt alene at skrive "dosispakket", hvilket i så fald altid refererer til "maskinelt dosispakket".

Som det fremgår af dosisdispenseringsbekendtgørelsen, er det ikke alle lægemidler, der kan dosispakkes. Det gælder lægemidler, der ikke har form af kapsler eller tabletter, men også visse typer af kapsler og tabletter. Lægemiddelstyrelsen godkender, hvilke lægemidler der kan dosispakkes, og lister herover findes på styrelsens hjemmeside.

Når en borger anvender både dosispakket medicin og ikke-dosispakket medicin, giver det anledning til sidedosering – dvs. medicin, der dispenseres ved siden af den medicin, der er indeholdt i dosisperne eller -æskerne.

Det er altid en forudsætning for at dosispakke medicin, at der eksisterer en gyldig ordination og en gyldig recept udstedt af en læge.

Det er en stor investering at installere maskinerne til maskinel dosispakning, og i dag er der syv apoteker på tværs af landet, der står for dosispakningen ("pakkeapoteker"), og som er godkendt af Lægemiddelstyrelsen til at levere den dosispakke medicin til landets øvrige apoteker ("udleveringsapoteker").¹ Af disse syv godkendte pakkeapoteker leverer de fem dosispakker til andre apoteker, mens de to sidste alene dosispakker til eget brug. Der gælder en række krav til bl.a. interne arbejdsgange og kontroller mv. for at blive godkendt som pakkeapotek, ligesom bekendtgørelsen også indeholder krav om, at udleveringsapotekerne skal gennemføre en kontrol, der skal sikre overensstemmelse mellem indholdet i dosisperne og forskriften på det doseringsdispenseringskort, der har ligget til grund for pakningen.

Afslutningsvis skal det nævnes, at nogle af de danske hospitaler selv har udstyr, der muliggør maskinel dosispakning af lægemidler primært til brug for indlagte patienter. Denne form for maskinel dosispakning er dog ikke omfattet af nærværende analyse.

2.2. Hvem kan få dosispakket medicin og analysens målgruppe

Alle borgere kan få deres medicin maskinelt dosispakket gennem en aftale med deres apotek mod at betale et dosispakningsgebyr. Meget få borgere udnytter dog denne mulighed.

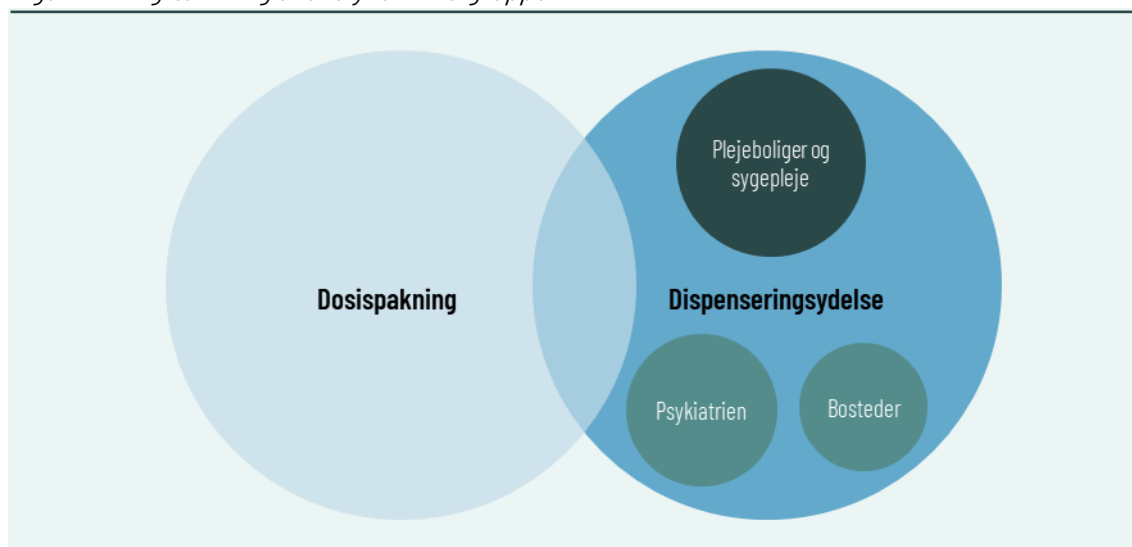
Det typiske er, at anvendelsen af dosispakket medicin sker i dialog med borgerens praktiserende læge. Hvis den praktiserende læge finder den pågældende borger egnet, kan lægen ordinere dosispakning med offentligt tilskud til dosispakningsgebyret efter samme medicintilskudsregler, der gælder i forhold til udgifterne til selve medicinen.²

Borgerne kan også blive visiteret en kommunal dispenseringsydelse, *jf. figur 2.2*. Dispenseringsydelsen indebærer, at borgeren modtager kommunal hjælp til at dispensere sin medicin fx fra en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent.

¹ Listen over godkendte pakkeapoteker kan ses på: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/apoteker/apoteker/dosisdispensering>.

² Apotekernes behandlerfarmaceuter har også ret til at bevillige offentlige tilskud til dosispakningsgebyret, hvis en række forudsætninger er opfyldt. Af vores interview er det fremgået, at disse forudsætninger er så restriktive, at muligheden kun sjældent benyttes.

Figur 2.2. Afgrænsning af analysens målgruppe



Borgere, der modtager en kommunal dispenseringsydelse, kan være tilknyttet forskellige offentlige ordninger. Der kan være tale om borgere i psykiatrien, beboere på bosteder for borgere med fysiske og psykiske handicap eller andre tilbud på det sociale område. Denne analyse har imidlertid primært fokus på de borgere, der enten bor i plejebolig eller plejecentre eller modtager hjemme- og sygepleje i eget hjem.

Denne afgrænsning, der følger af kommissoriet for analysen, er det væsentligt at holde sig for øje i det følgende – fx i forhold til vurderingen af potentialet for udbredelsen af dosispakket medicin. Uagtet afgrænsningen af analysen, er det vores vurdering, at en række af resultaterne, overvejelserne og anbefalingerne nedenfor også vil have relevans for de øvrige områder og dermed den samlede udbredelse af dosispakket medicin.

Udover dispenseringsydelse kan borgeren også blive visiteret til en administrationsydelse, der betyder, at borgeren får hjælp til at administrere sin medicinindtagelse. Dvs., at en kommunal sundhedsmedarbejder giver borgeren den medicin, der skal indtages på et givet tidspunkt, og observerer og eventuelt hjælper borgeren, så det sikres, at den ordinerede medicin rent faktisk indtages.

Sondringen mellem disse to særskilte ydelser er væsentlig i forhold til forståelsen af de ydelser, som især kommunernes stiller til rådighed for borgere, der har behov for støtte i forhold til deres medicinforbrug.

Medicindispensering

Indsatsen omfatter bestilling, modtagelse, kontrol, opbevaring, klargøring og bortskaffelse af medicin samt dokumentation, opfølgning på medicinsk behandling og receptfornyelser. Ved medicin forstås ordinerede lægemidler, naturlægemidler og kosttilskud.

Klargøring omfatter typisk ophældning, optrækning, opløsning eller blanding af medicin. Indsatsen omfatter både medicin, der modtages maskinelt dosisdispenseret og medicin, der dispenseres (manuelt) umiddelbart før administration.

Medicinadministration

Indsatsen omfatter udlevering og/eller tilføring af medicin. Ved medicin forstås ordinerede lægemidler, naturlægemidler og kosttilskud. Når medicinadministration og medicindispensering effektueres i en og samme handling, som det for eksempel er tilfældet med øjendrypning og injektion, registreres det som medicinadministration."

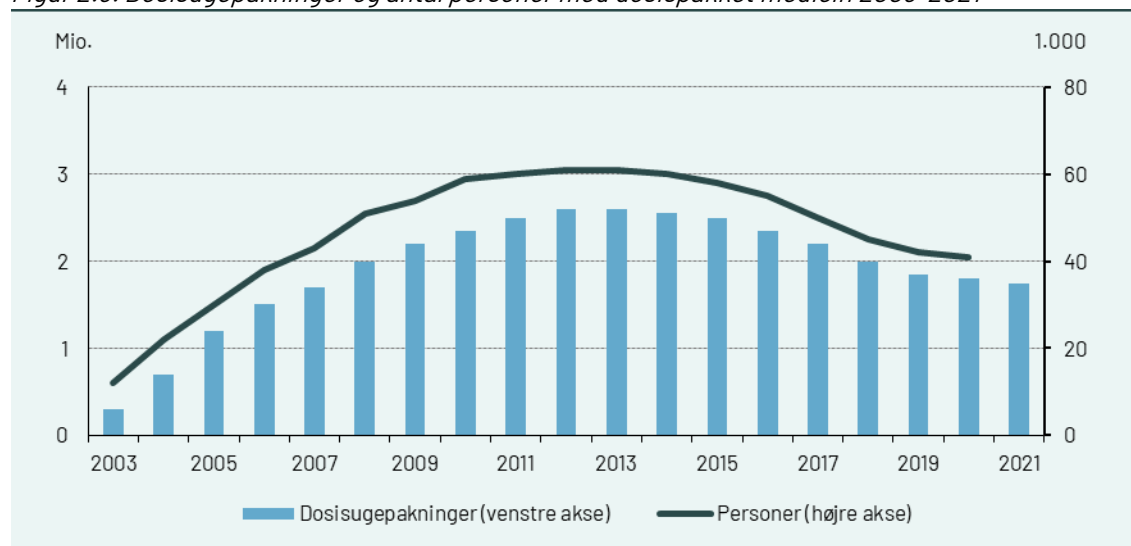
Kilde: KL, *Fælles Sprog III – Indsatskatalog (sundhedslov)*, Version 1.6.

2.3. Udviklingen og den nuværende brug af dosispakket medicin

Udviklingen i brugen af dosispakket medicin

Maskinelt dosispakket medicin blev introduceret i Danmark i starten af 2000'erne. I de første år steg anvendelsen, så der 2011 var ca. 60.000 personer, der gennem dele af eller hele året modtog deres medicin dosispakket, jf. figur 2.3. Apotekerne leverede i samme år ca. 2,5 millioner dosisugepakninger, svarende til ca. 1,25 mio. dosisruller med medicin til 14 dage.

Figur 2.3. Dosisugepakninger og antal personer med dosispakket medicin 2003-2021



Note: En dosisugepakning svarer til medicin pakket til en uges forbrug. En normal 14 dages dosisrulle svarer dermed til to dosisugepakninger. Antal personer er opgjort som alle personer, der på et eller andet tidspunkt modtog maskinelt dosispakket medicin i det pågældende. Da ikke alle modtager dosispakket medicin gennem hele året, er antallet af personer med dosispakket medicin på et givet tidspunkt noget lavere.

Kilde: Danmarks Apotekerforening.

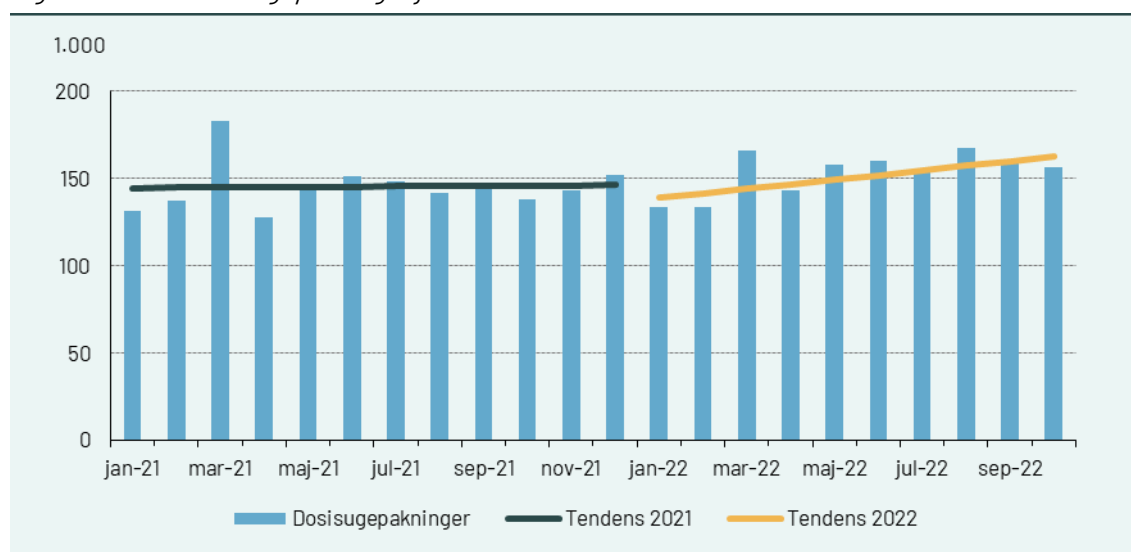
Fra 2014 begyndte udbredelsen at falde, og i 2020 var antallet af dosispakkebrugere reduceret med omtrent en tredjedel til ca. 40.000 personer. Den væsentligste årsag til faldet er formentlig introduktionen af det Fælles Medicinkort ("FMK"), der ikke understøttede dosispakket medicin, hvorfor det krævede en anden arbejdsgang, hvis borgerne skulle fortsætte eller opstarte med dosispakket medicin, end den, der skulle anvendes ved ordinationer uden dosispakning. Nogle har i dataindsamlingen også peget på, at borgerne i den relevante målgruppe i dag har et mere kompliceret sygdomsbillede og et mindre stabilt medicinforbrug end for 10 år siden. Selv om denne udvikling muligvis har haft en vis betydning, kan den efter vores opfattelse ikke i nævneværdigt omfang forklare det forholdsvis store fald i anvendelsen gennem de seneste 10 år.

I 2020 blev FMK opdateret, så det understøttede brugen af dosispakket medicin bl.a. ved, at apotekerne fik adgang til at se de oplysninger om borgernes medicin, der skal anvendes som grundlag for dosispakningen. Også de forskellige lægepraksissystemer og apotekssystemer blev opdateret med nye funktionaliteter, der gjorde det lettere for aktørerne at håndtere dosispakket medicin.

Med henblik på at give almen praksis en yderligere tilskyndelse til igen at fokusere på muligheden for at anvende maskinelt dosispakket medicin blev der i slutningen af 2021 indgået en midlertidig aftale mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, som indebærer, at de praktiserende læger modtager et honorar på 450 kr. ved opstart af en patient på maskinelt dosispakket medicin. Honoraret dækker også efterfølgende ændringer i den dosispakke medicin. Aftalen er efterfølgende blevet forlænget ad flere omgange, så den nu løber frem til udgangen af februar 2023.

Disse tiltag synes at have haft en vis positiv effekt på anvendelsen af dosispakket medicin, jf. figur 2.4.

Figur 2.4. Antal dosisugepakninger januar 2021 til oktober 2022



Note: En dosisugepakning svarer til medicin pakket til en uges forbrug. En normal 14 dages dosiserulle svarer dermed til to dosisugepakninger.

Kilde: Danmarks Apotekerforening.

Fx var antallet af dosisugepakninger i 3. kvartal 2022 ca. 10 pct. højere end i samme kvartal året før. Antallet varierer imidlertid en del fra måned til måned, bl.a. som følge af varierende antal weekend- og helligdage, hvorfor det er vanskeligt at udlede den underliggende trend præcist.

Hvem modtager maskinelt dosispakket medicin

Det er ikke uden vanskeligheder at karakterisere de borgere, der modtager dosispakket medicin. Oplysningerne findes i FMK, men lovgivningen begrænser anvendelsen af disse oplysninger til bl.a. analyser som nærværende. Den følgende kategorisering bygger derfor på oplysninger fra Danmarks Apotekerforening og de kommuner, der har bidraget til analysen. Oplysningerne er ikke nødvendigvis kompatible, og der knytter sig derfor betydelig usikkerhed til det følgende.

Oplysninger fra Danmarks Apotekerforening viser, at der i 1. halvår 2022 var ca. 35.000 aktive dosisdispenseringskort på et givet tidspunkt, jf. tabel 2.1.³

Tabel 2.1. Borgere med maskinelt dosispakket medicin (skøn)

	Antal
Borgere med aktive dosisdispenseringskort	35.000
Heraf borgere med dispenseringsydelse	30.000
Heraf borgere med dispenseringsydelse og kendt i kommunalt omsorgssystem	25.000
- Borgere på plejecentre eller med hjemme- og sygepleje	15-20.000
- Andre (fx bosteder)	5-10.000

Kilder: Danmarks Apotekerforening, udvalgte kommuner samt egne beregninger og skøn.

³ Medio december 2022 var antallet steget til ca. 38.000.

Blandt de 35.000 aktive dosisbrugere er der en gruppe, der modtager dosispakket medicin, men ikke modtager kommunale sundhedsydelser. Det kan være ældre borgere, der enten selv eller med hjælp fra pårørende kan håndtere selve medicinindtagelsen, men hvor dosispakningen giver tryghed for, at den rigtige medicin indtages. Men det kan også være yngre borgere, der har behov for et antal lægemidler og ser dosispakningen som et praktisk hjælpemiddel, der letter deres dagligdag. I stort set alle tilfælde har disse borgeres praktiserende læge vurderet dosispakning som en hensigtsmæssig foranstaltning og udstedt dosisrecepter. Vi skønner, at denne gruppe udgør ca. 5.000 borgere.

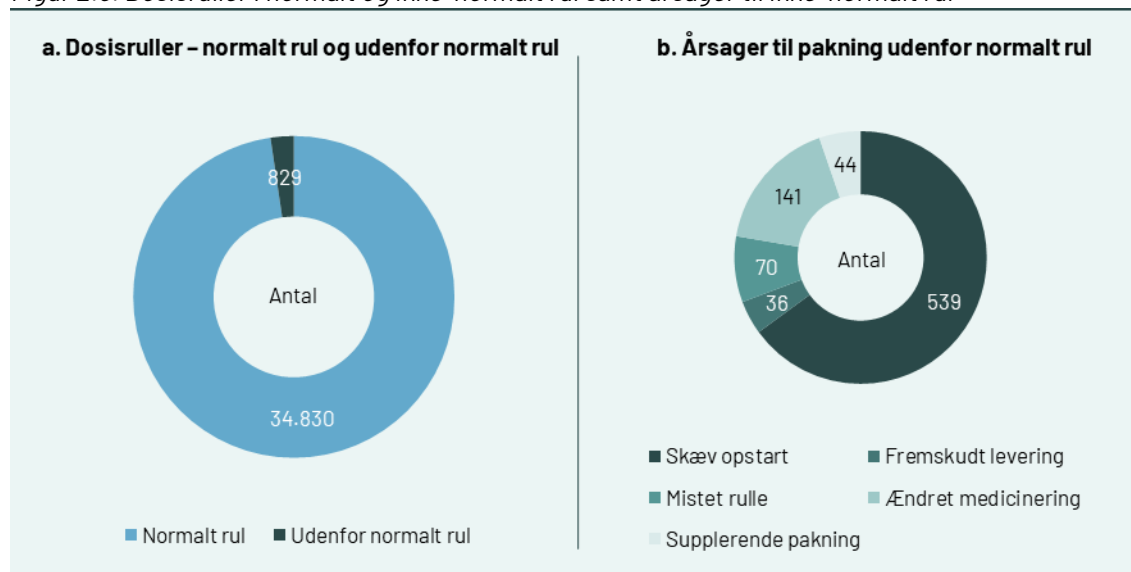
Dermed skønner vi, at der blandt de nuværende dosisbrugere er ca. 30.000 er borgere, som modtager en dispenseringsydelse, hvoraf 25.000 også er kendt i de kommunale omsorgssystemer, dvs. modtager hjælp eller støtte indenfor ældre-, sundheds- eller socialområdet.⁴

Som nævnt er fokus i analysen på de borgere, der enten er bosiddende på et plejecenter eller er tilknyttet hjemme- og sygeplejen. Det skønnes, at der i dag er 15-20.000 i denne målgruppe, der modtager dosispakket medicin. Andre 5-10.000 borgere med dosispakket medicin er tilknyttet fx kommunale tilbud på det sociale område, herunder bl.a. borgere med fysiske og psykiske handikap.

Typer af dosiseruller

Udgangspunktet for dosispakket medicin er, at den på faste dage pakkes i ruller med medicin til en 14 dages periode ("normalt rul"). Ud af samtlige ruller, der leveres af de danske pakkeapoteker, pakkes ca. 97,5 pct. i dag i et sådant normalt rul, jf. figur 2.5.

Figur 2.5. Dosisruller i normalt og ikke-normalt rul samt årsager til ikke-normalt rul



Note: Antal er opgjort som et gennemsnit af tre 14-dages perioder i 2022.

Kilde: Danmarks Apotekerforening.

Der kan imidlertid af forskellige årsager opstå behov for dosiseruller uden for det normale rul. Der kan ved opstart af en borger på maskinel dosispakning være ønske om at komme hurtigt i gang, hvor apoteket vælger at pakke en "kortere" rulle med henblik på, at de efterfølgende ruller kan pakkes i apotekets normale rul ("skæv start"). I nogle tilfælde er der i forbindelse med fx ferie ønske om

⁴ Forskellen mellem de 30.000 og 25.000 personer omfatter bl.a. et antal borgere med dosispakket medicin, som får hjælp til dosisdispensering af personale på bosteder mv., der ikke er koblet op på FMK,

tidligere pakning af den næste rulle ("fremskudt levering"), mens en borger, der mister sin rulle, kan have behov for at få pakket en ny ("mistet rulle").

Ændringer i den medicin, der er ordineret til en borger, kan også give behov for pakning af en ny dosisrulle, hvis den ordinerende læge vurderer, at ændringen ikke kan afvente pakningen af den næste rulle i det normale rul ("ændret medicinering"). Dette betegnes som akutruller, og som det fremgår nedenfor, spiller mulighederne for at få leveret akutruller og arbejdsgangene forbundet hermed i central rolle i forhold til bl.a. aktørernes opfattelse af det hensigtsmæssige ved at anvende dosispakket medicin.

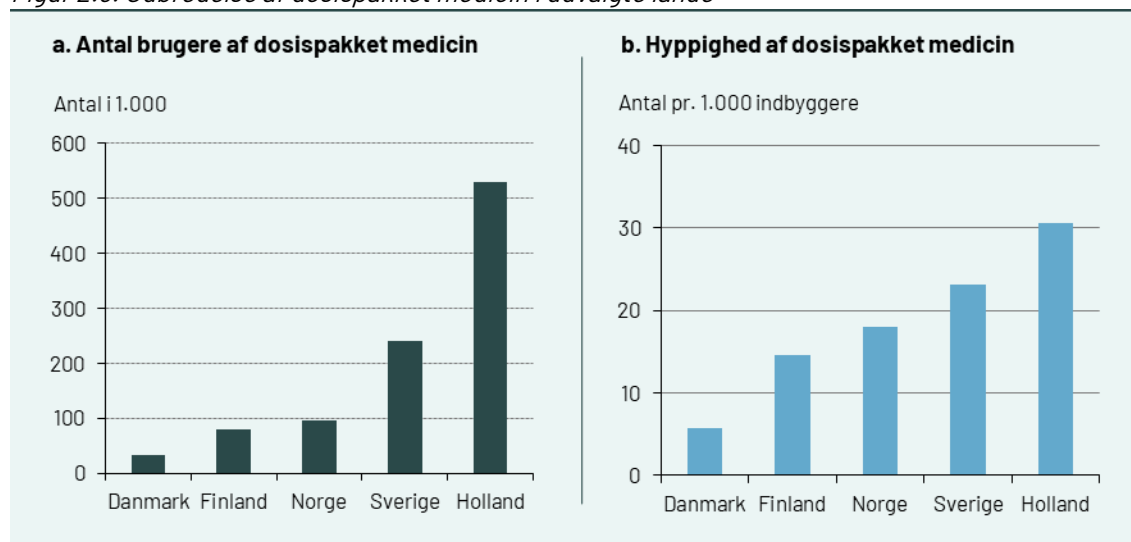
Aktuelt fylder disse akutruller ikke meget – kun 0,4 pct. af alle de ruller, som apotekerne pakker. Det forekommer imidlertid rimeligt at antage, at denne andel vil stige ved en større udbredelse af dosispakket medicin, bl.a. fordi andelen af borgere med mere hyppigere ændringer i deres medicinering vil stige. Derfor er håndteringen og logistikken i forhold til akutte medicinændringer en vigtig problemstilling.

Den sidste årsag til pakningen uden for normalt rul er pakning af supplerende dosisruller ("supplerende pakning"). Den er relateret til akutruller i den forstand, at der er tale om borgere, der har "akut" behov for ekstra lægemidler, hvilket fører til pakningen af en tillægsrulle, der dækker frem til næste normale rul, hvor de ekstra lægemidler vil blive pakket sammen med de lægemidler, borgeren i forvejen har fået leveret maskinelt dosispakket.

Anvendelsen af maskinelt dosispakket medicin i andre lande

Udbredelsen af maskinelt dosispakket er væsentligt mere udbredt i en række lande, som Danmark normalt kan sammenlignes med, jf. figur 2.6. Opgjort i forhold til indbyggertal anvender ca. tre gange så mange borgere dosispakket medicin i Finland og Norge som i Danmark. I Sverige er hyppigheden ca. fire gange højere, mens den er godt fem gange højere i Holland.

Figur 2.6. Udbredelse af dosispakket medicin i udvalgte lande



Kilde: Danmarks Apotekerforening på baggrund af oplysninger indhentet fra foreningens søsterforeninger i de pågældende lande.

Der kan være mange årsager til disse forskelle. I nærværende analyse er det besluttet at se nærmere på Sverige og i mindre omfang Norge. Dels for at identificere eventuelle forklaringer på den højere anvendelse af dosispakket medicin, dels for at afdække, om der i nogle af de identificerede forklaringer kan hentes inspiration til tiltag og indsatser, der potentielt ville kunne gennemføres og resultere i en højere udbredelse i Danmark.

Vi er imidlertid ikke i vores gennemgang af svenske kilder stødt på en eller nogle få årsager, der entydigt kan forklare den større anvendelse af dosispakket medicin i Sverige. Setup, arbejdsgange mv. ligner på mange områder hinanden. Som der vil blive redegjort for senere, synes forskellen i væsentlig grad at handle om en formentlig historisk betinget forskel i opfattelsen af det samlet set fordelagtige ved at anvende dosispakket medicin. I den forbindelse kan det fx bemærkes, at det statsejede Apoteket AB udviklede hele konceptet med maskinel dosispakket medicin tilbage i 1980'erne, hvor det havde monopol på al apotekervirksomhed i Sverige. Det kan dog ikke afgøres, om det har betydning for holdningen til og udbredelsen af dosispakket medicin i dag.

Også vores (begrænsede) gennemgang af norske kilder indikerer, at det i højere grad er en generelt mere positiv opfattelse af dosispakket medicin end det konkrete setup, arbejdsgange mv., der forklarer den større udbredelse.

Vi har ikke set nærmere på Holland, bl.a. fordi organiseringen af sundhedsvæsenet på visse punkter er væsentlig anderledes end den danske. En kilde anfører dog som en væsentlig årsag til den store udbredelse af dosispakket medicin, at den hollandske lovgivning ikke tillader medarbejdere i hjemme- og sygeplejen at bistå ved borgernes medicinering.⁵ Dvs. alternativet til dosispakket medicin er ikke manuel dosisdispensering fortaget af kommunale sundhedsmedarbejdere som Danmark, hvilket i sig selv gør sammenligninger mellem de to lande mindre relevant.

I det følgende præsenteres vores observationer vedrørende den svenske og i mindre grad den norske tilgang til dosispakket medicin, når det er vurderet relevant i forhold til belysningen af de enkelte emner.

⁵ Juha Sinnemäki, *Automated dose dispensing service for primary care patients and its impact on medication use, quality and safety*, 2020, Helsinki.

3. Dosispakket medicin – en tværsektoriel opgave

Det forudsætter tværsektorielt samarbejde at få brugen af maskinelt dosispakket medicin til at fungere effektivt. Et samarbejde, der først og fremmest involverer kommunerne, almen praksis og apotekerne, men også hospitalerne kan understøtte brugen af dosispakket medicin.

Kommunernes motivationsfaktorer for at udbrede dosispakket medicin er øget patientsikkerhed og muligheden for – i en situation med rekrutteringsudfordringer – at frigøre tid i hjemme- og sygeplejen, der kan anvendes til andre opgaver, der har større værdi for borgerne end manuel dosisdispensering. Positive effekter på arbejdsmiljøet og muligheden for, at flere borgere bliver selvhjulpne i længere tid, anses også af kommunerne som motivationsfaktorer.

De kommuner, der har bidraget til analysen, er gået til opgaven på forskellig vis, men alle har erfaret, at udbredelse af dosispakket medicin er krævende i opstartsfasen og forudsætter en vedholdende indsats, hvis gevinsterne skal blive varige. Med andre ord er der tale om et forandrings- og implementeringsprojekt, der ledelsesmæssigt og organisatorisk bør tilgås som et sådant.

I almen praksis er der forskellige opfattelser af, om og i hvilket omfang dosispakket medicin gavner patienterne og udgør en byrde for de praktiserende læger. Der synes imidlertid også at være en forskel i oplevelsen af og viden om systemunderstøttelsen af dosispakket medicin mellem praktiserende læger med mange patienter på dosispakket medicin og læger med få eller ingen patienter med dosispakket medicin. Det afspejler bl.a. en mangel på opkvalificering af almen praksis i forbindelse med ændringerne i FMK i 2020 gennem fx en systematisk implementeringsindsats.

I forhold til apotekerne vurderes IT-understøttelse, logistik mv. overordnet at være på plads i forhold til at kunne understøtte en øget brug af dosispakket medicin, ligesom kendskabet til arbejdsgange mv. generelt vurderes højt på apotekerne.

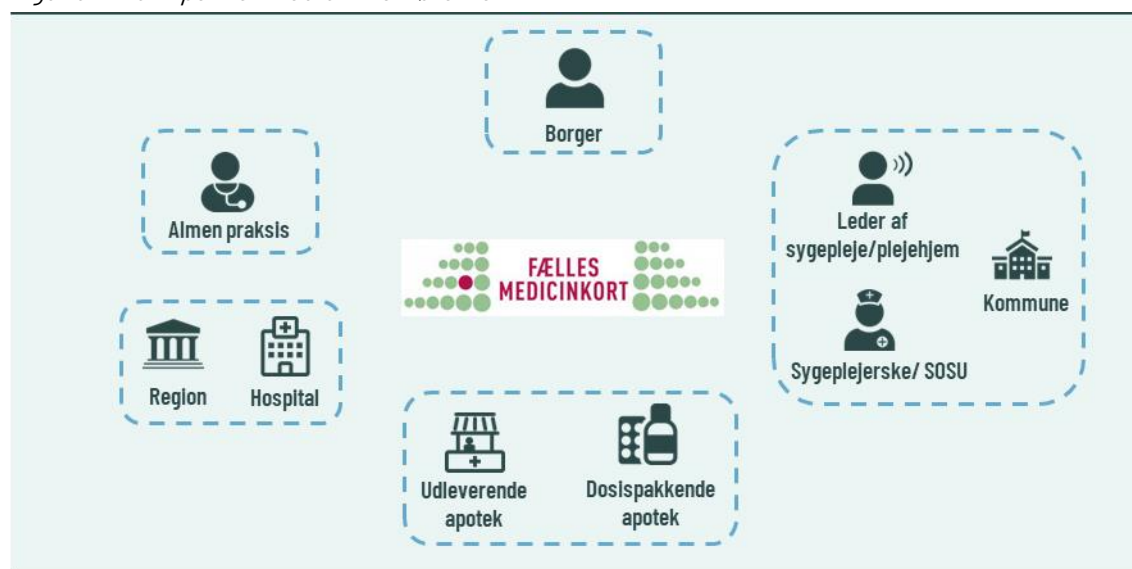
Hospitalerne og regionerne har modsat de øvrige aktører haft mindre fokus på dosispakket medicin, og IT-understøttelse mv. er mindre modent. Derfor vil det have et noget længere tidsperspektiv, før hospitalerne i større grad end i dag aktivt kan understøtte en effektiv brug af dosispakket medicin. Dette er dog ikke til hinder for, at de øvrige aktører allerede nu vurderes at kunne komme langt i forhold til en større udbredelse af dosispakket medicin.

3.1. Tværsektorielt samarbejde nødvendigt

En succesfuld anvendelse og udbredelse af dosispakket medicin stiller store krav til det tværsektorielle samarbejde.

De borgere, der er i fokus i denne analyse, har ofte flere behandlingskrævende sygdomme. Derfor har de udover den kommunale hjemme- og sygepleje tit kontakt til både egen praktiserende læge, apoteket og hospitalernes ambulatorier, ligesom mange hospitalsindlægges i kortere eller længere tid, jf. figur 3.1.

Figur 3.1. Dosispakket medicin – aktørerne



Udover de sundhedspersoner, der er involveret i medicineringen af borgerne, spiller andre aktører afgørende roller i forhold til dosispakket medicin. I kommunerne gælder det bl.a. lederne af plejecentre og hjemme- og sygeplejen samt det center i forvaltningen, der har ansvaret for at koordinere kommunens indsatser på tværs af de decentrale enheder.

Derudover er en række aktører involveret i at sikre en hensigtsmæssig IT-understøttelse af dosispakket medicin. Udgangspunktet for datainfrastrukturen er det Fælles Medicinkort (FMK), der drives og udvikles af Sundhedsdatastyrelsen. FMK indeholder bl.a. oplysninger om alle borgeres ordinerede medicin, og alle aktører – borgere, almen praksis, hospitaler, apoteker og kommuner – har via FMK adgang til de data, som er nødvendige for, at de kan udføre deres opgaver i relation til at sikre borgernes rette medicinering, herunder dosispakket medicin.

De relevante og nødvendige oplysninger til behandlingsformål fra FMK indgår i de IT-systemer, som almen praksis anvender (lægepraksissystemer), regionernes elektroniske patientjournaler (EPJ), apotekernes IT-systemer og kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ).

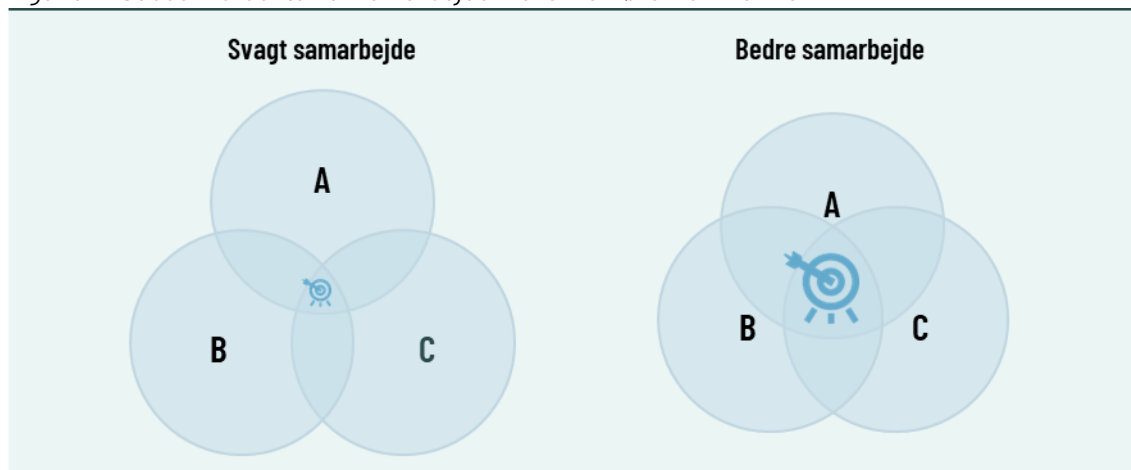
En velfungerende IT-infrastruktur med smidig udveksling af korrekte data er selvsagt afgørende for et velfungerende tværsektorielt samarbejde om dosispakket medicin.

Ligeledes forudsætter en for samfundet effektiv anvendelse af dosispakket medicin, at alle aktører bestræber sig på at indrette deres arbejdsgange, så de internt er effektive, men også indtænker de øvrige aktørers arbejdsgange, så borgernes modtagelse af dosispakket medicin sker med "færrest mulige bump" på vejen.

Hvis aktørerne ikke anvender hensigtsmæssige arbejdsgange, bliver omkostningerne let for store, hvad enten der er tale om tid, penge, "irritationer" eller lavere patientsikkerhed end nødvendigt, *jf. figur 3.2.*

Et kendetegn ved komplekse tværsektorielle samarbejder er, at resultaterne bliver væsentligt dårligere, hvis blot én aktør – dvs. en kommune, en almen praksis, et apotek eller et hospital – ikke bidrager på hensigtsmæssig vis. En kommune kan således have etableret nok så gode arbejdsgange og et godt samarbejde med apoteket, men opnår kun effekt, hvis de praktiserende læger også bidrager konstruktivt. Tilsvarende vil de ønskede effekter udeblive, hvis apoteket ikke formår at levere den dosispakkede medicin på det tidspunkt, som et velfungerende samarbejde mellem almen praksis og kommunen har ført til enighed om.

Figur 3.2. Succes forudsætter samarbejde mellem aktørerne - illustrativ



Denne indbyrdes afhængighed spiller en væsentlig rolle i forhold til de barrierer og ulemper ved dosispakket medicin, som analysen har afdækket.

Det betyder bl.a., at en større udbredelse af dosispakket medicin efter vores opfattelse forudsætter en fælles tværsektoriel indsats på strategisk, taktisk og operationelt niveau, der gennemføres af de relevante organisatoriske niveauer hos aktørerne. Den strategiske indsats omfatter bl.a. fastlæggelse af fælles målsætninger for dosispakket medicin, mens den taktiske indsats bl.a. indebærer etablering af en mere ensartet tilgang til anvendelsen af dosispakket medicin på tværs af kommunerne. Endelig skal den operationelle indsats bl.a. sikre enighed om, hvordan de relevante aktører konkret samarbejder lokalt.

Dette er afspejlet i vores anbefalinger i dette og de efterfølgende kapitler, hvor vi samtidig peger på de allerede eksisterende fora, som det efter vores opfattelse vil være relevant at inddrage ved fastlæggelsen af indsatserne. Det gælder de tværsektorielle Kommunalt-Lægelige Udvalg (KLU'er), de regionale samarbejdsudvalg vedrørende almen praksis og apoteker samt de forholdsvis nye sundhedsklynger, eksisterende tværsektorielle samarbejder om bl.a. FMK og MedCom samt faglige samarbejder som fx Kvalitet i Almen Praksis (KiAP).

Som det også vil fremgå, forudsætter en effektiv og større anvendelse af dosispakket medicin, at aktørerne skal fastlægge og implementere en række nye arbejdsgang. Erfaringsmæssigt vil det kræve vedholdende fokus og indsatser – især for tværsektorielle opgaver som her – og dermed en vis tålmodighed blandt aktørerne.

3.2. Kommunerne – motivation, organisatoriske tilgang og samarbejde

Det er først og fremmest kommunerne, der aktuelt er drivkraften i ønsket om en større udbredelse af maskinelt dosispakket medicin. Det skyldes et antal væsentlige motivationsfaktorer.

Motivationen

Kommunernes ønske om at øge udbredelsen af dosispakket medicin er især motiveret af fire faktorer, hvoraf de to førstnævnte er de væsentligste, jf. figur 3.3.

Figur 3.3. Kommunernes motivation for øget brug af dosispakket medicin



Kilder: Pharmakon Forskning, *Evidens for apotekspraksis: Brugen af dosisdispenseret medicin – en gennemgang af studier*, 2018 (data for fejlhyppigheder) samt interviews.

For det første er der en umiddelbar effekt på patientsikkerheden, da de maskiner, der pakker dosisrullerne, laver meget få fejl, og de efterfølgende kontroller fanger langt de fleste af de fejl, der måtte være. Fejlhyppigheden er modsat betydelig, når en sundhedsperson manuelt fordeler medicin i æsker.

For det andet indebærer overgang til maskinel dosispakning en betydelig tidsbesparelse, da det typisk tager en sundhedsperson 30 minutter at lave manuel dosisdispensering til 14 dage for en borger.⁶ Givet de rekrutteringsudfordringer, som den kommunale hjemme- og sygepleje står overfor, vil frigivelse af tid fra mindre manuel dosisdispensering kunne anvendes til andre indsatser med større værdi for borgerne. For alle de kommuner, der er interviewet, handler det således om at sikre, at de tilgængelige sundhedsfaglige ressourcer anvendes til størst gavn for borgerne – ikke om at realisere besparelser.⁷

En tredje motivationsfaktor er at sikre et bedre arbejdsmiljø. Bl.a. giver udtagning af medicin i blisterpakninger anledning til belastningsskader og mindre arbejdsskader. Endvidere kan risikoen for at lave fejl ved dispenseringen for nogle opleves som et pres, og en enkelt kommune har også pegt på, at manuel dosisdispensering på plejecentre, der skal ske på bestemte tidspunkter, kan være en stressfaktor, da den begrænser fleksibiliteten i forhold til at varetage andre opgaver.

Endelig ser flere kommuner også maskinel dosispakning som et middel, der kan bidrage til målet om, at borgerne er selvhjulpne længere og i større omfang.

Set fra en kommunal vinkel er der således samlet set en stærk motivation for at udbrede dosispakket medicin yderligere. For de øvrige aktører i det tværsektorielle samarbejde er motivationen ikke nødvendigvis lige så stærk. De vil blive beskrevet og overvejet i det følgende som grundlag for, at der i kapitel 8 præsenteres en samlet samfundsøkonomisk vurdering af dosispakket medicin.

⁶ Tidsforbruget ved manuel dosisdispensering er baseret på oplysninger fra de deltagende kommuner og repræsenterer efter det oplyste den typisk visiterede tid til manuel dosisdispensering af tabletter.

⁷ Tilsvarende anses dosispakket medicin i et nyligt afsluttet udvalgsarbejde, som et strukturelt greb, der kan understøtte en mere fleksibel udnyttelse af medarbejderressourcer i ældreplejen, jf. *En ældrepleje med tid til omsorg, Afrapportering fra det rådgivende panel, ekspertgrupper og borgermøder*, september 2022.

Organisatorisk tilgang

Fælles for de seks kommuner, der er blevet interviewet som led i analysen, er, at maskinelt dosis-pakket medicin i forskelligt omfang har været en del af den kommunale hjemme- og sygepleje længe, men at der i løbet af de seneste 1-2 år er kommet fornyet fokus på at udnytte potentialet.

Der er imidlertid variation i, hvordan kommunerne har grebet det fornyede fokus an, *jf. figur 3.4*. I den ene ende af spektret er indsætterne iværksat fra centralt hold, koordineret på tværs af alle decentrale enheder i kommunen og understøttet af fælles arbejdsgangsbeskrivelser, monitorering og dataunderstøttelse. I den anden ende er indsætterne mere udsprunget af decentrale initiativer, hvor der lokalt er etableret et samarbejde med de praktiserende læger og apoteket.

Figur 3.4. Kommunernes tilgang – udvalgte punkter

Gladsaxe Kommune • Fornyet fokus fra centralt hold på maskinelt dosis-pakket medicin som led i bredere dagsorden om velfærdsteknologier • Monitorering med månedsvise opgørelser • Indgår i dialog mellem Sundhed og Omsorg og ledere af decentrale enheder • Taget op i Kommunalt-Lægelige Udvalg (KLU)	Horsens Kommune • Indsats igangsat fra centralt hold • Løbende monitorering på tværs af kommunen • Farmakonom har bl.a. ansvar for identifikation af relevante borgere, fælles arbejdsgange mv. • Indsats dog sat i bero, da almen praksis – som kommunen i øvrigt har et godt samarbejde med – ikke ønsker at medvirke pga. honorarproblematik
Københavns Kommune • Øget fokus fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med flere nye tiltag som fx: • Dataunderstøttelse/ledelsesinformation, så udvikling kan følges centralt og af decentrale ledere • Inddragelse af almen praksis, herunder overvejes, om kommunen kan tilbyde "undervisning" mhp. opbygning viden blandt de praktiserende læger • "Frikøb" af ledere/medarbejdere i hjemme- og sygepleje, så fokus på implementering og understøttelse kan sikres • Ser sammen med Socialforvaltningen på muligheder for teknologiske løsninger (app, virtuelle møder mv.), der kan understøtte effektiv brug af dosis-pakket medicin	Sønderborg Kommune • Indsats iværksat centralt og med politisk bevågenhed • Løbende dialog mellem forvaltning, decentrale ledere og medarbejdere • Løbende monitorering og opfølgning • Prøvehandling igangsat i en del af kommunen, og indsats generelt tilrettelagt efter lokale forhold, herunder almen praksis' medvirken • Farmakonomer tildelt væsentlig rolle i identifikation af relevante borgere og dialogen med disse ved indhentelse af samtykke
Vordingborg Kommune • Tilgang udspringer mest af decentrale indsætter, der ikke er koordineret centralt, men nogen videndeling på tværs	Aalborg Kommune • Indsats igangsat centralt fra forvaltning • Fælles arbejdsgange og løbende monitorering • Oplysningsindsats og dialog med ledere og medarbejdere i decentrale enheder • Systematisk dialog med almen praksis om at understøtte den kommunale indsats • Dialog med Aalborg Universitetshospital

Det er ikke muligt ud fra de seks eksempler at drage konklusioner om, hvilken overordnet organisatorisk tilgang der fungerer bedst. Dels har de fleste af indsætterne kun været i gang i forholdsvis kort tid, dels har betydelig variation i omstændighederne, under hvilke indsætterne gennemføres, afgørende betydning for effekten – dvs. hvor mange flere borgere får nu maskinelt dosis-pakket medicin.

Karakteren af nogle af de barrierer, som kommunerne er løbet ind, indikerer imidlertid, hvilken overordnet organisatorisk tilgang der har størst sandsynlighed for at føre til de ønskede resultater.

Medarbejderne på plejecentre og i hjemme- og sygeplejen er ikke nødvendigvis motiverede

En sådan barriere vedrører medarbejdernes motivation for at bidrage til udbredelsen af dosispakket medicin. I nogle kommuner er det således den enkelte sundhedsmedarbejder, der står for at identificere de borgere, som potentielt kan få dosispakket medicin, samt indhente borgerens samtykke.

Udover at det kan være vanskeligt for den enkelte medarbejder at finde tid til den indsats i en travl hverdag, er der i analysen fremkommet eksempler, hvor sundhedsmedarbejderne sætter pris på opgaven med manuel dosisdispensering af medicin. Bl.a. oplever nogle medarbejdere, at medicin-dispensering til de samme borgere over mange år giver dem et godt kendskab til og forståelse for borgernes livssituation, uanset at samtalen og opmærksomheden er sparsom i udførelsen af opgaven. For andre har det værdi, at den manuelle dosisdispensering giver mulighed for at kunne koncentrere sig om en opgave uden afbrydelser, ligesom nogle ikke finder, at de opgaver, som de ellers skulle lave, nødvendigvis er mere attraktive. For social- og sundhedsassistenterne gælder videre, at varetagelse af medicindispensering er en særlig kompetence, som de taber ved overgang til dosispakket medicin. Disse oplevelser af fordele ved manuel dosisdispensering af medicin indikerer, at ikke alle de berørte medarbejdere nødvendigvis er motiverede for at bidrage til at få borgere til at overgå til dosispakket medicin.

En anden problemstilling kan opstå, når der skal indhentes samtykke til maskinelt dosispakket medicin fra borgerne, hvor det for de medarbejdere, der kender borgerne fra fx daglige plejeopgaver, kan være vanskeligt at insistere, hvis borgerne umiddelbart afviser muligheden for at overgå til dosispakket medicin.

Tilsvarende har analysen vist, at der blandt ledere af plejecentre og i hjemme- og sygeplejen kan være forskellige opfattelser af, hvor højt dosispakket medicin skal prioriteres i forhold til de andre vigtige opgaver, der skal løftes.

Det er selvsagt en ledelsesopgave at overkomme denne form for potentiel manglende motivation til at fremme dosispakket medicin internt i den kommunale organisation. Information, inddragelse, ændret organisering og ansvarliggørelse for konkrete resultater kan være elementer i dette.

Risiko for at organisationen mister pusten

Der er i analysen fremkommet flere eksempler på, at opnåede resultater af en indsats for at få flere borgere på dosispakket medicin ikke har kunnet fastholdes. Der er fx tale om, at et plejecenter gennem en indsats over en kort periode var lykkedes med at få en meget stor andel af beboerne på dosispakket medicin, hvorefter antallet gradvist blev reduceret, så stort set ingen var på dosispakket medicin to år senere. Eller et eksempel med en leder, der i en periode havde måtte prioritere andre opgaver, hvilket havde ført til et faldende antal borgere på dosispakket medicin.

En anden observation fra dataindsamlingen er, at det i nogle kommuner i høj grad er "ildsjæle", der driver udviklingen, og hvor den organisatoriske forankring forekommer mindre udtalt.

Disse eksempler understreger, at dosispakket medicin kræver en varig indsats. Givet, at målgruppen er forholdsvis svage ældre, vil antallet på dosispakket medicin naturligt reduceres ret hurtigt som følge stop for maskinel dosispakket medicin i forbindelse med hospitalsindlæggelser, dødsfald mv. Modsat er der løbende nye borgere, der får behov for kommunal hjælp til dosisdispensering, og hvor stillingtagen og en aktiv indsats er påkrævet, hvis de skal modtage deres medicin dosispakket.

Denne løbende udskiftning af den relevante gruppe af borgere rummer efter vores vurdering også en risiko for, at organisationen mister pusten. Ikke mindst i de situationer, hvor kommunen og

almen praksis har forskellige opfattelser af, hvilke borgere der med fordel kan få dosispakket medicin, hvilket indebærer, at der løbende vil opstå uenighed mellem de kommunale medarbejdere og de praktiserende læger. De færreste motiveres af et sådant "konfliktpræget" miljø, hvilket i sig selv vil svække indsatsen for at opnå en hensigtsmæssig udbredelse af dosispakket medicin.

Det er på den baggrund vores opfattelse afgørende, at kommunerne i deres overordnede organisatoriske tilgang tager højde for, at udbredelsen af dosispakket medicin kræver en betydelig og vedholdende indsats. Heri ligger bl.a. et behov for at sikre organisatorisk robusthed. Uden dette er der en risiko for, at kommunen ikke over tid opnår de gevinster, der skal retfærdiggøre de opstartsomkostninger, der er forbundet med en systematisk indsats for at udbrede dosispakket medicin.

Anbefaling

3.1

Kommuner anbefales at tilgå dosispakket medicin som et forandringsprojekt

Kommunerne kan med fordel beslutte en overordnet organisatorisk tilgang og implementering med udgangspunkt i dosispakning som et komplekst forandringsprojekt:

- Et strategisk ledelsesfokus er nødvendigt både i implementeringsfasen og efterfølgende.
- Definer tydelige roller og funktioner ift. opgaver relateret til dosispakket medicin. Overvej muligheder for organisatoriske greb, så fx opgaver fordeles på færre personer, og nøglemedarbejdere friholdes fra andre opgaver, så de kan fokusere på implementeringen af dosispakket medicin på tværs af kommunen – eventuelt også på længere sigt.
- Etabler faste rutiner ift. bl.a. identifikation af borgere, der er egnede til dosispakket medicin, opfølgning på antal vurderede borgere, antal med dosispakket medicin mv., og anvend understøttende værktøjer – arbejdsgangsbeskrivelser, dataunderstøttelse, ledelsesinformation og -monitorering.
- Hav fokus på interne barrierer og imødegå disse gennem information og inddragelse, hvor der tegnes et klart perspektiv ved dosispakket medicin for både kommunen samlet set og den enkelte medarbejder, og anerkend ved positive resultater.
- Sammentænk kompetencer og kompetenceudvikling for de medarbejdere, der ikke længere skal forestå manuel dosisdispensering og derfor skal have nye/andre opgaver, i det løbende forbedringsarbejde.

Der er inden for disse rammer mulighed for at tilpasse tilgangen til de lokale omstændigheder, ligesom der med fordel kan drages læring fra andre kommuner, der er kommet længere.

Relationen til almen praksis er afgørende

Som beskrevet er det en forudsætning for, at en borger kan få maskinelt dosispakket medicin, at den praktiserende læge vurderer, at borgeren er egnet.

Der er betydelig variation i oplevelsen af samspillet med almen praksis i de kommuner, der har bidraget til analysen. Nogle kommuner har fået en god dialog med langt de fleste praktiserende læger, mens en kommune modsat fx har oplevet, at de praktiserende læger kollektivt har fravalgt at sætte deres patienter på dosispakket medicin. I de øvrige kommuner er billedet mere blandet, idet nogle praktiserende læger positivt ønsker at medvirke til at større brug af dosispakket medicin, andre gør det i nogen grad, mens atter andre ikke ønsker at medvirke.

Denne problematik og baggrunden for de forskellige opfattelser af dosispakket medicin blandt de praktiserende læger beskrives yderligere nedenfor. Her er det imidlertid tilstrækkeligt at konstatere, at det er afgørende for kommunerne at have stort fokus på og dialog med almen praksis, hvis de skal kunne realisere et ønske om at øge udbredelsen af dosispakket medicin. Flere af de

deltagende kommuner har haft succes med at forankre dialogen med almen praksis i deres KLU, hvilket enkelte steder er blevet suppleret med at invitere apotekerne til at deltage, men dialogen kan også finde sted inden for andre organisatoriske rammer.

Ligeledes kan det være relevant at overveje at indrette den overordnede organisatoriske tilgang på en måde, der forsøger at tage højde for variationen i opfattelsen blandt de praktiserende læger. Enkelte kommuner overvejer således fx at tilbyde "undervisningsaktiviteter", der kan understøtte almen praksis i at reducere den oplevede byrde ved at ordinere dosispakket medicin.

Tilsvarende vil inddragelse af apotekerne være hensigtsmæssig, men da analysen indikerer, at relationerne mellem kommunerne og apotekerne generelt opleves som velfungerende, anser vi det som mindre kritisk for udbredelsen af dosispakket medicin.

Implementering gennem prøvehandling

Nogle kommuner har valgt en strategi, hvor indsatsen for at udbrede dosispakket medicin startes i nogle geografiske områder, hvorefter erfaringerne derfra kan anvendes ved udbredelsen i resten af kommunen. Dvs. en form for prøvehandling.

I praksis sker det ved, at der identificeres et lokalområde, hvor både de decentrale kommunale enheder, de praktiserende læger og apoteket er indstillede på at få dosispakket medicin til at fungere. Gennem dialog mellem disse lokale aktører kan der sikres en gensidig forventningsafstemning i forhold til arbejdsgange mv., herunder kan der indgås uformelle aftaler om de konkrete arbejdsgange, der skal følges i forbindelse med dosispakket medicin. De erfaringer, der opnås i et sådant lokalt samarbejde, kan føre til justeringer i fx de af kommunen påtænkte arbejdsgange mv., ligesom de kan fungere som det "gode eksempel", der kan motivere aktørerne i resten af kommunen til også at fremme dosispakket medicin.

Ligeledes kan det overvejes, om det inden for rammerne af frikommuneordningen vil muligt for kommuner at gennemføre forsøg, hvor der dispenseres fra visse af de gældende regler, hvis der er enighed om det blandt nøgleaktørerne. Dvs. kommunen, de praktiserende læger og apotekerne. Vi har dog ikke set eksempler på eller konkret vurderet mulighederne for dette.

Anbefaling

3.2

Skab opbakning til dosispakket medicin i almen praksis og hos apotekerne

- Hav fra start fokus på dialog og inddragelse af især almen praksis, men også apotekerne og andre interessenter
- Anvend i relevant omfang KLU til drøftelse af problematikker vedrørende dosispakket medicin og overvej, om apotekernes deltagelse vil være hensigtsmæssig
- Lav eventuelt aktiviteter, der kan understøtte de praktiserende læger, der gerne vil i gang med at give deres patienter dosispakket medicin
- Overvej at identificere lokalområder i kommunen, hvor alle aktører er indstillet på at få dosispakket medicin til at virke, og som dermed kan fungere som en "prøvehandling" og "det gode eksempel", der vil bidrage til implementeringen i resten af kommunen

3.3. Almen praksis – behov for support og læring

I vores interview af praktiserende læger er vi flere gange stødt på oplevelsen af, at det er tungt og besværligt at oprette dosisrecepter i de anvendte lægepraksissystemer. Heroverfor står, at nogle af de deltagende praktiserende læger har givet udtryk for, at det efter tilpasningerne af FMK i 2020 er forholdsvis enkelt at opstarte deres patienter på patienter dosispakket medicin.

Når en del af de praktiserende læger finder det "bøvlet" at starte patienter op på dosispakket medicin, skyldes det efter vores opfattelse i mange tilfælde, at det opleves som en udfordring at finde tiden til at sætte sig ind fx, hvordan de relevante funktionaliteter i lægepraksissystemerne og arbejdsgangene i øvrigt fungerer. Det skal ses i lyset af, at presset på ressourcer også er betydeligt i almen praksis, og at dosispakket medicin ikke er det eneste "nye" udviklingsinitiativ, som almen praksis skal sætte sig ind i og tage i anvendelse.⁸ Dette billede er bl.a. bekræftet af de regionale praksiskonsulenter, vi har interviewet.

Selv om maskinel dosispakning har eksisteret i 20 år, er det vores indtryk, at der ikke i tilstrækkelig grad var en erkendelse af kravene til implementering og oplæring efter den opdatering af FMK, der i 2020 sikrede den systemmæssige understøttelse af dosispakket medicin. Derved blev den centrale implementeringsopgave i almen praksis undervurderet.

Det er imidlertid også tydeligt fra vores dataindsamling, at aktørerne i dag anerkender, at en større anvendelse af dosispakket medicin forudsætter, at det også overfor almen praksis gribes an som et implementeringsprojekt, der bl.a. skal adressere, at en hensigtsmæssig implementering af dosispakket medicin bl.a. handler om nye rutiner og arbejdsgange internt og i kommunikationen med kommuner og apoteker samt en hensigtsmæssig fordeling af opgaverne mellem læger og øvrigt praksispersonale.

Vi er bl.a. blevet bekendt med følgende initiativer, der er eller overvejes igangsat:

- Der er i regi af KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) udarbejdet en klyngepakke, som kan anvendes i de praktiserende lægers klyngesamarbejde som grundlag for drøftelser og kollegial sparring i forhold til, hvordan opgaven med dosispakket medicin bedst kan løftes i almen praksis. Klyngepakken er efter det oplyste næsten klar til at blive stillet til rådighed for klyngerne.
- MedCom planlægger at afsætte midler til en implementeringsindsats i forhold til dosispakket medicin i den næste programperiode.
- Blandt de kommuner, vi har talt med, ser en enkelt på mulighederne for at tilbyde de praktiserende læger "undervisning" i forhold til dosispakket medicin.

Det kan også bemærkes, at der allerede findes et omfattende materiale i form af pjecer mv., der introducerer maskinelt dosispakket medicin for borgere, almen praksis henholdsvis kommunale sundhedsmedarbejdere, og videoer for hvert af lægepraksissystemerne, der viser, hvordan lægen ordinerer og øvrigt håndterer dosispakket medicin i deres system.⁹ Der eksisterer således allerede et godt udgangspunkt for en bred implementeringsindsats.

Anbefaling

3.3

Det anbefales, at der gennemføres en struktureret implementeringsindsats i forhold til almen praksis med udgangspunkt i bl.a.:

- KiAP's kommende klyngepakke, som almen praksis opfordres til at anvende i de respektive klynger
- Det forventede implementeringsprojekt i regi af MedCom

⁸ Som eksempel på et andet initiativ kan nævnes implementeringen af digitale forløbsplaner for patienter med kroniske sygdomme (KOL og diabetes 2). Vores evaluering viste mange af de samme udfordringer i forhold til implementeringen i almen praksis, som vi er stødt på i nærværende analyse, jf. MUUSMANN, *Evaluering af digitale forløbsplaner i almen praksis*, maj 2020, for Sundhedsministeriet.

⁹ Meget af dette materiale findes på [MedComs hjemmeside](#).

3.4. Apotekerne – grundlæggende forudsætninger er på plads

Det er indtrykket fra de apoteker, som vi har interviewet, at de grundlæggende forudsætninger for, at apotekerne kan indgå konstruktivt i det tværsektorielle samarbejde, er på plads. Der er et højt vidensniveau om maskinelt dosispakket medicin, IT-understøttelsen fungerer, og der er den nødvendige logistik, som skal sikre en effektiv levering af den dosispakke medicin til borgerne.

Samtidig gælder, at de deltagende apoteker i større eller mindre grad proaktivt indgår i samarbejdet med de kommunale enheder og praktiserende læger i deres relevante lokalområde. Dermed har de bidraget til en større udbredelse af dosispakket medicin.

Dette billede er dog ikke nødvendigvis dækkende for alle apoteker. Vi er således bekendt med eksempler, hvor et apotek ikke ønsker at levere dosispakket medicin til deres kunder, og apoteker, hvor de øvrige aktører har vanskeligt med at komme i dialog med apoteket. Dette og andre konkrete udfordringer i nogle af apotekernes arbejdsgange beskrives yderligere i næste kapitel.

Det er dog vores vurdering, at der ikke er behov for at gennemføre en generel implementeringsindsats overfor apotekerne samlet set.

3.5. Hospitalerne – dosispakket medicin ikke fokusområde

I den ideelle verden ville hospitalerne kunne understøtte udbredelsen af maskinelt dosispakket medicin ved, at hospitalslægerne udstedte dosisrecepter ved nye eller ændrede ordinationer, når der i forbindelse med behandling på ambulatorier eller ved indlæggelser sker ændringer i patienternes medicinering.

Som beskrevet nedenfor er der imidlertid en række forhold, som efter vores opfattelse i praksis begrænser mulighederne for dette, og som ikke kan forventes adresseret regionerne og hospitalerne her og nu.

Ambitionen i forhold til hospitalernes medvirken i det tværsektorielle samarbejde om dosispakket medicin kunne derfor på kort sigt være at undgå situationer, hvor hospitalerne fx vælger at annullere dosisrecepter selv i situationer, hvor der ikke foretages ændringer i patientens medicinering. En sådan praksis er formelt indført gennem reviderede vejledninger om dosispakket medicin i nogle, men ikke alle regioner, og indtrykket er, at vejledningerne langt fra altid følges eller nødvendigvis er kendte af de relevante hospitalslæger.

Både i forhold til at realisere en sådan kortsigtet ambition og på længere sigt en større rolle for hospitalerne i forhold til at effektivisere brugen af dosispakket medicin er det vores opfattelse, at der med fordel kan påbegyndes en dialog mellem de centrale aktører – fx i regi af sundhedsklyngerne. Formålet med en sådan dialog kan være at afdække mulighederne for at justere det enkelte hospitals tilgang til dosispakket medicin og indgåelse af aftaler herom.

Anbefaling

3.4

Det anbefales, at kommunerne i regi af fx sundhedsklyngerne tager initiativ til dialog med hospitalerne om dosispakket medicin, herunder hospitalernes muligheder for at begrænse antallet af tilfælde, hvor dosispakningen af patienternes medicin ophører og skal genstartes af almen praksis i forbindelse med hospitalskontakter, gennem bl.a. justeringer af de regionale vejledninger om håndtering af patienter med dosispakket medicin.

4. Udfordringer og barrierer ved opstart af dosispakning

Dette kapitel beskriver trinene i den oftest anvendte arbejdsgang, når en borger skal opstartes på dosispakket medicin. Fokus er på de fordele, ulemper, udfordringer og barrierer, som aktørerne oplever i den forbindelse. Med dette udgangspunkt præsenteres undervejs en række anbefalinger til tiltag, der forventes at kunne fremme dosispakket medicin på kortere eller længere sigt.

I det efterfølgende kapitel ses nærmere på en række yderligere problemstillinger, der navnlig opstår, når en borger med dosispakket medicin skal have ændret sin medicinering fx i forbindelse med behandling på et hospitalsambulatorium eller ved en hospitalsindlæggelse.

4.1. Den typiske arbejdsgang ved opstart

I efteråret 2021 blev der for at fremme udbredelsen af dosispakket medicin indgået en midlertidig aftale mellem PLO (Praktiserende Lægers Organisation) og RL TN (Regionernes Lønnings og Takst-nævn), som efterfølgende blev forlænget til udgangen af november 2022. Aftalen blev indgået med henvisning til presset på sundhedsvæsenet som følge af COVID-19. Aftalen indebærer bl.a., at den praktiserende læge modtager et engangshonorar, når en borger efter indstilling fra kommunen sættes på maskinelt dosispakket medicin, jf. figur 4.1.

Figur 4.1. Uddrag af midlertidig aftale mellem PLO og TL TN om dosispakket medicin

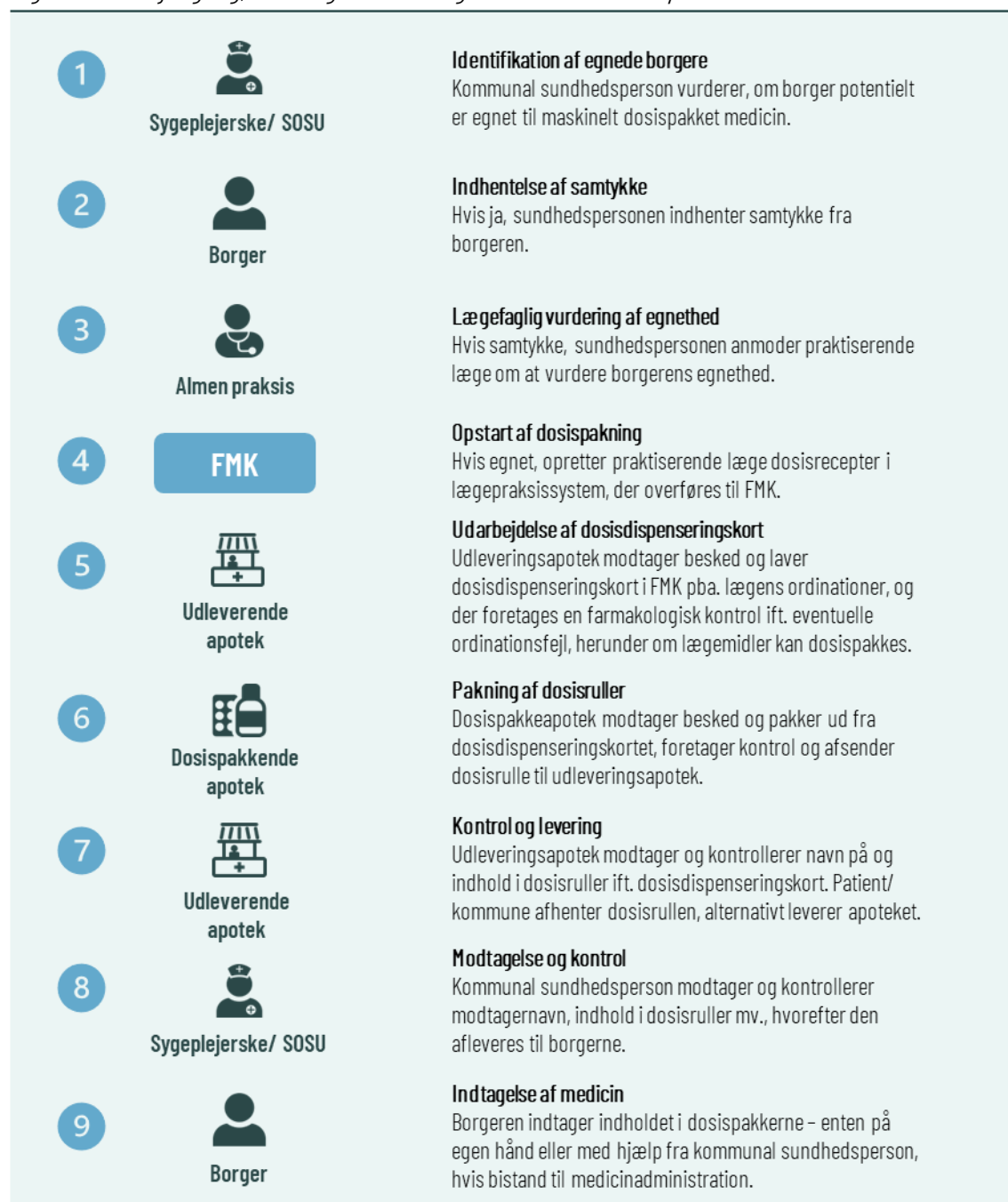
Baggrund og formål	
- Formålet er at frigøre medarbejderressourcer i en periode, hvor der kommer ekstraordinært pres på det kommunale og regionale sundhedsvæsen. - Der er tale om en midlertidig aftale.	
	
Målgruppe og afgrænsning	Honorar
- Aftalen gælder såvel patienter tilknyttet den kommunale hjemmepleje, sygepleje, eller patienter på plejehjem og botilbud. - Målgruppen for dosispakket medicin er borgere, som er stabilt medicinerede uden forventning om nært forestående ændringer i medicinen.	- Opstart af dosispakket medicin honoreres med 450 kr. - Hvis dosispakket medicin bliver seponeret af andre end egen læge, og kommunen igen ønsker dosispakning, så kan ydelsen anvendes igen.

Kilder: Midlertidig aftale mellem PLO og RL TN om dosispakket medicin til patienter tilknyttet den kommunale hjemmepleje, sygepleje, plejehjem eller botilbud i en midlertidig periode under Covid-19 af 9. december 2021.

Aftalen beskriver også fremgangsmåden eller de arbejdsgange, som almen praksis henholdsvis kommunen skal følge i forbindelse med opstart af en borger på dosispakket medicin. Denne opstartsproces er udgangspunktet i dette kapitel, mens arbejdsgange og problematikker knyttet til efterfølgende ændringer behandles i det næste kapitel.

Første trin er, at kommunen skal vurdere, om en borger efter deres opfattelse er egnet til at få dosispakket medicin, jf. figur 4.2.

Figur 4.2. Arbejdsgang, når borger skal overgå til maskinelt dosispakket medicin



Dernæst skal kommunen opnå borgerens samtykke til at overgå fra manuelt dosisdispenseret medicin til maskinelt dosispakket medicin.

For de borgere, der giver samtykke, er næste trin, at kommunen anmoder borgerens praktiserende læge om at vurdere, om borgeren er egnet til at modtage maskinelt dosispakket medicin.

Hvis den praktiserende læge finder borgeren egnet, angiver lægen i lægepraksissystemet, at de relevante lægemidler skal dosispakkes. Samtidig forudsætter en effektiv dosispakning, at den praktiserende læge udarbejder en struktureret ordination. Dvs. at det fx af foruddefinerede felter i lægepraksissystemerne skal fremgå, hvor mange tabletter der skal indtages, hvor mange gange om dagen eller hvor mange gange om ugen, hvis lægemidlet ikke skal indtages hver dag. Lægepraksissystemerne giver også mulighed for at angive, om et lægemiddel skal indtages fx morgen eller aften eller i visse tidsrum. Ved denne form for strukturerede ordinationer, hvor de foruddefinerede felter anvendes, kan pakningen ske direkte ud fra de indtastede oplysninger.

Lægen kan dog alternativt anfører den ønskede dosering i fritekst, hvorefter apoteket – om nødvendigt efter kontakt til den praktiserende læge – har mulighed for at indføre de strukturerede doseringer på borgerens dosisdispenseringskort. Begge muligheder findes også ved traditionelt leveret medicin, men givet den logistik, herunder tidsfrister, der knytter sig til dosispakket medicin, vil forsinkelser som følge af lægens manglende brug af strukturerede doseringer potentielt have større betydning for effektiviteten ved anvendelsen af dosispakket end traditionelt leveret medicin.

Uanset om de praktiserende læge vælger den ene eller anden doseringsangivelse, overføres oplysningerne om den ønskede dosispakning dernæst til FMK (Det Fælles Medicinkort), der er det centrale register om borgernes medicin og vaccination.

Borgerens apotek (udleveringsapoteket) får som næste trin meddelelse fra FMK om, at der skal iværksættes dosispakning, og udarbejder på grundlag af lægens ordinationer i FMK et dosisdispenseringskort, som derefter tilgår det relevante pakkeapotek, der igangsætter pakningen ud fra de oplysninger. Eventuelle uklarheder om ordinationerne afklares med den praktiserende læge. I den forbindelse gennemfører udleveringsapoteket også en farmakologisk kontrol, svarende til den kontrol, der også gennemføres ved traditionelt leveret medicin, med henblik på at identificere eventuelle ordinationsfejl.¹⁰

Pakkeapoteket forestår herefter den maskinelle dosispakning, og der sker i den forbindelse en automatisk kontrol, ved at samtlige dosisposer fotograferes, så det kan tjekkes, at poserne indeholder det rigtige antal tabletter, at tabletterne ikke er gået i stykker mv. Pakkeapoteket korrigerer de fejl, der identificeres.

Herefter sendes dosisrullerne til udleveringsapoteket, der ved modtagelse kontrollerer, om navn, personnummer og dosisrullernes indhold stemmer overens med dosisdispenseringskortet, hvorefter de leveres til plejecentre eller hjemme- og sygeplejen, eller hentes af borgeren eller pårørende på udleveringsapoteket.

Ved modtagelse af den dosispakkede medicin gennemfører en kommunal medarbejder i visse tilfælde kontrol. Hvis borgeren modtager en medicinadministrationsydelse, kontrolleres, at navn og personnummer er korrekt, og at indholdet i dosisrullerne svarer de medicinoplysninger, der er tilgængelige for den kommunale medarbejder. For borgere med dispenseringsydelse, men uden medicinadministrationsydelse, foretages i nogle kommuner kun kontrol ved opstart af den

¹⁰ Tidligere undersøgelser har vist, at apotekernes kontrol fører til receptkorrektioner på 0,16–0,18 pct. af alle receptordinationer, jf. Danmarks Apotekerforening, *Analyse af apotekernes receptkorrektioner i 2013, 2014*.

dosispakkede medicin og ved efterfølgende ændringer i medicineringen. Spørgsmålet om den kommunale kontrol ved dosispakket medicin tages op nedenfor.

Endelig leveres dosizrullerne til borgeren, der dermed har sin medicin til den næste 14 dages periode.

I det følgende beskrives og overvejes trinene i den beskrevne arbejdsgang nærmere.

4.2. Kommunens identifikation af egnede borgere

Første trin i processen med at få en borger på dosispakket medicin er, at kommunen skal identificere de relevante borgere.

Denne identifikation rejser to spørgsmål. Hvilke kriterier skal anvendes for at identificere de egnede borgere, og hvem skal gennemføre vurderingen? Analysen har afdækket, at kommunerne har besvaret begge spørgsmål på forskellig vis.

I forhold til valg af kriterier er der eksempler, hvor kommunerne har valgt nogle forholdsvis ordnede kriterier som fx, at borgeren skal være i stabil behandling, indtager mere end tre lægemidler dagligt og ikke forventes at skulle have ændret medicinering i nærmeste fremtid. Andre kommuner har valgt en række mere specifikke kriterier til at vurdere kompleksiteten i borgerens medicinforbrug som fx antal lægemidler, antal tabletter pr. indtagelsestidspunkt, om doseringen er variabel over tid, antal indtagelsestidspunkter pr. dag, omfanget af risikomedicin mv. For hver parameter gives et antal point, der så lægges sammen og giver et tal for den samlede kompleksitet af borgerens medicinforbrug. Det fremgår videre, at de pågældende kommuner primært anser borgerne med lav kompleksitet som egnede til dosispakket medicin.

Baseret på en gennemgang af de forskellige sæt af kriterier er det vores vurdering, at de i praksis må føre til forholdsvis forskellige resultater i forhold til, hvilke borgere der vurderes egnede til dosispakket medicin. Problemstillingen om anvendelse af forskellige kriterier og måske navnlig fortolkningen af disse ved vurderingen af konkrete personer gælder ikke kun på tværs af kommunerne, men også på tværs af alle aktørerne i det tværsektorielle samarbejde. Derfor har vi valgt at samle overvejelserne om kriterier og dermed målgruppen for dosispakket medicin i kapitlet om patient-sikkerhed og målgruppe nedenfor.

Umiddelbart forekommer det imidlertid oplagt, at kommunerne i højere grad end i dag inden for eksisterende fora udnytter hinandens erfaringer og koordinerer og udvikler et sæt af fælles retningslinjer for, hvornår borgerne er egnede til dosispakket medicin. En mere ensartet tilgang fra kommunernes side vurderes også at ville have en positiv effekt på dele af almen praksis' opfattelse af den kommunale screeningsproces. Udviklingen af sådanne fælles retningslinjer vil med fordel kunne ske med udgangspunkt i et sæt af nationale anbefalinger udarbejdet centralt af statslige myndigheder, jf. i øvrigt nedenfor.

I forhold til spørgsmålet om, hvem der skal foretage den indledende vurdering af borgernes egnethed, har kommunerne også valgt forskellige tilgange. I nogle kommuner sker vurderingen decentralt af de medarbejdere, der i dag står for den manuelle dosisdispensering, ud fra kriterier, der enten er ens på tværs af kommunen eller fastlagt mere decentralt. Andre kommuner har valgt en model, hvor identifikationen gennemføres af nogle få medarbejdere – typisk er det tilfældet i kommuner, som har ansat farmakonomer, der som en del af deres opgaveportefølje gennemgår borgernes medicinkort og ud fra dette laver egnethedsvurderingen. Efter det oplyste er der blandt plejepersonalet i de pågældende kommuner stor tilfredshed med denne model.

Efter vores opfattelse er der meget, der taler for, at en (vis) centralisering af opgaven med at identificere de egnede borgere vil være forbundet med gevinster:

- Det vil betyde, at dem, der foretager identifikationen, vil skulle vurdere et større antal borgere, hvilket vil give større effektivitet i arbejdsgangen.
- Målgruppen for dosispakket medicin ændres løbende (nogle afgår ved døden, andre kommer til), hvorfor der er behov for regelmæssigt at gentage identifikationsprocessen (fx hvert kvartal eller hvert halve år).
- Det vil give en mere ensartet vurdering af borgere på tværs af kommunens decentrale enheder, ligesom der vil være større sikkerhed for at læring fra tidligere identifikationsrunder anvendes i de efterfølgende.
- Det vil gøre enklere for almen praksis at identificere og kontakte den person, der i kommunen har foretaget vurderingen af borgerens egnethed, hvis den praktiserende læge har spørgsmål til den.

Hvad der udgør en hensigtsmæssig grad af centralisering af identifikationsopgaven, vil selvsagt afhænge af kommunens størrelse, organisatoriske indretning mv.

Flere kommuner har for nyligt gennemført en systematisk gennemgang af borgere med dispenseringsydelse på plejecentre, i hjemme- og sygeplejen og/eller på bosteder. Nogle af disse gennemgange har ført til, at 70-75 pct. af de relevante borgere blev vurderet egnede til dosispakket medicin, mens andelen har været lavere i andre kommuner. Da vi ikke ved, hvordan de borgere, der er blevet vurderet, er blevet udvalgt, kan forskellene både skyldes forskelle i gruppen af borgere, der er blevet vurderet, og/eller at de pågældende kommuner har anvendt forskellige kriterier.

Afslutningsvis skal det bemærkes, at alle de kommuner, vi har været i dialog med, har gjort en indsats for at få flere borgere på dosispakket medicin inden for det seneste år, men det er vores indtryk, at det ikke er tilfældet i alle kommuner. Dette kan i så fald være en af forklaringerne på, at stigningen i antallet af borgere med dosispakket medicin efter honoraraftalen med almen praksis har været mindre end forventet.

Ovenstående fører til to anbefalinger:

Anbefaling

4.1

Det anbefales, at KL og kommunerne proaktivt støtter op om tiltag, der kan føre til en højere grad af ensartethed i vurderingen af, hvilke borgere der anses som egnede til dosispakket medicin, på tværs af kommunerne.

Anbefalingen skal ses i sammenhæng med anbefaling 6.2 nedenfor om, at der igangsættes et arbejde med deltagelse af centrale myndigheder, lægefaglige organisationer, kommuner m.fl. med henblik på at udvikle nationale kriterier og retningslinjer for, hvilke borgere der er egnede til dosispakket medicin, og som alle aktører kan læne sig op ad.

Det er dog ikke til hinder for, at der allerede nu gennem erfaringsudveksling og koordinering skabes større ensartethed på tværs af kommunerne.

Anbefaling

4.2

Kommunerne anbefales at vælge en organisering med en (vis) centralisering af opgaven med at identificere borgere egnede til maskinelt dosispakket medicin.

Hvad der er en hensigtsmæssig grad af centralisering, må afspejle omstændighederne i den enkelte kommunes, herunder størrelse og organisering i øvrigt.

4.3. Indhentning af samtykke fra borgeren

Kommunernes tilrettelæggelse af arbejdsgangen

Det er kommunernes ansvar at indhente samtykke fra de borgere, der vurderes egnede til at modtage deres medicin dosispakket. Borgernes samtykke er nødvendigt, fordi:

- Borgere skal acceptere at betale en del af omkostningerne ved dosispakket medicin.¹¹
- Borgere skal godkende, at apotekernes får adgang til alle de oplysninger i FMK, der er nødvendige, for at de kan foretage dosispakningen.¹²

De fleste af de kommuner, der har bidraget til analysen, har til brug for samtalen med borgeren udarbejdet en vejledende talelinje, der beskriver begrundelserne for en overgang til dosispakket medicin, fordele og andre konsekvenser for borgeren mv. Ligeledes er det indtrykket, at mange uddelever en pjece, der giver en kort introduktion til dosispakket medicin.¹³

Indhentelsen af samtykke for borgerne sker typisk i en selvstændig arbejdsgang, dvs. at en kommunale sundhedsmedarbejder besøger borgeren med det ene formål at tale om en mulig overgang til dosispakket medicin. Det er således tale om en arbejdsgang, der kræver en vis ressourceindsats, og hvis afkast bl.a. afhænger af andelen af borgere, der giver samtykke.

Kommunerne har valgt forskellige modeller for, hvilke medarbejdere der har opgaven med at indhente samtykke. I nogle kommuner er det den sundhedsperson, der hidtil har stået for den manuelle dosisdispensering af borgerens medicin. I andre kommuner er det valgt af lade en anden medarbejder – fx den farmakonom, der har stået for identifikationen af egnede borgere – udføre opgaven. I sidstnævnte tilfælde er argumentet, at indsatsen med at indhente samtykke kan tilrettelægges mere effektivt, hvis den, der skal indhente samtykke, kan gøre det for flere borgere i umiddelbar forlængelse af hinanden osv. Desuden er det oplevelsen i nogle kommuner, at det kan være lettere at tage samtalen med borgerne, hvis den medarbejder, der gennemfører samtalen, ikke samtidig er den, der deltager i daglige pleje af den pågældende borger.

Anbefaling

4.3

Kommunerne anbefales at overveje fordele og ulemper ved, at opgaven med at indhente samtykke varetages af sundhedspersoner, der ikke samtidig deltager i den daglige pleje af borgerne.

Borgerperspektivet: Accept af og tilfredshed med maskinelt dosispakket medicin

For mange af borgerne i den relevante målgruppe er stillingtagen til dosispakket medicin udfordrende. Baseret på interview af de deltagende kommuner møder de ofte en skepsis, når de præsenterer borgerne for muligheden for dosispakket medicin. Det afspejler en bekymring i forhold til ændringer generelt, en mere specifik bekymring i forhold til mindre kontakt til de kommunale

¹¹ Sammenhængen mellem krav om samtykke og borgernes egenbetaling er blandt beskrevet i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, PLO, KL, Amtsrådsforeningen og Apotekerne i Danmark, *Implementering af dosisdispensering*, udateret, men formentlig udarbejdet i 2004-05.

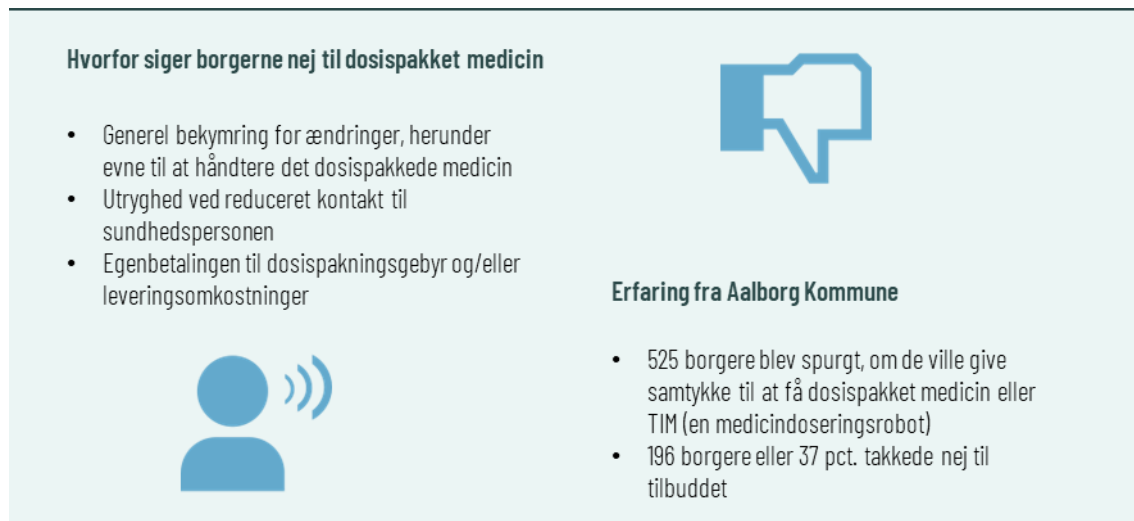
¹² Bekendtgørelse nr. 1615 af 18. december 2018 om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger, § 9, stk. 2.

¹³ Både KL/MedCom og Danmarks Apotekerforening har udarbejdet pjecer rettet mod borgerne, som findes på deres respektive hjemmesider.

sundhedsmedarbejdere og for nogle formentlig også den egenbetaling, der knytter sig til overgangen til dosispakket medicin, jf. figur 4.3.¹⁴

Derfor oplever alle de deltagende kommuner, at der er borgere, der ikke ønsker at give deres samtykke til overgang til dosispakket medicin. I Aalborg Kommune har godt en tredjedel af de adspurgte borgere ikke ønsket at give samtykke.

Figur 4.3. Borgerperspektivet på maskinelt dosispakket medicin

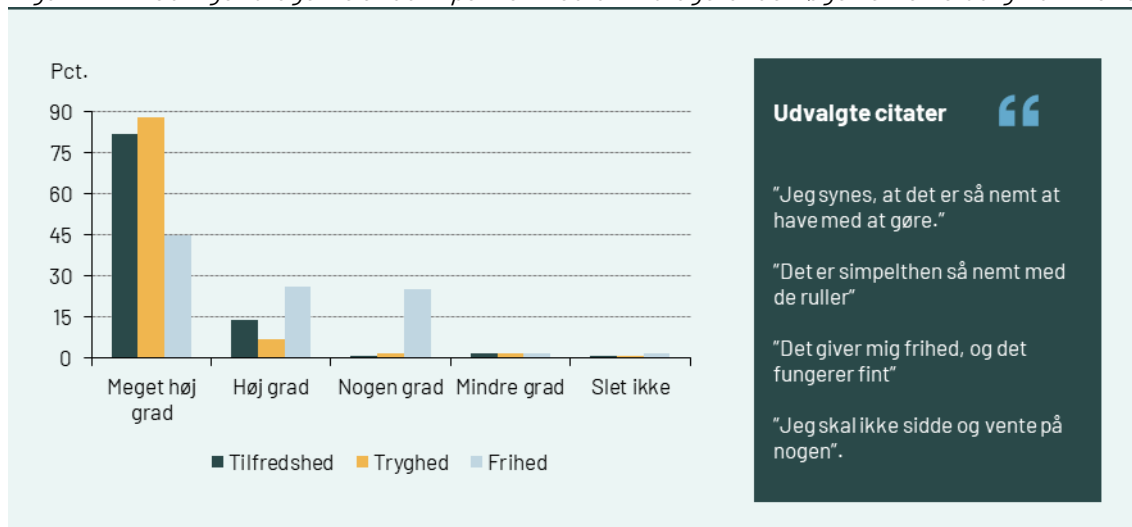


Kilder: Egne interview og *Erfaringer med dosispakket medicin i Aalborg Kommune*, præsentation på KL-webinar den 27. oktober 2022.

Der er imidlertid indikationer for, at de bekymringer, som borgerne har forud for overgangen til dosispakket medicin, forsvinder eller reduceres, når først de har vænnet sig til at få deres medicin leveret på en ny måde. Aalborg Kommune har fx i brugertilfredshedsundersøgelse fundet, at 82 pct. af de interviewede borgere overordnet set var meget tilfredse med at være overgået til dosispakket medicin, jf. figur 4.4. Tilsvarende er langt den overvejende del tilfredse eller meget tilfredse med den støtte og vejledning, de modtog i forbindelse med overgangen, og trykke ved overgangen. Langt de fleste finder også, at overgangen til dosispakket medicin har givet dem mere frihed og selvstændighed i hverdagen.

¹⁴ Det kan i øvrigt bemærkes, at flere af de praktiserende læger, der har deltaget i interview, har givet udtryk for lignende bekymringer på vegne af deres patienter, hvilket gør dem tilbageholdende i forhold til at sætte dem på dosispakket medicin.

Figur 4.4. Hvad siger brugerne af dosispakket medicin - brugerundersøgelse fra Aalborg Kommune



Note: Undersøgelsen er baseret på telefoniske interview med 100 repræsentativt udvalgte borgere i hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen, der modtager dosispakket medicin. De tre spørgsmål lød: “Hvor tilfreds er du overordnet med at være overgået til dosispakket medicin?”, “Føler du dig tryk ved at være overgået til dosispakket medicin?”, og “Har dosispakket medicin givet dig mere frihed og selvstændighed i hverdagen?”.

Kilder: Aalborg Kommune, *Dosisdispenseret medicin i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune*, august 2022.

En anden kommune har i flere tilfælde oplevet, at borgere efter en tilvænningsperiode efter overgang til dosispakket medicin, hvor de forsat modtog besøg fra den kommunale sundhedsperson, på eget initiativ ikke længere fandt besøgene relevante og meningsfulde.

Dette er selvsagt ikke ensbetydende med, at de bekymringer, som borgerne indledningsvis giver udtryk for, ikke skal adresseres. De er givetvis reelle for de svagere af borgerne i målgruppen og må derfor formodes at få en større rolle, hvis brugen af dosispakket medicin øges markant i forhold til det aktuelle niveau.

Spørgsmålet om reduceret eller mindsket kontakt til kommunale sundhedspersoner berører således den centrale diskussion om patientsikkerheden ved dosispakket medicin. Den tages derfor op i kapitlet om patientsikkerhed og målgruppe, hvorfor der her alene fokuseres på borgernes betaling for dosispakket medicin.

Borgernes betaling for dosispakning

Der har i de gennemførte interview været delte meninger om, hvorvidt og i hvilket omfang borgernes merudgift i form af et dosispakningsgebyr er en medvirkende faktor, når de ikke ønsker at give samtykke til dosispakket medicin. Nogle kommuner vurderer ikke, at egenbetalingen har nævneværdig betydning, mens andre oplever, at det har betydning for en del af de borgere, der ikke ønsker at give samtykke.

Samtidig er vi i interview af praktiserende læger stødt på synspunktet om, at dosispakket medicin er dyrt for borgerne, hvilket de tillægger vægt, når de fravælger at sætte deres patienter på dosispakket medicin. Vi kan dog ikke vurdere omfanget heraf, ligesom det ikke altid har været klart, om de praktiserende læger havde kendskab til den faktiske merudgift for deres patienter.

Bruttoudgiften før medicintilskud for en borger på dosispakket medicin består for det første af et dosispakningsgebyr på 111,25 kr., inkl. moms, pr. 14-dagesdosisrulle. Ekskl. moms er dosispakningsgebyret 89 kr., der deles mellem udleverings- og pakkeapotekerne, jf. figur 4.5.

Figur 4.5. Borgens betaling for dosispakning og medicintilskudsregler

Dosispakkegebyret - Dosispkningsgebyret er 111,25 kr., inkl. moms, og 89,00 kr., ekskl. moms. - Udleveringsapoteket modtager et dosisekspeditionsgebyr på 19 kr., ekskl. moms, for ekspedition af lægemidler til 14 dages forbrug. - Pakkeapoteket modtager et dosis-pkningsgebyr på 70 kr., ekskl. moms, for pakning af lægemidler til 14 dages forbrug - Gebyrerne er offentligt regulerede og har været uændret, siden de blev indført i 2001. Leveringsomkostning - En meget stor andel af borgerne i målgruppen for analysen får deres medicin leveret af udleveringsapoteket, uanset om den leveres dosispakket eller i traditionelle pakninger. - Det typiske er, at apoteket leverer til de plejecentre, hvor borgerne bor, eller til det hjemme- og sygeplejecenter, borgeren hører under. I så fald opkræves et offentligt reguleret leveringsgebyr på 12,50 kr. pr. levering. - Leveres direkte til borgeren, fastsætter apoteket selv gebyret. Der er stor variation fra apotek til apotek, men det kan udgøre op til 60-70 kr. pr. levering. - Der ydes ikke offentligt tilskud til leveringsgebyret.	Udgift for borgeren - Hvis praktiserende læge ordinerer dosispakning, omfattes dosis-pkningsgebyret af de generelle regler for medicintilskud, der administreres og finansieres af regionerne. - Medicintilskuddet følger en trappemodel, hvor tilskudsprocenten stiger, jo højere ens samlede udgifter til tilskudsberettiget medicin er. - Tilskudsprocenten går fra 0 til 100 pct. - Overstiger den samlede årlige udgift fx 3.700 kr. for personer over 18 år, gives der et tilskud på 85 pct. for den del af udgiften, der overstiger 3.700 kr. - Der er et loft for egenbetalingen på 4.320 kr. årligt, hvilket betyder, at tilskudsprocenten er 100 for den del af de årlige medicinudgifter, der overstiger 20.091 kr. - Derudover kan folkepensionister og visse førtidspensionister med begrænsede økonomiske ressourcer få et kommunalt helbrestillæg, der yderligere reducerer gebyr-udgiften og eventuelt giver borgeren en egenbetaling på 0 kr.
--	---

Note: I forhold til medicintilskudsreglerne er anvendt beløbsgrænserne for 2022.

Kilder: Bekendtgørelse nr. 2500 af 13. december 2021 om beregning af forbrugerpriser m.v. på lægemidler, Bekendtgørelse nr. 859 af 12. juni 2020 om medicintilskud til dosisdispenserede lægemidler og Lovbekendtgørelse nr. 210 af 27. januar 2022 af sundhedsloven.

Nettoudgiften for borgerne er dog for de flestes vedkommende væsentligt mindre. *For det første* ydes der offentligt tilskud til dosis-pkningsgebyret efter de generelle regler for medicintilskud, der administreres og finansieres af regionerne. Da mange af de relevante borgere har forholdsvis høje udgifter til tilskudsberettigede lægemidler, vil de typisk kunne opnå et tilskud svarende til 85 pct. til dosis-pkningsgebyret.¹⁵ Dermed vil borgerens egenbetaling i forhold til dosis-pkningsgebyret

¹⁵ En opgørelse modtaget fra Danmarks Apotekerforening viser, at 76,7 pct. af de borgere, der modtog dosis-pakket medicin i 2021, fik dækket 85 pct. af udgiften til dosis-pkningsgebyret gennem de generelle medicintilskudsregler, mens 10,9 pct. fik dækket hele udgiften.

komme ned på ca. 1 kr. om dagen eller ca. 350 kr. om året, hvis borgeren modtager dosispakket medicin gennem hele året.¹⁶

For det andet kan omkostningen for borgere med et meget højt medicinforbrug (hvis loftet for egenbetaling af medicinudgifter på 4.320 kr. årligt (2022-niveau) nås), eller hvis borgeren modtager kommunalt helbrestillæg, være lavere endnu og eventuelt 0 kr., ligesom borgere, der er medlem af Sygeforsikringen "danmark", vil kunne få dækket en enten 50 eller 100 pct. af restbetalingen afhængig af forsikringsgruppe.

For det tredje vil udgifterne til selve medicin typisk være lavere, fordi reguleringen af pakkeapotekeres prissætning af lægemidler gennemsnitligt vil betyde en lidt lavere pris end ved traditionelt leveret medicin.¹⁷ Ligeledes vil borgerne ikke skulle betale det recepturgebyr, som apotekerne opkræver ved traditionelt leveret receptpligtig medicin.¹⁸

Endelig er der *for det fjerde* en gevinst for borgerne i form af en lavere medicinudgift som følge af både mindre medicinspild ved dosispakket medicin.¹⁹

Udover udgiften til dosispakningsgebyret vil en del af de borgere, der er i fokus i denne analyse, også skulle betale for apotekets levering af den dosispakkede medicin til det relevante plejebolig-center eller hjemme- og sygeplejecenter, som borgere er tilknyttet. Leveringsomkostningen, der er underlagt regulering, udgør her 12,50 kr. pr. 14-dagesdosisrulle. Skal dosisrullerne leveres til borgernes egne hjem, er leveringsomkostningen noget højere. Vi har hørt om et eksempel på en leveringsomkostning på 75 kr., men for den overvejende del af apotekerne er omkostningerne væsentligt lavere. Idet borgerne også betaler for leveringen af medicin, der leveres i traditionelle pakninger, er der kun tale om en merudgift ved dosispakket medicin, hvis den leveres oftere end den traditionelt leverede medicin. Da dosispakket medicin antagelig giver anledning til flere leveringer, er der formentlig også netto en vis merudgift til levering for den gruppe af borgere, der ikke selv eller ved en pårørende afhenter medicinen på apoteket.

Det kan i tilknytning hertil nævnes, at det i Norge og Sverige er de offentlige myndigheder, der betaler hele dosispakningsgebyret. I Sverige gælder videre, at det er de kommunale enheder, der betaler leveringsomkostningerne til de svenske dosispakningsapoteker, jf. figur 4.6. Om leveringsomkostningen betales af det offentlige i Norge, er ikke undersøgt.

Overvejelser om samtykkekravet

Flere af de kommuner, der har bidraget til analysen, har givet udtryk for, at de gerne så, at kravet om borgernes samtykke kunne udgå. Dels fordi det er ressourcekrævende at indhente samtykket, dels fordi de oplever, at en del borgere ikke ønsker at give samtykke, uanset at de vil have fordele ved dosispakket medicin, jf. bl.a. tilfredsheden blandt de nuværende brugere i Aalborg Kommune.

Fokus har i den forbindelse navnlig været på, om og hvordan borgerens egenbetaling i forhold til dosispakningsgebyret kunne elimineres, så denne ikke i sig selv forudsætter indhentelse af samtykke fra borgeren.

¹⁶ Danmarks Apotekerforening har udviklet en prisberegner, hvor det enkelt er muligt at beregne egenbetalingen for dosispakningsgebyret, og som findes på: <https://app.apoteket.dk/prisberegner-dosispakket-medicin>.

¹⁷ Denne effekt er indregnet Danmarks Apotekerforenings prisberegner, hvor der synes at være forudsat en prisreduktion på ca. 2 pct. ved dosispakket medicin i forhold til traditionelt leveret medicin.

¹⁸ Recepturgebyret opkræves af apotekerne ved ekspedition af en recept eller rekvisition og udgjorde 8 kr., ekskl. moms, i 2022, jf. bekendtgørelse nr. 2500 af 13. december 2021 om beregning af forbrugerpriser m.v. på lægemidler.

¹⁹ Gerber, A. et al., *Evaluation of multi-dose repacking for individual patients in long-term care institutions: savings from the perspective of statutory health insurance in Germany*, International Journal of Pharmacy Practice, 2008, 16, pp. 387-394.

Også ud fra en principiel overvejelse kan der være argumenter for, at kommunerne betaler (en del) af dosispakningsgebyret, idet en væsentlig del af gevinsten ved maskinelt dosispakket medicin tilfalder kommunen i form af reduceret tidsforbrug til manuel dosisdispensering.²⁰

Figur 4.6. Maskinel dosispakning i Sverige – udvalgte elementer

Ordination af dosispakket medicin mv. • Skal foretages af en læge (förskrivare) ud fra vurdering i samråd med patient/ansvarlig sygeplejerske om egnethed. • Borgeren skal give samtykke – for at muliggøre udveksling af medicinoplysninger. • Ordination, dataudveksling mv. sker i Pascal (svensk pendant til FMK). Betaling for dosispakning og levering • Omkostningen til selve lægemidlerne følger de almindelige medicintilskudsregler, herunder er der en egenbetaling for borgerne (det svenske medicintilskudssystem er dog mere gunstigt for borgerne end det danske). • Omkostningen til dosispakningsgebyret fordeles internt mellem de enheder, der har ordineret lægemidlerne. • Leveringsomkostningen ved direkte leverancer til offentlige enheder betales af pågældende enhed.	 Levering af dosispakket medicin • Hvert len/region udbyder regelmæssigt opgaven med at levere dosispakket medicin i offentlige udbud. • Det dosispakningsapotek, hvoraf der aktuelt er tre, som vinder opgaven, forpligter sig til at levere dospakket medicin til lenet og de i lenet beliggende kommuner for en given periode. • Dosispakningsapotekerne leverer direkte til fx plejehjem og hjemme- og sygeplejen, men kan også levere direkte til borgerens adresse eller via de lokale apoteker. • Det er muligt at bestille andre lægemidler, håndkøbsmedicin mv. fra dosispakningsapotekerne.
---	---

Note: I forhold til betalingen for dosispakning og levering synes der at være forskellige modeller for, hvordan omkostningerne fordeles mellem de offentlige myndigheder. Men vi er ikke stødt på tilfælde, hvor der er en egenbetaling for borgeren.

Kilder: Bl.a. Västra Götalandsregionen, *Doshandbok Västra Götalandsregionen*, Region Jönköpings län, *Riktlinjer för maskinell dosdispensering i Jönköpings län*, oktober 2020, og SOU 2018:53: *Översyn av maskinell dos, extempore, provningsläkemedel m.m.*, Slutbetänkande av Nya apoteksmarknadsutredningen Stockholm 2018.

I den forbindelse er vi bekendt med, at enkelte kommuner har truffet beslutning om, at maskinelt dosispakket medicin er førstevalget i forhold til dispenseringsydelsen. Konkret gælder i en af disse kommuner, at borgeren ikke har mulighed for at fravælge dosispakket medicin, hvis denne leveringsform vurderes mulig af kommunen og borgerens praktiserende læge, og at kommunen betaler borgerens andel af dosispakningsgebyret.²¹ Det fremgår ikke af det tilgængelige skriftlige materiale, hvordan apotekerne får det samtykke fra borgerne, som er nødvendigt for, at de kan dosispakke medicinen.

²⁰ I et samfundsøkonomisk perspektiv er det således værd at bemærke, at omkostningerne til maskinel dosispakning har et vist omfang. Ekskl. moms udgør det årlige dosispakningsgebyr ca. 2.300 kr. pr. borger, hvilket kan sammenholdes med, at udgiften til selve lægemidlerne for en borger med et forholdsvis omfattende medicinforbrug udgør måske 10.000 kr. årligt. For en lille gruppe af borgere i målgruppen, men med et lavt medicinforbrug, at de samlede gevinster ved til dosispakket medicin er mindre end omkostningen ved dosispakningen, jf. i øvrigt kapitlet om fordele, ulemper og potentiale nedenfor.

²¹ Se fx Lolland Kommune, *Referat af møde i Ældre-, Omsorgs- og Sundhedsudvalget den 28. september 2022* på kommunens hjemmeside.

Fra vores dialog med KL i forbindelse med analysen er det fremgået, at det er usikkert, om kommunerne har hjemmel til at betale borgerens andel af dosispakningsgebyret, men er ikke gået dybere ind i den problematik.

I praksis vil det dog være forbundet med en betydelig administrativ byrde, hvis samtlige 98 kommuner hver for sig skal overtage borgernes egenbetaling, herunder etablering af systemer til håndtering af betalingerne, indgåelse af aftaler med apotekerne om fakturering mv.

Hvis der derfor er et ønske om at afløfte borgernes egenbetaling for dosispakningsgebyret for derefter at kunne undgå kravet om samtykke, er der efter vores opfattelse behov for at udrede fordele og ulemper ved forskellige modeller. Udover en model, hvor kommunen betaler, kan en model potentielt være, at hele dosispakningsgebyret betales via de generelle medicintilskudsregler. Endelig kan det overvejes, om der juridisk er muligheder for at fjerne kravet om samtykke som følge af borgernes (delvise) egenbetaling af dosispakningsgebyret.

Hvis der måtte blive besluttet en model, der afløfter borgernes egenbetaling i forhold til dosispakningsgebyret, og kommunerne derfor ikke påtager sig opgaven med at indhente samtykke fra borgerne, er det væsentligt, at det samtykke fra borgerne, der er en forudsætning for, at apotekerne får adgang til de oplysninger i FMK, der er nødvendige for dosispakning, sikres opnået på anden vis.

I forhold til overvejelserne om nødvendigheden af borgernes samtykke skal vi bemærke, at det er et udtalt ønske fra borgere, patientforeninger mv., at borgerne i videst muligt omfang inddrages og deltager i beslutninger, der vedrører deres liv. Dette ønske kan givetvis også imødekommes, selv om samtykkekravet ophæves, men vi anser det i givet fald som et væsentligt opmærksomhedspunkt, hvis kommunerne uden samtykke kan beslutte, at borgerne skal overgå til dosispakket medicin.

Samlet er der efter vores opfattelse næppe tvivl om, at det vil kunne bidrage til en øget udbredelse af dosispakket medicin, hvis kravet om samtykke fra borgerne bortfalder. Som en afledt konsekvens vil det kunne frigive den tid, kommunerne i dag anvender til at indhente samtykke fra borgerne.

Inden for rammerne af analysen kan vi dog ikke vurdere, om disse fordele står mål med de potentielle ulemper, herunder de administrative konsekvenser, hvis borgernes egenbetaling i forhold til dosispakningsgebyret skal afløftes, hensynet til borgerne mv.

Anbefaling

4.4

I forhold til kravet om borgernes samtykke til dosispakket medicin anbefales, at:

- Det afklares af fx KL, om der er hjemmel for kommunerne til at betale den del af dosispakningsgebyret, der i dag betales af borgerne.
- Der igangsættes et arbejde med relevante parter, bl.a. KL, Sundhedsministeriet og Danske Regioner, om og i givet fald hvordan en offentlig afløftning af borgernes egenbetaling (fx gennem kommunerne eller medicintilskudsreglerne) mest hensigtsmæssigt kan gennemføres.
- Det i et sådant arbejde indgår, hvordan det samtykke, apotekerne har behov for at kunne gennemføre dosispakning, mest hensigtsmæssigt kan indhentes, eller om det gennem en ændring af den relevante lovgivning er muligt og hensigtsmæssigt at fjerne det nuværende samtykkekrav.
- Hvis det besluttet at forlade samtykkemodellen, at der etableres en proces for, hvordan de berørte borgere bedst muligt informeres med henblik på at skabe accept og tryghed i forhold til beslutningen om, at de skal overgå til dosispakket medicin.

4.4. Almen praksis

De praktiserende læger, der har bidraget til dataindsamlingen til nærværende analyse, har givet udtryk for forholdsvis varierende holdninger og vurderinger af, i hvilket omfang maskinelt dosispakket medicin er hensigtsmæssigt. Den samme variation i holdningen blandt de praktiserende læger opleves af de kommuner, der har bidraget til analysen.

Mange praktiserende læger optræder som konstruktive samarbejdspartnere i forhold til kommunernes ønsker til, hvilke borgere de finder egnede til dosispakket medicin, og ser dosispakket medicin som en lettere og mere sikker medicinhåndtering for borgere, kommuner og almen praksis.²²

I den anden ende af spektret ønsker nogle praktiserende læger ikke at medvirke til at få borgere på dosispakket medicin. Og mange har holdninger mellem disse to yderpunkter.

Den skepsis, vi er stødt på, udspringer navnlig af følgende synspunkter, opfattelser og konkrete erfaringer vedrørende dosispakket medicin:

- Det er ikke patientsikkert (dette uddybes i kapitlet om patientsikkerhed og målgruppe)
- Det er dyrt for borgerne og samfundet (se ovenfor og kapitlet om fordele, ulemper og potenti-ale)
- Det er besværligt og kræver, at lægen anvender tid på problemstillinger af praktisk snarere end lægefaglig karakter (uddybes nedenfor og i kapitlet om ændret medicinering og sektor-overgange)
- Det udgør en meropgave, der ikke i rimeligt omfang honoreres (uddybes i kapitlet om ændret medicinering og sektorovergange)

Idet der er tale om forholdsvis forskelligartede problemstillinger, der samtidig vedrører en række væsentlige og principielle forhold, har vi valgt at behandle dem, når det er relevant i forhold til rapportens struktur i øvrigt. I den forbindelse er det selvsagt afgørende, at substansen i bekymringerne adresseres adækvat af de øvrige aktører, der sammen med almen praksis skal sikre de rette rammer for en udbredelse af dosispakket medicin.

Vurderingen af de patienter, som kommunerne foreslår som egnede til dosispakning

I forhold til den normale arbejdsgang, når en borger skal opstartes på dosispakket medicin, skal den praktiserende læge i første omgang vurdere egnetheden for de borgere, som kommunen har foreslået.

Dette fører i de fleste tilfælde til, at den praktiserende læge vurderer nogle som egnede og andre som ikke-egnede. I Aalborg Kommune vurderede de praktiserende læger, at ca. to tredjedele af dem, som kommunen havde foreslået, var egnede, mens det ikke var tilfældet for den resterende tredjedel.²³ Tilsvarende oplever andre kommuner, at en del af de borgere, de foreslår, bliver afvist af de praktiserende læge, og at afvisningsgraden varierer betydeligt mellem de forskellige praktiserende læger.

Vi har ikke et dækkende billede af årsagerne til, at de praktiserende lægers vurderinger afviger fra kommunernes. Men selv om der altid vil kunne opstå situationer, hvor kommunen og den praktiserende læges vurdering af en borgers egnethed vil være forskellig, forekommer de nuværende forholdsvis store forskelle ikke hensigtsmæssige. Kommunen har anvendt ressourcer på at

²² Se fx Peter Gaardbo Simonsen, *Dosisdispensering – en lettere og mere sikker medicinhåndtering*, Lægeklinikken Frederikshavn, præsentation dateret 18. november 2022.

²³ *Erfaringer med dosispakket medicin i Aalborg Kommune*, præsentation på KL-webinar den 27. oktober 2022.

identificere og derefter indhente samtykke fra borgerne, og de praktiserende læger skal anvende tid på at vurdere borgere, som de ikke anser som egnede.

Det er således vores vurdering, at kommunerne og almen praksis langt fra altid har et sammenfaldende billede af, hvilke kriterier der bør anvendes ved vurderinger af borgernes egnethed i forhold til dosispakket medicin, eller i hvert fald hvad kriterierne betyder i forhold til den enkelte borger.

Dette fravær af en fælles opfattelse af målgruppen for dosispakket medicin behandles yderligere nedenfor i kapitlet om patientsikkerhed og målgruppe.

Håndtering af dosispakket medicin i lægepraksissystemerne

For de borgere, som almen praksis vurderer egnede til dosispakket medicin, skal den praktiserende læge opstarte dosispakningen i deres lægepraksissystem.

Flere af de praktiserende læger, der har bidraget til analysen, finder, at opstart af dosispakning i deres lægepraksis er forholdsvis enkel og ikke specielt tidskrævende. I hvert fald når de har opnået en vis rutine med at oprette dosisrecepter.

Det var også det overordnede billede, der tegnede sig på en workshop om funktionaliteten af de forskellige lægepraksissystemer og koblingen til FMK, som MedCom havde arrangeret i september 2022.²⁴ I enkelte af lægepraksissystemerne savnedes dog nogle nyttige funktionaliteter, som fandtes i de andre.

Det er ikke ensbetydende med, at der ikke i alle lægepraksissystemer og i FMK er muligheder for forbedringer, og workshoppen havde bl.a. til formål at identificere sådanne forbedringsmuligheder og vurdere dem i forhold til forventet effekt i forhold til indsatsen og tidsperspektivet for en eventuel implementering, *jf. figur 4.7*.

Andre mulige forbedringstiltag end dem, der fremgår af figuren, blev drøftet og vurderet på workshoppen. Fælles for de øvrige tiltag var, at de enten krævede yderligere analyser for at kunne vurdere de tekniske løsningsmuligheder og den forventede effekt, eller at tidshorisonten for en eventuel implementering vil være forholdsvis lang.

²⁴ MUUSMANN var engageret til at facilitere workshoppen, der blev gennemført i selvstændigt regi i forhold til nærværende analyse

Figur 4.7. Udvalgte tekniske udfordringer og mulige løsninger i lægepraksissystemerne

Valg af lægemiddel ved receptoprettelse <i>Problem:</i> Idet lægemiddel vælges før, der tages stilling til, om det skal dosispakkes, og lægemidlet ikke er godkendt til dosispakning, skal læge starte forfra. <i>Løsning:</i> Enten at det for hvert lægemiddel markeres, om det kan dosispakkes, eller at lægen skal tage stilling til dosispakning før valg af lægemiddel og kun får vist dosispakkeegnede lægemidler. <i>Tidshorisont:</i> Kan implementeres forholdsvis hurtigt med begrænsede ressourcer og vil indebære en vis lettelse i arbejdsgangen.	Valg af borgerens foretrukne apotek <i>Problem:</i> Læge skal hver gang skrive borgerens foretrukne apotek. <i>Løsning:</i> På kort sigt indsættes automatisk det apotek, hvorfra borgeren senest har modtaget dosispakket medicin. På længere sigt måske en del af det fælles stamkort, der er under udvikling i FMK-regi. <i>Tidshorisont:</i> Den første løsning kan implementeres forholdsvis hurtigt med begrænsede ressourcer og vil indebære en vis lettelse i arbejdsgangen.
Læge skal vælge pakningsstørrelse <i>Problem:</i> System kræver, at læge vælger pakningsstørrelse, hvilket er unødvendigt ved dosispakning. <i>Løsning:</i> Lægen skal tage til stilling til dosispakning før valg af pakningsstørrelse, og system indsætter selv en "tilfældig" pakningsstørrelse. <i>Tidshorisont:</i> Kan implementeres forholdsvis hurtigt med begrænsede ressourcer og vil indebære en vis lettelse i arbejdsgangen.	For mange datoer ved dosispakning <i>Problem:</i> Lægen præsenteres i dag for flere datoer relateret til dosispakning (apotekets frist for ændringer for næste ordinære rulle, dato for levering af næste ordinære rulle til borgeren osv.) <i>Løsning:</i> Reelt kun en dato vigtig for lægen, nemlig hvornår borgeren modtager dosisrulle med den ændrede medicinering. Denne dato er afgørende for, om lægen finder behov for en "akutrulle". <i>Tidshorisont:</i> Kan implementeres forholdsvis hurtigt med begrænsede ressourcer og vil indebære en vis lettelse i arbejdsgangen.

MedCom vil i samarbejde med de relevante aktører arbejde videre med forslagene med henblik på at sikre implementering med det formål at realisere de forventede lettelser for almen praksis.

Anbefaling

4.5

Det anbefales, at MedCom sammen med relevante aktører arbejder for at sikre implementeringen af identificerede forbedringstiltag i forhold til funktionaliteten af lægepraksissystemerne i forhold til dosispakket medicin.

4.5. Apotekerne - udleverende og pakkende

Vores interview af apoteker har ikke afdækket væsentlige barrierer i forhold til selve arbejdsgangen ved opstart af borgere på dosispakket medicin. Til gengæld er der blevet drøftet en række forhold angående rammebetingelserne for apotekerne, herunder navnlig pakkeapotekerne.

En generel problemstilling for udleverings- og pakkeapotekerne er, at de oplever den forretningsmæssige business case i snæver forstand som marginal. De peger i den forbindelse navnlig på to forhold. For det første, at dosispakningsgebyret på 89 kr., ekskl. moms, der fordeles mellem udleverings- og pakkeapoteket, forekommer dem at være i underkanten, idet der samtidig peges på, at

beløbet i kroner ikke er blevet reguleret, siden det blev fastsat i starten af 00'erne. For det andet, at det forholdsvis lave antal borgere på dosispakket medicin giver for lidt volumen på navnlig mange udleveringsapoteker til at kunne etablere effektive arbejdsgange.

Formentlig på grund af en svag business case har et pakkeapoteke valgt at indstille produktionen, og vi har hørt om eksempler på udleveringsapoteker, der ikke ønsker at levere dosispakket medicin og derfor henviser til andre apoteker, hvis der er ønske om, at en borger skal på dosispakket medicin.

Heroverfor står, at resten af dosispakkeapotekerne og langt de fleste udleveringsapoteker leverer dosispakket medicin. Dels fordi apotekerne anser dosispakket medicin som en patientsikker løsning, dels fordi der kan være anden omsætning end salg af medicin knyttet til borgerne med dosispakket medicin.

Idet vi ikke har dyb indsigt i apotekernes business case, kan vi ikke vurdere, om dosispakningsgebyret er for højt eller for lavt, ligesom den også vil påvirkes i positiv retning ved en øget udbredelse af dosispakket medicin. Ud fra en udelukkende principiel betragtning gælder dog, at det er væsentligt, at dosispakningsgebyret står rimeligt mål med apotekernes faktiske omkostninger ved at levere ydelsen, da det ellers på et tidspunkt kan blive en betydelig barriere for en øget udbredelse af dosispakket medicin.

Udfordringer relateret til udleveringsapotekerne

I vores interview af bl.a. almen praksis er det kommet til udtryk, at det kan være vanskeligt for almen praksis at komme i kontakt med den relevante person på udleveringsapoteket, når der er brug for det, eller at det kan tage tid at få svar, når kommunikationen sker via korrespondancemeddelelser. Tilsvarende oplever mange apoteker, at det kan være vanskeligt at komme i kontakt med almen praksis telefonisk, og at korrespondancemeddelelser ikke besvares. Selv om dette formentlig også gælder ved traditionelt leveret medicin, er det vores indtryk fra de gennemførte interviews, at det udgør en større udfordring ved dosispakket medicin, bl.a. fordi forsinkelser i kommunikationen udfordrer logistikken og tidsfristerne i forhold til pakning i normalt rul, hvilket ikke er tilfældet ved traditionelt leveret medicin.

Dette understreger det tidligere beskrevne behov for, at der etableres en konstruktiv dialog mellem almen praksis og apotekerne samt en fælles forståelse om, hvilke arbejdsgange der skal følges.

I forhold til apotekerne kan den problematik forstærkes af, at ikke alle udleveringsapoteker nødvendigvis har mulighed for at have dosisansvarligt personale til stede på alle tidspunkter, så længe volumen af borgere med dosispakket medicin er så lav, som tilfældet er i dag.

Der er derfor tale om en barriere for udbredelsen af dosispakket medicin, der kan være vanskelig at imødegå helt på kort sigt, men må antages at blive reduceret i takt med, at antallet af borgere med dosispakket medicin i givet fald vokser. Der er dog tale om et punkt, som udleveringsapotekerne bør sætte fokus på, ligesom der vurderes at være et potentiale til at forbedre tilgængeligheden på nogle af udleveringsapotekerne allerede nu:

Anbefaling

4.6

Det anbefales, at udleveringsapotekerne har fokus på at sikre størst muligt tilgængelighed af personale, der kan håndtere henvendelser fra borgere, kommuner og almen praksis om dosispakket medicin, og at de andre aktører ved, hvem de i givet fald kan kontakte på apoteket.

Et andet emne, der har været drøftet med udleveringsapotekerne, er den mulighed, som behandlerfarmaceuterne har for ordinere dosispakket medicin med offentligt tilskud til de borgere, som måtte ønske det.²⁵ Hvis denne mulighed anvendes, skal borgernes egen læge informeres og have mulighed for omgøre beslutningen.

De apoteker, vi har talt med, har stort set ikke anvendt muligheden. Bl.a. fordi de forudsætninger i forhold til forudgående stabilitet i borgernes medicinforbrug, der skal være opfyldt, i praksis kun meget sjældent vil være det. Samtidig har apotekerne givet udtryk for, at de foretrækker at anvendelse dosispakket medicin sker i forståelse med den praktiserende læge, og ingen har givet udtryk for, at der er tale om en væsentlig barriere for udbredelsen af dosispakket medicin.

Derfor har vi valgt ikke at overveje, om der kunne være fordele ved at ændre i de nuværende rammer for behandlerfarmaceuternes mulighed for at ordinere dosispakket medicin her. Derimod kommer emnet op igen i kapitel 8, der indeholder vores overvejelser om mulighederne for en mere grundlæggende ændring i fordelingen af arbejdsopgaverne knyttet til dosispakket medicin.

Pakkeapotekerne

Vores interview på et pakkeapotek afdækkede ingen egentlige barrierer for udbredelsen, men til gengæld blev der peget på tre forhold, der isoleret set øger omkostningerne ved at producere den dosispakke medicin.

1. Substitutionsprincippet i den generelle regulering af de danske lægemiddelpriser: Princippet betyder i korthed, at apoteket altid er forpligtet til at substituere til det billigste produkt af en given lægemiddelkategori. Idet priserne fastsæt for perioder af 14 dage ad gangen, sker der hyppigt ændringer i, hvilket lægemiddel der er billigst og dermed skal tilbydes til borgeren. Dette gælder, uanset om medicinen leveres i originalpakninger eller maskinelt dosispakket. For pakkeapotekerne giver det imidlertid anledning til, at der hver 14. dag skal udskiftes et antal lægemidler i pakkemaskinerne, hvilket giver et vist medicinspild, da den medicin, der fjernes, skal smides ud, da holdbarheden er begrænset, når de først er blevet fjernet fra originalpakningen.

2. Restordreproblematik: Det sker, at lægemiddelleverandørerne ikke kan levere de lægemidler, som lægen har ordineret, og at der ikke umiddelbart findes alternativ, der kan anvendes som substitut. Uanset leveringsform giver det behov for, at udleveringsapoteket kontakter den praktiserende læge, så denne får mulighed for at tage stilling til, hvilken anden behandling der eventuelt skal sættes i gang. Når medicinen leveres dosispakket, kan dette bl.a. give anledning til, at apoteket er nødt til at pakke uden det pågældende middel for at fastholde den normale arbejdsgang, så det af lægen ordinerede alternativ må leveres på anden vis.

3. Lægemidler leveres ikke altid på form tilpasset maskinel dosispakning. For pakkeapotekerne er det lettest, hvis lægemidlerne leveres i forholdsvis store mængder i glas eller bølter. Ikke alle lægemiddelleverandører har dog dette produkt for alle deres lægemidler. Derfor leveres en del lægemidler fx i blisterpakninger, som pakkeapoteket derfor må udpakke manuelt, før det kan anvendes i pakkemaskinerne. Det er selvsagt ikke en effektiv proces, men udover at apotekerne kan presse på over for lægemiddelleverandørerne, er det vanskeligt at se tiltag, der kan imødegå. Dog gælder formentlig, at det vil blive lettere at få lægemiddelleverandørerne til at levere i dosispakkeegnede pakninger, hvis antallet af borgere på dosispakket medicin var højere end i dag. Det pakkeapotek, vi talte med, oplyste således, at de relevante pakninger i flere tilfælde var tilgængelige på det svenske marked.

Idet alle tre forhold udspringer af den måde, hvorpå markedet for lægemidler generelt er indrettet, anser vi det uden for rammerne af denne analyse at komme med anbefalinger på dette område.

²⁵ Bekendtgørelse nr. 688 af 20. maj 2020 om behandlerfarmaceuters virksomhedsområde.

I forhold til udfordringerne knyttet til substitutionsprincippet er det dog vores vurdering, at det ikke udgør en væsentlig barriere for udbredelsen af dosispakket medicin, uanset at det isoleret set gør produktionen af dosispakket medicin lidt mere omkostningsfyldt. Denne meromkostning skal således ses i lyset af, at princippet generelt sikrer lavere udgifter for samfundet til selve lægemidlerne, hvorfor en lempelse af substitutionsprincippet for pakkeapotekerne meget vel kan føre til en stigning i lægemiddelomkostningerne, der overstiger reduktionen i pakkeapotekernes omkostninger til selve pakningen.

Det svenske apotekmarked – en kommentar

Apotekernes rolle i forhold til dosispakket medicin i Sverige er noget anderledes end i Danmark, *jf. figur 4.5 ovenfor*. Bl.a. gælder, at aftaler om og leverancer af maskinelt dosispakket medicin sker direkte mellem fx de kommunale enheder og pakkeapotekerne. Dvs. der er i mange tilfælde ikke et mellemlid med et udleveringsapotek. Ligeledes gælder, at opgaven med maskinel dosispakning af medicin tildeles pakkeapotekerne efter offentlige udbud.

Idet strukturen af det svenske og danske apotekmarked af historiske årsager er meget forskellig, ser vi ikke en mulighed for at implementere en model, der ligner den svenske, i en dansk kontekst. Derfor har vi heller ikke analyseret fordele og ulemper ved den svenske model i forhold til at sikre mere effektive arbejdsgange og produktion af dosispakket medicin nærmere.

4.6. Kommunens modtagelse af dosispakket medicin

Det sidste trin i den normale arbejdsgang ved opstart af en borger med dosispakket medicin er, at dosispakkerne leveres til kommunerne med henblik på viderelevering til borgerne.

Styrelsen for Patientsikkerhed anbefaler, at den kommunale sundhedsmedarbejder ved modtagelsen af en ny dosiserulle kontrollerer, at navn og personnummer på dosisperne er korrekt, og at der ikke er åbenlyse fejl i antallet af tabletter i poserne (fx ved at kontrollere, at antallet af tabletter i dosisperne til det første døgn er det samme som antallet af tabletter på medicinlisten).²⁶

Nogle af de kommuner, vi har talt med, følger anbefalingen, andre har valgt at fravige den, når borgerens medicinering er uændret i forhold til senest modtagne dosiserulle, og når den pågældende borger ikke modtager medicinadministrationsydelsen og dermed vurderes selv at være i stand til administrerer medicinindtagelsen.

Argumentet for denne afvigelse fra anbefalingen er, at der ikke er identificeret fejl, når fx antal tabletter i dosisperne er sammenholdt med de medicinoplysninger, der er tilgængelige for de kommunale sundhedsmedarbejdere. De pågældende kommuner finder derfor ikke, at arbejdsgangen og dermed ressourceindsatsen står mål med udbyttet. Dette skal også ses i lyset af den kontrol, der finder sted på udleveringsapotekerne, før dosiserullerne leveres til borgerne. Idet de borgere, der er tale om, ikke modtager medicinadministrationsydelse, er det – som vi forstår det – også et argument, at disse borgere selv er i stand til at kontrollere, at navn og personnummer på den leverede medicin er korrekte.

Givet, (i) at antallet af fejl, der sker ved maskinel dosispakning, er meget lille, (ii) at fejl formentlig hyppigst opstår, når der er sket ændringer i en borgers medicinering, og (iii) at ikke alle af de (få) fejl i dosispernes indhold kan forventes opdaget ved den kommunale modtagekontrol, forekommer det os ikke åbenlyst, at værdien af modtagekontrollen, for så vidt angår dosiserullernes indhold, står mål med de ressourcer, der anvendes på kontrollen. Vi har ikke grundlag for at vurdere om dette tilsvarende gør sig gældende i forhold til kontrol af korrekt navn og personnummer.

²⁶ Styrelsen for Patientsikkerhed, *Korrekt håndtering af medicin: Ansvar, sikkerhed og opgaver – et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder mv.*, november 2019.

Anbefaling

4.7

Det anbefales, at Styrelsen for Patientsikkerhed overvejer at præcisere niveauet af kontrol, der er hensigtsmæssigt ved kommunernes modtagelse af dosisruller i lyset af såvel kommunernes arbejdsprocesser som patientsikkerheden.

5. Ændret medicinering og sektorovergange

I dette kapitel beskrives arbejdsgangene, når der skal ske ændringer i borgernes medicinering, herunder når der er behov for, at ændringerne træder i kraft hurtigst muligt. I forlængelse heraf vurderes, hvilke meropgaver dosispakket medicin giver anledning til i almen praksis. Afslutningsvis beskrives kort nogle af de problemstillinger i forhold til dosispakket medicin, der opstår, når borgerne behandles af hospitalslæger på ambulatorier og ved indlæggelser.

5.1. Arbejdsgang ved ændringer af ordinationer

Det er fra de gennemførte interview tydeligt, at anvendelsen af dosispakket medicin især opleves som besværligt, når der skal ske ændringer i medicineringen af en borger. Det gælder især, når ændringen er udløst af en hospitalskontakt, hvor borgerne enten behandles på et ambulatorium eller bliver indlagt akut på en hospitalsafdeling.

Når den praktiserende læge beslutter en ændring i medicineringen af en patient, der får manuelt dosisdispenseret medicin, skal lægen kontakte kommunen og oplyse om ændringen. Det er herefter op til de kommunale medarbejdere at sikre, at den nye medicin hentes på eller leveres fra apoteket, så den ændrede medicinering kan træde i kraft hurtigst muligt. Afhængigt af tidspunktet for ændringen (er det sent på eftermiddagen, op til en weekend eller feriedag mv.) kan der godt gå nogle dage, før patienten kan indtage den ændrede medicinering – men lægen har ikke detaljeret viden om dette.

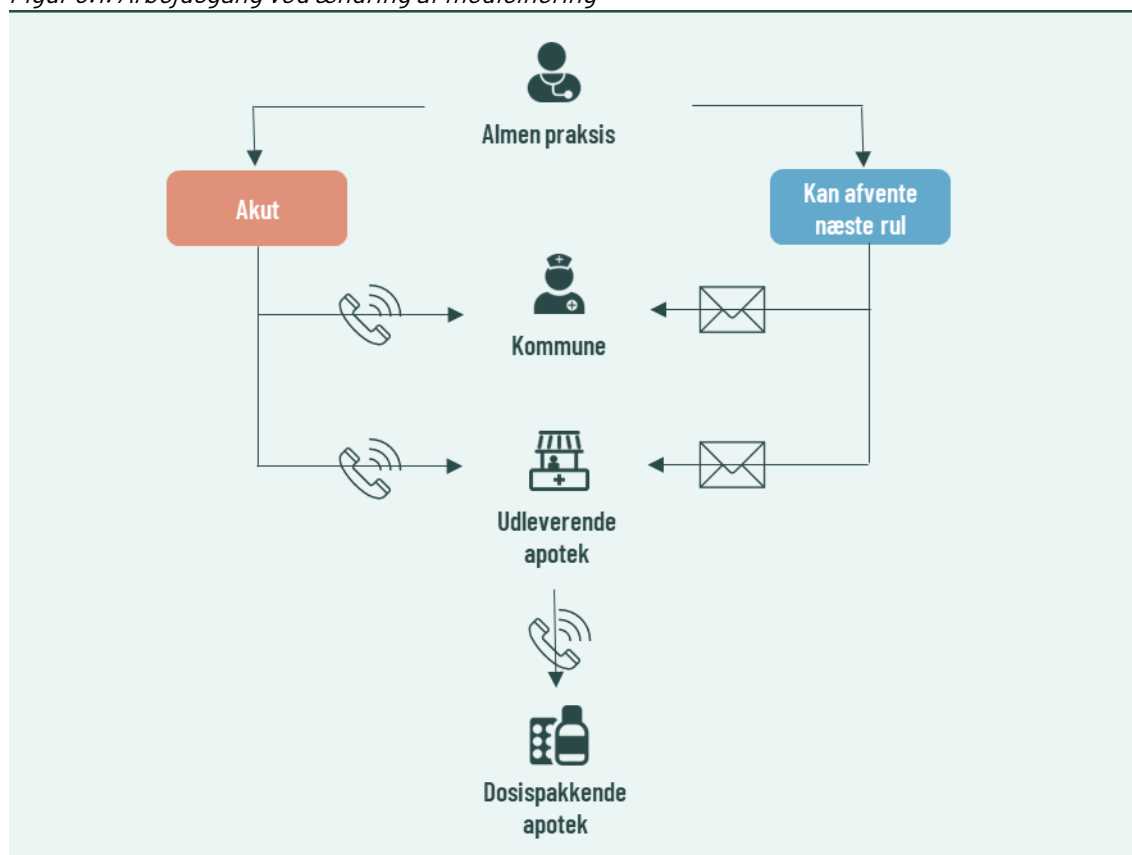
Arbejdsgangen ved ændret medicinering er anderledes ved dosispakket medicin. For det første skal den praktiserende læge beslutte, om det er forsvarligt at lade ændringen træde i kraft ved pakning af den næste dosiserulle i normalt rul, eller om den skal træde i kraft hurtigst muligt, hvilket i så fald kræver, at der skal pakkes en akutrulle, *jf. figur 5.1*.

Som grundlag for sin beslutning kan den praktiserende læge i sit lægepraksissystem se en række datoer knyttet til pakningen af næste dosiserulle (hvornår fristen er for at registrere ændringer i FMK, hvornår pakkes rullen, og hvornår vil den blive leveret til borgeren/kommunen). Disse datoer kan variere, afhængigt af hvilket apotek patienten får sin dosispakke medicin fra.

Nogle af de praktiserende læger, der har bidraget til analysen, finder, at de detaljerede oplysninger om datoer i forbindelse med dosispakket medicin reelt ikke spiller den store rolle og unødigt komplicerer funktionaliteten. Kun datoen for forventet levering af den næste dosiserulle er interessant.

Det bemærkes i den forbindelse, at hvis ændringen i medicinordinationen sker lige efter udløb af fristen for at registrere ændringer i FMK, kan der gå op mod 3–4 uger, før ændringen får virkning for borgerens medicinindtag. Nogle af de praktiserende læger, der har bidraget til analysen, har imidlertid givet udtryk for, at den konkrete leveringstid i normalt rul sjældent er afgørende, idet de enten finder, at ændringen kan afvente næste rul, eller finder, at den skal træde i kraft snarest muligt, dvs. "akut".

Figur 5.1. Arbejdsgang ved ændring af medicinering



Når medicinændringerne kan afvente næste normale dosispakke, modtager kommunen og udleveringsapoteket meddelelse om, at der er sket en ændring, som de skal være opmærksomme på og håndtere, når dosisrullen med den ændrede medicin modtages.

Hvis medicinændringen skal træde i kraft "akut", skal den praktiserende læge tage kontakt til kommunen, som det også er tilfældet, når medicin leveres traditionelt. Derudover skal den praktiserende læge også kontakte udleveringsapoteket, der dernæst bestiller en akutrulle fra det dosispakkende apotek. Det er vores forståelse, at disse kontakter enten sker telefonisk eller som elektroniske korrespondancemeddelelser – det vigtige er i den forbindelse ikke formen, men at parterne er enige om, hvordan kontakten foregår, så medicinændringerne kan effektueres uden unødige forsinkelser. Som oftest vil en akutrulle kunne leveres til kommune/borger næste dag, hvis den bestilles inden kl. 12.²⁷ Leveringstiden kan være længere i forbindelse med weekender og helligdage, men det adskiller sig ikke fra, hvad der gælder i forhold til traditionelt leveret medicin.²⁸

Problemstillingen ved ændringer i medicineringen, der gennemføres af hospitalslæger ved enten ambulatoriekontakter eller indlæggelser, er anderledes. Ofte er patienternes dosispakning sat i bero ved en indlæggelse, men det sker også, at alle eksisterende dosisrecepter bliver annulleret.

²⁷ Leveringstiden kan muligvis også være længere for de borgere, der er bosiddende på de mindre øer, da leveringen afhænger af færgeforbindelser mv. En tilsvarende problematik gør sig dog også gældende ved traditionelt leveret medicin, herunder når den skal manuelt dosisdispenseres af en kommunal sundhedsmedarbejder. Vi har ikke undersøgt, om der i praksis vil være en nævneværdig forskel på de to leveringsformer, men bemærker, at det fortsat vil være muligt at fastholde manuel dosisdispensering for disse borgere, så de ikke stilles dårligere i forhold til i dag.

²⁸ Dette gælder også for traditionelt leveret medicin, bl.a. også fordi de medicinansvarlige i kommunerne ikke nødvendigvis kan foretage manuel dosisdispensering i weekender osv.

Det er så op til den praktiserende læge at vurdere, om patientens dosispakning skal genstartes, og i givet fald udarbejde dosisrecepter også på de ordinationer, der er lavet af hospitalslægen. I store træk svarer det til, at den praktiserende læge skal gennemføre samme arbejdsgang, som da lægen oprindeligt satte patienten på dosispakket medicin.

Vi er i tilknytning hertil stødt på en usikkerhed blandt nogle praktiserende læger i forhold til behandleransvaret, når de udsteder en dosisrecept på en ordination foretaget af en hospitalslæge.

Denne problemstilling er efter det oplyste ikke alene knyttet til dosispakning, men dukker også undertiden op, når en praktiserende læge fx anmodes om en receptfornyelse på medicin ordineret af en hospitals- eller speciallæge.

Som vi har fået det oplyst, påhviler behandleransvaret altid den læge, der har lavet ordinationen, hvilket ikke ændres, hvis en praktiserende læge på baggrund af en sådan ordination udsteder en dosisrecept. I givet fald kan spørgsmålet om behandleransvar med fordel tages op i det materiale mv., der vil ligge til grund for en fornyet implementeringsindsats over for almen praksis, jf. anbefalingen herom ovenfor.²⁹

5.2. Ændringer opleves som mere krævende med dosispakket medicin

De fleste af de praktiserende læger, der har bidraget til analysen, oplever det som mere ressourcekrævende at effektuere medicinændringer, når patienten er på dosispakket medicin, end når medicinen leveres på traditionel vis. Af arbejdsgangsbeskrivelsen følger, at det navnlig er behovet for at forholde sig til, hvornår en ændring slår igennem over for borgeren, og behovet for kontakt til apoteket, der er "tillægsopgaver", når patienten får dosispakket medicin.

I forhold til det første er det værd at bemærke, at problematikken om, hvornår en medicinændring resulterer i et ændret medicinindtag, også gør sig gældende for traditionelt leveret medicin, men der bliver den praktiserende læge ikke præsenteret for de konkrete datoer. Dette viser, at brugen af dosispakket medicin igennem systemunderstøttelsen giver større transparens om nogle aspekter af medicin håndteringen, herunder spørgsmålet om, hvornår en medicinændring rent faktisk får virkning, og at det er den større transparens, snarere end dosispakningen i sig selv, der opleves at give en vis større arbejdsbyrde.

I forhold til at dosispakket medicin giver anledning til, at også apoteket skal kontaktes, er der tale om en ekstra arbejdsgang. Nogle af de praktiserende læger, vi har talt med, peger på, at de undertiden har vanskeligt ved at træffe en dosisansvarlig medarbejder, når de ringer til apoteket, og i enkelte tilfælde må vente til fx næste dag, før personen er at træffe. I det udgangspunktet for kontakten er et ønske om, at medicinændringen skal træde i kraft hurtigst muligt, er dette ikke hensigtsmæssigt.

Fra apotekernes perspektiv gælder for nogle af dem, at de givet et forholdsvis lille antal borgere med dosispakket medicin kan have vanskeligt ved at opretholde et højt beredskab, jf. også overvejelserne og anbefalingen herom i det foregående kapitel.

Også kommunerne oplever medicinændringer som ressourcekrævende, herunder opstår der ofte behov for kontakt til almen praksis og apotek for at afklare spørgsmål om både selve ændringen i

²⁹ Af de gennemførte interviews er vi bekendt med, at den generelle problemstilling forsøges håndteret i forbindelse med indgåelse af ny samarbejdsaftale mellem sundhedsaktørerne, så udgangspunktet bliver, at en læge – praktiserende, special- eller hospitalslæge – der anmodes om at lave en receptfornyelse, som udgangspunkt altid gør det også for ordinationer lavet af andre læger. Det gælder selvsagt ikke fx speciallægemidler, hvor kun nogle læger har lov til at udstede recepter.

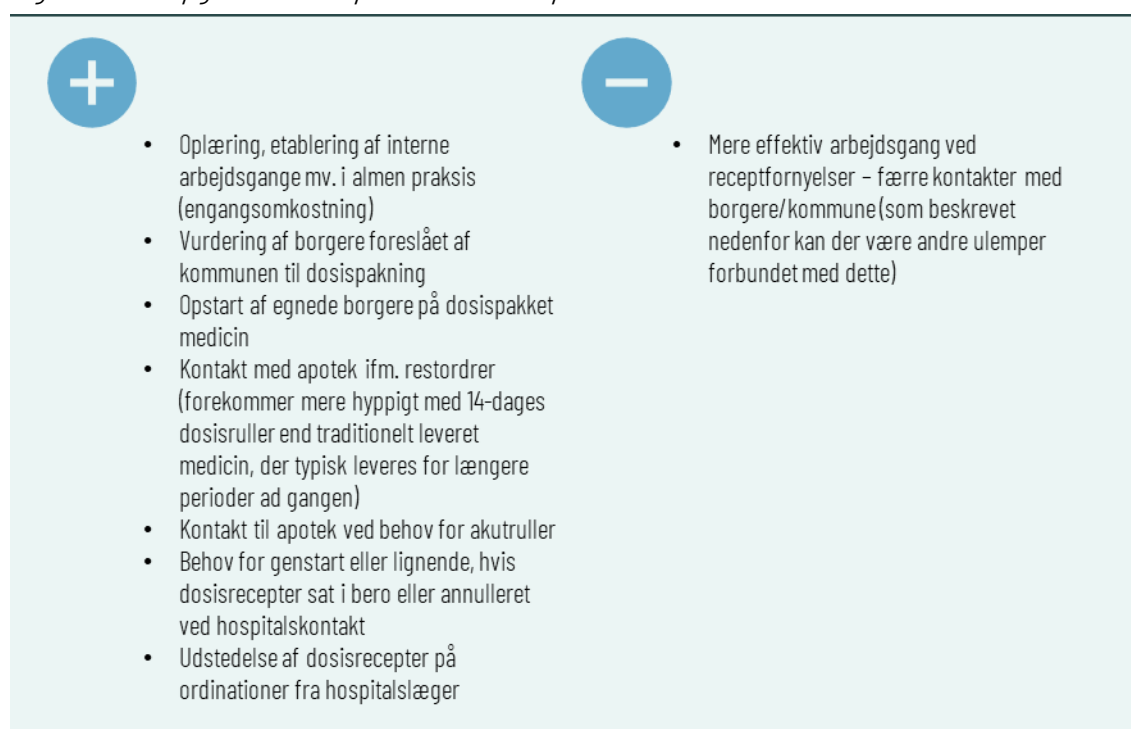
medicinering og levering af den ændrede medicin. Det er imidlertid vores forståelse, at der ikke her er nævneværdige forskelle mellem dosispakket og traditionelt leveret medicin.

5.3. Mertidsforbrug og honorar i almen praksis

Et element i kommissoriet er, at det som led i analysen skal vurderes, hvad merbelastningen eventuelt er, når en patient modtager dosispakket fremfor traditionelt leveret medicin.

Som med al ny "teknologi" kræver det en indsats af almen praksis at implementere dosispakket medicin i deres arbejdsgange mv. Der skal etableres kendskab til og fortrolighed med de funktionaliteter i deres lægepraksissystemer, der understøtter dosispakket medicin, de arbejdsgange, der skal følges i forhold til kommuner og apoteker og en generel forståelse af muligheder og problematikker knyttet til dosispakket medicin, *jf. figur 5.2.*

Figur 5.2. Meropgaver i almen praksis ved dosispakket medicin - kvalitativ



Ligeledes skal der fastlægges interne arbejdsgange og udarbejdes instrukser i det omfang nogle af opgaverne skal varetages af praksispersonalet. Dette er selvsagt primært en engangsudgift, selv om der efterfølgende er behov for løbende at holde sig opdateret i forhold til ændringer i lægepraksissystemer mv.

En anden ny arbejdsopgave er at vurdere, om de borgere, kommunerne foreslår, er egnede til dosispakket medicin, og dernæst oprette dosisrecepter for de af borgerne, hvor det er relevant. Vi vurderer indsatsen pr. borger som begrænset, forudsat at lægen har opnået fortrolighed med at udstede dosisrecepter. I de kommuner, der gør en aktiv indsats for at øge andelen af borgere på plejecentre og i hjemme- og sygeplejen, vil der aktuelt være behov stillingtagen til et forholdsvis stort antal borgere, men opgaven vil i mere begrænset omfang være blivende, da personer i målgruppen løbende udskiftes.

Dernæst kommer en række opgaver knyttet til driften eller vedligeholdelsen af dosispakket medicin, der alle vurderes at give anledning til flere kontakter mellem almen praksis, kommuner og

apoteker. Endelig ligger der en meropgave i at håndtere dosispakning for borgere, der har fået sat deres dosispakning i bero eller i øvrigt ændret deres medicinering i forbindelse med en hospitalskontakt.

På et område vurderer vi, at dosispakket medicin potentielt reducerer belastningen af almen praksis. Således forekommer det, at processen med fornyelse af dosisrecepter inden for rammerne af FMK er mere effektiv, end når kommunen/borgeren kontakter almen praksis for at få en recept fornyet. Som beskrevet nedenfor kan der være andre udfordringer knyttet til dette, men i hvert fald for en gruppe af de relevante borgere, finder vi, at der ligger en (mindre) lettelse for almen praksis.

Potentielt kan det også indebære en lempelse for almen praksis, hvis brugen af dosispakket medicin fører til færre utilsigtede hændelser i kommunernes medicinhåndtering, da de undertiden giver anledning til, at kommunerne kontakter den praktiserende læger for at få vejledning til, om og i givet fald hvad de skal gøre for at korrigere for den utilsigtede hændelse. Manglen på konkret viden om bl.a. antallet af utilsigtede hændelser for borgere med dosispakket medicin henholdsvis manuelt dosisdistribueret medicin betyder, at denne mulige effekt ikke kan vurderes.

Samlet viser dette efter vores opfattelse, at der er en vis merbelastning for almen praksis ved at have en borger på dosispakket medicin frem for traditionelt leveret medicin. Det er dog ganske vanskeligt at kvantificere merbelastning (om end det gøres i form af et regneeksempel i kapitel 7).

Selv hvis der var blevet gennemført tidsstudier, ville kvantificeringen være vanskelig.

For det første er det vores oplevelse, at en del af de beretninger, vi har hørt, om besværlighederne ved at anvende dosispakket medicin, til dels afspejler manglende kendskab, viden og erfaring med at håndtere dosispakket medicin samt organisatorisk implementering i den enkelte praksis, jf. vores overvejelser herom i kapitel 3.

Således er vi blevet præsenteret for eksempler på almene praksisser, hvor opgaverne opleves væsentligt mindre omfattende, og hvor anvendelsen af dosispakket medicin samlet set opleves som en gevinst for klinikken.³⁰ Der er fx tale om en praksis, hvor en del opgaverne, herunder kontakter til kommunen og apotek, varetages af andet praksispersonale som lægesekretærer eller i nogle tilfælde farmaceuter/farmakonomer ansat i lægehuse, men med erfaring fra fx arbejde på apoteker. I en situation, hvor opgaverne knyttet til dosispakket medicin er fuldt implementeret i almen praksis' interne arbejdsgange og rutiner, vil den reelle meropgave vise sig betydeligt mindre, end den i dag opleves af mange.

Uanset at der utvivlsomt er et potentiale for at optimere arbejdsgangene i almen praksis, betyder variationen i bl.a. antal læger samt antallet og typen af andet praksispersonale i de enkelte almene praksisser, at potentialet ikke er lige til at opgøre, da ikke alle reelt har samme muligheder.

Som i almen praksis vurderer vi, at arbejdsgangene i fx kommunerne via større erfaring og læring vil kunne blive væsentligt mere effektive end i dag. Det kan potentielt have den effekt, at kommunen foreslår færre borgere til dosispakning, som almen praksis ikke finder egnede, og at der opstår færre tvivlstilfælde, der medfører en kontakt fra kommunen til den praktiserende læge.

Når alle aktører har opbygget erfaring med dosispakket medicin og i øvrigt indgår i et velfungerende tværsektorielt samarbejde, vurderer vi samlet, at dosispakket medicin indebærer en vis, men dog forholdsvis begrænset meropgave for almen praksis.

I løbet af vores dataindsamling er spørgsmålet om de praktiserende lægers honorar dukket op i forskellige sammenhænge. En kommune har således oplevet, at de praktiserende læger kollektivt

³⁰ Se fx Peter Gaardbo Simonsen, *Dosisdispensering – en lettere og mere sikker medicinhåndtering*. Lægeklinikken Frederikshavn, præsentation dateret 18. november 2022.

har fravalgt at lave dosisrecepter, hvilket efter det oplyste er sket med henvisning til, at den nuværende honoraraftale mellem PLO og RLTN er midlertidig. En anden kommune, der tidligt valgte at indgå en lokal aftale med almen praksis, vurderer, at det var afgørende for at opnå resultater af kommunens indsatser for at få flere borgere på dosispakket medicin.

Modsat har vi også mødt praktiserende læger, for hvem honoraret ingen eller kun marginal betydning har haft. De har været mere motiveret af at kunne hjælpe kommunerne med at frigøre medarbejderressourcer, der kan anvendes med større effekt på andre opgaver.

Idet fastlæggelsen af honoraret er et spørgsmål, der skal afgøres i forhandlinger mellem PLO og RLTN, tilkommer det ikke os at anbefale, om der skal være et særskilt honorar knyttet til dosispakning, og hvad størrelsen i givet fald skal være.

Vi har dog et par almene betragtninger i forhold til honorarspørgsmålet. For det første finder vi, at det er vigtigt med en afklaring af, om der skal være et honorar og eventuelt i hvor lang tid. En sådan afklaring skal give aktørerne vished om rammerne for arbejdet med dosispakket medicin. En proces, hvor midlertidige aftaler afløser hinanden, indebærer usikkerhed og kan føre til "stop-go"-problematikker, der i lyset af det foregående er u hensigtsmæssige navnlig i forhold til en opgave som dosispakket medicin, hvor kontinuerligt flow og opbygning af kompetencer er afgørende.

For det andet fremgår af det foregående, at meropgaven ved dosispakket medicin overvejende ligger i drifts- eller vedligeholdelsesfasen – når arbejdsgange mv. i forbindelse med dosispakket medicin først er implementeret, og der er opnået fortrolighed med koncepterne. Derimod indebærer den nuværende aftale mellem PLO og RLTN, at der udløses et engangshonorar, når den praktiserende læge sætter en borger på dosispakket medicin. Uden at vi har mødt konkrete eksempler, kan det i princippet føre til, at borgere sættes på dosispakning, men efterfølgende af den ene eller anden årsag falder ud af dosispakningen, fordi almen praksis ikke yder den "vedligeholdelsesindsats", der er nødvendig. Alt andet lige taler det for, at et honorar, hvis der skal være et sådant, bedre skal afspejle den tilknyttede arbejdsbelastning.³¹

Anbefaling

5.1

Hvis der også efter udløbet af den nuværende midlertidige aftale om honorar til almen praksis for dosispakning skal være et honorar, anbefales, at det:

- Afklares, om honoraret skal være mere permanent, herunder løbetiden af en eventuel ny aftale.
- Overvejes, om honoraret i givet fald kan give almen praksis større incitament til at fastholde patienterne på dosispakket medicin end det nuværende honorar, der udløses ved opstart af patienter på dosispakket medicin.

³¹ Dette kan sikres på forskellig vis bl.a. afhængigt af den generelle honorarstruktur for almen praksis. Umiddelbart er det dog vores vurdering, at en model kunne være, at honoraret blev fastlagt årligt ud fra antallet af patienter, den praktiserende læge (i gennemsnit over året) havde på dosispakket medicin. Det vil give almen praksis incitament til at fastholde patienterne på dosispakket medicin, samtidig med at modellen minder om den, der anvendes i forhold til det eksisterende kronikerhonorar.

5.4. Apotekerne – levering af akutrulle

Som beskrevet i kapitel 2 tilbyder apotekerne at foretage dosispakning uden for det normale 14-dages rul, når det af den ene eller anden grund er nødvendigt for, at borgeren kan få den rette medicin til rette tid.

To af disse ydelser er akutruller og supplerende ruller, som der er behov for, når borgerens medicinering ændres, og ændringerne ikke kan afvente pakningen af næste normale dosisrulle. Aktuelt udgør akutruller og supplerende ruller en meget begrænset del af de leverende dosisruller.

Der er formentlig flere årsager til, at disse muligheder anvendes i beskedent omfang, men det er vores indtryk, at anvendelsen bl.a. begrænses af manglede konkret kendskab til produkterne blandt de praktiserende læger, herunder hvordan pakningen af akutruller og supplerende dosisrulle igangsættes, og hvornår de kan forventes at være leveret til borgeren. Dermed er udbredelse af det konkrete kendskab til akutruller mv. et væsentligt formål med den generelle implementeringsindsats over for almen praksis.

Fra apotekerne har vi som beskrevet ovenfor hørt, at en akutrulle typisk kan leveres fra dag-til-dag. Blandt de praktiserende læger er der imidlertid nogle, der i praksis oplever stor variation og manglende ensartethed i leveringstiden for akutruller og/eller supplerende ruller både fra det enkelte udleveringsapotek og på tværs af udleveringsapoteker. Det afspejler formentlig i nogen grad tilfælde problematikken om tilgængeligheden af dosisansvarligt ansvarligt apotekspersonale, der blev overvejet ovenfor.

De apoteker, vi har interviewet, er alle i stand til at levere akutruller mv. fra dag til dag – og for et enkelt endda hurtigere, hvis nødvendigt – men det gælder næppe alle udleveringsapoteker. Der er derfor efter vores opfattelse muligheder for, at apotekerne styrker akutrulleydelsen, hvilket som afledt konsekvens må formodes at forøge villigheden blandt de praktiserende læger til at anvende dosispakket medicin over for deres patienter.

Anbefaling

5.2

Apotekerne anbefales at styrke akutrulleydelsen og mulighederne for generelt at pakke dosisruller uden for normalt rul, herunder:

- Kommuniker mulighederne, herunder arbejdsgange, leveringstider mv., tydeligt til almen praksis og kommunerne som led i det lokale samarbejde, så aktørernes forventninger samstemmes.
- Arbejd mod størst mulig grad af ensartethed i leveringstider mv. på tværs af alle udleveringsapoteker.

5.5. Et hospitalsperspektiv på maskinelt dosispakket medicin

I vores dataindsamling har vi i begrænset omfang gennemført interview af personer, der er ansat i forskellige funktioner i regionerne, herunder en hospitalslæge, en plejecenterlæge med forudgående ledelseserfaring fra hospitaler, en samordningskonsulent og en lægemiddelkonsulent.

Oplysninger indhentet gennem disse interviews samt vores gennemgang af udvalgt skriftligt materiale fra regionerne tegner et billede af, at der i regionerne og på hospitalerne er begrænset fokus på dosispakket medicin, og at der er variation i den måde, hvorpå de fem regioner tilgår problematikker angående dosispakket medicin både ved kontakter til ambulatorierne og ved indlæggelser.

Dette illustreres bl.a. af de tværregionale instrukser eller retningslinjer for håndteringen af dosis-pakket medicin, jf. figur 5.3.

Figur 5.3. Udvalgte dele af de regionale instrukser om dosisdispensering

I. Region Hovedstaden og Region Sjælland	II. Region Syddanmark
• Ved indlæggelse i længere tid eller til forløb, hvor der må forventes ændring af en/flere af de dosisdispenserede ordinationer, sættes dosisdispensering i bero. • Ved udskrivelse, hvor dosisdispensering er sat i bero, annulleres samtlige gamle åbne recepter på dosisdispenserede lægemidler, og praktiserende læge orienteres via epikrisen.	• Ved indlæggelse i mere end 3 dage, eller hvis der forventes medicinændringer, sættes dosisdispensering i bero. • Ved udskrivelse genoptages dosisdispensering, og nye ordinationer gøres dosisdispenseret, forudsat, at patient vurderes stabilt medicineret.
III. Region Midtjylland	IV. Region Nordjylland
• Ved længerevarende indlæggelser og ved ændringer af patientens dosisdispenserede lægemiddelordinationer skal dosisdispenseringen sættes i bero. • Det er som led i Sundhedsaftalen besluttet, at hospitalslæger i Region Midtjylland ikke skal oprette dosisdispenseringsrecepter.	• Dosisdispensering fortsættes i videst muligt omfang under indlæggelsen, der kan ved ændringer tilføjes sideordinationer. • Hvis dosisdispensering sat i bero, orienteres praktiserende læge via epikrise ved udskrivelse.

Kilder: Region Hovedstaden, *VIP-vejledning: Dosisdispensering*, Region Syddanmark, *Håndtering af dosispakket medicin fra de private apoteker på sygehusene i Region Syddanmark*, 5. august 2022, Region Midtjylland, *Patientens egen dosisdispenserede medicin, regional retningslinje*, gældende fra 4. august 2020, og Region Nordjylland, *PRI: Medicinering – Håndtering af dosisdispenseret medicin i Region Nordjylland*, 1. juni 2021.

Hvor hospitalerne i de fleste regioner sætter dosispakningen i bero ved alle længerevarende indlæggelser, eller hvis der forventes medicinændringer, er udgangspunktet i Region Nordjylland, at dosisdispensering i videst muligt omfang skal fortsættes. Ved udskrivelser gælder i Region Syddanmark, at hospitalslægerne kan oprette nye ordinationer med dosisdispensering, mens det ikke kan ske i Region Midtjylland.

Uanset disse tilsyneladende forskellige tilgange, har vi fået indikationer af, at instrukserne ikke nødvendigvis følges i alle tilfælde, hvorfor forskellene i praksis formentlig er noget mindre. Dvs. det er ofte op til den praktiserende læge at afgøre, om og i givet fald hvornår dosispakning skal genoptages efter en hospitalsindlæggelse.

Vores dataindsamling har afdækket i hvert fald tre forklaringer på, at hospitalernes fokus på dosis-pakket medicin må anses som forholdsvis begrænset:

- Ved fx akutindlæggelser er det ud fra lægefaglige kriterier som oftest nødvendigt at annullere størstedelen af patientens medicinering, så patienten efter udredning og behandling kan sikres den bedst mulige medicinering, og patienterne kan med de forholdsvis korte indlæggelsestider ikke anses stabilt medicinerede på tidspunktet for udskrivelsen.
- Med det forholdsvis begrænsede antal borgere, der aktuelt får dosispakket medicin, kan der gå forholdsvis lang tid mellem, at en hospitalslæge møder en af dem, hvorfor det vil være vanskeligt at opbygge rutiner i forhold til at håndtere ordination af medicin til dosisdispensering ved udskrivelse. Dette er formentlig en medvirkende faktor til, at vores interview har afdækket, at

regionerne såvel som hospitalerne kun i begrænset omfang synes at have forholdt sig til de nye funktioner i FMK.

- EPJ-systemernes funktionalitet i forhold til dosispakket medicin er ikke nødvendigvis indrettet med henblik på, at hospitalslægen let kan ordinere nye lægemidler til dosispakning, da andre og væsentligere hensyn har været styrende for systemudviklingen.

Bl.a. på baggrund af disse vurderinger er det vores opfattelse, at det ikke på kort sigt forekommer sandsynligt, at hospitalerne generelt vil prioritere at understøtte dosispakket medicin ved systematisk at oprette nye ordinationer med dosisdispensering for de lægemidler, hvor det er en mulighed.

Til gengæld synes der at være et potentiale for gennem dialog med hospitalerne at sikre, at dosisrecepter ikke unødvendigt sættes i bero. Fx har flere kommuner fremført eksempler, hvor en borgers dosisdispensering var sat i bero, selv om der ikke skete ændringer i medicineringen i tilknytning til hospitalskontakten.

Derfor finder vi det som beskrevet i kapitel 3 relevant at opstarte en dialog med hospitaler og regionerne med henblik på en gradvis integration af hospitalerne i det tværsektorielle samarbejde. Vi er i den forbindelse bekendt med, at der i Region Nordjylland arbejdes på en ny hospitalsinstruks, der efter det oplyste i højere grad vil understøtte dosispakket medicin i sektorovergangene, og at Københavns Kommune planlægger at tage dosispakket medicin op til drøftelse i den relevante sundhedsklynge.

6. Patientsikkerhed og målgruppe for dosispakket medicin

Høj patientsikkerhed er afgørende, hvis brugen af dosispakket medicin skal udbredes yderligere. I dette kapitel beskrives dels aktørernes generelle oplevelse af patientsikkerheden og vurderinger af, hvilke borgere der ud fra et lægefagligt perspektiv er egnede til dosispakket medicin.

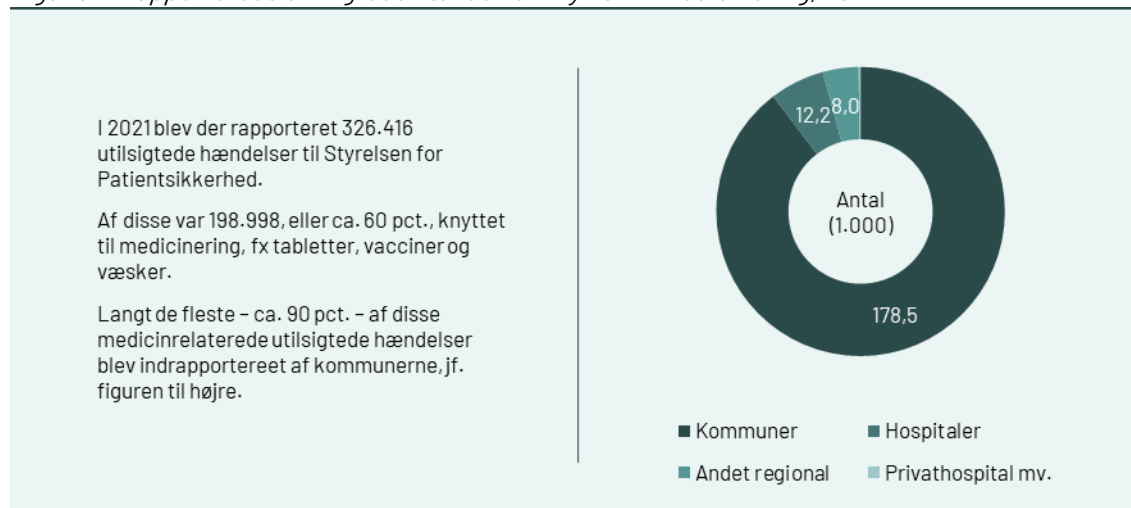
Dette fører til overvejelser om, hvordan de centrale sundhedsmyndigheder kan bidrage til, at der skabes et mere ensartet tværsektorielt billede af, hvornår og under hvilke omstændige maskinelt dosispakket medicin kan forbedre borgernes patientsikkerhed i forhold til manuelt dosisdispenseret medicin.

Derudover beskrives et antal forhold vedrørende de arbejdsgange, der følges ved dosispakket medicin, og der er væsentlige at have fokus på, hvis patientsikkerheden skal fremmes mest muligt

6.1. Utsigtede hændelser knyttet til medicinering

I 2021 blev der rapporteret næsten 200.000 utilsigtede hændelser knyttet til medicinering til Styrelsen for Patientsikkerhed, hvoraf ca. 90 pct. blev indrapporteret af kommunerne, jf. figur 6.1. I forhold til året før er der tale om stigning i antallet af rapporteringer fra kommunerne, der bl.a. kan forklares ved en stor stigning i samlerapporteringer, dvs. rapporteringer, hvor kommunerne indberetter flere hændelser ad en gang. Det bemærkes, at der i samlerapporteringerne vedrørende medicinering og væsker indgår hændelsestypen "medicin ikke givet".

Figur 6.1. Rapporterede utilsigtede hændelser knyttet til medicinering, 2021



Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed, *Dansk Patientsikkerhedsdatabase årsberetning 2021*.

Langt de fleste af disse utilsigtede hændelser forvolder ikke skade på borgerne eller kun lettere forbigående skader, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats. Men der er tilfælde,

hvor fejlbehandling giver anledning til behandlingskrævende indsatser ved hospitalsindlæggelser, i almen praksis eller øget plejeindsats i fx kommunerne.

Det er ikke muligt på baggrund af rapporteringerne til Styrelsen for Patientsikkerhed at udarbejde statistik over fx udvikling over tid og sammenligning mellem regioner eller kommuner. Den overordnede opgørelse indikerer dog, at håndteringen af medicin i kommunalt regi er en kompleks opgave, der forholdsvis ofte giver anledning til, at borgerne ikke får den medicin, som er ordineret.

6.2. Forskellige perspektiver på dosispakket medicin

For alle, vi har interviewet i vores dataindsamling, er det en præmis, at anvendelsen af maskinel dosispakket medicin ikke må svække patientsikkerheden i forhold til de alternative doseringsmetoder. Mange af de interviewede sundhedspersoner fra almen praksis, kommuner, apoteker mv. har også givet eksempler på borgere, hvor de fandt, at maskinel dosispakning var en god løsning for borgerne og mere patientsikkert end alternativet, givet borgerens karakteristika.

Til gengæld har vores interviews også afdækket meget store forskelle i vurderingerne af, hvor patientsikkert dosispakket medicin opleves at være, og som delvis konsekvens heraf, for hvilke borgere dosispakket medicin samlet set vil være en gevinst.

Inden dette uddybes, skal vi dog pege på, at meningsforskellene i dag forekommer at være markant større, end de var, da dosispakket medicin blev introduceret i starten af 00'erne. Fx forekommer den rapport, som aktørerne i fællesskab udarbejdede i 2004-05 om implementering af dosispakket medicin at afspejle en højere grad af fælles og mere pragmatisk opfattelse af værdien af dosispakket medicin.³² Stigningen i antallet af borgerne med dosispakket medicin i perioden frem til omkring 2011 synes at afspejle dette.

Vi har ikke søgt at afdække årsagerne denne tilsyneladende ændring i grundopfattelsen til dosispakket medicin hos forholdsvis mange af de praktiserende læger. Dog vurderer vi, at noget af den nuværende skepsis er begrundet i usikkerhed eller tvivl om, hvordan dosispakket medicin skal håndteres i almen praksis, og hvordan det håndteres af de andre aktører, jf. overvejelserne om en implementeringsindsats over for almen praksis ovenfor.³³

Aktuelt anser vi imidlertid de nuværende forskelle i vurderingen af dosispakket medicin, som den absolut væsentligste barriere for at skabe et velfungerende samarbejde mellem aktørerne og dermed også mulighederne for at udbrede anvendelsen af dosispakket medicin.

I den forbindelse kan der peges på, at en mere pragmatisk tilgang til dosispakket medicin synes at gøre sig gældende i Sverige, jf. figur 6.2. I den anvendte kilde anføres konstaterende bl.a., at "*der findes et behov for og en efterspørgsel efter maskinelt dosispakket medicin i dag og i fremtiden [...]. Maskinelt dosispakket lægemidler giver gevinster fra såvel et patient-, ressource- som miljømæssigt perspektiv og efterspørges af flere forskellige interessenter og aktører*".

³² Indenrigs- og Sundhedsministeriet, PLO, KL, Amdtsrådsforeningen og Apotekerne i Danmark, *Implementering af dosisdispensering*, udateret, men formentlig udarbejdet i 2004-05.

³³ Tilsvarende har vi heller ikke undersøgt, hvorfor regionerne i dag kun interesserer sig meget begrænset for maskinelt dosispakket medicin, hvor de ved introduktionen i starten af 00'erne anså sig som en nødvendig medspiller med det ansvar, der fulgte heraf. Se Indenrigs- og Sundhedsministeriet, PLO, KL, Amdtsrådsforeningen og Apotekerne i Danmark, *Implementering af dosisdispensering*, udateret.

Figur 6.2. Svenske og norske perspektiver på dosispakket medicin



Kilde: SOU 2018:53: *Översyn av maskinell dos, extempore, provningsläkemedel m.m.*, Slutbetänkande av Nya apoteksmarknadsutredningen Stockholm 2018, og Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, St.meld. nr. 18 (2004-2005), *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, Legemiddelpolitikken*.

Tilsvarende konkluderede det norske Helse- og Omsorgsdepartement i 2005, at "*der er behov for, at myndighederne bidrager til at fremme brugen af dosispakket medicin til patienter med særligt behov for dette*".

I begge lande er vi stødt på de samme bekymringer i forhold til dosispakket medicin og patientsikkerhed, som vi har mødt i vores dataindsamling blandt aktørerne i Danmark. Men i Norge og Sverige vurderes disse angiveligt ikke have at en størrelsesorden, der ændrer det overordnede billede – nemlig at dosispakket medicin samlet set er godt for en stor andel af borgerne.

Efter vores opfattelse er denne tilsyneladende forskel i konsensus om dosispakket medicin mellem Sverige og Norge på den ene side og Danmark på den anden side i høj grad medvirkende til de nationale forskelle i udbredelsen af dosispakket medicin, der er beskrevet ovenfor.

I den forbindelse kan det have spillet ind, at vi ikke i vores dataindsamling er stødt på en udtalelse eller lignende fra en dansk myndighed, der kan siges at være normsættende for anvendelsen af dosispakket medicin svarende til dem, vi har fundet i Norge og Sverige.

Dog er vi i afslutningen af analyseperioden blevet gjort bekendt med, at Styrelsen for Patientsikkerhed i oktober 2022 er kommet med en sådan udtalelse i forbindelse med det arbejde om apotekernes rolle i sundhedsvæsenet, der gennemføres i regi af Sundhedsministeriet, jf. figur 6.3.

Figur 6.3. Styrelsen for Patientsikkerhed – udtalelse om dosispakket medicin

"Styrelsen for Patientsikkerhed finder, at dosisdispensering under visse forudsætninger er et vigtigt redskab for at skabe mere sikkerhed ved medicinering for relevante patienter:

- Maskinel dosisdispensering er en mere nøjagtig, sikker og hygiejnisk måde at hælde medicin op på end manuel ophældning.
- Dosisdispensering bidrager til at skabe overblik over patientens samlede medicinering og gør det lettere for patienten at tage sin medicin, så lægens ordination bedre efterleves.
- Målgruppen for dosispakket medicin er typisk patienter, som er stabilt medicinerede, og hvor der ikke er forventning om ændringer i medicinen i nærmeste fremtid."



Kilde: Mail fra Styrelsen for Patientsikkerhed til KL.

6.3. Dosispakket medicin og patientsikkerhed

Det er dokumenteret, at maskinel dosispakning resulterer i markant færre fejl i end manuel dispensering.³⁴ Deraf må følge, at dosispakningen i sig selv forbedre patientsikkerheden, især når det kombineres med studier, der viser en højere grad af compliance for borgere med dosispakket medicin.

Dem, vi har interviewet, har der også været enighed om, at dosispakket medicin vil forbedre patientsikkerheden, hvis muligheden anvendes rigtigt og i forhold til de rette borgere. Dvs. der synes at være en overordnet konsensus om dosispakket medicin på det niveau, der også afspejles i udtalelsen fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Til gengæld har uenighederne været betydelige i forhold til spørgsmålene om, hvad der menes med en rigtig anvendelse af dosispakket medicin, hvilke borgere der er de rette, og hvem der anses som stabilt medicinerede.

Meget af denne uenighed synes at bunde i forskellige opfattelser af omfanget og karakteren af utilsigtede hændelser ved håndteringen af dosispakket medicin.

På den ene side har nogle de praktiserende læger, vi har interviewet, ikke har givet udtryk for væsentlige bekymringer i forhold til patientsikkerheden ved dosispakket medicin og forekomsten af utilsigtede hændelser. Ligeledes har nogle kommuner den vurdering, at de oplever relativt færre utilsigtede hændelser og generelt ser dosispakket medicin som mere patientsikkert end manuel dosisdispensering.

På den anden side har et antal af deltagende praktiserende læger givet udtryk for, at de oplever mange utilsigtede hændelser i forbindelse med dosispakket medicin. Nogle af disse læger vurderer på baggrund af oplevede utilsigtede hændelser, at de potentielle skadevirkninger ved

³⁴ Pharmakon Forskning, *Evidens for apotekspraksis: Brugen af dosisdispenseret medicin – en gennemgang af studier*, 2018.

utilsigtede hændelser mere end opvejer gevinsten i form af færre pakningsfejl mv. for mange eller endda størstedelen af borgerne i målgruppen for denne analyse.

Den meget store forskel i opfattelserne blandt de praktiserende læger, som vi har konstateret, kan næppe alene forklares af den variation i faglige vurderinger, der generelt kan forventes. Efter vores opfattelse spiller fraværet af et fælles fagligt grundlag også en væsentlig rolle, idet det skaber grundlag for mytedannelser baseret på anekdotiske oplevelser, ligesom det kan betyde, at reelle problematikker og fakta i forhold til manuelt dosisdispenseret medicin tillægges for lille vægt.

Med den overfor gengivne udtalelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed er der efter vores opfattelse taget et første vigtigt skridt i retning af at skabe en større grad af konsensus blandt de lægefaglige aktører om patientsikkerheden ved dosispakket medicin.

Vi vurderer imidlertid, at en yderligere indsats er påkrævet for at etablere et sundhedsfagligt solidt grundlag for anvendelsen af dosispakket medicin – det kan også udtrykkes som et behov for at få operationaliseret, hvad der ligger i de ”visse omstændigheder”, der indgår i Styrelsen for Patientsikkerheds udtalelse. Vi finder videre, at grundlaget for et sådant arbejde kan være de utilsigtede hændelser knyttet til anvendelsen af dosispakket medicin, som Styrelsen for Patientsikkerhed har oplyst, at de ser både i deres tilsyn og ved indrapporteringer.³⁵

Uanset vanskelighederne ved at udarbejde et sådant grundlag, er vi i vores dataindsamling stødt på et par kilder, der indeholder samlede vurderinger af sammenhængen mellem patientsikkerhed og maskinelt dosispakket medicin.

En svensk offentlig udredning peger på, at dosispakket medicin er værdifuldt for mange patienter, ligesom der på den ene side peges på en række effekter, der forbedrer patientsikkerheden, men på den anden side også på et antal risikofaktorer, *jf. figur 6.4*.

Ligeledes fremgår af en publikation fra det norske Helse- og Omsorgsdepartement, at dosispakket medicin er et godt kvalitetstiltag og et vigtigt virkemiddel for at sikre rigtigt lægemiddelbrug. Også i denne publikation peges på, at der er forhold omkring anvendelsen af dosispakket medicin, der skal forbedres.

³⁵ Vi er opmærksomme på, at det ikke er muligt at gennemføre statistiske analyser af årsager mv. til utilsigtede hændelser, hvorfor et sådan arbejde må baseres på en kvalitativ tilgang, hvor utilsigtede hændelser, der er en direkte konsekvens af eller tæt knyttet til anvendelsen af dosispakket medicin, vurderes med henblik på fx at identificere behov for at justere arbejdsgange, karakteristika ved borgere, hvor dosispakket medicin ikke tilrådes osv., idet dette vurderes op imod de utilsigtede hændelser, der er knyttet til manuelt dosisdispenseret medicin.

Figur 6.4. Svenske og norske vurderinger af dosispakket medicin og patientsikkerhed



Kilde: SOU 2018:53: *Översyn av maskinell dos, extempore, provningsläkemedel m.m.*, Slutbetänkande av Nya apoteksmarknadsutredningen Stockholm 2018, Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, St.meld. nr. 18 (2004-2005), *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, Legemiddelpolitikken*, og Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, Meld. St.28 (2014-2015), *Legemiddelmeldingen: Riktig bruk – og bedre helse*.

MUUSMANN har ikke sundhedsfaglige kompetencer til at gå nærmere ind i omfanget og betydningen af de risikofaktorer, der peges på i de svenske og norske publikationer.³⁶

Uanset dette finder vi, at det ville have værdi i forhold til at etablere en mere ensartet opfattelse af dosispakket medicin i Danmark, hvis de relevante og kompetente myndigheder med udgangspunkt den nyligt fremkomne udtalelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed sikrede en konsolideret og sammenhængende vurdering af de patientsikkerhedsmæssige aspekter ved dosispakket medicin.

³⁶ Vi skal dog bemærke, at den forholdsvis automatiserede proces, der anvendes i forhold til receptfornyelser mv. ved dosispakket medicin, potentielt kan forklare, hvorfor der vurderes at være en risiko for, at der sker færre ændringer i borgernes medicinering, jf. de svenske og norske erfaringer. Heri ligger også, at en hensigtsmæssig anvendelse af en ny teknologi som dosispakket medicin typisk kræver ændringer i de relevante aktørers arbejdsgange, hvis mulighederne skal udnyttes optimalt, og eventuelle uhensigtsmæssigheder begrænses.

Udover at kommunikere den nævnte udtalelse til relevante parter vil det efter vores opfattelse være hensigtsmæssigt, hvis de centrale myndigheder med udgangspunkt i erfaringerne med dosispakket medicin gennemgår og i relevant omfang tilpasser eksisterende krav og anbefalinger til aktørernes arbejdsgange, så de bedst muligt imødegår risiciene for utilsigtede hændelser ved dosispakket medicin. Dette vil efter vores mening kun bidrage til at begrænse de bekymringer, der er blandt en betydelig del af de praktiserende læger.

Anbefaling

6.1

Det anbefales, at de relevante statslige myndigheder sikre en konsolideret og sammenhængende overordnet vurdering af dosispakket medicin ved at:

- Konsolidere og kommunikere Styrelsen for Patientsikkerheds nuværende vurdering af maskinelt dosispakket medicin.
- Med udgangspunkt i denne vurdering overveje, om der er behov for at udarbejde nye eller justere og præcisere eksisterende myndighedsanbefalinger til arbejdsgange mv. hos de involverede aktører i forbindelse med dosispakket medicin, så eventuelle kendte uhensigtsmæssigheder imødegås og reduceres.
- Et sådant arbejde vil kunne inddrage Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen m.fl.

6.4. Definition af målgruppen

I forlængelse af det foregående har vores dataindsamling afdækket, at der endog meget forskellige opfattelser af, hvilke borgere der er egnede til dosispakket medicin og dermed størrelsen af målgruppen, for så vidt angår de borgere, der bor på plejecentre eller er under den kommunale hjemme- og sygepleje.

I den ene af spektret – og måske sat på spidsen – er vi stødt på praktiserende læger, der ikke finder, at nogle deres patienter falder inden de eksisterende kriterier og dermed målgruppen, ligesom Lægeforeningen giver udtryk for, at "*maskinel dosisdispensering bør alene tilbydes et begrænset antal patienter*".³⁷ I den anden ende af spektret er vi modsat blevet præsenteret for et eksempel, hvor et plejecenter har over 60 pct. af borgerne på dosispakket medicin. Som nævnt har vi vanskeligt ved at tro, at en sådan forskel i vurderingerne alene kan bero på forskellige lægefaglige vurderinger. Den må også bunde i andre forhold.

Udgangspunktet for at vurdere om en borger er egnet til dosispakket medicin, er generelt et kriterium om, at borgeren skal være stabilt medicineret, *jf. figur 6.5*. Som det fremgår, er der imidlertid ret store forskelle i opfattelsen, hvad stabil medicinering betyder.

Lægeforeningen tager udgangspunkt i, at medicineringen skal have været uændret i mindst tre måneder og forventes at være uændret i mindst tre måneder fremadrettet, før en borger vurderes egnet til dosispakket medicin, mens der i bekendtgørelsen om behandlerfarmaceuters virksomhedsområde skal have været uændret medicinering i en forudgående seks måneders periode.

³⁷ Lægeforeningen, *Lægemidler – behandling med omtanke*(2021).

Figur 6.5. Udvalgte definitioner af målgruppen for dosispakket medicin

Sundhedsstyrelsen: Dokumentation i forbindelse med dosisdispensering, 28. marts 2011

"Dosisdispensering egner sig kun til borgere/patienter, der får den samme medicin, i samme dosis, over længere tid. Der skal ikke være planer om ændringer inden for den nærmeste fremtid."

Sundhedsstyrelsen: Vejledning nr. 9079 af 12/02/2015 om ordination og håndtering af lægemidler (punkt 2.5.1.1)

"Den ordinerende læge kan vurdere, at der er indikation for dosisdispensering. Det er en konkret vurdering, men kræver som udgangspunkt, at patienten er i stabil behandling, at lægemidlerne er egnede til dosispakning, og at patienten samtykker hertil

Styrelsen for Patientsikkerhed: Bekendtgørelse nr. 688 af 20/05/2020 om behandlerfarmaceuters virksomhedsområde (§ 3)

"Dosisdispensering med tilskud må kun ske til patienter, der er i stabil behandling, og hvor der foreligger en aktiv ordination. Ved stabil behandling forstås, at patienten har været i behandling med det pågældende lægemiddel i mere en seks måneder, med mindre en længere stabil periode er anført for det enkelte præparat i bilag 1 til denne bekendtgørelse."

Lægeforeningen: Lægemidler – behandling med omtanke (2021)

"Patienter, som er kandidater til dosis-dispensering:

- Patienter, som anvender medicin i stabil dosering, dvs. har fået medicinen uden ændringer i min. tre måneder, og formodes ikke at have behov for ændringer i medicin i min. tre måneder fremadrettet. (alle præparater)
- Patienter, som selv er i stand til at administrere medicinen, herunder tjekke medicinskema hver anden uge. Alternativt er personalet i kommunen (hjemmesygepleje, plejehjem, botilbud) forpligtet hertil.
- Det vurderes, at patienten kan støttes af dosisdispensering til at opnå bedre compliance.
- Patienter, hvor egen læge vurderer ud fra et fagligt skøn, at patienten er egnet."

Region Hovedstaden: Dosisdispensering - indikationer og arbejdsgange (april 2019)

"Patienter, som er kandidater til DD: Patienter, som anvender medicin i stabil dosering, dvs. har fået medicinen uden ændringer i min. tre måneder, og formodes ikke at have behov for ændringer i medicin i min. tre måneder fremadrettet."

Midlertidig aftale mellem PLO og RNTL om dosispakket medicin af 9. december 2021

"Målgruppen for dosispakket medicin er borgere, som er stabilt medicinerede uden forventning om nært forestående ændringer i medicinen. Det er ikke en forudsætning, at en borgers medicin har været stabil seneste f.eks. 3-6 måneder. Den fremadrettede forventning om nært forestående ændringer/status quo er afgørende for vurderingen."

Riktlinjer för maskinell dosdispensering i Jönköpings län (9. december 2021)

- "Patienten samtycker till att vårdpersonal och apotek får utbyta information kring patientens läkemedel.
- Patient, oavsett boendeform, med regelbunden och stabil medicinering som inte kan klara sin läkemedelshandtering själv t.ex. på grund av fysiska och/eller psykiska funktionsnedsättningar
- Patienten ska ha minst tre (3) dispenserbara läkemedel på sin läkemedelslista."

Derimod lægges der i den midlertidige honoraraftale mellem PLO og RLTN hovedsageligt vægt på, at det er forventningen om fremtidig stabilitet, der er afgørende.

I vores interview har der generelt været en fælles opfattelse af, at det må være forventningen til den fremtidige stabilitet, der er afgørende for, om en borger skal opstartes på dosispakket medicin, idet der dog er nogen variation i, hvor langt frem i tid medicineringen skal være stabil. Dette taler for, at det ville give mening at ændre de styringsdokumenter mv., hvor stabilitet primært er defineret ved en historisk periode af en given længde, hvilket også ville give en større ensartethed.

Selv om dette er vigtigt, er det imidlertid vores opfattelse, at det ikke nødvendigvis er kriterierne på dette forholdsvis overordnede niveau, der giver anledning til, at forskellige praktiserende læger når frem til varierende vurderinger af, hvilke borgere der egnede til dosispakket medicin. Det skyldes mere fortolkningen og anvendelsen af kriterierne ved de konkrete vurderinger.

Vi er som led i analysen blevet præsenteret for forskellige bud på kriterier for, hvilke patientgrupper – fx defineret ud fra deres medicinforbrug – der er egnede henholdsvis ikke-egnede til dosispakket medicin. MUUSMANN har ikke sundhedsfaglige kompetencer til at vurdere, hvilke(t) af disse bud der er bedst. Vi kan dog konstatere, at anvendelsen af de forskellige bud logisk vil føre til, at nogle borgere, der anses som egnede under et sæt af kriterier, ikke anses som egnede under et andet sæt, ligesom det modsatte også vil gøre sig gældende.

Yderligere har vi konstateret, at det undertiden er vanskeligt at vurdere, om det skyldes hensynet til patientsikkerhed, hensynet til samfundsøkonomien eller andre hensyn, når de praktiserende læger, vi har talt med, vurderer, at en borger ikke er egnet til dosispakket medicin.

Fx er vi blevet præsenteret for et eksempel, hvor en praktiserende læge havde afvist at sætte en borger på dosispakket medicin, fordi den pågældende stod over for at skulle udredes for en mulig sygdom. Efter vores opfattelse giver en sådan afvisning god mening, da det hverken for den pågældende borger eller i forhold til omkostningerne ved at opstarte en ny borger på dosispakket synes meningsfuldt at påbegynde dosispakning. Derimod forekommer det os ikke, at der kan være væsentlige patientsikkerhedsmæssige risici ved dosispakket medicin i dette tilfælde.

Dette er selvsagt kun et eksempel, men det viser, at det ofte har været vanskeligt at gennemskue, hvad den reelle begrundelse er for nogle af de praktiserende lægers skepsis over for dosispakket medicin. Efter vores opfattelse vil det være hensigtsmæssigt, hvis der gennem en afklaring af, hvornår dosispakket ud fra en "ren" patientsikkerhedsmæssig betragtning er hensigtsmæssig, kunne etableres en klarere sondring mellem de situationer, hvor patienter blev vurderet ikke-egnede med patientsikkerhedsmæssige eller lægefaglige begrundelser, og hvor begrundelsen i al væsentlighed er hensynet til samfundsøkonomien og/eller eventuelt andre hensyn.

En anden dimension af definitionen af en stabil medicineret borger og egnethed i forhold til dosispakning er, om det nødvendigvis er borgerens samlede medicinering, der skal være stabil, eller om det er tilstrækkeligt, at kun en del af medicineringen er og forventes fremover at være stabil. Det er således vores forståelse, at en del af borgerne i målgruppen både modtager medicin, som de har og vil skulle modtage stabilt over en længere periode, og medicin, der mere ofte forventes justeret. Potentielt kan det være relevant at fastholde maskinel dosispakning for den stabile dele af medicineringen, mens den mere variable del leveres traditionelt, og vi har set eksempler, hvor dette anvendes i praksis.

Anbefaling

6.2

Det anbefales, at der fastlægges nationale kriterier og retningslinjer for, hvilke patienter der anses som egnede til at få dosispakket medicin

- Det foreslås, at et sådant arbejde gennemføres i samarbejde mellem relevante statslige myndigheder (Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen), Dansk Selskab for Almen Medicin og eventuelt andre sundhedsfaglige repræsentanter og KL.
- Anbefalingerne eller retningslinjerne, som skal afspejle en sundhedsfaglig konsensus, udarbejdes med udgangspunkt i det i anbefaling 6.1 foreslåede arbejde og skal muliggøre, at kommunerne og andre aktører let kan operationalisere dem i det daglige arbejde med dosispakket medicin.

6.5. Arbejdsgange og patientsikkerhed

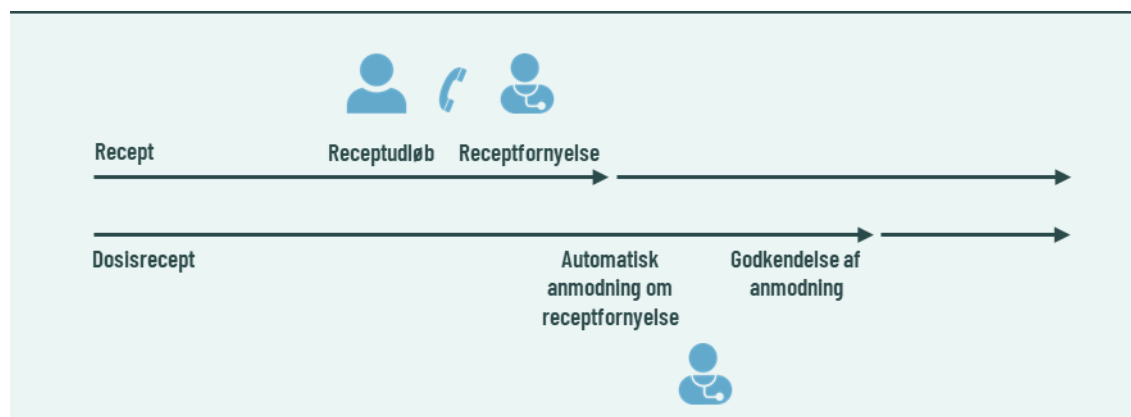
Som nævnt er det ikke dosispakningen i sig selv, der giver anledning til bekymringer om patientsikkerheden, men de arbejdsgange, der er knyttet til anvendelsen af dosispakket medicin.

De gennemførte interview har afdækket, at brugen af dosispakket medicin på to områder bryder med de vante arbejdsgange på måder, der giver almen praksis bekymringer i forhold til patientsikkerheden. Desuden er vi stødt på eksempler, der har skabt utryghed i forhold til sikkerheden i IT-understøttelsen af dosispakket medicin.

Regelmæssig vurdering af borgerne

Ved normale recepter er arbejdsgangen som oftest, at borgeren – eller kommunen, hvis medicin-administration – kontakter sin praktiserende læge, når de ser, at recepten er ved at udløbe eller eventuelt er udløbet, så borgeren ikke kan få udleveret medicin på apoteket. Den praktiserende læge vurderer så, om borgeren skal fortsætte med det eller de pågældende lægemidler, eller hvis relevant, om borgerne skal indkaldes til kontrol eller lignende. Hvis vurderingen fører til, at medicineringen skal fortsætte uændret, fornys recepten, jf. figur 6.6.

Figur 6.6. Arbejdsgang ved receptfornyelse – normal kontra dosisrecept



Anvender borgeren derimod dosispakket medicin er arbejdsgangen en anden. Således afsendes fra FMK automatisk en receptfornyelsesanmodning til den praktiserende læge fire uger før udløb af recepten. Hvis den praktiserende læge godkender anmodningen, fortsætter leveringen af dosispakket medicin til borgeren uændret, og uden at borger/kommune er involveret i processen. Netop kontinuiteten i leverancen af dosispakket medicin, antager vi, er begrundelsen for den valgte arbejdsgang for fornyelse af dosisrecepter.

Flere af de praktiserende læger, der er interviewet, peger på, at denne forskel i arbejdsgangen betyder, at nogle borgere med dosispakket medicin risikerer at være uhensigtsmæssigt medicineret i længere tid, fordi de praktiserende læger ikke får vurderet borgerens aktuelle behov. Det er en præmis for argumentet, at det ikke med den nuværende arbejdsgang er den praktiserende læge, der tager initiativ til at kontakte borgeren med regelmæssige mellemrum.

Det ligger uden for rammerne af nærværende analyse at vurdere, hvad der er den "rigtige" løsning på denne problemstilling, bl.a. fordi problematikken, som vi forstår det, indgår i generel diskussion om, hvordan og gennem hvilke processer det løbende sikres, at patienterne får den rette

medicin.³⁸ Men *status quo* forekommer ikke hensigtsmæssig. Dels gavner det ikke patientsikkerheden, hvis nogle borgere med dosispakket medicin er uhensigtsmæssigt medicineret i længere tid end med traditionelt leveret medicin, dels bidrager problemstillingen til den modvilje over for dosispakket medicin, der eksisterer hos en betydelig del af de praktiserende læger.

Anbefaling

6.3

Overvej, om der er alternativer til nuværende arbejdsgange i FMK og/eller almen praksis i forhold til at sikre regelmæssig vurdering af borgernes medicinforbrug

Sundhedsdatastyrelsen som ansvarlig for FMK anbefales sammen med relevante interessenter (PLO, DSAM, Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed) at overveje alternativer til eller justeringer, der kan modvirke risikoen for, at borgere med dosispakket medicin får deres medicinforbrug vurderet mindre hyppigt, som følge af manglende korrespondance mellem FMK-arbejdsgange og vante arbejdsgange i almen praksis.

Om kommunernes tilsyn/kontrol med borgernes medicinforbrug

I løbet af analysen er en af de bekymringer, som øget anvendelse af dosispakket medicin giver anledning til, at de kommunale sundhedsmedarbejders kontrol eller tilsyn med borgernes medicinering svækkes. Bekymringen er blevet udtrykt af praktiserende læger, men også som en opfattelse i nogle kommuner af, at nogle praktiserende læger anvender dispenseringsydelsen med manuel dispensering til at sikre en form for kontrol/tilsyn med borgerne.

Dette kan illustreres med et konkret eksempel, hvor spørgsmålet om (manglende) kontrol af en praktiserende læges ordinationer kobles direkte med brugen af dosispakket medicin, uden at det dog efter vores opfattelse sandsynliggøres, at en lignende hændelse ikke lige så godt kunne have optrådt med manuelt dosisdispenseret medicin, *jf. figur 6.7*.

Det skal i forhold til eksemplet for det første bemærkes, at den indirekte bygger på den præmis, at fejl hyppigere opdages, når en sundhedsperson ved manuel dosisdispensering sidder med medicinglas og -æsker foran sig, end når medicinen leveres i dosisruller.

For det andet er det hverken formelt eller i praksis en del af kommunernes dispenseringsydelse, at der sker en systematisk vurdering af, om den praktiserende læges ordinationer er korrekt – det gælder, uanset om medicinen dispenseres manuelt eller kommer dosispakket. Den kontrol, der skal foretages, er alene, om den medicin, der dispenseres til borgerne, er i overensstemmelse med oplysningerne på deres medicinliste.

Desuden har alle de kommunale medarbejdere, der står for at levere dispenseringsydelsen, for det tredje ikke nødvendigvis de faglige forudsætninger, der kræves for at vurdere, om der eventuelt er fejl i den praktiserende læges ordinationer, ligesom den tid, de har til rådighed, begrænser deres muligheder for at udføre denne tillægsopgave.

³⁸ Baseret på oplysninger fra de svenske dosispakningsapotekers hjemmesider synes påmindelserne om receptudløb at tilgå borgerne på dosispakket medicin. Se fx Apotekstjänsts hjemmeside (<https://www.apotekstjanst.se/dos/sjukvard/recept-och-giltighet/>).

Figur 6.7. Case: Utilisgtet hændelse

Hændelse	Analyse
73-årig kvinde kontakter egen læge, da hun har opdaget, at der i hendes dosisdispenseringsruller er to Plavix® 75 mg i stedet for en. Samtidig har hun gennem et par måneder fået store blåmærker på arme og ben selv ved mindre stød. I FMK har lægen ordineret Plavix® 2 tbl x1, hvilket svarer til dosisrullerne. Det viser sig, at en læge i klinikken ved en fejl har ændret patientens Plavix® ordination, da han ville ordinere Pamol® 2 tbl x1. Fejlen rettes uden yderligere konsekvenser for patienten.	Vi skal som læger være omhyggelige, når vi ordinerer medicin, men på trods af omhu vil der alligevel ske fejl. Der er derfor behov for, at vores ordinationer kontrolleres. Denne kontrol varetages oftest af patienterne, der i forbindelse med konsultation med lægen er informeret om, hvilken medicin der skal indtages. Hvis patienten ikke selv er i stand til at varetage korrekt dosering og kontrol af ordinationerne, er det hensigtsmæssigt, at opgaven overgår til hjemmeplejen. Ved dosisdispensering kan patienten ofte ikke selv dosere eller kontrollere lægens ordinationer. og hjemmeplejens kontrol i forbindelse med doseringen forsvinder ofte også. Apoteket fanger nogle UTH'er, men denne kontrol synes mindre sikker. Der indrapporteres hver måned UTH'er i forbindelse med dosisdispensering. Der er bl.a. tale om dobbelt ordinationer, forkert dosis, manglende eller forkert seponering, stoppet dosisdispensering, hvor det ikke var tiltænkt, samt fejl i forbindelse med sidedosering, hvor en del af medicinen ikke er med i dosisrullerne. Hertil kommer at patienter, der indlægges på hospital, ofte får stoppet al dosisdispensering. Denne skal så genopstartes af egen læge efter udskrivelse, hvilket kan medføre UTH'er, hvor patienten står uden medicin i overgangen fra hospital til praksis. Desuden er flere praktiserende læger fortsat usikre på, hvordan man ordinerer, seponerer og vedligeholder dosisdispensering i IT-systemerne, hvilket også kan give grobund for UTH'er.
Forslag til forebyggende indsatser • Dosisdispenseret medicin til den rette målgruppe kan sikre bedre compliance og færre receptfornyelser. • Dosisdispenseret medicin er fornuftigt til den stabile patient, hvor der ikke forventes ændringer i medicinen, og hvor risikoen for indlæggelse er lille. Samtidig giver dosisdispensering bedst mening, når der er ordineret et vist antal præparater, og patienten ikke længere selv kan administrere doseringen. • Det anbefales at udvise særlig omhu i udvælgelsen af målgruppen for dosisdispensering, da patienter uden for målgruppen risikerer flere ulemper end fordele samtidig med en øget risiko for UTH'er • Ved dosisdispensering anbefales det, at al medicinen er inkluderet i denne, da sidedosering giver risiko for UTH'er	

Kilder: Casen er udarbejdet af patientsikkerhedskonsulent Lau Bertholdt, KAP-H, og findes på: https://www.sundhed.dk/content/cms/9/115009_uth---dosisdispensering.pdf.

Det er på den baggrund vores opfattelse, at der er en diskrepans mellem almen praksis' opfattelse af, hvordan kommunerne håndterer (eller ideelt set burde håndtere) manuel dosisdispensering, og praksis i dagligdagen. Mens manuel dosisdispensering i nogle tilfælde kan føre til, at en kommunal sundhedsperson fanger, at den ordinerede medicin er uhensigtsmæssig eller behæftet med fejl, og sådanne fejl måske mindre hyppigt fanges ved maskinelt dosispakket medicin, er der ikke i vores analyse fremkommet oplysninger, der indikerer, at der skulle være væsentlige forskelle mellem de to dispenseringsformer. Samtidig skal de mulige gevinster for patientsikkerheden ved en sådan eventuel forskel holdes op imod den gevinst, som maskinel dosispakning giver i form af meget markant færre doseringsfejl end ved manuel dosisdispensering.

Samlet forekommer fastholdelse af manuel dosisdispensering som en kontrolmekanisme derfor at give en form for "falsk tryghed", hvorfor vi anser den som både ineffektiv og ressourcekrævende.

Det er imidlertid vigtigt, at overgang til dosispakket medicin ikke nødvendigvis betyder ophør af al kontakt mellem borger og en kommunal sundhedsperson. For de borgere, der udover dispenseringsydelse også modtager administrationsydelse, gælder selvsagt, at de stadig vil modtage hjælp som i dag på ethvert af de tidspunkter, hvor de skal indtage deres medicin.

For borgere, der alene modtager dispenseringsydelsen, er det vores vurdering, at det navnlig ved overgangen fra manuelt til maskinelt dosispakket medicin er væsentligt, at de modtager bistand. Dette bl.a. i lyset af den bekymring, som en del borgere giver udtryk for, når de bliver bedt om at give samtykke til dosispakket medicin. Men for nogle borgere vil det formentlig ud fra en konkret vurdering være hensigtsmæssigt, at kommunen løbende følger, hvordan de håndterer deres medicinering, også mere permanent. En sådan indsats vil dog formentlig ikke omfatte alle borgere med dispenseringsydelse, ligesom det vurderes at kunne tilrettelægges, så der anvendes væsentligt mindre tid end ved den nuværende manuelle dosisdispensering.

Det er også denne tilgang, som de i analysen deltagende kommuner, har valgt. De støtter således de borgere, der overgår til dosispakket medicin, i opstartsfasen, så der er sikkerhed for, at borgeren er tryk ved at indtage den dosispakke medicin. En kommune oplevede så, at en del af borgerne efter et stykke tid selv ikke længere fandt det meningsfuldt, at de skulle have besøg af den kommunale sundhedsperson. Fælles for kommunerne er en erkendelse af, at der vil være borgere med dispenseringsydelse for hvem en kommunal indsats er nødvendig også på sigt, og også selv om borgerne ikke modtager administrationsydelsen.

Flere kommuner overvejer i tilknytning hertil at kombinere dosispakket medicin med andre velfærdsteknologiske løsninger, der kan medvirke til, at flere borgere forbliver selvhjulpne i længere tid. Der kan fx være tale om installering af app, der giver en alarm, når borgeren skal indtage medicin, mulighed for at være i kontakt med borgeren virtuelt eller lignende.

Anbefaling

6.4

Skab tydelighed om kommunernes indsatser med/uden dosispakket medicin

Det anbefales, at:

- Kommunerne tydeligt kommunikerer til almen praksis og andre interessenter, hvad dispenseringsydelsen indebærer i forhold til kontrol ved modtagelse af dosispakket henholdsvis traditionelt leveret medicin, så vurderingen af manuel kontra maskinelt dosispakket medicin sker på et grundlag, der afspejler den faktiske praksis i kommunerne.
- Kommunerne tilrettelægger indsatser, der giver borgerne en tryk overgang til maskinelt dosispakket medicin, og der for de borgere, hvor det er relevant, sikrer, at patientsikkerheden ikke svækkes i forhold til fortsat manuel dispensering af medicin.

Andre eksempler på oplevede patientsikkerhedsrisici

Vi er i vores interviews blevet præsenteret for eksempler, hvor IT-understøttelsen efter informanternes oplevelse tilsyneladende ikke virker efter hensigten, eller i det mindste skaber tvivl om det:

- Et par praktiserende læger har oplevet, at de i deres dialog med kommune og/eller apotek har kunnet konstatere, at de ordinationer, de kunne se i deres lægepraksissystem, ikke var sammenfaldende med dem, som den anden part havde trukket via FMK.
- En praktiserende læge har oplevet, at en tidligere dosisrecept ikke var blevet slettet, hvorfor borgeren i en periode fik dobbelt dosering.

- En praktiserende læge har oplevet, at et lægemiddel var blevet dosispakket, som i følge Lægemiddelstyrelsens liste ikke måtte dosispakkes, hvilket Styrelsen for Patientsikkerhed havde gjort lægen opmærksom på ved et tilsynsbesøg.

I forhold til det antal praktiserende læger vi har talt med, er det forholdsvis mange, der således har oplevet problemstillinger, som umiddelbart synes at kunne være knyttet til systemunderstøttelsen.

Vi har ikke undersøgt nærmere, hvad der kan være årsag til disse oplevede problemer, eller om lignende problemer opleves i forhold til manuelt dosisdispenseret medicin. Det er imidlertid efter vores opfattelse oplagt, at oplevelserne – uanset hvad årsagen måtte være – skaber mistillid til systemet, hvad der selvsagt ikke fremmer lysten til at bidrage til anvendelsen af dosispakket medicin. Samtidig er det af interviewene fremgået, at de involverede personer ikke ved, hvem de skal henvende sig, når denne typer af uhensigtsmæssigheder optræder.

Det er efter vores opfattelse vigtigt, at sådanne eksempler på uhensigtsmæssigheder samles op, og at det i samarbejde med den, der har oplevet den, undersøges, hvad det er, der har givet anledning til det oplevede problem.

Anbefaling

6.5

Det anbefales, at der etableres en proces for at undersøge oplevede problemer med IT-understøttelsen, herunder at:

- En offentlig myndighed (Sundhedsdatastyrelsen og MedCom) påtager sig systematisk at samle op og undersøge situationer, hvor IT-understøttelsen opleves som uhensigtsmæssig og i relevant omfang følge op over for de aktører, der kan løse problemet, når årsagen til uhensigtsmæssigheden er afdækket.
- Det kommunikeres til de relevante aktører, at den pågældende myndighed kan kontaktes, hvis der opleves uhensigtsmæssigheder i IT-understøttelsen.

6.6. Bedre muligheder for dataunderstøttelse

Som tidligere nævnt sætter sundhedsloven grænser for, hvem og til hvilke formål oplysningerne i FMK kan anvendes til andre formål end dem, der er nødvendige for behandlingen af borgerne.³⁹

Bl.a. giver lovgivningen ikke mulighed for, at oplysningerne kan anvendes til statistiske og analytiske formål. Konkret i forhold til dosispakket medicin betyder det, at det bl.a. ikke er muligt at:

- Lave opgørelser af det aktuelle antal borgere med dosispakket medicin og udviklingen over tid.
- Trække data ud for kommunerne til brug for fx sammenligninger med andre kommuner.
- Udarbejde statistiske analyser af fx karakteristika ved de borgere, der modtager dosispakket medicin, potentialet for at udbrede dosispakket medicin på grundlag af objektive kriterier, hvilket kunne understøtte identifikation af relevante borgere og dermed mere effektive arbejds gange i kommunerne.

³⁹ Lovbekendtgørelse nr. 210 27/01/2022 af sundhedsloven (§ 157) og bekendtgørelse nr. 1615 af 18/12/2018 om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger.

Udover disse anvendelser af data formoder vi – uden at have undersøgt det nærmere – at oplysningerne i FMK kan anvendes til andre analytiske og forskningsmæssige formål.

Det er selvsagt en forudsætning, at en udvidet brug af FMK-data sker datasikkert og med fuld anonymitet for den enkelte borger, givet oplysningernes personfølsomme karakter. Det i den forbindelse vores opfattelse, at dette bør kunne ske fuldt betryggende, og at problematikken ikke er anderledes i forhold til andre offentlige registre indeholdende personfølsomme oplysninger, hvor der imidlertid er adgang til data til statistiske og analytiske formål.

En øget adgang til analytisk brug af FMK-data på aggregeret niveau kunne lette og give større indsigt i udbredelsen af maskinelt dosispakket medicin.

Anbefaling

6.6

Brug af FMK-data til statistiske og analytiske formål kan overvejes

Sundhedsministeriet og Sundhedsdatastyrelsen anbefales at overveje mulighederne for at gennemføre en ændring af Sundhedsloven, der åbner for brug af FMK-data til statistiske og analytiske formål. Som det kendes fra andre registre indeholdende personfølsomme data, forudsættes, at dette kan ske med fuld anonymitet for den enkelte borger.

7. Dosispakket medicin – fordele, ulemper og potentiale

I dette kapitel præsenteres først de væsentligste fordele og ulemper ved dosispakket medicin i et samfundsmæssigt perspektiv, som analysen har afdækket. En række af fordelene er ikke forsøgt værdiansat inden for rammerne af analysen og beskrives alene kvalitativt.

Der præsenteres dog et regneeksempel, der illustrerer de ændringer i aktørernes tidsanvendelse, som opstår, når en borger overgår fra manuelt til maskinelt dosispakket medicin. Selv om usikkerheden om effekterne på tidsanvendelsen er stor, indikerer regneeksemplet, at der med stor sandsynlighed sker en reduktion i det samlede tidsforbrug, så samfundet samlet set anvender færre ressourcer ved maskinelt dosispakket medicin.

Kapitlet indeholder også en beskrivelse af de budgetøkonomiske effekter ved dosispakket medicin. Dvs. de betalingsstrømme, der opstår, når en borger går fra manuelt dosisdispenseret til maskinelt dosispakket medicin.

Endelig overvejes potentialet for at udbrede maskinelt dosispakket medicin inden for de kommunale plejecentre og i hjemme- og sygeplejen, og der gives et skøn for antallet af årsværk, der i givet fald vil blive frigivet og kan anvendes til andre væsentlige opgaver.

7.1. Det samfundsøkonomiske perspektiv

Som det er fremgået af det foregående, er der både fordele og ulemper knyttet til anvendelsen af maskinelt dosispakket medicin. I et samfundsøkonomisk perspektiv er det selvsagt vigtigt, at fordelene overstiger ulemperne, da samfundet ellers samlet set ville blive fattigere ved en yderligere udbredelse af dosispakket medicin.

Baseret på både vores desk research og interviews er der relativ stor enighed om, hvad fordelene og ulemperne ved dosispakket medicin potentielt er kvalitativt, mens der er nogen uenighed, om værdien af de enkelte fordele og ulemper og dermed om det samlede samfundsøkonomiske regnestykke er positivt eller negativt.

Kvalitativt er der enighed om, at dosispakket medicin styrker patientsikkerheden, hvis det anvendes for de rigtige borgere, og der etableres passende arbejdsgange, der kan imødegå potentielle negative effekter ved håndteringen af dosispakket medicin, jf. kapitel 6.

Der er således evidens for, at der sker markant færre fejl ved dosispakket medicin, jf. figur 7.1. Ligeledes taler meget for, at anvendelsen af dosisrecepter, der deles via FMK, kan give større sikkerhed for, at borgeren får den medicin, der er ordineret af lægen, og at borgernes compliance i forhold til deres medicinforbrug forøges.

Figur 7.1. Samfundsøkonomiske fordele og ulemper

I. Patientsikkerhed forbedres, hvis DD anvendes rigtigt  • Fejl ved maskinel dosispakning: 2,0 pr. 1.000.000. Fejl ved manuel dosispakning: 1,8-4,0 pr. 100. • Medicindata i FMK er mere retvisende og giver færre misforståelser. • Øget compliance i borgerens medicinindtag.	VI. Tidsforbrug til apotekernes dosispakning  • Se nedenfor.
II. Frigør tid i kommunal sygepleje  • Se nedenfor.	VII. Større tidsforbrug i almen praksis  • Se nedenfor.
III. Bedre arbejdsmiljø for medarbejdere  • Undgår udpakning af medicin i blisterpakninger ved manuel dispensering, der giver anledning til arbejdsskader. • Reduceret arbejdspress.	
IV. Mere selvhjulpne og trygge borgere med større frihed  • Mange, men ikke alle borgere kan blive selvhjulpne, når de modtager maskinelt dosispakket medicin, og opleve større frihed og tryghed.	
V. Mindre medicinspild  • Da medicin pakkes til 14 dages perioder, er der mindre spild, da traditionelt leveret medicin ofte leveres i større mængder end borgernes behov.	

Kilder: Pharmakon Forskning, *Evidens for apotekspraksis: Brugen af dosisdispenseret medicin – en gennemgang af studier*, 2018 (data for fejlfrekvenser) samt interviews.

Under forudsætning af, at dosispakket medicin anvendes over for de rette borgere, og at de potentielle patientsikkerhedsmæssige ulemper imødegås i passende omfang, er nettoeffekten for patientsikkerheden med stor sandsynlighed positiv, jf. også udtalelsen fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Samfundsøkonomisk er det en gevinst for de borgere, der oplever færre medicineringsfejl, og for samfundet, da færre medicineringsfejl må formodes at reducere behovet for behandling af fejlmedicinerede patienter på hospitalerne eller i almen praksis, ligesom behovet for en ekstraplejeindsats som fejlmedicinering mindskes. Størrelsen og værdien af disse afledte positive effekter er det dog ikke muligt at kvantificere.

Den anden væsentlige fordel ved dosispakket medicin er, at det kan frigive den tid, som der i kommunerne anvendes til manuel dosisdispensering, ligesom der undgås besøg, hvor den medicin, der skal manuelt dosisdispenseres, ikke er hos borgeren, som derfor skal genbesøges. Dertil kommer, at flere af de deltagende kommuner vurderer, at de anvender mindre tid på håndtering af utilsigtede hændelser, når borgerne modtager dosispakket frem for manuelt dosisdispenseret medicin. Anvendelsen af dosispakket medicin medfører også i et vist omfang nye opgaver i kommunerne, men nettoeffekten vil være positiv, jf. nedenfor.

En tredje fordel er forbedringer af arbejdsmiljøet for de kommunale sundhedsmedarbejdere. Manuel dosisdispensering kan give anledning til nogle former for arbejdsskader, og da manuel dosisdispensering er en tidskrævende opgave, der skal udføres på givne tidspunkter, kan det bidrage til det oplevede arbejdspress i en ellers ellers travl hverdag.

Som beskrevet er der indikationer på, at de borgere, der får dosispakket medicin, er meget tilfredse med løsningen, og at det bidrager til større tryghed. For de borgere, der som følge af den dosispakkede medicin ikke (længere) har behov for kommunal assistance til dispenseringen, giver det tilfredshed at være mere selvhjulpne og have større frihed.

Endelig peges der som det femte på, at maskinelt dosispakket medicin medfører mindre medicin-spild. Det skyldes først og fremmest, at der leveres større mængder af medicin ved traditionel levering, end når medicinen pakkes hver 14. dag. Et tysk studie fandt ved at sammenligne medicin-spildet før og efter konkrete plejecenterbeboeres overgang til dosispakket medicin, at spildet blev reduceret med ca. 4 pct. i forhold til borgernes samlede medicinforbrug.⁴⁰ Dvs. en reduktion på 200 kr. ved et årligt medicinforbrug på 5.000 kr. Til gengæld er der et vist, men mindre medicin-spild på pakkeapotekerne, da der er grænser for, hvor lang tid lægemidler kan opbevares uden for originalpakningerne. Tages videre i betragtning, at apotekerne også må kassere traditionelt pakket medicin, er nettoeffekten på apotekernes medicin-spild dog formentlig ikke stor. Dermed reduceres medicin-spildet samlet set ved overgang til dosispakket medicin.

Dertil kommer, at også selve medicinudgiften kan blive lidt lavere ved dosispakket medicin som følge af reguleringen af medicinpriserne.⁴¹

De to væsentligste ulemper ved dosispakket medicin, som vi er stødt på, er, at der skal anvendes ressourcer til selve dosispakningen på apotekerne, og at vi vurderer, at det medfører en vis øget arbejdsbyrde i almen praksis, jf. næste afsnit.

7.2. Konsekvenser for aktørernes tidsanvendelse

Med henblik på at vurdere, om dosispakket medicin samlet set giver en samfundsøkonomisk gevinst, har vi vurderet, hvordan aktørernes tidsanvendelse påvirkes, når en borger på et kommunalt plejecenter eller i kommunal hjemme- og sygepleje overgår fra manuelt til dosispakket medicin.

Givet den begrænsede viden, der er tilgængelig i forhold til de forskellige aktørers tidsforbrug, skal det understreges, at der er tale om et regneeksempel snarere end et egentligt estimat. Derfor er formålet også alene at give et indtryk af størrelsesordenen af effekterne på tidsforbruget. Tidseffekterne er baseret på en række antagelser og overvejelser, der er nærmere beskrevet i bilag C.

Vi har valgt at lave regneeksemplet i timer, hvor det ville være sædvanligt at lave den i kroner. Valget afspejler, at den centrale udfordring for kommunerne er rekrutteringsproblemer, hvilket knytter sig til muligheden for at frigive medarbejderressourcer.

En central forudsætning for regnestykket er, at alle aktørerne gennem erfaring med anvendelsen af dosispakket medicin har opbygget og etableret hensigtsmæssige og rimeligt effektive arbejdsgange. Dvs. en situation svarende til den, vi har observeret nogle steder, hvor der gennem nogen tid har været et velfungerende samarbejde mellem kommune, praktiserende læger og apoteker, men som langt fra kendetegner samarbejdet alle steder.

⁴⁰ Gerber, A. et al., *Evaluation of multi-dose repackaging for individual patients in long-term care institutions: savings from the perspective of statutory health insurance in Germany*, International Journal of Pharmacy Practice, 2008, 16, pp. 387-394.

⁴¹ Danmarks Apotekerforening har i deres prisberegner for egenbetaling ved dosispakningsgebyret indregnet en effekt fra lavere lægemiddelpriser ved dosispakket medicin på ca. 2 pct. af selve udgiften til lægemidler.

Heri ligger også, at regneeksemplet ikke tager højde for de opstartsomkostninger, der vil være. Dvs. i kommunerne fx udarbejdelse af arbejdsgangsbeskrivelser, koncepter for ledelsesunderstøttelse, interne kurser mv. Ligeledes er der ikke indregnet den tid, som almen praksis henholdsvis apotekerne anvender for at tilegne sig den nødvendige viden i forhold til IT-systemer mv. og implementering af interne arbejdsgange. Endelig indgår engangsudgifter til udvikling/tilpasning af IT-systemer (lægepraksissystemer, EPJ'er, SOJ'er, apotekssystemer og FMK) ikke. Det er dog vores opfattelse, at disse engangsomkostninger vil være beskedne, hvis dosispakket medicin får en større udbredelse.⁴²

Med disse antagelser og forbehold viser vores regneeksempel, at det samlede tidsforbrug på tværs af aktørerne reduceres med ca. 9 timer årligt, hver gang en borger kommer på dosispakket medicin, jf. tabel 7.1.

Tabel 7.1. Tidseffekter af maskinelt fremfor manuelt dosispakket medicin – et regneeksempel

Aktør	Opgavens karakter	Timer pr. borger pr. år
Kommune		15,0
Administrativ understøttelse og ledelse	Tid anvendt i forvaltning og af ledere på drift	-1,0
Opstart og identifikation af relevante borgere, indhentelse af samtykke mv.	Engangsomkostning pr. borger fordelt over 3 år, der er antaget som borgernes gennemsnitlige tid på dosispakket medicin	-0,5
Ingen manuel dosisdispensering	Tid anvendt til manuel dosispakning, inkl. transport mv. i forbindelse hermed	19,0
Færre genbesøg sfa. manglende medicin	Mindre spildtid sfa. manglende medicin på tidspunkt for planlagt manuel dosisdispensering	1,0
Behov for bistand til borgere ved opstart af dosispakning og eventuelt varigt	Bistand ved opstart af borger på dosispakket medicin er engangsudgift pr. borger fordelt over 3 år, mens varig bistand er årlig driftsomkostning	-3,5
Opgaver ved medicinændringer	Skønnes ikke nævneværdig forskellig ift. indsats ved ændringer med traditionelt leveret medicin	0,0
Almen praksis		-0,6
Egnethedsvurdering og opstart af patient på dosispakket medicin	Engangsomkostning pr. patient fordelt over 3 år	-0,1
Meropgave ved medicinændringer, når patient på dosispakket medicin	Diverse ekstraopgaver ved især medicinændringer og hospitalskontakter	-0,5
Apoteker mv.		-5,3
Tid anvendt til dosispakning mv.	Oprettelse og løbende administration af DD-kort, pakning og kontroller af dosispakningen	-5,0
Levering	For nogle borgere flere leverancer pr. år end ved traditionelt leveret medicin	-0,3
I alt		~9,0

⁴² Antag fx, at en praktiserende læge bruger 10 timer til opstart af dosispakket medicin (fx deltagelse i undervisning, drøftelse på klyngemøde, gennemsyn af video om funktionalitet i lægepraksissystem, aftaler om arbejdsgange internt i praksis osv.) og i de efterfølgende 10 år har i gennemsnit 30 patienter på dosispakket medicin. Så vil engangsomkostningen svare til ca. 2 minutter pr. dosispatient pr. år.

Nettotidsbesparelsen i kommunerne er beregnet til ca. 15 timer pr. borger pr. år. Bruttotidsbesparelsen er ca. 20 timer, hvoraf størstedelen kan henføres til, at der ikke længere skal foretages manuel dosisdispensering, mens resten skyldes, at der vil være behov for færre genbesøg hos borgerne, fordi den medicin, der skal dosisdispenseres manuelt, ikke er hos borgeren ved det første besøg. Der vil efter flere af kommunernes opfattelse også være en tidsbesparelse knyttet til, at de oplever at skulle håndtere færre utilsigtede hændelser, når medicinen er maskinelt dosispakket, end når den dosisdispenseres manuelt, men vi har ikke grundlag for at vurdere størrelsen af denne effekt.

Modsat indebærer overgang til større brug af dosispakket medicin, at der skal anvendes mere ledelsestid og tid til at bl.a. at vedligeholde arbejdsgange, ledelsesunderstøttelse osv., ligesom der løbende vil skulle identificeres og indhentes samtykke fra nye borgere, der kommer under den kommunale hjemme- og sygepleje. Ligeledes vil der ved overgangen til dosispakket medicin – og for nogle borgere varigt – være behov for kommunale indsatser, der skal imødegå risikoen for lavere patientsikkerhed, jf. overvejelserne i det foregående kapitel.

Mens kommunerne opnår en betydelig tidsbesparelse, vurderer vi, at der vil være en vis merbelastning af almen praksis – godt ½ time pr. patient på dosispakket medicin pr. år. Dels skal den praktiserende læge vurdere patientens egnethed ved opstart og igangsætte dosispakningen. Dette er en engangsomkostning, hvorfor tidsforbruget formentlig er beskedent, når det omregnes til tidsforbrug pr. år. Dels er det vores vurdering, at der vil være en merbelastning ved driften af patienter på dosispakket medicin – bl.a. i forbindelse med de medicinændringer mv., der opstår, når patienterne har kontakt med hospitalerne.⁴³ Det bemærkes, at vi i forhold til mertidsforbruget i almen praksis ikke har vurderet, hvordan det fordeler sig mellem den praktiserende læge og praksispersonalet.

Dosispakket medicin kræver også en ekstra ressourceindsats hos apotekerne – bl.a. til oprettelse og administration af dosisdispenseringskort, selve pakningen og kontroller af dosispakningen. Mertidsforbruget på ca. 5 timer pr. borger pr. år er i regneeksemplet fastsat med udgangspunkt i det dosisgebyr, der betales for den dosispakke medicin. Ligeledes vil der på grund af den hyppigere levering af dosispakket medicin være et vist øget ressourceforbrug, som i regneeksemplet er fastlagt ud fra, at leveringen sker fra apoteket til enten et plejecenter eller den kommunale hjemme- og sygepleje.

Regnestykket viser, at der vil være en betydelig reduktion i den samlede tidsanvendelse på tværs af aktørerne, når en borger går fra manuelt dosisdispenseret til dosispakket medicin. Uanset, at der knytter sig usikkerhed til antagelserne bag regneeksemplet, er resultatet i form af en positiv nettoeffekt robust. Den store gevinst er således tidsbesparelsen ved, at kommunerne ikke længere skal gennemføre manuel dosisdispensering, og den kendes med rimelig sikkerhed. Det betyder også, at selv hvis det skønnede mertidsforbrug i almen praksis eller apotekerne fordobles, vil der stadig være en samlet nettotidsgevinst.

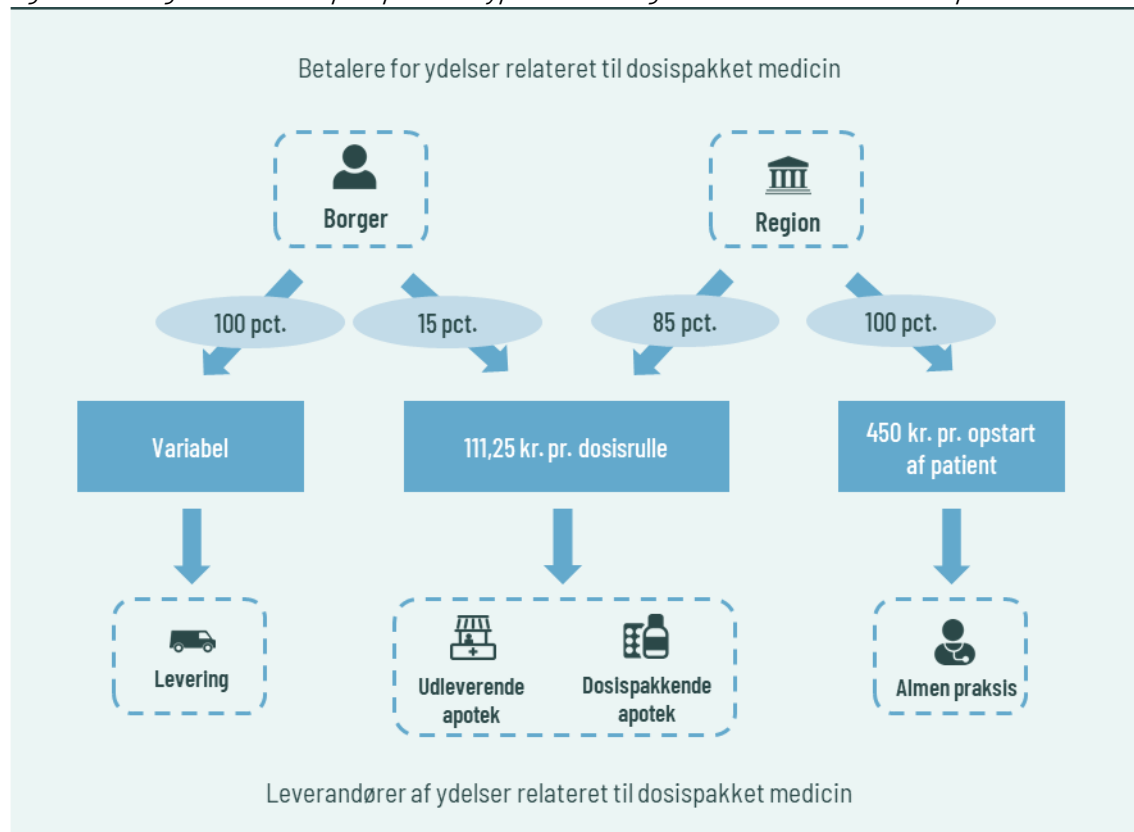
Dette indebærer også efter vores opfattelse, at en større udbredelse af dosispakket medicin vil give betydelige samfundsøkonomiske gevinster. Til den reducerede tidsanvendelse skal således lægges gevinster i form af værdien af dosispakket medicin for borgerne, mindre medicinspild, bedre arbejdsmiljø og højere patientsikkerhed, hvis dosispakket medicin anvendes forsvarligt og overfor den rigtige målgruppe.

⁴³ Der er betydelig usikkerhed knyttet til skønnene for almen praksis. En lægeklinik har opgjort deres tidsforbrug til dosispakket medicin til ca. 3 timer pr. måned med i gennemsnit 252 patienter på dosispakket medicin, hvilket svarer til ca. 10 minutter pr. patient pr. år, jf. Peter Gaardbo Simonsen, *Dosisdispensering – en lettere og mere sikker medicinbehandling*, Lægeklinikken Frederikshavn, præsentation dateret 18. november 2022. Dvs. en del mindre end det, vi har inkluderet i regneeksemplet.

7.3. Budgetøkonomiske konsekvenser

Mens de samfundsøkonomiske gevinster ved dosispakket medicin altovervejende tilfalder kommunerne og mere afledt borgerne, viser den budgetøkonomiske opgørelse, at det i høj grad er regionerne, der betaler for det øgede tidsforbrug på apotekerne og i almen praksis, *jf. figur 7.2.*⁴⁴

Figur 7.2. Budgetøkonomisk perspektiv – typiske betalinger i forbindelse med dosispakket medicin



Note: Dosispkningsgebyr er vist inkl. moms.

Således betaler regionerne via de generelle medicintilskudsregler typisk en meget stor del af udgifterne til dosis-pkningsgebyret. Får en borger dosis-pakket medicin gennem et helt år, vil medicintilskuddet som minimum dække 40 pct. af det samlede dosis-pkningsgebyr. Afhængigt af borgerens udgifter til lægeordnede lægemidler, vil andelen være større. Er selve medicinudgiften fx på mindst 3.700 kr. årligt, vil medicintilskuddet dække 85 pct. af den marginale udgift til dosis-pkningsgebyret. For borgere med et meget stort medicinforbrug, dækkes 100 pct. af udgiften til dosis-pkningsgebyret.

Den del af dosis-pkningsgebyret, der ikke dækkes af de generelle medicintilskudsregler, vil udgøre borgernes egenbetaling, men nogle med særlig svag økonomi kan dog opnå et kommunalt helbredstillæg, der reducerer borgerens egenbetaling, mens andre kan få dækket dele eller hele egenbetalingen, hvis de er medlem af Sygeforsikringen "danmark".

⁴⁴ Den budgetøkonomisk analyse ser alene på de pengestrømme, der udløses, når en borger overgår til dosis-pakket medicin, hvor den samfundsøkonomiske analyse overfor ser på effekterne på aktørernes ressourceforbrug, uanset hvem der betaler hvad.

Det er borgeren, der betaler hele udgiften til levering af dosispakket medicin, hvad der også er tilfældet, hvis medicinen leveres traditionelt fra apoteket. Dette selvsagt kun i de tilfælde, hvor borgeren eller fx pårørende ikke selv henter medicinen på apoteket.

Endelig er det regionerne, der med den midlertidige aftale mellem RLTN og PLO står for betalingen af honoraret til almen praksis, når de opstarter en patient på dosispakket medicin. I løbet af 2022 blev i størrelsesorden 10.000 borger sat på dosispakket medicin, svarende til en samlet honorarbetalning på 4,5 mio.

Samlet betyder ovenstående, at det udløser ekstrabetalinger på op til ca. 3.200 kr. pr. år, hver gang en "typisk" borger overgår fra manuelt dosisdispenseret medicin til dosispakket medicin gennem et kalenderår, jf. tabel 7.2. De reelle merbetalinger er dog mindre, da der ikke er taget højde for, at dosispakket medicin fører til, at der ikke betales det sædvanlige gebyr til apotekerne ved traditionel udlevering af receptpligtig medicin, og at der sker en reduktion i den gennemsnitlige pris på de anvendte lægemidler og mindre medicinspild som beskrevet tidligere, og da indgår moms i regionernes andel af dosispakningsgebyret.⁴⁵

Tabel 7.2. Årlige betalinger ved overgang til dosispakket medicin for "typisk" borger i målgruppen

(Kr. pr. år)	Borger	Region	Kommune/ "danmark"	I alt
Dosispakningsgebyr ¹⁾ (medicintilskudsregler)	435	2.460		2.895
Andre tilskudsmuligheder ²⁾	÷		+	0
Ikke betaling af recepturgebyr	÷	÷		÷
Lavere medicinpriser	÷	÷		÷
Mindre medicinspild	÷	÷		÷
Leveringsomkostninger ³⁾	165			165
Almen praksis⁴⁾		150		150
I alt	<600	<2.600	>0	<3.210

- 1) Dosispakningsgebyret er opgjort inkl. moms, og det er forudsat, at 85 pct. af udgiften dækkes af medicintilskudsreglerne. Det er videre antaget, at borgeren får dosispakket medicin gennem hele året, dvs. modtager 26 dosiseruller.
- 2) Medlemmer af Sygeforsikringen "danmark" kan få dækket 50 henholdsvis 100 pct. af egenbetalingen, ligesom borgere med svag økonomi også via et kommunalt helbrestillæg kan få dækket en del eller hele egenbetalingen.
- 3) Det er antaget, at borgeren får leveret sin medicin via kommunen, hvor leveringsgebyret er 12,50 kr. pr. gang, og at der ved dosispakket medicin er behov for dobbelt så mange leveringer i løbet af et år som ved traditionelt leveret medicin.
- 4) Det er antaget, at borgere, der bliver sat på dosispakket medicin, i gennemsnit er 3 år på dosispakket medicin, hvorfor en tredjedel af det aftalte honorar til almen praksis er vist.

Kilde: Gældende medicintilskudsregler, egne beregninger og skøn.

Merudgiften for den "typiske" borger er opgjort til op til 600 kr. årligt. For de mange borgere i målgruppen for analysen, der er medlemmer af Sygeforsikringen "danmark", og som kan modtage tilskud til 50 eller 100 pct. af egenbetalingen, vil merudgiften dog være væsentlig mindre, hvilket

⁴⁵ Idet fokus er på borgerens egenbetaling, er dosisgebyret her opgjort inkl. moms. Idet regionerne imidlertid får godtgjort momsbetalinger af staten, er størrelsen af de regionale betalinger overvurderet

også er tilfældet for de borgere, der modtager kommunalt helbrestillæg. Derudover bør der i vurderingen af størrelsen af borgernes egenbetaling indgå, at en stor andel af borgerne på dosispakket medicin er tilfredse med ordningen og bl.a. oplever, at de opnår større frihed, og at det med gældende regler er frivilligt for borgerne, om de vil have deres medicin dosispakket eller ej.

Disse budgetøkonomiske konsekvenser peger på en potentiel udfordring. Mens vi vurderer, at en øget udbredelse af dosispakket medicin gennemsnitligt vil give en samfundsøkonomisk gevinst, vil størrelsen af gevinsten afhænge af omstændighederne for den enkelte borger. Der vil således være enkelte borgere, hvis medicinforbrug og ændringer i dette har en sådan karakter, at den marginale samfundsøkonomiske gevinst vil kunne være negativ.

Potentielt er det derfor en mulighed, at kommunerne vælger at sætte borgere på dosispakket medicin, selv om kommunens tidsbesparelse er så begrænset, at den ikke kan retfærdiggøre den øgede tidsanvendelse i almen praksis op på apotekerne. Denne risiko opstår, fordi det er en anden aktør – regionerne – end kommunerne, der betaler for de merudgifter, der er forbundet med dosispakket medicin.

Efter vores opfattelse er denne risiko dog ikke i dag udtalt, givet den forholdsvis begrænsede udbredelse af dosispakket medicin. Spørgsmålet indgår dog i overvejelserne om en ændret opgavefordeling i forhold til dosispakket medicin i næste kapitel.

7.4. Potentialet for dosispakket medicin i analysens målgruppe

Vi har på baggrund af det foregående udarbejdet skøn for potentialet for udbredelsen af dosispakket medicin blandt borgere på plejecentre og i den kommunale hjemme- og sygepleje.

Det er vores vurdering, at det er realistisk at forøge antallet af borgere i målgruppen, der er på dosispakket medicin med 40.000 på mellemlang sigt (3-4 år), jf. figur 7.3. Det svarer til mere end en tredobling i forhold til det aktuelle niveau, og at omkring halvdelen af de borgere, der er modtager en kommunal dispenseringsydelse, og som bor på et plejecenter eller modtager hjælp fra den kommunale hjemme- og sygepleje, vil være på dosispakket medicin. Realiseringen af dette potentiale vil frigøre ressourcer i de kommunale sundhedsindsatser svarende til ca. 600 årsværk.

Figur 7.3. Potentialet for maskinel dosispakket medicin på plejecentre og i hjemme- og sygeplejen

Mellemlang sigt		Lang sigt
a. +40.000 borgere ~ 600 frigjorte årsværk • Antagelse, at 50 pct. af målgruppe får dosispakket medicin • I alt 55.000-65.000 borgere i målgruppe på dosispakket medicin		b. +60.000 borgere ~ 900 frigjorte årsværk • Antagelse, at 70 pct. af målgruppe får dosispakket medicin • I alt 75.000-80.000 borgere i målgruppe på dosispakket medicin

Note: Beregnet som 40.000 henholdsvis 60.000 borgere ganget med en tidsbesparelse på 15 timer pr. borger pr. år og delt med en "effektiv årlig arbejdstid" på 1.000 timer, svarende til ca. halvdelen af årsnormen på 1.924 timer. Forskellen mellem årsnorm og "effektiv arbejdstid" skyldes bl.a. sygdom, ferie, frokostpause, kontortid, møder, faglig sparring, uddannelse mv.

Kilde: Oplysninger fra udvalgte kommuner, Danmarks Statistik, Danmarks Apotekerforening (data for andre lande) og egne skøn og beregninger.

Vi finder dette potentiale realistisk med henvisning til, at der i dag er eksempler, hvor andelen af beboere med dosispakket medicin på et plejecenter er 60 pct., at der tidligere var op mod 50 pct. flere borgere på dosispakket medicin i Danmark, og at de kommunale potentialevurderinger, vi har

fået oplyst, ligger på eller over dette niveau. Samtidig indikerer erfaringerne fra fx Sverige, at det er meningsfuldt at have en endnu højere andel af borgerne i målgruppen på dosispakket medicin.

Dette er også baggrunden for, at det på lang sigt kan vise sig muligt, at op mod 70 pct. af borgerne på plejecentrene og i den kommunale hjemme- og sygepleje kan få dosispakket medicin, svarende til en stigning på omkring 60.000 i forhold til i dag.

Det er imidlertid også klart fra analysens observationer og resultater, at hverken det mellemsigtede eller langsigtede potentiale kan realiseres uden væsentlige ændringer i tilgangen til dosispakket medicin. Det gælder navnlig, at potentialerne er beregnet under forudsætning af, at:

- Alle kommuner iværksætter en systematisk og varig indsats i forhold til at få de relevante borgere på dosispakket medicin. Det er ikke tilfældet i dag, og beslutter nogle kommuner ikke at lave en indsats, reduceres potentialet selvsagt.
- Der etableres et konstruktivt samspil mellem kommunerne, almen praksis og apotekerne om indsatsen for at give egnede borgere dosispakket medicin – eller i det mindste et sådant samarbejde, der omfatter en meget væsentlig del af alle praktiserende læger i kommunen.

Ligeledes vil opnåelse af det langsigtede mål formentlig forudsætte, at alle aktører – herunder også apoteker og hospitaler – får tilrettelagt deres interne og tværsektorielle arbejdsgange mere effektivt end i dag. Det skal bl.a. bidrage til, at flere borgere end i dag samlet set kan få gavn af dosispakket medicin, fordi de uhensigtsmæssigheder, der undertiden opstår i dag, kan elimineres.

Afslutningsvis skal vi påpege, at det samlede potentiale for dosispakket medicin formentlig er væsentligt større end den potentielle stigning for borgere på plejecentre eller i kommunal hjemme- og sygepleje.

For det første er der givetvis et potentiale for at forøge anvendelsen af dosispakket medicin på bosteder og andre kommunale tilbud i forhold til i dag. Det vil også kunne frigive kommunale medarbejderressourcer til andre formål, men nok i højere grad pædagoger og andre faggrupper end sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

For det andet viser erfaringerne fra visse apoteker, at der er potentiale for en større udbredelse af dosispakket medicin for borgere, der ikke aktuelt modtager en kommunal dispenseringsydelse. Det gælder bl.a. ældre borgere, der modtager meget medicin, men som enten selv eller med bistand fra en pårørende er i stand til at selv at dispensere deres medicin. Idet dosispakket medicin kan betyde, dels at de kan være selvhjulpne i længere tid, inden de får behov for kommunal dispensering, dels at de vil være vant til dosispakket medicin den dag, de måtte få behov kommunal hjælp via en dispenseringsydelse, ligger der et tydeligt kommunalt perspektiv i forhold til denne gruppe af borgere.

Uden at vi har regnet på det, forekommer det rimeligt at antage, at udbredelsen af dosispakket medicin i Danmark vil kunne nærme sig niveauet i Norge og Sverige, hvis også disse potentialer udnyttes.⁴⁶

⁴⁶ Peter Gaardbo Simonsen, *Dosisdispensering – en lettere og mere sikker medicinbehandling*, Lægeklinikken Frederikshavn, præsentation dateret 18. november 2022, oplyser at have 285 patienter med dosispakket medicin ud af en patientpopulation på 8.700, hvoraf mere end 2.300 er 65 år eller ældre. Med ca. 1,2 millioner danskere på 65 år eller ældre vil det svare til, at der på landsplan var 130-140.000 borgere, der modtog maskinelt dosispakket medicin, hvilket omtrent relativt svarer til det nuværende niveau i Sverige.

8. Langsigtet perspektiv – anden fordeling af opgaver

I dette kapitel beskrives, hvordan rollerne i forhold til dosispakket medicin potentielt kan ændres, så almen praksis' rolle reduceres, og apotekernes rolle forøges. En række fordele og ulemper omtales, ligesom det overordnet skitseres, hvilke forudsætninger der skal være opfyldt for i givet fald at implementere en ændret rollefordeling.

Af kommissoriet fremgår, at analysen skal se på, "*Hvordan en eventuel mere grundlæggende om-lægning kan ske på langt sigt, som dels understøtter et overordnet formål om flere patienter på maskinel dosispakket medicin, dels understøtter en hensigtsmæssig brug af lægefaglige og personalemæssige ressourcer og kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet.*" Som en mulig løsnings-model peges der i kommissoriet på en model, hvor håndteringen af dosispakket medicin flyttes helt eller delvist væk fra praktiserende læger til apotekerne.

Vi har i vores overvejelser om mulighederne for at gennemføre en sådan opgaveflytning taget udgangspunkt i den aktuelle situation, som vi opfatter den.

Der er imidlertid en række igangværende analyser, arbejdsgrupper mv., der ser på forhold i sundhedsvæsenet og ældreplejen, og som direkte eller indirekte vil kunne ændre rammerne for anvendelse af dosispakket medicin på længere sigt.

En ikke udtømmende liste over sådanne igangværende initiativer er, at der som led i aftalen om en Sundhedsreform gennemføres et antal analyser af almen praksis, der bl.a. skal bidrage til, at udviklingen i almen praksis understøtter de praktiserende læger i at håndtere øget kompleksitet i opgaver og overtage nye opgaver.⁴⁷ Ligeledes er det et punkt i aftalen, at mulighederne for at øge apotekernes rolle i det nære sundhedsvæsen skal afdækkes. Vi er også bekendt med, at der pågår overvejelser om, hvorvidt brugen af recepter på sigt kan udfases, og om hvorvidt de gældende regler for substitution af lægemidler kan tilpasses, så i de i højere grad tager udgangspunkt i aktivstoffet.

Flere af disse initiativer kan potentielt føre til mere grundlæggende ændringer af struktur, opgavefordeling mv. blandt de tværsektorielle aktører, der kan påvirke mulighederne for en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af opgaverne knyttet til dosispakket medicin. Da det imidlertid ikke vides, hvilke ændringer initiativerne vil føre til, og hvornår de i givet fald implementeres, kan der ikke meningsfuldt tages højde for dette på nuværende tidspunkt. Ligeledes kan de fremtidige ændringer – afhængigt af deres konkrete udformning – både understøtte en fastholdelse af den nuværende opgavefordeling eller ændringer i opgavefordelingen.

Med dette udgangspunkt har vi overvejet en model, hvor kommunen på vegne af de borgere, der vurderes egnede til dosispakket medicin, henvender sig på apoteket, der så fortager en vurdering af, om dosispakning ud fra et lægemiddelfagligt perspektiv er hensigtsmæssig for borgeren, og, hvis det er tilfældet, kan igangsætte dosispakning med offentligt tilskud, jf. figur 8.1.

⁴⁷ Aftale om Sundhedsreform, 20. maj 2022.

Figur 8.1. Model for alternative fordeling af opgaver



Vi har overvejet to varianter af modellen – én, hvor almen praksis ikke har "vetoret" og ikke gøres bekendt med, om deres patienter modtager dosispakket medicin eller ej, og én, hvor almen praksis har "vetoret" (dvs. kan ophæve dosispakningen), svarende til hvad der i dag gælder, hvis en behandlerfarmaceut på et apotek ordinerer dosispakning med offentligt tilskud til en borger.

Begrundelsen for en sådan ændret ansvar- og opgavefordeling ville i givet fald bl.a. være:

- Det vil forenkle de nuværende arbejdsgange, hvis der var én aktør mindre, og belastningen af almen praksis ville blive mindre. Potentielt kunne det reducere den samlede ressourceanvendelse, hvis ressourcebesparelsen i almen praksis oversteg det øgede ressourcetræk på apotekerne og i kommunerne.
- Almen praksis har – udover selvfølgelig retten til at ordinere medicin – i dag mulighed for at få kommunerne til at bistå borgeren med medicindispenseringen, mens det er kommunen, der bestemmer, om dispenseringen skal ske i æsker eller på anden vis. I en vis forstand kan det anses som en anomali, at almen praksis skal forholde sig til dispenseringsmetoden, når der er tale om dosispakket medicin.
- Sikring af en geografisk mere ensartet implementering, forudsat at kommunerne generelt vælger at anvende dosispakket medicin på samme måde, idet de observerede kommunale forskelle i oplevelsen af almen praksis' tilgang til dosispakket medicin vil få mindre betydning.

Vi vurderer imidlertid, at modellen – hvor vi først behandler modellen uden "vetoret" for almen praksis – også indebærer en række ulemper:

- Der er et samspil mellem almen praksis' ordinationer/recepter og muligheden for en effektiv leverance af dosispakket medicin. Dosispakket medicin fungerer bedst, hvis den praktiserende læge udarbejder strukturerede recepter, og fornyr recepter i god tid inden udløb, da det sikrer en ubrudt leverance af dosiseruller til borgere i normalt rul. Det svenske eksempel synes at vise, at dette godt kan fungere i en model, hvor det er borgeren (eller kommunen), der har ansvaret for sikre receptfornyelserne, som det er tilfældet med traditionelle recepter, men sikkerheden for, at receptfornyelserne sker i tide, vurderes at være større, hvis den praktiserende læge har deltaget i beslutningen om, at en borger skal have sin medicin dosispakket, hvilket også kendetegner den svenske model for dosispakket medicin. Tilsvarende må det også formodes, at de praktiserende læger vil være mere indstillet på at udarbejde strukturerede recepter, hvis de selv deltager i beslutningen om, at en borger skal på dosispakket medicin.
- En relateret problemstilling er, at ikke alle lægemidler er godkendt til dosispakning – ikke fordi de ikke principielt ville kunne dosispakkes, men fordi lægemiddelleverandørerne ikke har gennemført de undersøgelser, der kræves af Lægemiddelstyrelsen (EMA) for at godkende et lægemiddel til dosispakning. Hvis den praktiserende læge i udgangspunktet ikke ved, om en patient

er på dosispakket medicin, må sandsynligheden for, at der ordineres et bestemt lægemiddel, der ikke kan dosispakkes, stige, hvilket enten giver anledning til, at apoteket må kontakte lægen for at få denne til at ordinere et andet lægemiddel, eller at lægemidlet må leveres separat, hvilket indebærer flere sidedoseringer.

- Med den nuværende finansieringsmodel for dosispakket medicin, hvor størstedelen af omkostningen til dosispakningen betales via de generelle medicintilskudsordninger, kan der – i hvert fald principielt – peges på, at incitamentsstrukturen kan give anledning til en for stor udbredelse af dosispakket medicin. Selv hvis kommunerne måtte overtage borgernes egenbetaling, vil de kun internalisere en del af de samfundsøkonomiske omkostninger, når det besluttes, hvilke borgere der er egnede til dosispakket medicin, og apotekerne må – igen ud fra en principiel overvejelse – have en kommerciel interesse i at udbrede dosispakket medicin så meget som muligt.
- Problemstillingen knyttet til apotekernes incitamenter vil også gøre sig gældende, hvis apotekerne mere generelt kan ordinere dosispakning med offentligt tilskud til de borgere, der måtte ønske det, men som ikke er i kontakt med den kommunale hjemme- og sygepleje eller lignende. Selv om antallet af disse i dag er begrænset, findes de, og potentielt kan der i fremtiden være tale om et ganske betydeligt antal. Vi har vanskeligt at finde en anden aktør, der kan være "gatekeeper" i forhold til beslutningen om at tildele offentligt tilskud til dosispakningen for denne gruppe af borgere.

Vi er opmærksomme på, at incitamentsstrukturen ikke nødvendigvis er optimal, selv hvis det er almen praksis, der afgør, om en borger er egnet til dosispakket medicin, men vi finder, at involveringen af almen praksis bidrager med et vigtigt tjek af, at det, der er aftalt mellem kommune og apotek, ud fra en samlet vurdering er til gavn for borgeren.

Vi finder videre, at det i vurderingen af den alternative model bør tages i betragtning, at der vil være borgere, for hvem dosispakket medicin ikke vil være den bedste løsning, og som ikke nødvendigvis kan identificeres ud fra objektive kriterier, men hvor vurderingen af manglende egnethed beror på en helhedsvurdering af borgeren. Efter vores opfattelse har de praktiserende læger de bedste forudsætninger til at foretage denne vurdering, idet der erindres om, at mange af borgerne i målgruppen er kendetegnet af høj kompleksitet i deres sygdomsbillede.

I forhold til den variant, hvor almen praksis tildeles en "vetoret" i forhold til beslutninger om at sætte borgere på dosispakket medicin, er det vores vurdering, at den vil afspejle et kompromis, der i bedste fald ikke vil give en gevinst samlet set. Samtidig finder vi det vanskeligt at retfærdiggøre modellen, herunder at den i forhold til dosispakning kommer til at "vende forkert" i forhold til den grundlæggende model, hvor det er almen praksis, der har ordinationsretten.

Af kommissoriet for analysen fremgår, at forudsætningerne for at gennemføre en ændret rollefordeling skal beskrives. Det er i den forbindelse vores vurdering, at implementeringen af den alternative model, som defineret ovenfor, vil kræve ændringer af i hvert fald:

- Bekendtgørelsen om behandlerfarmaceuters virksomhedsområde, så den giver mulighed for, at apoteket kan sætte borgere på dosispakket medicin med offentligt tilskud efter de samme bestemmelser, som i dag gælder for almen praksis.
- Finansieringsmodellen for dosispakningsgebyret, hvilket formentlig kræver, at det offentlige tilskud til dosispakningsgebyret skal fastlægges efter andre principper end dem, der gælder for selve medicinudgiften i henhold til de nuværende regler for medicintilskud, helbredstillæg mv.
- Tilpasninger i FMK, der bl.a. skal muliggøre, at kommunerne og apotekerne kan sætte borgere på dosispakket medicin, uden at det kommer i konflikt med almen praksis' ordinationer og recepter, og at anmodninger om receptfornyelser ikke længere skal tilgå almen praksis, men

borgeren og – når relevant – kommunen. Dette giver givetvis også behov for tilpasninger i lægepraksissystemer, apotekssystemer og regionernes EPJ-systemer.

Vi har valgt ikke at udarbejde en anbefaling i forhold til muligheden for at ændre opgavefordelingen. Det skyldes for det første, at det vil kræve en separat udredning med inddragelse af alle relevante parter at få præciseret og konkretiseret alle problemstillinger ved at introducere en ændret rollefordeling, herunder at vurdere hvordan problemstillingerne bedst muligt håndteres.

For det andet er det meget vanskeligt at vurdere, hvad den alternative model skal holdes op imod, når fordele og ulemper skal vurderes. Er det den aktuelle situation med de udfordringer, som nærværende analyse har søgt at afdække? Er det en fremtidig situation, hvor analysens anbefalinger og andre tiltag har skabt en større fælles forståelse af fordele og ulemper ved dosispakket medicin, hvor aktørernes arbejdsgange gennem erfaringer er blevet mere effektive end tilfældet er i dag? Eller en fremtidig situation, hvor der ud fra andre hensyn er gennemført mere strukturelle ændringer knyttet til de forskellige aktører?

9. Øget udbredelse af dosispakket medicin – road map

Dette kapitel sammenfatter anbefalingerne fra det foregående i et road map for, hvordan der kan sikres en større udbredelse af maskinelt dosispakket medicin i Danmark.

Det forudsætter en fælles tværsektoriel indsats på flere niveauer, og anbefalingerne er kategoriseret efter, om de vedrører det strategiske, taktiske eller operationelle niveau. Ligeledes er anbefalingerne forsøgt prioriteret efter deres vigtighed i forhold til at sikre udbredelsen af dosispakket medicin, idet en forholdsvis lav vigtighed enten kan afspejle, at effekten af anbefalingen absolut set ikke vurderes at være stor, eller at effekterne af anbefalingerne først kan forventes på mellemlang sigt.

Endelig fremgår det af det opstillede road map, hvilke(n) aktør(er) der forventes at skulle være enten initiativtager eller ansvarlig for at gennemføre anbefalingen, idet det for en stor del af anbefalingerne gælder, at de kun kan gennemføres i samarbejde på tværs af aktørerne og på forskellige organisatoriske niveauer.

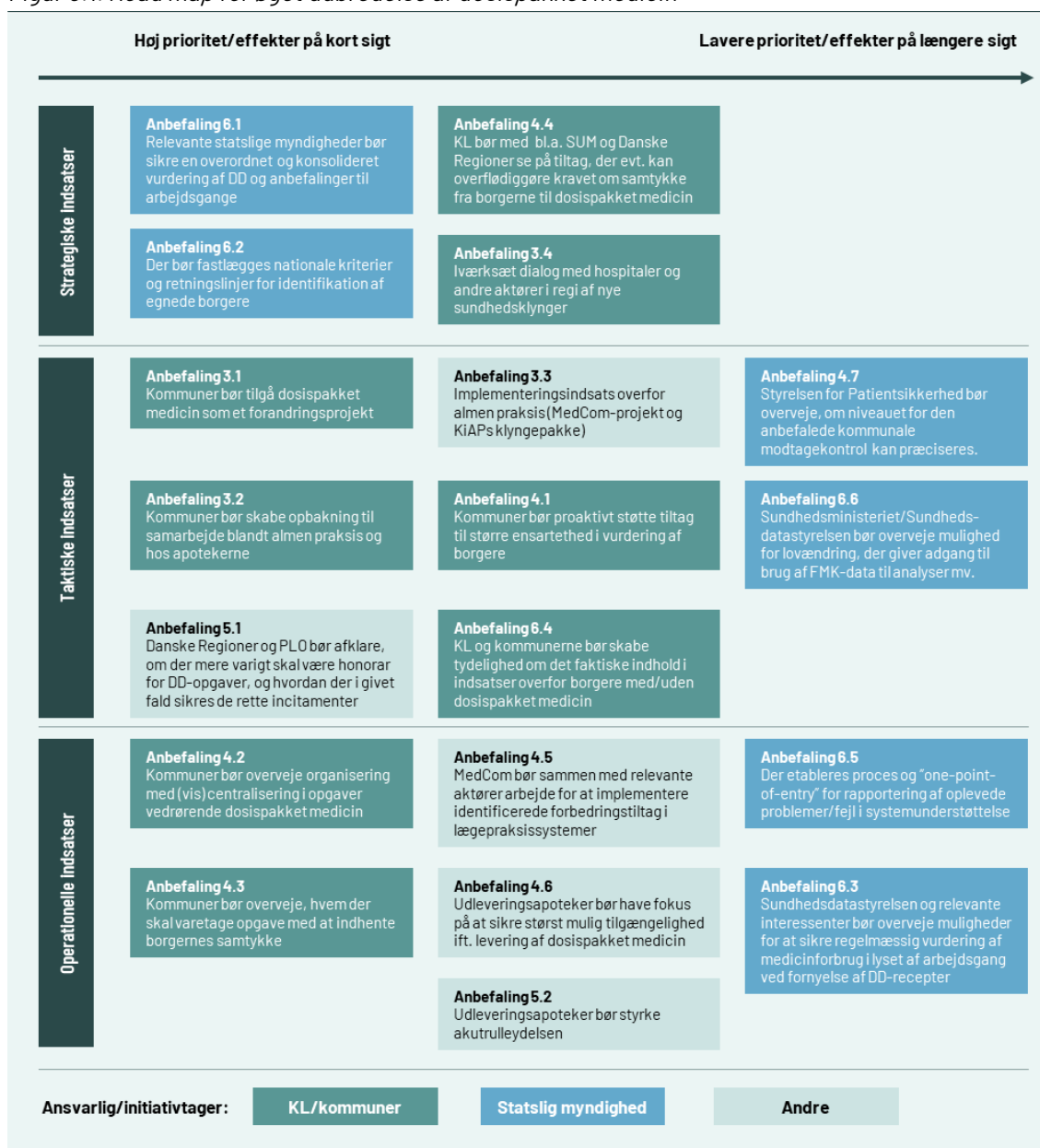
Som det fremgår af det forudgående, forudsætter en større udbredelse af dosispakket medicin efter vores opfattelse en fælles tværsektoriel indsats. Selv om aktørerne hver for sig har betydelige opgaver, vil etableringen af stærke samarbejder og faglig konsensus om anvendelsen af dosispakket medicin være afgørende. Derfor har vi i mange af anbefalingerne peget på de allerede eksisterende fora, som det vil være relevant at inddrage ved fastlæggelsen af indsatserne. Det gælder de tværsektorielle Kommunalt-Lægelige Udvalg (KLU'er), de regionale samarbejdsudvalg vedrørende almen praksis og apoteker samt de forholdsvis nye sundhedsklynger, eksisterende tværsektorielle samarbejder om bl.a. FMK og MedCom samt faglige samarbejder som fx Kvalitet i Almen Praksis (KiAP).

Det gælder videre, at vores anbefalinger vedrører både det strategiske, taktiske og operationelle niveau i det tværsektorielle samarbejde, og at der selvsagt er forskel i vigtigheden af den enkelte anbefaling på kort sigt. Efterlevelsen af nogle anbefalinger vil efter vores opfattelse have større effekt på udbredelsen af dosispakket medicin end andre, og nogle af anbefalingerne kan først forventes at få effekt på mellemlang sigt. Dette betyder ikke, at målene med disse anbefalinger ikke skal forfølges, men alene at fokus hos hovedaktørerne med fordel kan rettes mod de mere vigtige anbefalinger nu og i den nærmeste fremtid.

Vi har med dette som udgangspunkt opstillet et road map for de indsatser, der efter vores opfattelse vil kunne føre til en større udbredelse af dosispakket medicin, der potentielt vil forbedre eller i det mindste fastholde patientsikkerheden, og der vil kun frigøre tid i den kommunale hjemme- og sygepleje, der kan anvendes til indsatser, som er mere værdiskabende for borgerne, *jf. figur 9.1*.⁴⁸

⁴⁸ Det var oprindeligt hensigten i tråd med kommissoriet at opstille et antal scenarier, hvor scenarierne skulle afspejle forskellige modeller for fordelingen af opgaver og ansvar ved dosispakket medicin. Da vi som beskrevet i kapitel 8 imidlertid ikke har identificeret en ændret rolle- og ansvarsfordeling, der umiddelbart forekommer bedre end den nuværende, har vi valgt at opstille et road map i stedet for scenarier. Selv hvis det på et senere tidspunkt besluttes at implementere en anden rolle- og ansvarsfordeling, vil det efter vores opfattelse ikke væsentligt ændre prioriteringen og nødvendigheden af langt de fleste af vores anbefalinger.

Figur 9.1. Road map for øget udbredelse af dosispakket medicin



På det strategiske niveau anser vi det som meget væsentligt, at der skabes en meget større grad af konsensus om dosispakket medicin med udgangspunkt i autoritative sundhedsfaglige vurderinger af de patientsikkerhedsmæssige aspekter.

Et første skridt vil efter vores opfattelse være, at det svar, som Styrelsen for Patientsikkerhed har givet i forbindelse med et sideløbende arbejde om apotekernes sundhedsydelse, konsolideres og kommunikerer til alle relevante aktører (anbefaling 6.1).

I direkte forlængelse heraf mener vi, at der er behov for at udarbejde et sæt af kriterier og vejledende retningslinjer for, hvilke borgere i målgruppen der er egnede til at modtage deres medicin dosispakket. Baseret på de varierende opfattelser af dette, som vi har mødt i gennemførelsen af denne analyse, er det vores klare opfattelse, at denne indsats må gennemføres med relevante sundhedsfaglige myndigheder for bordenden og med inddragelse af andre relevante sundhedsfaglige aktører (anbefaling 6.2).

Tilsvarende er det efter vores opfattelse også en vigtig strategisk opgave for KL i samarbejde med bl.a. Danske Region at få udredt, hvilke modeller der eksisterer i forhold til at afvikle kravet om borgernes samtykke, og om de respektive modellers fordele og ulemper giver grundlag for at gå videre til en implementering af den foretrukne model. Dette kræver, at der ses både på mulighederne for at afløfte borgernes delvise egenbetaling af dosispakningsgebyret og alternativer i forhold til at opnå de samtykke, som apotekerne skal have for at få adgang til oplysninger, der er nødvendige for at kunne gennemføre dosispakningen (anbefaling 4.4).

På længere sigt vil det strategisk være både hensigtsmæssigt og væsentligt at få regioner og hospitaler aktivt engageret i anvendelse af dosispakket medicin. Som beskrevet forventer vi, at der kan blive tale om en forholdsvis langvarig proces, hvilket dog ikke forhindrer, at problemstillingen allerede nu tages op i relevante fora som fx sundhedsklyngerne (anbefaling 3.4). Det vil i givet fald være op til kommunerne at få sat sagen på dagsordenen.

På det taktiske niveau finder vi det vigtigt, at flere kommuner prioriterer at få etableret et grundlag for en struktureret organisatorisk implementering af dosispakket medicin som et forandringsprojekt (anbefaling 3.1). Dette indebærer bl.a. at roller og ansvar defineres, at de organisatoriske rammer fastlægges, at arbejdsgange og understøttende værktøjer udvikles, og at der sættes fokus på kompetencer og kompetenceudvikling for de medarbejdere, der ikke længere skal varetage opgaven med manuel dosisdispensering. De kommuner, der allerede har gjort dette, kan tjene som inspiration.

I tilknytning hertil viser erfaringerne, at det er centralt, at kommunerne parallelt med den interne implementering går i tæt dialog med både almen praksis og apotekerne, så forventningerne til og rammerne for et velfungerende samarbejde etableres upfront (anbefaling 3.2).

Tilsvarende er det efter vores opfattelse væsentligt, at der mellem RL TN og PLO sker en mere varig afklaring af honorarspørgsmålet fx i forbindelse med udløbet af den nuværende midlertidige aftale ultimo februar 2023 (anbefaling 5.1).

Ligeledes er det vigtigt, at de implementeringsindsatser over for almen praksis, der allerede er under forberedelse i regi af KiAP og MedCom iværksættes og i øvrigt tydeligt støttes af alle aktører (anbefaling 3.3).

Det er også på det taktiske niveau en vigtig opgave for KL at få engageret de relevante statslige myndigheder og andre aktører i arbejdet med få skabt sundhedsfaglig konsensus i synet på dosispakket medicin og fastlæggelsen af kriterier og retningslinjer (anbefaling 4.1).

Det vil også have betydning for udbredelsen af dosispakket medicin, at KL og kommunerne får skabt større tydelighed om og kommunikeret de ydelser, som kommunerne stiller eller forventer at stille til rådighed for borgere, der i dag eller i fremtiden modtager dosispakket medicin, og som har behov for støtte. Det vil på mellemlang sigt være værdifuldt i forhold til at sikre større tryghed blandt aktørerne om, at borgere ikke utilsigtet efterlades uden nødvendig støtte til håndteringen af deres medicin (anbefaling 6.4).

Endelig ser vi på det taktiske niveau yderligere to indsatser, der vil kunne bidrage til at udbrede og effektivisere anvendelsen af dosispakket medicin. Det handler om vurderingen af værdien og indholdet af den nuværende arbejdsgang i forhold til kommunernes kontrol ved modtagelse af dosispakket medicin (anbefaling 4.7) og om at få skabt mulighed for at kunne anvende FMK-data til bl.a. analyseformål (anbefaling 6.6).

I forbindelse med, at kommunerne udarbejder planer for implementeringen af dosispakket medicin, finder vi det vigtigt at overveje en række operationelle aspekter. Dels hvilken grad er centralisering af opgaverne knyttet til dosispakket medicin, der er mest hensigtsmæssig (anbefaling 4.2),

og hvilke medarbejdere og/eller medarbejderkategorier der mest hensigtsmæssigt kan anvendes til de forskellige opgaver, herunder fx indhentelse af samtykke fra borgerne (anbefaling 4.3).

Også på det operationelle niveau påhviler der flere af apotekerne en væsentlig opgave med at sikre størst mulig tilgængelighed i forhold til de (flere) spørgsmål fra almen praksis og kommunerne, der må forventes at opstå ved en større udbredelse af dosispakket medicin, hvor flere aktører vil have mindre erfaring med arbejdsgange mv. (anbefaling 4.6). Ligeledes er der behov for, at apotekerne styrker akutrulleydelsen og de øvrige muligheder for at få dosispakket uden for normalt rul gennem tydelig kommunikation om mulighederne, leveringstider mv. i det lokale samarbejde og gennem større ensartethed på tværs af udleveringsapotekerne (anbefaling 5.2).

Endelig er vi stødt på tre aspekter knyttet til systemunderstøttelsen af dosispakket medicin, der påvirker aktørernes oplevelse af besværet og sikkerheden ved brug af systemerne. Det drejer sig dels om en række identificerede forbedringsmuligheder af enkelte eller alle lægepraksissystemer, der vil gøre systemerne lettere at anvende, og som MedCom i samarbejde med PLO forventes at følge op på (anbefaling 4.5). Dels kan Sundhedsdatastyrelsen/MedCom med fordel tage initiativ til, at der enten hos styrelsen, MedCom eller en anden relevant aktør etableres et kontaktpunkt, hvor alle, der oplever uhensigtsmæssigheder i systemunderstøttelsen (FMK, lægepraksissystemer, apotekersystem, EPJ'erne eller EOJ'erne) kan indberette sådanne hændelser med sikkerhed for, at bliver taget hånd om dem (anbefaling 6.5). Endelig finder vi, at der er grundlag for at genbesøge den arbejdsgang, der anvendes ved fornyelse af dosisrecepter, for at se om den kan forbedres, eller om det gennem andre tiltag er muligt at reducere risikoen for, at borgere med dosispakket medicin får revurderet deres medicinforbrug mindre hyppigt (anbefaling 6.3).

Bilag A. Medlemmer af arbejdsgruppen

Navn	Organisation
Nanna Skovgaard (forperson)	KL
Poul Erik Kristensen	KL
Ole Bertram Andersen	Aalborg Kommune
Anne Skjoldan	Gladsaxe Kommune
Stine Mieth-Waldorff	Københavns Kommune
Jane Holm	Danske Regioner
Signe Nørgaard Friis	Danske Regioner
Freja Karuna Hemmingsen Sørup	Region Hovedstaden
Helle Møller	Region Midtjylland
Karina Hasager Hedevang	MedCom
Iben Søgaard	MedCom
Benjamin Nielsen	Sundhedsministeriet
Lin Krarup	Sundhedsministeriet
Åse Grønberg Sørensen	Sundhedsdatastyrelsen
Lena Graversen	Styrelsen for Patientsikkerhed
Søren Hellener	Danmarks Apotekerforening
Lena Skov Andersen	Danmarks Apotekerforening
Lise Høyer	PLO (næstformand)
Martin Bagger Brandt	PLO
MUUSMANN	
Malene Højsted Kristensen	MUUSMANN
Peter Brixen	MUUSMANN

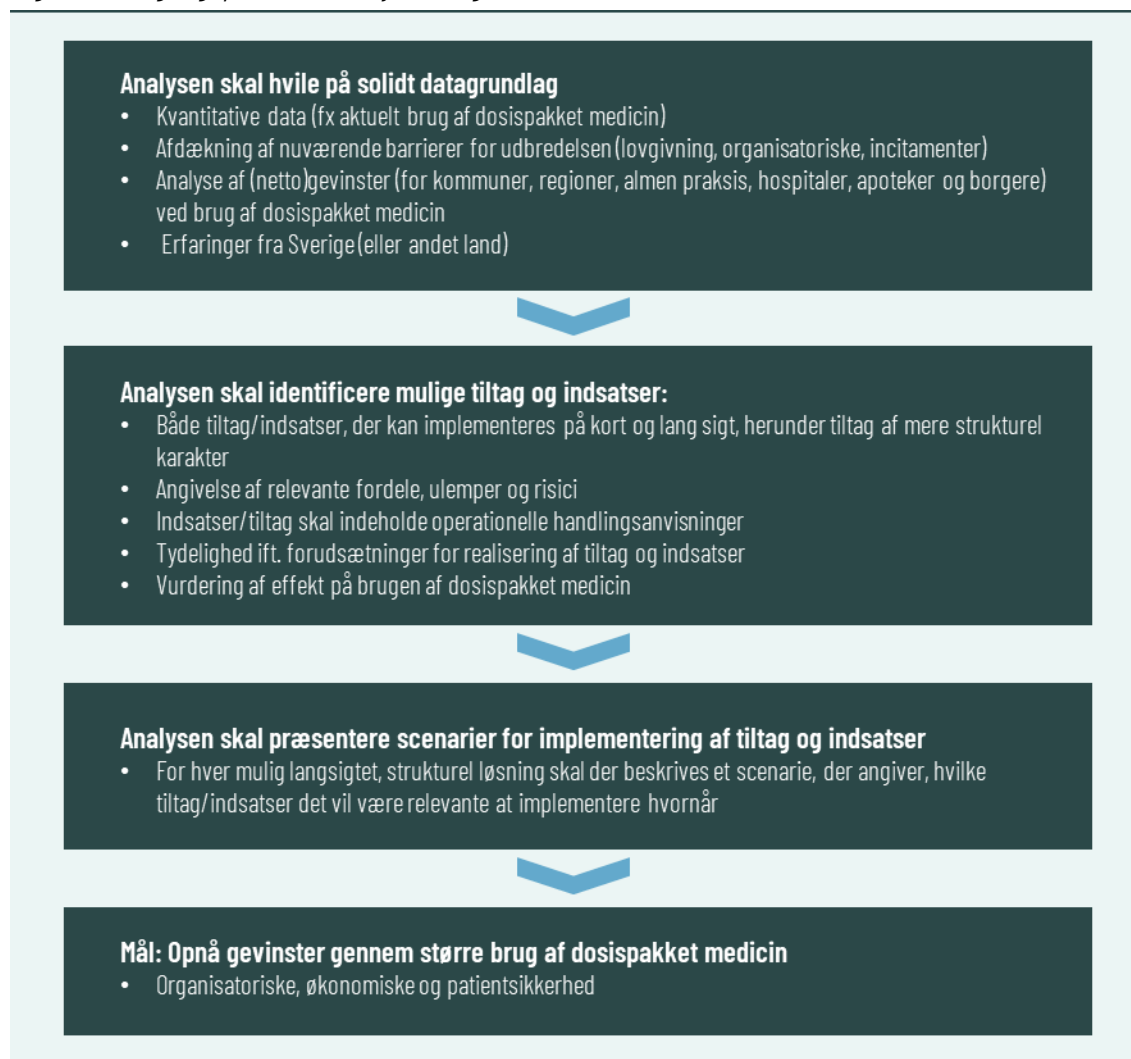
Bilag B. Analysedesign

Overordnet tilgang til gennemførelsen af analysen

MUUSMANN udarbejdede på grundlag af kommissoriet for analysen et overordnet analysedesign, jf. figur B.1.

Udgangspunktet er, at etablering af et solidt og validt datagrundlag er en forudsætning for at skabe accept og opbakning til væsentlige tiltag på området – både centralt og decentralt. Derfor ligger analysedesignet op til en bredspektret dataindsamling i forhold til de områder, der afdækkes, og i forhold til metoderne til indsamling af data og viden.

Figur B.1. Udgangspunkt for analysedesignet



Dataindsamlingen skal for det første sikre, at eksisterende faktuel viden om dosispakket medicin inddrages i analysen. For det andet er et centralt element i dataindsamlingen at afdække barrierer, oplevelser og holdninger til dosispakket medicin blandt alle (de typer af) aktører, der spiller en rolle i forhold til dosispakket medicin. Det sikrer, at der kan tages højde for alle relevante perspektiver i forhold til både identifikationen af mulige tiltag og indsatser samt det konkrete handlingsanvisende indhold i hvert tiltag eller indsats. Heri ligger også, at dataindsamlingen skal gøre det muligt at vurdere både tidshorisont og potentiel effekt for de enkelte tiltag og indsatser.

På baggrund af de indsatser og tiltag, som analysen identificerer, er det hensigten at identificere et antal scenarier. Hvert scenarie afspejler det organisatoriske setup for dosispakket medicin i forhold til den grundlæggende ansvarsfordeling mellem aktørerne – hvor et scenarie er fastholdelse af det nuværende setup, mens andre repræsenterer mere grundlæggende ændringer herfra.

Ændringer i den grundlæggende ansvarsfordeling vil tage tid at implementere og afspejler derfor det langsigtede perspektiv for dosispakket medicin. Imidlertid vil det gælde, at nogle af de identificerede tiltag og indsatser med fordel kan implementeres tidligere og er uafhængige af den langsigtede løsning. For andre tiltag og indsatser vil værdien afhænge af den langsigtede løsning, hvorfor de ikke nødvendigvis giver mening at implementere i alle scenarier.

Analysespor og dataindsamling

Med udgangspunkt i det overordnede analysedesign er der defineret fem analysespor og fem metoder til dataindsamling, jf. figur B.2.

Figur B.2. Analysespor og dataindsamling

Analysespor	Desk research	Interview	Workshop	Observation	Dataanalyse
1. Kvantitativ beskrivelse: nuværende brug og potentiale	X	X			X
2. Barrierer for udbredelsen – organisering	X	X	X		
3. Gevinster (netto) ved brug af dosispakket medicin	X	X		X	X
4. De svenske erfaringer med dosispakket medicin	X	X			
5. Scenerier for øget brug af dosispakket medicin	X	X	X	X	X

Desk research

Der er som grundlag for analysen gennemført en omfattende desk research, der bl.a. har omfattet gennemgang af:

- Relevant lovgivning, bekendtgørelser, anbefalinger, vejledninger mv. fra statslige myndigheder (Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen).
- Vejledninger, instruktionsvideoer og andet informationsmateriale tilgængelig på MedComs hjemmeside.

- Regionale samarbejdsaftaler om den gode udskrivelse, regionale vejledninger om dosispakket medicin ved indlæggelse og udskrivning fra hospitalerne mv.
- Den midlertidige aftale mellem RLTN og PLO om honorar for dosispakning.
- Informationsmateriale om dosispakket medicin udarbejdet af Danmarks Apotekerforening.
- Diverse skriftligt materiale modtaget fra de kommuner, der har deltaget som informanter.
- Tidligere danske analyser af dosispakket medicin, herunder især Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Pharmakon, *Analyse af og anbefalinger til ordningen om maskinelt dosisdispenseret medicin – Konklusioner af projektet "Fra maskine til mund: Hvordan kan dosisdispensering føre til øget sikkerhed og øget effektivitet?"*, 2012 (inkl. delstudier).
- Svenske udredninger, lokale vejledninger mv. om dosispakket medicin.
- I begrænset omfang internationale studier og forskningsartikler om dosispakket medicin.

Interviews

Som grundlag for analysen er der gennemført et betydeligt antal interviews.

Interviews er gennemført enten som individuelle interview eller gruppeinterviews, hvor der har været flere deltagere fra den pågældende organisation. Alle interviews er gennemført semi-struktureret med udgangspunkt i en spørgeguide, som deltagerne i de fleste tilfælde fik fremsendt på forhånd, og MUUSMANN har som hovedregel deltaget med to konsulenter. Varigheden har typisk været 1-1½ time, og interviews er gennemført enten ved fysisk fremmøde eller virtuelt.

Udover selve interviewet har der efterfølgende været kontakt til informanterne i forhold til opklarende spørgsmål mv., ligesom MUUSMANN udover fra de her nævnte informanter har indhentet oplysninger fra andre informanter.

Workshop

Der er gennemført en workshop, hvor relevante aktører fra Sønderborg Kommune i løbet af tre timer drøftede deres erfaringer med dosispakket medicin, herunder oplevede perspektiver, barrierer, udfordringer og mulige løsninger. I workshoppen deltog udvalgsformændene for kommunens Omsorgs- og Udviklingsudvalg og Sundhedsudvalg, direktøren for Omsorg og Udvikling, ledere, udviklingskonsulenter, kvalitets- og implementeringssygeplejerske og farmakonomer fra både plejecentre og hjemme- og sygeplejen i kommunen, praktiserende læger, repræsentanter fra et apotek og MedCom.

Observation

I forbindelse med interview har MUUSMANN gennemført observation af dels en social- og sundhedsassistent ved manuel pakning af medicin til borgere, dels arbejdsgangen på et pakkeapotek.

Dataanalyse

På grund af lovgivningsmæssige begrænsninger på brugen af data i Det Fælles Medicinkort (FMK) til statistik og analyseformål er den gennemførte dataanalyse mindre omfattende, end der var lagt op til i det oprindelige analysedesign, jf. i øvrigt beskrivelsen og resultaterne af dataanalysen i nærværende rapport.

MedCom workshop om dosispakket medicin

MedCom afholdt den 25. oktober 2022 en workshop med fokus på, om og hvordan mulige ændringer i den teknologiske understøttelse af dosispakket medicin i FMK, lægepraksissystemer og hospitalssystemerne kunne bidrage til at fremme brugen af dosispakket medicin. Deltagerkredsen omfattede bl.a. repræsentanter fra Sundhedsdatastyrelsen og deres leverandører af FMK-løsningen, almen praksis samt et antal af lægepraksissystemerne, regionerne, Danmarks Apotekerforening og KL.

MUUSMANN var af MedCom engageret til at facilitere og samle op workshoppen.

Kvalificering af analysens resultater, vurderinger, anbefalinger mv.

Kvalificeringen af analysens resultater, vurderinger, anbefalinger mv. er især sket i regi af den nedsatte arbejdsgruppe, der har haft deltagelse af alle relevante parter i forhold til udbredelsen af do-sispakket medicin.

MUUSMANNs foreløbige resultater i forhold til kortlægning af barrierer mv. blev drøftet på et midtvejsmøde i arbejdsgruppen den 28. oktober 2022, mens udkast til samlet afrapportering over 4 timer blev drøftet på afslutningsmødet i arbejdsgruppen den 25. november 2022. Arbejdsgruppens medlemmer har haft mulighed for at afgive skriftlige kommentarer til udkastet til rapport, der er indarbejdet i relevant omfang. Det er dog alene MUUSMANN, der er ansvarlig for rapportens indhold, vurderinger og anbefalinger.

Derudover har MUUSMANN løbende gennem analyseperioden gennemført bilaterale samtaler med aktører, eksperter m.fl. med henblik på bl.a. at sikre, at vores forståelse af givne problemstillinger var korrekt, og at vores overvejelser og analyser om konkrete problemstillinger tog højde for alle væsentlige aspekter og vinkler.

Bilag C. Tidsanvendelse – overvejelser og antagelser

Tabel C.1. Tidsanvendelse – overvejelser og antagelser

Aktør	Antagelse/overvejelser	Timer
Kommune		15,0
Administrativ understøttelse	• Projektleder i forvaltning, ledelsesinformation, ledelsestid plejecentre og hjemmesygepleje, færre UTH skal behandles osv.	-1,0
Opstart på Identifikation af relevante borgere, indhentelse af samtykke mv.	• Tager ca. 1 time at identificere og besøge egnede borger mhp. indhentelse af samtykke • Ca. 25 pct. af borgere giver ikke samtykke • Ca. 15 pct. af borgere, der har givet samtykke, findes ikke egnede af praktiserende læge • Borger i gennemsnit på DD i 3 år fra 1. modtagelse af dosispakket medicin	-0,5
Ingen manuel dosisdispensering	• Manuel dosisdispensering typisk normeret til 30 min. pr. gang, dvs. 13 timer pr. borger pr. år • Tid anvendt transport mv. ifm. manuel dosisdispensering gennemsnitligt 6 timer pr. borger pr. år	19,0
Færre genbesøg sfa. manglende medicin	• Reduktion i antal genbesøg sfa. manglende medicin med 3 gange pr. år ved overgang fra manuel til maskinel dosispakning • Direkte tidsforbrug pr. genbesøg 20 min.	1,0
Behov bistand til borger ved opstart af dosispakning og eventuelt varigt	• Alle borgere får tre besøg af 30 min. varighed ved opstart af DD, hvilket, hvis borger i gennemsnit på DD i 3 år, svarer til 30 min. pr. år. pr. borger • Halvdelen af borgere har behov for varig støtte ifm. dosispakket medicin, der ofte kan gennemføres sammen med administrationsydelsen, hvilket anslås til 30 min. pr. borger pr. måned, dvs. 6 timer pr. år. • Den varige indsats udgør dermed i gennemsnit 3 timer pr. borger pr. år på DD.	-3,5
Opgaver ved medicinændringer	• Skønnes ikke nævneværdig forskellig ift. opgaver ved ændringer med traditionelt leveret medicin.	0,0

Aktør	Antagelse/overvejelser	Timer
Almen praksis		-0,6
Opstart af patient på DD	- Vurdering af egnethed og 1. oprettelse af DD-recepter skønnet til at tage 15 min. pr. patient - Antaget, at patient i gennemsnit er 3 år på DD efter 1. oprettelse DD-recepter - Gennemsnitligt årligt tidsforbrug dermed 15 min. delt med 3 år ~ 0,1 time	-0,1
Meropgave ved medicinændringer, når patient på DD, mv.	2-3 medicinændringer pr. år for den gennemsnitlige patient på DD - Ca. ½ af ændringerne laves af praktiserende læge, hvor mertidsforbruget alene består i at lave de nye recepter til DD-recepter og derfor er meget begrænset - Ca. ½ af ændringerne sker ifm. hospitalskontakt, hvor praktiserende læge skal ændre nye eller eventuelt alle recepter til DD-recepter, hvilket udløser tidsforbrug på 15 min. - Ekstrakontakter til apotek/kommune som følge af patient på DD ca. 10 min. pr. patient pr. år.	-0,5
Apoteker mv.		-5,3
Tid anvendt til dosispakning mv.	Årligt dosispakningsgebyr 2.314 kr., ekskl. moms., hvilket med en "timeløn" på ca. 500 kr. svarer til ca. 5 timer pr. år pr. borger på DD.	-5,0
Levering	- Levering til fx plejecenter koster 10 kr., ekskl. moms, dvs. 260 kr. pr. år pr. patient på DD (26 gange pr. år) - Ikke-DD medicin leveres også, men sjældnere (her sat til 10 gang pr. år), til samme leveringspris, dvs. 100 kr. pr. år pr. patient. - Med en "timepris" på ca. 500 kr. svarer forskellen til den angivne mertidsforbrug.	-0,3
I alt		~9,0