

FÆLLES ANSØGNINGSSKEMA

TIL KVALITETS- OG UDVIKLINGSMIDLERNE UNDER KEU

REGION: Region Midtjylland	DATO: 27.03.2019	LØBENR.: (udfyldes af regionen)
-----------------------------------	-------------------------	--

STAMOPLYSNINGER

ANSØGERS NAVN, MAIL, TLF mm. Anette Riisgaard Ribe, seniorforsker, læge, Ph.d. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Bartholins Allé 2, 8000 Aarhus C E-mail: arr@ph.au.dk Telefon: (+45) 50928613.
PROJEKTANSVARLIG: Anette Riisgaard Ribe
ØVRIGE DELTAGERE (samarbejdspartnere eller tilknytning til forskningsinst. el.lign): Forskningsgruppen består foruden Anette Riisgaard Ribe af: Flemming Bro, praktiserende læge, professor, Forskningsenheden for Almen Praksis Anna Mygind Rasmussen, seniorforsker, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis Marlene Møller, projektkoordinator, antropolog, Forskningsenheden for Almen Praksis Amanda Sandbæk, videnskabelig assistent, Forskningsenheden for Almen Praksis

PROJEKTBEKRIVELSE

PROJEKTETS TITEL: Rette pille til rette patient
PROJEKTETS (ANSØGNINGENS) EMNE: En patientcentreret optimering af polyfarmaci-behandling i almen praksis.
OPDATERING VEDR. TIDLIGERE AFHOLDT PROJEKT (sæt x):
NYOPRETTET PROJEKT (sæt x): x
FORMÅL: Formålet er, at udvikle og afprøve et systematisk, implementerbart redskab, der kan benyttes ved medicingennemgang i almen praksis i forbindelse med årskontrol for patienter med multisygdom og polyfarmaci. Redskabet vil kombinere en metode til patientinddragelse og en metode til opnåelse af sygdoms- og medicinoverblik ved en personaleledet forberedelsesindsats forud for årskontrollen.
PROJEKTBEKRIVELSE (kort resumé) – selve projektbeskrivelsen vedlægges som bilag, der kan linkes til.

Patienter, der har flere kroniske sygdomme (multisygdom), udgør en stigende udfordring for sundhedsvæsenet. De er ofte i behandling med mange lægemidler, og alene i Danmark vurderes der at være cirka 750.000 patienter, der får over 5 faste lægemidler (polyfarmaci). Multisyge patienter, der får meget medicin, risikerer at få uhensigtsmæssig medicin på grund af stor sygdomskompleksitet, et fragmenteret behandlesystem og en presset sundhedssektor. Det vurderes, at op mod 60 % af alle patienter over 65 år får uhensigtsmæssig medicin, som kan give bivirkninger, forringet livskvalitet og unødige indlæggelser. Hovedparten af den receptpligtige medicin udskrives af praktiserende læger, som oftest er tovholdere for patientens samlede medicinering. Det er imidlertid en udfordring for egen læge at bevare overblikket over patientens medicin, sygehistorie og behandlingsforløb, der sammen med patientens perspektiv er en afgørende forudsætning for en optimal behandling. Hensigtsmæssig medicinering, kan sikres ved en systematisk medicingennemgang, hvor der tages stilling til, om noget medicin skal afsluttes, opstartes eller justeres.

I almen praksis udføres medicingennemgang oftest i forbindelse med den årlige kontrol for kronikere. For at udnytte den sparsomme lægetid kan patientens perspektiv og sygdomsoverblikket med fordel afdækkes ved den forberedende konsultation og derpå inddrages i dialogen mellem læge og patient. Projektgruppen ønsker at udvikle et redskab, der sikrer, at den praktiserende læge opnår systematisk overblik over patientens sygdoms- og medicinhistorie, og at patientens perspektiv er i fokus ved den årlige kontrol for kronisk sygdom.

Redskabet vil bestå af to komponenter: Patientinddragelse (afdækning af patientperspektiv og involvering i beslutning) og sygdoms- og medicinoverblik. Hensigten er at kombinere og tilpasse to metoder til et samlet redskab. Udvikling af metode 1 for patientinddragelsen tager afsæt i et anerkendt, australsk spørgeskema (rPATD), og udvikling af metode 2 for opnåelse af sygdoms- og medicinoverblik sker ud fra erfaringer fra en større, almen praksis i Region Midtjylland. Udviklingen af redskabet bygger på erfaringer fra projektet 'Medicin i Midt', som udgår fra Region Midtjylland.

Projektet vil resultere i et redskab, der vil være direkte anvendeligt i indsatsen for en mere hensigtsmæssig anvendelse af medicin i almen praksis. Desuden er projektet første skridt i udviklingen af en større intervention om medicingennemgang for patienter med multisygdom og polyfarmaci (se venligst projektbeskrivelse).

EVALUERING (metode og tidsramme samt plan for implementering og formidling) (1)

Metode:

Redskabet udvikles gennem fire faser. I fase 1 udføres en litteraturgennemgang for at afdække andres erfaringer med patientinddragelse og sygdoms- og medicinoverblik ved forberedelse af medicingennemgang. På baggrund af dette kombineres og tilpasses de eksisterende metoder til et samlet redskab (version 1).

I fase 2 kortlægges, gennem interviews med 25 læger, hvordan almen praksis aktuelt inddrager patienter og skaber sygdoms- og medicinoverblik i forbindelse med årskontrol. Dette for at udforske, om der findes andre systematiske metoder til patientinddragelse og sygdoms- og medicinoverblik. På baggrund heraf tilpasses redskabet (version 2).

I fase 3 gennemføres en samskabende workshop, hvor version 2 af redskabet præsenteres for relevante aktører (3 praktiserende læger, 3 praksispersonale samt 3 repræsentanter fra patientforeninger). Dette med henblik på at diskutere redskabets meningsfuldhed i relation til egne erfaringer og hverdagsliv, herunder hvad der kan fremme og hæmme implementering af redskabet. På workshoppen bedes aktørerne aktivt tilpasse og videreudvikle redskabet for at optimere dets implementerbarhed og relevans (version 3).

I fase 4 afprøver vi redskabet i 2 udviklingspraksis, som hver udvælger 5 multisyge patienter med polyfarmaci. Der gennemføres deltagerobservation af i alt 10 forberedelseskonsultationer og efterfølgende årskontroller. Desuden interviewes de i årskontrollen involverede patienter, praktiserende læger og praksispersonale. Feltnoter fra

År	2019					2020						
Måned	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Juni	Juli
Opgaver og milepæle												
Fase 1: Kombination og tilpasning af eksisterende metoder												
- Litteraturgennemgang												
- Tilpasning til dansk almen praksis- kontekst												
- Version 1 færdig												
Fase 2: Kortlægning af eksisterende patientinddragelse og sygdoms- og medicinoverblik												
- Forberedelse af interviews med 25 praktiserende læger												
- Gennemførelse af interviews												
- Analyse af interviews												
- Version 2 færdig												
Fase 3: Samskabende workshop med relevante aktører												
- Forberedelse og gennemførelse af workshop												
- Analyse af workshop												
- Version 3 færdig												
Fase 4: Afprøvning i praksis												
- Forberedelse og rekruttering af 2 praksis og 10 patienter												
- Observationer af forberedelseskonsultationer og årskontroller												
- Forberedelse og gennemførelse af interviews med 10 patienter og deres læger												
- Analyse af observationer og interviews												
- Version 4 færdig (endelig version)												
Formidling												
- Udarbejdelse af minimum 2 videnskabelige artikler												
- Udarbejdelse af populærvidenskabelig artikel												

Plan for implementering: Redskabet vil, så snart det er færdigudviklet, kunne implementeres i almen praksis. Det vil gøres tilgængeligt for brug i almen praksis i forbindelse med publicering af forskningsresultaterne, i umiddelbar forlængelse af udviklingsfaserne (se venligst tabel 1). Formidling: Forskningsresultaterne fra udviklingen af redskabet forventes formidlet på internationale og nationale konferencer og gennem to videnskabelige artikler samt populærvidenskabelige tidsskrifter, eksempelvis Practicus og Helse. Interesserede og kvalificerede universitetsstuderende inviteres endvidere til at skrive deres speciale med udgangspunkt i projektet. Redskabet, vi udvikler, og den læring, vi opnår undervejs, vil blive delt med Efteruddannelsesafdelingen for praktiserende læger, som vi allerede har et samarbejde med. Således kan erfaringerne fra projektet indgå i udviklingen af kurser og andre tilbud for praktiserende læger og praksispersonale.
Vurdering/overvejelse om efterfølgende udbredelse og implementering i almen praksis Almen praksis er, som en del af et presset sundhedsvæsenet, udfordret på håndtering af komplekse patienter, såsom patienter med multisygdom og polyfarmaci. Den praktiserende læge har ansvaret for den samlede medicinering af multisyge patienter, men konkrete metoder og redskaber til understøttelse og organisering af årskontrollen er efterspurgt i almen praksis. Et redskab, som er udviklet og tilpasset i tæt samarbejde med patienter og almen praksis, forventes derfor at blive velmodtaget, hvilket bidrager til en gennemførlig implementering og en hurtigere udbredelse.
START- OG SLUTTIDSPUNKT (evt. forventet): 1. Projektets start 2019-08-01 2. Projektets afslutning 2020-07-31

BUDGET	
ANSØGT BELØB (2):	Der ansøges om 91.489 kr.
BEVILLING (indeværende år og evt. efterfølgende år):	
ANSØGT MIDLER SPONSERET FRA ANDRE SIDER:	
BUDGET FORDELT PÅ ÅR:	
Der ansøges midler til 1 budgetår. Fordelt på årstal er det 32.352 kr. i 2019 og 59.137 kr. i 2020.	
Omkostningerne i forbindelse med interviews, workshop og afprøvning af redskabet udgøres af følgende:	
Aflønning af læger, frikøb af praksispersonale, gave til studiedeltagere (patienter/patientforeninger), forplejning og lokaler, transport og transskribering.	
2019:	Fase 2: 17.488 kr. Fase 3: 13.032 kr. (halvdelen) Adm. bidrag: 1.832 kr. I alt: 32.352 kr.
2020:	Fase 3: 13.032 kr. (halvdelen)

Fase 4: 42.758 kr. Adm. bidrag: 3.347 kr. I alt: 59.137 kr.
TOTALBUDGET: Det samlede budget er 1.614.728 kr.

AFSLUTTENDE RAPPORT/ARTIKEL SENDES TIL DET REGIONALE SEKRETARIAT: På baggrund af projektet forventer vi at publicere minimum 2 videnskabelige artikler og 1 populærvidenskabelig artikel. Vi vil akkreditere Fonden samt videreformidle artiklerne til det Regionale Sekretariat i forbindelse med publikation.
SUPPLERENDE OPLYSNINGER:
BILAGSFORTEGNELSE: Bilag 1: Projektbeskrivelse Bilag 2: Udspecificeret budget Bilag 3: CV – Anette Riisgaard Ribe (Hovedansøger) Bilag 4: Støtteskrivelse – Per Kallestrup (Forskningsleder på Forskningsenheden)

- (1) I forbindelse med evaluering skal projektet forholde sig til mulighederne for at anvende Triple Aim .
- (2) Et udspecificeret budget vedlægges, hvor det er markeret præcist, hvilke midler der ansøges om hos KEU.

Rette pille til rette patient – en patientcentreret optimering af polyfarmaci-behandling i almen praksis

	Mandemåneder	Løn ^a	Totalbudget	Egenfinansiering/ søges andetsteds
				Søges ved KEU
Løn				
Seniorforsker, Læge, Anette Riisgaard Ribe	18,5/37 x 12 måneder	57.500	345.000	345.000
Seniorforsker, Kandidat i Folkesundhedsvidenskab, Anna Mygind Rasmussen	18,5/37 x 12 måneder	53.500	321.000	321.000
Professor, Praktiserende læge, Flemming Bro	3/37 x 12 måneder	75.000	72.973	72.973
Forskningsassistent, Kandidat i Folkesundhedsvidenskab, Amanda Sandbæk	37/37 x 8 måneder	36.000	288.000	288.000
Projektkoordinator, Antropolog, Marlene Møller	15/37 x 12 måneder	45.000	218.919	218.919
Løn total			1.245.892	1.245.892
Drift				
Publiceringsafgift			40.000	40.000
Formidling og konferencedeltagelse			65.000	65.000
Arbejdspladsbidrag til Forskningsenheden for Almen Praksis ^b			86.126	86.126
Drift total			191.126	191.126
Interviews & workshop & afprøvning (Fase 2-4)				
Fase 2 (Interviews)				
Aflønning læger ^c			17.488	17.488
Fase 3 (Workshop)				
Aflønning læger ^d			8.394	8.394
Frikøb personale ^e *			2.610	2.610
Transport deltagere ^f			3.600	3.600
Transport forskergruppe ^g			1.600	1.600
Transkribering ^h			3.360	3.360
Forplejning, lokaler			6.500	6.500
Fase 4 (Afprøvning) ⁱ				
Aflønning læger ^j			9.327	9.327
Gave til patienter ^k			1.500	1.500
Honorar til praksis ^l			3.731	3.731
Transkribering ^m			22.400	22.400
Frikøb personale ⁿ *			5.800	5.800
Fase 2-4 total			86.310	-
Direkte omkostninger i alt			1.523.328	1.437.018
Administrationsbidrag (6%) ^o			91.400	86.221
Total			1.614.728	1.523.239

^a Lønudgifter inkluderer pension og feriepenge

^b Kontorplads, sekretærbistand, sprogrevision (Svarer til 40.000 kr/år per fuldtidsstilling)

^c Takst: 932,70 kr/time, 12,5 timers interview (45 minutters interview pr praksis, 25 praksis).

^d Takst: 932,70 kr/time. 9 timer (3 læger, 3 timers workshops).

^e Takst: 290 kr/time. 9 timer (3 praksispersonale, 3 timers workshops).

^{f, g} Takst: 400 kr pr person

^h Takst: 140 kr/time. 24 timer (8 timer pr 1 times optagelse, 3 timers workshop).

ⁱ Udgifter til afprøvning finansieres delvist af Region Midt via Udviklingspraksisordningen

^j Takst: 932,70 kr/time, 10 timers interview (10 læger, 1 times interview).

^k Patienterne honoreres med en gave som tak for deltagelse. 150kr pr deltager (10 deltagere, 1 times interview)

^l Honorar dækker gennemførelse af afprøvning, inkl rekruttering, introduktion, opsamling mm. Takst: 932,70 kr/time. 4 timer (2 praksis, 2 timer pr praksis).

^m Takst: 140 kr/time. 160 timer (8 timer pr 1 times optagelse, 20 timers interview).

n Udarbejdelse af sygdoms- og medicinoverblik. Dækker oplæring og løn til medicinstudernde og/eller sygeplejerske. Takst: 290kr/time. 2 timer pr patient, 10 patienter.

^o Regnskabs- og revisionsafgift til fondsadministration i Danske Regioner samt tilskud til barselsfond

*Adviseret af Dansk Sygeplejeråd

PROJEKTBESKRIVELSE

Rette pille til rette patient

– en patientcentreret optimering af polyfarmaci-behandling i almen praksis.

Hvorfor er dette projekt vigtigt?

Antallet af mennesker med multisygdom og polyfarmaci er stigende. En stor sygdoms- og behandlingskompleksitet, et fragmenteret behandlersystem og et stort arbejdspress resulterer ofte i for meget og forkert medicin. Det er i sig selv en byrde for patienterne at skulle tage meget medicin, men uhensigtsmæssig medicinering resulterer også i flere bivirkninger, forringet livskvalitet, unødige indlæggelser, øget dødelighed og desuden øgede sundhedsudgifter for samfundet. Det er i tiltagende grad en udfordring for den praktiserende læge, der er tovholder i medicineringen, at bevare et samlet overblik over patientens medicin, sygehistorie og behandlingsforløb. Dette overblik sammen med et kendskab til patientens perspektiv er en afgørende forudsætning for at kunne behandle personer med multisygdom og polyfarmaci optimalt. Vi vil udvikle et redskab, der gennem systematisk patientinddragelse giver indsigt i patientperspektivet og ved en personaleledet forberedelsesindsats giver et systematisk sygdoms- og medicinoverblik forud for egen læges medicingennemgang ved den årlige kontrol for kroniske sygdomme.

Baggrund

Patienter med multisygdom (minimum 2 kroniske sygdomme) behandles ofte med flere samtidige lægemidler (polyfarmaci), og denne gruppe udgør en stigende udfordring i det danske sundhedsvæsen (1). Polyfarmaci er ikke et klart defineret begreb, men operationaliseres ofte som anvendelse af minimum 5 samtidige faste lægemidler (1). Med denne definition anslås der i Danmark at være cirka 750.000 patienter i polyfarmaceutisk behandling, svarende til 13 % af befolkningen (2). Blandt de +75-årige er andelen med polyfarmaci 54 % (3).

I løbet af de seneste årtier er der sket en tiltagende specialisering i sundhedsvæsenet, der har medført, at patienterne får ordineret medicin af mange forskellige specialister, der primært fokuserer på sygdomme inden for deres eget fagområde (4). Et dansk studie viser, at dette resulterer i behandlingsforløb, hvor hensynet til patienternes komorbiditet og samlede behandlingsbyrde ofte er utilstrækkeligt (5). Det specialeopdelte system svækker overblikket over patienternes ofte komplekse sygdomsbillede (5), hvilket fremmer påbegyndelse og fastholdelse af uhensigtsmæssig medicinering.

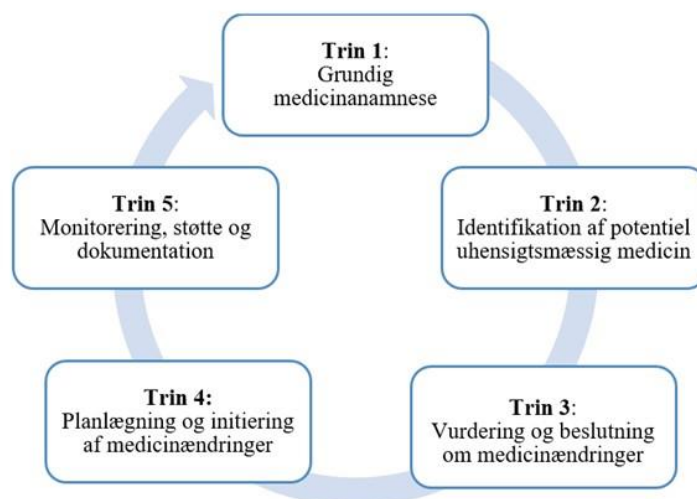
Polyfarmaci medfører ofte uhensigtsmæssig medicinering, og det anslås, at op mod 60 % af alle patienter over 65 år får uhensigtsmæssig medicin (6). Dette har negative konsekvenser både for patienterne, i form af forringet livskvalitet, unødige kontakter til sundhedsvæsenet, bivirkninger og høj mortalitet (7, 8), og for samfundet i form af øgede sundhedsudgifter (6, 9).

Hovedparten af den receptpligtige medicin ordineres af alment praktiserende læger (4), som samtidig ofte er tovholdere for patientens samlede medicinering. Praktiserende læger har som generalister den særlige opgave at samle trådene vedrørende behandling af de mange forskellige sygdomme og bevare overblikket. Sammen med patienten kan den praktiserende læge vurdere fordele og ulemper ved de forskellige medicinske behandlinger og tage stilling til eventuelle ændringer. De praktiserende læger har således nogle særlige forudsætninger for at kunne koordinere og optimere patientens medicinering (4, 10).

Erfaringerne fra projektet 'Medicin i Midt' i Region Midtjylland understreger, at de praktiserende læger opfatter medicingennemgang som en central, faglig kerneopgave. Imidlertid oplever lægerne, at det er en udfordring at involvere patienterne og afdække deres erfaringer, bekymringer og holdninger i forhold til medicin. Dette opleves af lægerne som en barriere for at foretage ændringer i medicinen (11, 12). Øget patientinddragelse i dialogen mellem praktiserende læge og patient har i andre studier vist sig at have afgørende betydning for at opnå en hensigtsmæssig medicinering (4, 11-15). Således vil et systematisk fokus på patientens perspektiv føre til en øget involvering af patienten i beslutningerne om medicinering, hvilket igen forventes at forbedre patienternes ejerskab, tryghed og adherence i forhold til medicineringen (15-18).

En anerkendt måde at opnå hensigtsmæssig medicinering på er at gennemføre en systematisk medicingennemgang, der er en cyklus bestående af flere elementer, hvor der tages stilling til, om patientens medicinering er hensigtsmæssig, herunder om noget medicin skal seponeres, om ny medicin skal opstartes, og om dosering af medicin skal justeres (Figur 1) (19, 20). I denne proces tages der både hensyn til evidensbaserede retningslinjer og involvering af den enkelte persons behov, præferencer og værdier (14, 21).

Figur 1: Elementer i en medicingennemgangscyklus ^a



^aModificeret efter Høj og kolleger, 2019 (4), Reeve og kolleger, 2014 (19), og Scott og kolleger, 2015 (20).

I almen praksis gennemføres medicingennemgang oftest i forbindelse med den årlige kontrol, der tilbydes patienter med kroniske sygdomme. Der er i de senere år udviklet en del redskaber, der kan støtte lægen farmakologisk, blandt andet Seponeringslisten 2019 (22) og START/STOPP-listen (23). Da der i samme periode er ansat mange nye sygeplejersker i almen praksis (24), forudgås årskontrollen hos lægen nu ofte af en forberedende konsultation hos praksispersonalet med fokus på prøvetagning. Hvorledes det sker, hvordan patienterne involveres, og hvilken rolle den praktiserende læge og praksispersonalet har i forbindelse med medicingennemgang i dag, ved vi imidlertid ikke meget om (25). Dog ved vi, at organiseringen af arbejdsgange omkring medicingennemgang og seponering i dag varierer betydeligt på tværs af praksis (11, 12), hvilket understreger vigtigheden af at udvikle redskaber, der kan implementeres i forskellige praksisorganiseringer.

Patientinddragelsen sker implicit og uformelt, men der er behov for, at der udvikles redskaber og metoder, som praksispersonalet kan anvende til at inddrage patienter, pårørende og andre personalegrupper og dermed

skaffe sig systematisk indsigt i patientens perspektiv og systematisk overblik over patientens sygdomme og medicinering (Figur 1, trin 1-2).

Patientinddragelse kan tydeliggøre patientens interesse i seponering, og dermed give lægen incitament og motivation til at udføre en medicingennemgang (11, 12). Erfaringer fra projektet 'Medicin i Midt' viste desuden, at lægerne påpeger tid- og ressourceforbrug, som en væsentlig barriere for at foretage medicingennemgang (11). For at udnytte den sparsomme tid, der er til rådighed, kan patientperspektiv og sygdomsoverblik derfor med fordel afdækkes forud for lægekonsultationen og herefter inddrages i en dialog mellem læge og patient ved den efterfølgende medicingennemgang.

En australsk udviklet metode til facilitering af patientinddragelse har vundet indpas ved optimering af kronisk syge patienters medicinering (17) i form af spørgeskemaet patients' attitudes towards deprescribing (PATD), som i 2016 udkom i en revideret udgave (rPATD) (26). Spørgeskemaet består af 22 spørgsmål til patienten, som afdækker dennes oplevelse af og tilfredshed med deres eksisterende medicinforbrug, herunder faktorer om opfattelse af byrde, hensigtsmæssighed, ejerskab, samt patientens betænkeligheder ved og holdninger til en eventuel seponering. Redskabet er tilpasset og anvendt i en dansk kontekst blandt ældre, sårbare patienter (27, 28), mens vi mangler erfaring med dets anvendelse for den bredere gruppe af patienter med multisygdom og polyfarmaci. Endvidere har spørgeskemaets ikke tidligere været udforsket som dialog- eller beslutningsstøtteværktøj i forbindelse med læge-patient-mødet om patientens medicin.

Der er kun sparsom viden om, hvordan praktiserende læger skaber overblik over sygdomme og medicin hos multisyge patienter, omend der forefindes erfaringer fra en dansk kontekst: En større, dansk praksis i Region Midtjylland har udviklet en metode til at skabe systematisk overblik over sygdomme og medicin hos deres multisyge patienter (29). Ved gennemgang af Det Fælles Medicinkort (FMK), journalnotater og registrerede diagnosekoder og epikriser indsamles data om patientens sygdomme systematisk af erfarne medicinstuderende, der er oplært af og superviseret af klinikkens faste speciallæger i almen medicin. Denne indsamling, der finder sted uden patientens tilstedeværelse og før den planlagte årskontrol, danner basis for et systematisk resumé, som den medicinstuderende indfører i patientens journal i almen praksis. Forud for årskontrollen mødes patienten med den faste sygeplejerske for at supplere og validere resuméet, lave medicinafstemning og indsamle andre relevante oplysninger. Om metoden kan optimeres og bruges i andre typer praksis, er imidlertid uvist.

Formål

Projektet har til formål at udvikle en metode til at 1) inddrage patienter (afdække patientperspektiv og involvere i beslutning) og 2) sikre sygdoms- og medicinoverblik i forbindelse med medicingennemgang i almen praksis blandt patienter med multisygdom og polyfarmaci. Dette vil vi opnå ved at udvikle og afprøve et systematisk, implementerbart redskab, der kan benyttes ved medicingennemgang i forbindelse med årskontrol i almen praksis. Redskabet vil kombinere en metode til patientinddragelse og en metode til opnåelse af sygdoms- og medicinoverblik ved en personaleledet forberedelsesindsats forud for årskontrollen.

Metode

Projektets primære målgruppe er patienter med multisygdom (minimum 2 kroniske sygdomme) og polyfarmaci (fast behandling med minimum 5 lægemidler). Projektet inddrager praktiserende læger og praksispersonale og har særligt fokus på praksisorganisering og interaktion med patienter med multisygdom og polyfarmaci

Redskabet, der skal udvikles, består af to komponenter: Patientinddragelse og sygdoms- og medicinoverblik. Ift. patientinddragelse tages der afsæt i rPATD (26), og komponenten om sygdoms- og medicinoverblik tager afsæt i ovennævnte metode udviklet i en praksis i Region Midtjylland (29). Hensigten er at kombinere de to metoder til et samlet redskab og tilpasse det til patienter med multisygdom og polyfarmaci i dansk almen praksis. Redskabet forventes at kunne kvalificere beslutninger om patienternes medicinering, dels ved øget inddragelse af patientens perspektiv i dialogen mellem læge og patient om patientens fremtidige medicinering, og dels ved, at lægen har et bedre overblik over patientens sygdomme og medicinering. Projektet består af fire faser og strækker sig over 1 år (start medio 2019). Detaljeret tidplan fremgår af Tabel 1.

Tabel 1. Tidsplan												
År	2019					2020						
Måned	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Juni	Juli
Opgaver og milepæle												
Fase 1: Kombination og tilpasning af eksisterende metoder												
- Litteraturgennemgang												
- Tilpasning til dansk almen praksis- kontekst												
- Version 1 færdig												
Fase 2: Kortlægning af eksisterende patientinddragelse og sygdoms- og medicinoverblik												
- Forberedelse af interviews med 25 praktiserende læger												
- Gennemførelse af interviews												
- Analyse af interviews												
- Version 2 færdig												
Fase 3: Samskabende workshop med relevante aktører												
- Forberedelse og gennemførelse af workshop												
- Analyse af workshop												
- Version 3 færdig												
Fase 4: Afprøvning i praksis												
- Forberedelse og rekruttering af 2 praksis og 10 patienter												
- Observationer af forberedelseskonsultationer og årskontroller												
- Forberedelse og gennemførelse af interviews med 10 patienter og deres læger												
- Analyse af observationer og interviews												
- Version 4 færdig (endelig version)												
Formidling												
- Udarbejdelse af minimum 2 videnskabelige artikler												
- Udarbejdelse af populærvidenskabelig artikel												

Fase 1: Kombination og tilpasning af eksisterende metoder

Ved hjælp af litteraturgennemgang af international, videnskabelig samt dansk, grå litteratur afdækkes andres erfaringer med patientinddragelse og sygdoms – og medicinoverblik i forbindelse med forberedelse af medicingennemgang. På baggrund af denne gennemgang kombineres og tilpasses de eksisterende metoder til et samlet redskab (version 1).

Fase 2: Kortlægning af eksisterende patientinddragelse og sygdoms- og medicinoverblik

Kortlægningen gennemføres for at undersøge variation i organiseringen af medicingennemgang i almen praksis, særligt i forhold til hvordan patienterne inddrages, og hvordan der skabes sygdoms- og medicinoverblik. Denne indsigt benyttes til at udforske, om der findes andre systematiske metoder til patientinddragelse og sygdoms- og medicinoverblik, men også for at vi kan udvikle et redskab, der er implementerbart i forskellige typer af almen praksis i Danmark. Der gennemføres semistrukturerede telefoninterviews med 25 praktiserende læger (rekrutteret via tidligere forskningsprojekt) med henblik på at identificere typer af organiseringsmåder. På baggrund heraf tilpasser forskergruppen redskabet, så det bedst muligt vil kunne implementeres i dansk almen praksis med den eksisterende, organisatoriske variation (version 2).

Fase 3: Samskabende workshop med relevante aktører

I en workshop præsenteres version 2 af redskabet for relevante aktører (3 praktiserende læger, 3 praksispersonale samt 3 repræsentanter fra Danske Patienter og/eller sygdomsspecifikke patientforeninger). Workshoppen tager teoretisk afsæt i COM-B-modellen, der aktuelt vinder stor udbredelse, som en model til systematisk afdækning af barrierer og fremmere for udvikling og implementering af interventioner (30). COM-B-modellen anviser, hvordan adfærdsændringer muliggøres gennem en indledende analyse af hvilke komponenter (Capability, Opportunity og Motivation), der skal påvirkes for at skabe de ønskede ændringer i den kliniske praksis (Behaviour) og i forlængelse heraf, hvilke typer af interventioner, der vil kunne lede til den ønskede adfærdsændring. Med afsæt i COM-B-modellen bedes workshopdeltagerne diskutere redskabets meningsfuldhed i relation til erfaringer fra egen klinisk hverdag, herunder fremmere og barrierer for implementering. Processen faciliteres stramt, så udbyttet når tilstrækkelig grad af konkretisering. Der anlægges en systemisk tilgang til organisationsudvikling og -forandring med brug af anerkendende procesøvelser (31). Med afsæt i denne indledende fælles optegnelse af redskabets relevans og anvendelighed, indgår deltagerne herefter i en samskabende proces (32). I denne proces tilpasses og videreudvikles redskabet, med henblik på at optimere dets implementerbarhed samt kliniske og patientoplevede relevans. Drøftelser og tilpasningsprocessen observeres med henblik på at indfange variation i perspektiver og erfaringer til forskergruppens videre udviklingsarbejde. Som metode tjener workshoppens samskabende format flere funktioner: 1) via indsigt i hinandens erfaringer opnår deltagere og forskere en fælles forståelse for ”udfordringen” (her: organisering af medicinoptimering i almen praksis) og faciliterer, at de med afsæt heri sammen kan adressere udfordringen, 2) bidrager med at bringe nye perspektiver ind i udviklingsprocessen og 3) tager afsæt i levede erfaringer. Denne samskabende tilgang skaber grundlag for, at redskabet kan passe ind den eksisterende, kliniske hverdag, samtidig med at der muliggøres et større ejerskab hos deltagerne og dermed forankring i disses bagland. På baggrund af resultaterne af workshoppen reviderer forskergruppen redskabet (version 3).

Fase 4: Afprøvning i praksis

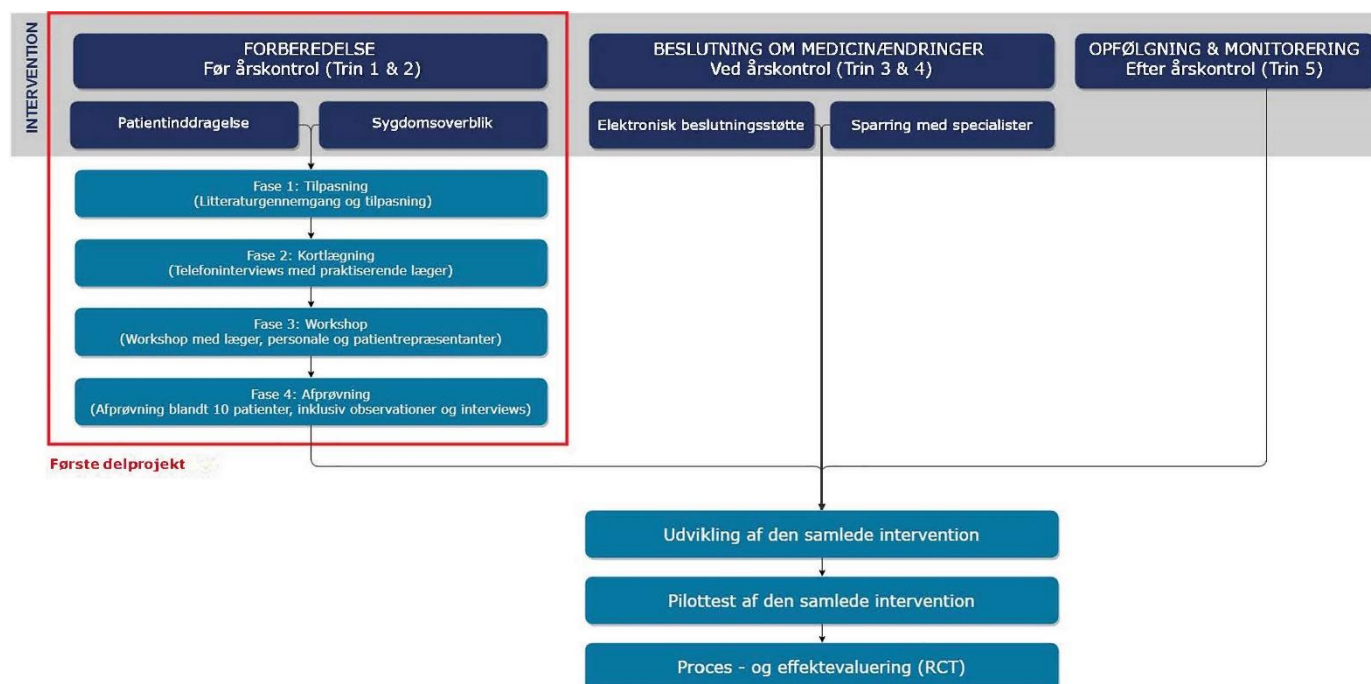
Vi ønsker at afprøve redskabet i et realistisk set-up, hvorved hurtige og konkrete inputs genereres i relation både til redskabets relevans for patienter og praksis og til redskabets bæredygtighed i en klinisk hverdag. Vi inviterer derfor 2 praksis, eksempelvis en af regionens udviklingspraksis, til at afprøve redskabet for 5 patienter i hver praksis. Der inkluderes en solo- og en kompagniskabspraksis, og der inkluderes så vidt muligt læger af begge køn og i forskellige aldersgrupper. Praksis skal udvælge patienter med multisygdom (minimum 2 kroniske sygdomme) og polyfarmaci (fast behandling med minimum 5 lægemidler) og med varierende grader af kompleksitet. Blandt de 10 patienter skal forskellige demografiske karakteristika (køn, alder, socioøkonomisk position og civilstatus) og sygdomskaraktistika (typer og antal diagnoser) være repræsenteret. De brede inklusionskriterier er valgt med henblik på at opnå erfaringer med læge-patient-møder med stor variation i forhold til både patient- og praksiskarakteristika.

Der gennemføres deltagerobservation af 10 forberedelseskonsultationer samt 10 årskontroller. Desuden gennemføres semistrukturerede interviews med patienter, praktiserende læger og praksispersonale. Feltnoter fra observationer samt transskriberede interviews analyseres med henblik på at udforske, hvordan redskabet opleveres af de forskellige aktører, hvilke implikationer anvendelsen af redskabet har på medicingennemgangen og konsultationerne, samt hvilke muligheder, der er for optimering af redskabet. Analysen guides af såvel data som relevant teori om adherence og læge-patient-kommunikation om medicinteori (15, 33, 34). Forskergruppen reviderer derefter redskabet til en endelig version (version 4).

Perspektivering

Viden om, hvordan vi nedbringer den u hensigtsmæssige medicinering hos mennesker med multisygdom og polyfarmaci, er nødvendig for at opnå en forbedret patientbehandling og optimeret brug af sundhedsvæsenets ressourcer. Opgaven er kompleks, og det er løsningerne også. En løsning kan findes gennem en teoretisk funderet udvikling af interventioner baseret på en systematisk udvikling og afprøvning af de forskellige elementer i en medicingennemgangscyklus. Vi ønsker med dette projekt at bidrage ved at udvikle og afprøve et redskab, der systematisk inddrager patienten og skaber overblik over sygdomme og medicin forud for medicingennemgang hos egen læge. Med projektets fokus på at udvikle et både virksomt og implementerbart redskab øges desuden sandsynligheden for, at interventionen kan implementeres i det daglige kliniske arbejde efter endt projektperiode. Sammen med udviklingen af interventioner rettet mod de øvrige elementer i en medicingennemgangscyklus vil det medvirke til at sikre hensigtsmæssig polyfarmaci i fremtidens sundhedsvæsen. Med dette projekt tager vi således første skridt mod at udvikle og teste en samlet intervention for en systematisk, optimeret medicingennemgang i almen praksis for patienter med multisygdom og polyfarmaci (Figur 2).

Figur 2: Intervention om medicingennemgang i almen praksis for multisyge patienter med polyfarmaci (under udvikling).



Trin 1-5 henviser til trinnene i en medicingennemgangscyklus (se desuden Figur 1).

Etik & data

Forskningsprojektet vil følge de gældende etiske retningslinjer for forskningsetik som foreskrevet i Helsinki-deklarationen (35) og American Anthropological Association's etiske kodeks, herunder forhold vedrørende blandt andet information, samtykke og anonymitet (36). Projektet vil blive noteret i Forskningsenhedens oversigt over forskningsprojekter, som er omfattet af fortegnelsen, jfr. Databeskyttelsesforordningen (GDPR). Opbevaring af og adgang til data vil ske i henhold til GDPR, og personlige data vil blive slettet ved studiet ophør (eller såfremt samtykke tilbagetrækkes).

Vidensdeling

Projektets slutprodukt er et redskab til forberedelse af medicingennemgang for patienter med multisygdom og polyfarmaci i almen praksis. Afrapporteringen vil ske gennem en videnskabelig artikel med fokus på udviklingen af redskabet (tentativ titel: "A patient-centered tool to provide insight and oversight prior to medication review in general practice – experiences from a co-design process") samt en teoretisk funderet analyse af, hvordan beslutninger om medicinering forhandles i mødet mellem patienten med multisygdom og polyfarmaci og den praktiserende læge (tentativ titel: "Negotiating medication changes: Encounters between patients, general practitioners and staff"). Forskningsresultaterne forventes ligeledes formidlet på internationale og nationale konferencer og gennem populærvidenskabelige tidsskrifter, eksempelvis Practicus og Helse. Interesserede og kvalificerede universitetsstuderende inviteres endvidere til at skrive deres speciale med udgangspunkt i projektet. Redskabet, vi udvikler, og den læring, vi opnår undervejs, vil blive delt med Efteruddannelsesafdelingen for praktiserende læger, som vi allerede har et samarbejde med. Således kan erfaringerne fra projektet indgå i udviklingen af kurser og andre tilbud for praktiserende læger og praksispersonale.

Projektgruppe & gennemførlighed

Forskningsprojektet udgår fra Forskningsenheden for Almen Praksis (FEAP), der gennem de seneste 25 år har arbejdet med sundhedstjenesteforskning og klinisk forskning inden for en række områder. Over årene har FEAP opbygget et stærkt, tværfagligt miljø med kompetencer inden for registerforskning, spørgeskemaundersøgelser og kvalitative metoder. Omdrejningspunktet er almen praksis og mødet mellem læge og patient, hvor såvel patientperspektiv og lægeperspektiv er i fokus. FEAP er forankret på Institut for Folkesundhed, Health, Aarhus Universitet.

Dette projekt bygger på Forskningsenhedens kompetencer og traditionelle forskningstilgang. Forskningsgruppen, der står bag projektet, ledes af professor, praktiserende læge Flemming Bro og består desuden af seniorforsker, læge Anette Risgaard Ribe (hovedansøger), seniorforsker, kandidat i folkesundhedsvidenskab Anna Mygind Rasmussen, projektkoordinator, antropolog Marlene Møller og forskningsassistent, kandidat i folkesundhedsvidenskab Amanda Sandbæk. Tilsammen besidder gruppen de kompetencer i kvalitative og kvantitative metoder, der er nødvendige for gennemførelsen af projektet samt for udviklingen af den planlagte, komplekse intervention om medicingennemgang. Projektet må således regnes som absolut gennemførligt og forventes at tilvejebringe vigtig, ny viden, der kan få stor betydning for den kommende håndtering af den komplekse patientgruppe med multisygdom og polyfarmaci.

Referenceliste

1. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om MULTISYGDOM. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. 1 ed: Fjerritslev Tryk A/S; 2017.
2. Danskere indløser recept på flere lægemidler [press release]. Danmarks Apotekerforening 2017.
3. Christensen MB. Polyfarmaci. <http://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318739>.
4. Høj K, Mygind A, Livbjerg S, Bro F. Seponering af uhensigtsmæssig medicin i almen praksis: Status og perspektiver. Ugeskrift for Læger (under review).
5. Schiotz ML, Host D, Christensen MB, Dominguez H, Hamid Y, Almind M, et al. Quality of care for people with multimorbidity - a case series. BMC Health Services Research. 2017;17(1):745.
6. Moriarty F, Bennett K, Cahir C, Kenny RA, Fahey T. Potentially inappropriate prescribing according to STOPP and START and adverse outcomes in community-dwelling older people: a prospective cohort study. British Journal of Clinical Pharmacology. 2016;82(3):849-57.
7. Fried TR, O’Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. Journal of the American Geriatrics Society. 2014;62(12):2261-72.
8. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Medication-related burden and patients’ lived experience with medicine: a systematic review and metanalysis of qualitative studies. BMJ Open. 2016;6(2):e010035-2015.
9. Cahir C, Fahey T, Teeling M, Teljeur C, Feely J, Bennett K. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study. British Journal of Clinical Pharmacology. 2010;69(5):543-52.
10. Risør T, Olesen F. Den praktiserende læge. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund 2004;1(1):59-84.
11. Høj K, Mygind A, Bro F. Evaluering af Medicin i Midt - statusrapport 1: Resultater af spørgeskemaundersøgelse om informationspakkerne. [Intern rapport]. In press 2018.
12. Høj K, Mygind A, Bro F. Evaluering af Medicin i Midt - Statusrapport 2: Kvalitativ undersøgelse af implementering af informationspakkerne. [Intern rapport]. In press 2018.
13. Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. British Medical Journal. 2016;353:i2893.
14. Britten N. Patient-Professional Communication. Medicines and Society Patients, Professionals and the Dominance of Pharmaceuticals. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2008. p. 129-51.
15. Thistlethwaite JE, Ajjawi R, Aslani P. The decision to prescribe: influences and choice. InnovAiT. 2010;3(4):237-43.
16. Britten N. Medicines in the Lifeworld. Medicines and Society Patients, Professionals and the Dominance of Pharmaceuticals. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2008. p. 45-66.
17. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People’s Attitudes, Beliefs, and Experiences Regarding Polypharmacy and Willingness to Deprescribe. Journal of the American Geriatrics Society. 2013;61(9):1508-14.
18. Avery AJ, Bell BG. Rationalising medications through deprescribing. British Medical Journal. 2019;364:l570.
19. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. British Journal of Clinical Pharmacology. 2014;78(4):738-47.
20. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Internal Medicine. 2015;175(5):827-34.

21. NICE Medicines and Prescribing Centre. Medicines Optimisation. The Safe and Effective Use of Medicines to Enable the Best Possible Outcomes. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015.
22. Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) ved Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten 2019: <https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/medicingennemgang/seponeringsliste>. Sundhedsstyrelsen 2019.
23. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age and Ageing. 2015;44(2):213-8.
24. PLO Analyse. Ansatte i almen praksis: Praktiserende Lægers Organisation; 2017.
25. Lundby C, Graabaek T, Ryg J, Sondergaard J, Pottegård A, Nielsen D. Health care professionals' attitudes towards deprescribing in older patients with limited life expectancy: a systematic review. British Journal of Clinical Pharmacology. 2019.
26. Reeve E, Low LF, Shakib S, Hilmer SN. Development and Validation of the Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire: Versions for Older Adults and Caregivers. Drugs & Aging. 2016;33(12):913-28.
27. Schiotz ML, Frolich A, Jensen AK, Reuther L, Perrild H, Petersen TS, et al. Polypharmacy and medication deprescribing: A survey among multimorbid older adults in Denmark. Pharmacology Research & Perspectives. 2018;6(6):e00431.
28. Lundby C, Simonsen T, Ryg J, Søndergaard J, Pottegård A, Lauridsen HH. Translation, cultural adaptation, and psychometric properties of the Danish version of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire. (in manuscript).
29. Aalbæk P, Vestergaard M. Få overblik over sygehistorien - uden at belaste dine læge- eller sygeplejerskeressourcer. Practicus. 2017;40:18-20.
30. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science. 2011;6:42.
31. Bjerring PH, Lindén A. Anerkendende procesøvelser. Veje til engagement og forankring: Dansk Psykologisk Forlag; 2008.
32. Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opipari-Arrigan L, et al. Coproduction of healthcare service. BMJ Quality & Safety. 2016;25(7):509-17.
33. Bond C, Blenkinsopp A, Raynor DK. Prescribing and partnership with patients. British Journal of Clinical Pharmacology. 2012;74(4):581-8.
34. Britten N. Medicines and Society. Patients, Professionals and the Dominance of Pharmaceuticals. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2008.
35. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Helsinki: World Medical Association; 2013.
36. Statement on Ethics. Principles of Professional Responsibility: American Anthropological Association; 2012.