

Utvikling av farmasøytens kliniske ferdigheter

I dette foredraget beskriver Ingeborg Hartz Bartnes hvordan farmasøyer kan utvikle sine kliniske ferdigheter med hensyn til å kunne tilby en pasientfokusert tjeneste i helsevesenet. Erfaringer fra hennes masterstudium i klinisk farmasi ved University of Strathclyde, Glasgow i Skottland, ligger til grunn for rollemodellen som presenteres her.



Cand.pharm. Ingeborg Hartz Bartnes er stipendiat ved avdeling for Samfunnsfarmasi, Institutt for farmasi, UiTø

Foto: Espen Torgersen

Innledning

Behovet for å utvikle ferdigheter i en mer klinisk retning kom raskt i møte med de ulike legemiddelrelaterte problemer jeg støtte på som nyutdannet og nytilsatt tilsynsfarmasøyt ved en psykiatrisk institusjon. Det var store forskjeller internt i bruk av ulike typer psykofarmaka og det ble beskrevet en rekke vanskelige enkelttilfeller av pasienter som sto på kompliserte legemiddelregimer (også somatisk medisin) med manglende effekt og mye bivirkninger. Videre var innleggelser som skyldtes feilbruk eller seponering av legemidler stadig omtalt.

For meg var dette snakk om å gjøre et valg. På den ene siden kunne jeg fortsette å gjøre de tradisjonelle tilsynsoppgavene, de mer produkt- og logistikk orienterte oppgavene. På den annen side kunne jeg velge å tone ned denne biten, og heller bruke min tid og kompetanse til å bidra til å løse problemene knyttet til legemiddelbehandling av den enkelte pasient. Valget var enkelt, og det øvrige personalets signaler ble tolket som en invitasjon ut av medisinskapet!

Men, hvordan går man frem som farmasøyt for å løse og vurdere pasientens legemiddelrelaterte problemer i praksis? Har vi farmasøyer ferdigheter til å sikre at pasienten når mål for optimal legemiddelbehandling? Og, hva er vår rolle i et tverrfaglig team i helsevesenet?

Med grunnutdanning fra universitet som bakgrunn opplevde jeg at det var et for stort sprang å skulle omsette teoretisk kunnskap over i farmasøytisk omsorg som et medlem av avdelingens tverrfaglige team. Kanskje var det dette praksistiden skulle ha lært meg, men med merking av medisinskap som eneste erfaring fra sykehusmiljø var erfaringsgrunnlaget tynt.

Masterstudium i klinisk farmasi

Universitetet i Tromsø har i lengre tid hatt samarbeid med University of Strathclyde i Glasgow i Skottland. Det var gjennom dette miljøet at jeg ble kjent med masterstudium i klinisk farmasi. Studiet, har nettopp det overordnede mål «å videreutvikle de kliniske fer-

dighetene til farmasøyer i sykehus, primær- apotek og helsetjeneste for øvrig». God støtte fra entusiastiske arbeidsgivere – som da var Sykehusapoteket i Tromsø –, UiTø og økonomisk støtte fra Apotekfarmasifondet, gjorde det mulig å gjennomføre masterstudiet.

Universitetet Strathclyde har 20 års erfaring med å tilby masterstudium i klinisk farmasi, et studium som i sin tid ble opprettet med den hensikt å gjøre farmasøytene i stand til kunne tilby en mer pasientorientert tjeneste. Dette var en type tjeneste man allerede på det tidspunktet anså å være en effektiv anvendelse av farmasøytens kompetanse i helsevesenet.

Pasientorientert tjeneste

En pasientorientert tjeneste er systematisk og kontinuerlig (figur 1) og det er denne systematiske tilnærmingen til den enkelte pasients legemiddelrelaterte problemer masterstudentene i Skottland drilles i.

Første trinn er vurdering av indikasjon, om legemiddelet har effekt, om det er sikkert ut i fra ulike pasienthensyn, og om behandlingen følges opp etter intensjonen (compliance).

Andre trinn er å utarbeide en handlingsplan. Planen er farmasøytens arbeidsverktøy som dokumenterer alle de legemiddelrelaterte problemer som blir identifisert, mål man ønsker å oppnå for legemiddelterapi, og hva farmasøytten i praksis skal gjøre for å nå dette målet. Utfall skal dokumenteres, og handlingsplanen blir i så måte dokumentasjon på farmasøytens intervensjon. Samt verktøy til evaluering av farmasøytens tjeneste. Det er viktig å merke seg at denne prosessen er kontinuerlig. Legemiddelbrukeren vurderes kontinuerlig og relevant informasjon oppdateres på handlingsplan, det være seg hver dag på en sykehusavdeling, hver gang pasienten fra ei prioritert pasientgruppe er inne på apotek eller hver gang farmasøytten er på et sykehjem (se figur 1).

Kjernen i denne modell for praksis, er at den forutsetter visse kunnskaper, ferdigheter og egenskaper ved den praktiserende farmasøyt utover den mer produktorienterte grunnkompetansen. Det å kunne gjøre en vurdering av

Tekst: Ingeborg Hartz Bartnes



Figur 1. Pasientorientert tjeneste

pasienten og å utarbeide og implementere en handlingsplan, krever gode kunnskaper i farmakologi og farmakoterapi og videre over i klinisk farmasi (tolkning av legemiddelets effekt ut i fra endringer i fysiologiske parametere som blodverdier og symptomer). Farmasøyten trenger god kunnskap om andre profesjoner i helsevesenet, deres rolle, inkludert egen profesjonsrolle. Kjennskap til prinsipper bak legemiddeløkonomiske analyser er viktig der målet er å gi råd som fordrer en kostnadseffektiv forskrivning.

Gode kommunikasjonsegenskaper (skriftlig så vel som muntlig) må til for å kunne fungere tverrfaglig og overfor den enkelte pasient. Farmasøyten må beherske verktøy som det å utarbeide, implementere og følge opp handlingsplan (jamfør legens opptak av journal), samt det å kunne innhente legemiddelinformasjon og kritisk vurdere denne.

Farmasøytens pasientorienterte arbeidsmetode i praksis

Hvordan bruker så egentlig farmasøyten sine kunnskaper, ferdigheter og samarbeidsrelasjoner i praksis?

Det første eksempelet er hentet fra en psykiatrisk institusjon. Som forberedelse til det tverrfaglige kardexmøte vurderer farmasøyten pasientens legemiddelbehandling

**Eksempel fra psykiatrisk sykehus:
Psykotisk depresjon**

Historikk

- Velfungerende på olanzapin og venlafaxin
- Episode med forhøyede leververdier, olanzapin seponert
- Nå innlagt med tilbakefall
- Forsøk med annet antipsykotikum, ingen effekt og bivirkninger (stivhet, uro)

Vurdering

- God erfaring med olanzapin
- Olanzapin seponert på feilaktig grunnlag ?

Figur 2. Pasienthistorikk fra psykiatrisk sykehus

ved å innhente informasjon fra journal, legemiddelkardex og gjennom samtale med øvrig personale og pasienten selv (figur 2). Pasienten lider av psykotisk depresjon og hadde inntil et år tilbake vært velfungerende på et antidepressiva (venlafaxin) og et antipsykotika (olanzapin). For et år siden steg plutselig leverfunksjonsverdiene kraftig, og olanzapin ble seponert som potensiell årsak. Siden har pasienten blitt mindre og mindre velfungerende, hvilket nå har resultert i akutt innleggelse. På sykehuset har man startet behandling med et alternativt antipsykotikum (sulpirid), som ikke ser ut til å gi effekt, men som derimot gir bivirkninger (stivhet og uro). Farmasøyten gjør en vurdering (indikasjon, effekt, sikkerhet, compliance); Det er tydelig indikasjon for antipsykotikum i og med at dette tidligere har gjort pasienten velfungerende i samfunnet. Olanzapin er det antipsykotikumet som pasienten har hatt effekt av. Pasienten hadde allerede stått på olanzapin i lengre tid da leververdiene steg. Var olanzapin seponert på feil grunnlag? Farmasøyten tar dette opp på kardexmøte, og utarbeider og implementerer følgende handlingsplan i forlengelsen av møtet (figur 3).

Farmasøytens handlingsplan: Psykotisk depresjon

dato	Legemiddelproblem ----- Mål	Handling	Resultat
1/3	Suboptimal effekt av antipsykotika-behandling	Gjør litteratursøk	olanzapin OK
2/3	-----	Foreslå olanzapin i tverrfaglig team	olanzapin startet Sulpirid seponert
14/3	Symptomkontroll med fravær av bivirkninger (lever, og stivhet/uro)	Følg leververdier, bivirkninger og effekt	Leververdier OK Ingen stivhet/uro Symptomer i bedring

Figur 3. Farmasøytens handlingsplan fra psykiatrisk sykehus

Som problem dokumenterer farmasøyten «suboptimal effekt av antipsykotisk behandling». Ønsket mål for legemiddelbehandling er «symptomkontroll med fravær av bivirkninger (lever, stivhet/uro)». Hva kan farmasøyten gjøre for å nå dette målet? Gå til litteraturen og finne ut av hvor sannsynlig det er at olanzapin virkelig var årsaken til forhøyede leververdier. Resultatet fra søk og kritisk gjennomgang av litteratur viser at olanzapin mest sannsynlig ble seponert på feil grunnlag. Resultatet diskuteres i det tverrfaglige team. Olanzapin restarteres, bivirkninger og effekt monitoreres.

Er det behov for denne type farmasøytisk tjeneste på sykehus?

En studie gjort ved Sentralsykehuset i Akershus viste at 18% av alle registrerte dødsfall enten var direkte eller indirekte assosiert med legemiddelbruk (1). Videre finnes dokumentasjon på at feilmedisinering i sykehus reduseres ved økt farmasøytisk klinisk servicetilbud (2).

Det er viktig å understreke at denne modell for praksis vel så mye handler om hva farmasøyten kan tilby i primærhelsetjenesten. Farmasøyten på et aktuelt apotek har i

samråd med den lokale legen valgt å prioritere oppfølging av pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Et aktuelt legemiddelrelatert problem er sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt. Jamfør anbefalinger fra behandlingsretningslinjer vil mål for optimal terapi være at den aktuelle pasienten (se figur 4) skal stå på ASA, statin, betablokker og ACE-hemmer. Farmasøytens handlingsplan kan være som figur 4 viser.

Handlingsplan fra apotek: Etter infarkt			
dato	Legemiddelproblem	Handling	Resultat
Mål			
1/5	Sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt	Sjekke legemiddelhistorikk	ACE-hemmer og statin ikke hentet ut på ett år ASA ingen historikk
	ASA, statin, betablokker, og ACE-hemmer	Diskutere med infarktpasient Diskutere med forskriver og pasient	Svimmel av ACE-h. Statin "unødvendig". ASA aldri tatt. ACE-h dose justert Nytte av statin forstått ASA forskrevet

Figur 4. Farmasøytens handlingsplan fra apotek

Hvor omfattende og fullstendig servicen kan bli vil avhenge mye av samarbeidsrelasjoner til forskriver og annet helsepersonell. Tettere samarbeid med lege og tilgang på pasientinformasjon vil kunne bedre grunnlaget for å identifisere legemiddelrelaterte problemer i apotek og øvrig primærhelsetjeneste. Kanskje ville det mest hensiktsmessige være å tilby en gjennomgang av en prioritert pasientgruppe på legens kontor? Denne form for farmasøytisk tjeneste blir tilbudt i økende grad i blant annet Storbritannia.

Igjen, er det behov for denne type farmasøytiske tjenester i primærhelsetjenesten? Undersøkelser viser at kun 50% av norske infarktpasienter tar statin for sekundærprofylakse. Av disse er det kun 50% som når behandlingsmål for kolesterol (3,4). Videre viser studier at gjennomgang av hjerte-kar-pasientgruppen ved farmasøyt i primærhelsetjenesten øker legemiddel-adherence i tråd med evidensbasert medisin (5,6).

Til slutt nevnes sykehjem som nok en arena i helsevesenet hvor farmasøyten tilbyr tjenester. Mye tyder på at legemiddelbehandling av eldre på norske sykehjem kan være suboptimal (7,8). Videre viser studier at gjennomgang av legemiddelbehandling ved farmasøyt både kan være kostnadsbesparende og kvalitetshevende (9,10).

Undervisningsoppleggets kjerne

For å gi studentene kunnskaper og ferdigheter til å kunne praktisere på denne måten har undervisningsopplegget ved Strathclyde sine kjerneområder. Bruk av praktiserende farmasøyer («teacher-practitioner») med tilknytning til universitet og erfaring med praksisrelatert forskning i undervisning er fundamentalt med tanke på utvikling av studentenes ferdigheter i studiet. På denne måte formidles ikke bare ren teori om for eksempel legemiddelbehandling ved

hjertesvikt. Man lærer også en systematisk måte å utarbeide en farmasøytisk handlingsplan for denne pasientgruppen i praksis, herunder etablere gode dokumentasjonsrutiner for egen praksis i et klinisk miljø. All læring er basert på læring fra praksis, enten som illustrert ved «teacher-practitioner» eller ved at studenten selv må anvende metoden i praksis. For til syvende og sist er det avgjørende at man selv må trene på utarbeide og implementere handlingsplaner i praksis.

Studenten må selv lære hvor og hvordan man innhenter relevant informasjon om pasienten som utgangspunktet for å gjøre en vurdering, studenten må selv innhente legemiddelinformasjon og kritisk vurdere denne før man gir råd, og studenten må selv erfare at kommunikasjon med pasient og andre medarbeidere i helsevesenet er en forutsetning for å få brukt sin kompetanse. Først da vil studenten bli fortrolig med sin rolle og få automatikk og rutine i denne måten å jobbe på.

Barrierer mot en ny rolle i Norge

Mye tyder på at bruk av farmasøytens kompetanse etter omtalte modell kan bidra til kvalitetshevet og kostnadseffektiv anvendelse av legemidler. Skotske helsemyndigheter har tatt dette på alvor og utga tidligere i år en strategi for videreutvikling av en pasientorientert farmasøytisk praksis med den hensikt å sikre en (fortsatt) effektiv bruk av farmasøytisk kompetanse i helsevesenet (11). Slående er derfor kontrasten til de senere utspill fra helsedepartementet her hjemme i Norge, nå sist med forslag om innføring av indekspris på generiske legemidler. Et forslag som mest sannsynlig vil binde opp farmasøytens tid ytterligere på apotek, til informasjon og mekling rundt det foreslåtte systemet. Utover dette er bruk av farmasøytens kompetanse ikke nevnt.

Det er åpenbart at det finnes barrierer mot en ny rolle. På den ene siden er manglende forventning til farmasøyten fra helsevesenet og brukere ved siden av manglende finansiering åpenbare barrierer. På en annen side kan man tenke seg barrierer innad i vår egen profesjon, som vi selv kan gjøre noe med, og som vil være det naturlige sted å begynne.

Er utdanningsinstitusjonene en barriere? Det er viktig at utdanningsinstitusjonene tar et standpunkt til hva slags type farmasøyer de ønsker å utdanne. Ønsker man farmasøyten som aktør i helsevesenet, må det også implementeres elementer ved undervisningen slik at det uteksamineres farmasøyer som kan omsette teori over i farmasøytisk omsorg. Bruker man Skottland som modell kan for eksempel det å bruke praktiserende farmasøyer i undervisning, det å ta et strammere grep om praksisperioden, og det å initiere forskningsprosjekter relatert til farmasøytisk praksis være en vei å gå.

Er farmasøyten selv en barriere? Skal en utvikling skje vil det ikke være tilstrekkelig å vente på at nye farmasøyer utdannes. I mangel på rollemodeller er det lett å holde seg til tradisjonelle logistikkoppgaver. Imidlertid er litteraturen (f.eks. Pharmaceutical Journal online) full av tips om hvordan man kan bevege sine tjenester i en pasientorientert retning. Andre har utviklet verktøy, jamfør «farmasøytens handlingsplan», og det ville være spennende for mange å ta dette i bruk i praksis. Det er også den eneste måten å utvikle seg på; man må gjøre det selv! Farmasøytisk omsorg

praktiseres som en del av et team, gode samarbeidsrelasjoner med andre aktører i helsevesenet er en forutsetning for å få dette til. Dette er noe vi kan og bør jobbe langsiktig med! Nytenkning rundt tradisjonelle arbeidsoppgaver vil kunne frigjøre mer tid. Kanskje kunne spesialiserte apotek teknikere brukes mer effektivt? Her har vi også noe å lære av andre land!

Manglende profilering av farmasøyten er et problem. Farmasøyter er sørgelig fraværende når legemidler og legemiddelbruk diskuteres i det offentlige rom. Som individuell farmasøyt står man fritt til å kaste seg inn i debatten, men det er viktig at farmasøytiske organisasjoner, foreninger og institusjoner kommer på banen. Det er først når vi kan vise til at vi har noe reelt å tilby at samfunnet vil være villige til å betale for det.



Et apropos til slutt

Det ligger til menneskets urinstinkt å holde ved det kjente og kjære. Likevel må vi minne hverandre og andre på at hjulet allerede er oppfunnet. Og tar man seg tid til å lære dette nye verktøyet å kjenne, vil man nok antakelig oppdage at dette både er en tilfredsstillende og effektiv måte å bruke sine ressurser på!

Referanser

1. Buajordet I, Ebbesen J, Erikssen J *et al.* Fatal adverse events: the paradox of drug treatment. *J Int Med* 2001; 250: 327-341.
2. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing and medication errors in the United States hospitals. *Pharmacotherapy* 22; 2: 134-47.
3. Svilaas *et al.* How well are patients with atherosclerotic disease treated? Secondary prevention in primary care. *Scand J Prim Health Care* 200; 18: 232-6.
4. Svilaas *et al.* Lipid treatment goals achieved in patients treated with statin drugs in Norwegian general practice. *Am J Cardiol* 2000; 86: 1250-3 (A6).
5. Geber *et al.* Optimizing Drug Therapy in Patients with Cardiovascular Disease: The Impact of Pharmacist-Managed Pharmacotherapy Clinics in a Primary Care Setting. *Medscape Pharmacotherapy* 2002; 22: 738-747.
6. Tsuyuki RT *et al.* A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management: the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch Intern Med.* 2002 May 27;162(10):1149-55.
7. Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Psychotropic drug use in nursing homes - diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57:523-8.
8. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Hodneland F. Drug treatment of heart failure - do nursing-home residents deserve better? *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 226 - 31.
9. Harrison DL, Bootman JL, Cox ER. Cost effectiveness of consultant pharmacists in managing drug-related morbidity and mortality at nursing facilities. *Am J Health Sys Pharm* 1998; 55: 1588-94.
10. Eide E, Schjøtt J. Assessing the effects of intervention by a pharmacist on prescribing and administration of hypnotics in nursing homes. *Pharm World Sci* 2001; 26:227-31
11. Scottish executive 2002. The Right Medicine. A strategy for pharmaceutical care in Scotland. (<http://www.show.scot.nhs.uk/publications/index.htm>)

Takk til arbeidsgivere (UiTø og Sykehusapoteket i Tromsø) og Apotekfarmasifondet for god støtte til gjennomføring av studiet.

Nyegaard & Co's fond

Av Nyegaard & Co's fond er ledig et stipend på kr 1300,-.

Etter fondets statutter kan «De innvunne renter utdeles årlig til et stipedium for i inn- eller utland å studere faglige, fagligsosiale eller organisatoriske spørsmål, eller for å studere ved fabrikk eller laboratorium for tilvirkning av legemidler. Stipendiet kan kun utdeles til medlemmer av Norges Farmaceutiske Forening».

Stipendiet må benyttes innen 1 år fra utdelingsdagen og utbetales når studiene påbegynnes. Den som er blitt tildelt stipend plikter innen 1 år fra utbetalingsdagen å innsende til Sentralstyret en skriftlig innberetning.

Søknaden sendes NFFs sentralstyre **innen 15. mars 2003** og må inneholde redegjørelse for til hvilket formål stipendiet tenkes anvendt.