

# Tverrfaglig læringsnettverk, kvalitetsforbedring av legemiddelbehandling i sykehjem i Porsgrunn og Skien

Notat fra Kunnskapsenteret  
September 2012

 kunnskapsenteret

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)  
Notat: ISBN 978-82-8121-481-1

**September 2012**

 kunnskapssenteret

*(fortsettelsen fra forsiden)*

<b>Tittel</b>	Tverrfaglig læringsnettverk, kvalitetsforbedring av legemiddelbehandling i sykehjem i Porsgrunn og Skien
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	Magne Nylenna, direktør
<b>Forfattere</b>	Udness, Ellen, <i>seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> Vege, Anders, <i>prosjektleder, seksjonsleder Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> Nyen, Bjørnar, <i>seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kommuneoverlege i Porsgrunn fra september 2011.</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-481-1
<b>Rapport</b>	2012
<b>Prosjektnummer</b>	639
<b>Publikasjonstype</b>	Notat
<b>Antall sider</b>	39 (45)
<b>Oppdragsgiver</b>	Fylkesmannen I Telemark
<b>Nøkkelord</b>	Legemiddelbehandling, legemiddelhåndtering, læringsnettverk, kvalitetsforbedring, sykehjem.
<b>Sitering</b>	Udness E, Vege A, Nyen B. Tverrfaglig læringsnettverk, kvalitetsforbedring av legemiddelbehandling i sykehjem i Porsgrunn og Skien. Notat 2012. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2012.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapsenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Forfatterne vil takke Turid Veggeland, tilsynsfarmasøyt i Porsgrunn, Vibeke Bostrøm fra Omsorgssenteret i Vestfold og Pasientsikkerhetskampanjen for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Porsgrunn, september 2012

---

# Sammendrag

---

## Bakgrunn

---

Helsetilsynet utførte i 2008 tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem (1). Hensikten var å undersøke om sykehjemspasientene fikk nødvendig og riktig legemiddelbehandling. Det ble påpekt avvik i 18 av 23 tilsyn. Bl.a. ble legemiddelbehandling i for liten grad dokumentert i journal, og det manglet ofte systematikk i observasjon og rapportering i forhold til legemiddelbruk. Helsetilsynet i Telemark hadde gjort tilsvarende funn ved fem gjennomførte tilsyn med legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering i sykehjem. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved seksjon for kvalitetsutvikling fikk i oppdrag fra Fylkesmannen i Telemark å etablere et læringsnettverk for sykehjemstjenester i Skien og Porsgrunn kommune. Læringsnettverket skulle fokusere på kvalitetsforbedring i forhold til medikamentbehandling og medikamenthåndtering i sykehjem.

---

## Mål, metode, verktøy og gjennomføring

---

Med utgangspunkt i hvorfor læringsnettverket ble etablert definerte man følgende fellesmål:

- Å sikre at pasientene får nødvendig og riktig legemiddelbehandling

Læringsnettverk ble valgt som metode i forbedringsarbeidet. Ulike verktøy som ble benyttet i prosessen var modell for kvalitetsforbedring, verktøy for vedvarende forbedring, sjekklister, registreringskjemaer, regneark, DRUID kartlegging og postermaler.

Syv team deltok fra sykehjemsavdelinger i kommunene Porsgrunn og Skien. Teamene var tverrfaglig sammensatt, og det ble oppfordret til å ha med brukerrepresentanter. Det ble gjort forberedelser til læringsnettverket i 2010 og totalt seks fellessamlinger à 4 timer ble holdt i perioden 06.01.11 til 01.12.11. En ekstrasamling ble arrangert i april 2012 for teamene som ønsket det. Dette ble gjort for å styrke mulighetene til å opprettholde forbedringene i daglig drift.

---

## **Erfaringer og resultat**

---

Målingene i 2011 er fra seks avdelinger, den syvende avdelingen er en korttidsavdeling der de valgte målingene var lite relevante. Gjennomsnittlig antall faste medisiner, basert på 83 beboere, endret seg i 2011 fra 6,4 til 5,2. I 2012 er tallene basert på fem sykehjemsavdelinger med 68 pasienter/beboere, Gulset sykehjem er ikke med i 2012 målingene. På de fem avdelingene som er målt alle gangene, er endringen fra 6,9 i januar 2011 til 5,5 i april 2012.

Andel av medisiner påskrevet indikasjon gikk i 2011 opp fra 2 % til 75 % basert på seks sykehjemsavdelinger. Endringene i hele perioden basert på fem avdelinger er fra 1 % til 72 %. Mens andel av pasienter/ beboere med plan for legemiddelbehandling på seks avdelinger i 2011 gikk opp fra 35 % til 82 %, var tallene for fem avdelinger fra januar 2011 til april 2012 endret fra 40 % til 88 %.

Antallet deltakere på samlingene var ca. 25 hver gang, gruppestørrelsen gjorde det enkelt å få til diskusjon og dialog i plenum. På første og siste samling deltok ledere fra begge kommuner, noe som er vesentlig i forhold til å forankre prosjektet i kommunene og for å kunne videreføre i egen virksomhet og spre til andre virksomheter etter prosjektperioden. Læringsnettverket har bidratt til en grundig gjennomgang av innkomstrutiner og gjennomgang av medisiner. Fem av sju avdelinger hadde fått med en brukerrepresentant i teamet.

---

## **Diskusjon og avslutning**

---

Læringsnettverket har medvirket til en gjennomgang og økt fokus på legemiddelhåndtering i de deltakende avdelingene, og har fått deltakerne til å se at det en setter fokus på kan endres og forbedres. Praksisen i de deltakende virksomheter er i større grad sammenfallende med faglig kunnskap og myndighetskrav på området. Det tverrfaglige samarbeidet er alltid en utfordring, og det fremkommer hvor viktig det er å bruke alles kompetanse for å få et best mulig resultat for pasienter/beboere.

Resultatene har sine begrensinger i forhold til antall pasienter/beboere som blir målt. Det er små enheter hvor utskifting av pasienter kan gi store utslag ved at målingene ikke omfatter nøyaktig de samme pasientene hver gang. Annet som påvirker er grad av involvering av sykehjemslegen ved virksomheten, utskifting av personale, personalets kompetanse, omorganiseringer, tid og prioriteringer. Det å ha en "ekstra samling" i april 2012 har sannsynligvis bidratt til at resultatene i stor grad er opprettholdt. Erfaringene som ble gjort med brukerrepresentantene tilsier at det er nødvendig på forhånd å avklare hvorfor de deltar, hvem de representerer og hva som blir forventet av dem.

Den store utfordringen nå er å vedlikeholde forbedringene ved de deltagende avdelinger og å spre dem, først til andre avdelinger i eget sykehjem og egen kommune, og så til sykehjem i andre kommuner i Telemark.

---

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>2</b>
Bakgrunn	2
Mål, metode, verktøy og gjennomføring	2
Erfaringer og resultat	3
Diskusjon og avslutning	3
<b>INNHold</b>	<b>5</b>
<b>FORORD</b>	<b>7</b>
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>8</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>9</b>
Bakgrunn	9
<b>MÅL, METODER OG VERKTØY</b>	<b>10</b>
Mål og felles tiltak for læringsnettverket	10
Metoder og verktøy	10
<b>GJENNOMFØRING</b>	<b>13</b>
Oppstart	13
Brukermedvirkning	14
Deltakere i læringsnettverket	14
Fellessamlingene og oppfølgingssamlingen	14
Oppfølgingssamling	15
Veiledning	15
Dokumentasjon og målinger	16
<b>ERFARINGER OG RESULTAT</b>	<b>17</b>
Resultat ved prosjektslutt 01.12.2011, samlet og fra det enkelte team	17
Resultat 5 måneder etter prosjektslutt pr. 27.04.12	19
Resultater fra de enkelte avdelingene	21
Erfaringer med læringsnettverket.	30
<b>DISKUSJON</b>	<b>35</b>
<b>AVSLUTNING</b>	<b>37</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>38</b>





---

# Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved seksjon for kvalitetsutvikling fikk i oppdrag fra Fylkesmannen i Telemark å etablere et læringsnettverk for sykehjemstjenester i Skien og Porsgrunn kommune. Læringsnettverket skulle fokusere på kvalitetsforbedring i forhold til medikamentbehandling og medikamenthåndtering i sykehjem. Prosjektperioden var fra 06.01.11 -01.12.11.

Ved gjennomgang av mange ulike rapporter om læringsnettverk høsten 2011 kom det fram at usikkerheten rundt hvordan det gikk med kvalitetsforbedringene i læringsnettverkene etter prosjektperioden var stor. Det ble derfor besluttet å ha en ekstra oppfølgingssamling april/mai 2012 for bedre å kunne vurdere hvordan de ulike teamene i læringsnettverket klarte å opprettholde forbedringene over tid.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektkoordinator: seksjonsleder Anders Vege, Kunnskapssenteret
- Seniorrådgiver Bjørnar Nyen, Kunnskapssenteret
- Seniorrådgiver Ellen Udness, Kunnskapssenteret

Anne Karin Lindahl  
*Avdelingsdirektør*

Anders Vege  
*Seksjonsleder/Prosjektleder*

---

# Problemstilling

Bakgrunnen for å opprette læringsnettverk – legemiddelbehandling/-håndtering i sykehjem, var funn Helsetilsynet gjorde ved tilsyn. De undersøkte om kommunene sikrer at sykehjemspasientene får nødvendig og riktig legemiddelbehandling. I Telemark var det også påvist høy forskrivning av antipsykotika i aldersgruppen 80-89 år. Helsetilsynet ønsket å forsøke en ny innfallsvinkel for å bidra til at endringer som ble gjort etter tilsyn ble varige og at andre virksomheter kunne lære av dette.

Hensikt med læringsnettverket er:

- Å få praksis mer sammenfallende med faglig kunnskap og myndighetskrav på området
- Å dyktiggjøre ledere i å lede endring og forbedring
- Å oppnå tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner

---

# Innledning

---

## Bakgrunn

---

I 2008 utførte Helsetilsynet tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem som en del av sin selvvalgte tilsynsaktivitet (1). Hensikten var å undersøke om sykehjemspasientene fikk nødvendig og riktig legemiddelbehandling. Det ble påpekt avvik i 18 av 23 tilsyn. Ved de aller fleste av tilsynene fant de mangler ved sykehjemmets journalsystem og mangler og uklarheter ved styring og ledelse av sykehjemmets legetjeneste. For hele perioden 2008-2010 ble det funnet avvik ved 51 av 67 sykehjem (2). Nygaard og Selbæk presenterte i bladet "Demens og Aldersgeriatri" i 2009 en fylkesvis oversikt over forskrivning av antipsykotika for 2007 for aldersgruppene 60-69 år og 80-89 år (3). I aldersgruppen 80-89 år lå Telemark mye høyere enn landet for øvrig i forskrivning av antipsykotika.

Helsetilsynet i Telemark hadde også funnet avvik i de fleste av sine systemrevisjoner. Etter utført tilsyn, er praksis å be om en plan for retting av avvik og motta skriftlig svar som dokumenterer endring (4). Det blir ofte flere runder før tilsynet godkjenner planen for retting av avviket. Helsetilsynet stilte mange ganger spørsmålet om hva som skjedde i praksis, og om tilsynet førte til varig effekt av endringen den hadde bidratt til (4).

Ved fem gjennomførte tilsyn med legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering i sykehjem så de sammenfallende tendenser i disse virksomhetene. Det var indikasjoner for at legemiddelbehandling i liten grad ble dokumentert i journalen, og det forelå ikke rutiner for evaluering av legemiddelbehandlingen. Krav var ikke stilt til sykehjemslegen om å gjøre en slik evaluering. Det forelå heller ikke rutiner for hvordan pleiepersonalet skulle observere og rapportere effekt/manglende effekt og bivirkninger av medisinerer eller udekkede behandlingsbehov. En statistikk fra tilsynsfarmasøyt viser dessuten store variasjoner mellom sykehjemmene i Telemark. Denne informasjonen, sammenholdt med studier både i Norge og andre land, har vist at legemiddelrelaterte problemer hos eldre kan unngås ved at deres legemiddelbruk blir gjenstand for systematisk vurdering (5). Statens helsetilsyn ble tildelt midler over en 4 års periode knyttet til eldresatsning som skulle brukes til utviklingsarbeid med nye metoder og aktiviteter for oppfølging av tilsyn (4). Fylkesmannen i Telemark søkte og fikk midler til å etablere og drifte et tverrfaglig læringsnettverk for legemiddelbehandling/håndtering i fylket.

---

# Mål, metoder og verktøy

---

## Mål og felles tiltak for læringsnettverket

---

Hensikten med å opprette læringsnettverket var:

- Å få praksis mer sammenfallende med faglig kunnskap og myndighetskrav på området legemiddelhåndtering/legemiddelbehandling
- Å dyktiggjøre ledere i å lede endring og forbedring
- Å oppnå tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner

Med utgangspunkt i hvorfor læringsnettverket ble etablert definerte man følgende fellesmål:

- Å sikre at pasientene får nødvendig og riktig legemiddelbehandling

I forhold til fellesmålet utarbeidet prosjektledelsen sammen med de deltakende teamene fire felles tiltak og felles registreringer/målinger – vedlegg 1.

### ***Felles tiltak:***

1. Det skal gjøres systematisk tverrfaglig legemiddelgjennomgang (LMG) innen to uker etter innleggelse, ved halvårskontroll og ved årskontroll
2. Sjekkliste skal fylles ut i forkant av LMG - vedlegg 2
3. Hver beboer skal ha en plan for oppfølging av legemiddelbehandling med fokus på observasjon og rapportering av virkning/bivirkning –vedlegg 3
4. Planen skal revurderes innen 24 timer etter hver LMG – vedlegg 1

Utover fellestiltakene hadde flere av de deltakende teamene egne mål.

---

## Metoder og verktøy

---

### **Metode**

#### ***Læringsnettverk***

Læringsnettverk er en måte å organisere kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og organisasjoner. Det kan synes som om det er enighet om at det er tre elementer som til sammen skaper et læringsnettverk (6):

- Området; et felles område de ønsker å forbedre, skaper en felles plattform

- Nettverket; en "sosial læringsfabrikk", opplevelse av felleskap, dele ideer og hjelpe hverandre til ny innsikt.
- Innhold; deltakerne utvikler en kunnskapsdatabase, gjennom felles opplevelser, historier, verktøy og tilnærminger til utfordringer på eget fagfelt. Det kreves at nettverket fungerer over en lengre tidsperiode.

Det er hvordan disse tre elementene utvikles over tid som avgjør hvor nyttig deltakerne opplever at nettverket er.

Felles kjennetegn ved læringsnettverk er (6):

- Tverrfaglighet, fokus på å forbedre tjenester hvor det er gap mellom beste praksis og dagens praksis.
- Lærer om beste praksis.
- Lager målbare mål og samler inn data for å kunne vurdere måloppnåelse.
- Teamene møter hverandre flere ganger for å lære metoder, dele erfaringer og rapportere om resultat og diskutere spredning av ny kunnskap.
- Mellom samlingene møtes teammedlemmene regelmessig, de får oppfølging/veiledning etter behov.

### Verktøy/hjelpemidler

- **Modell for kvalitetsforbedring** (7)

Modellen bygger på Demings klassiske PDSA- sirkel (Plan, Do, Study, Act). Den tydeliggjør og forsterker trinn i forbedringsarbeidet som man har sett trenger spesiell oppmerksomhet. Modellen tilpasses de lokale forholdene og det enkelte forbedringsprosjekt. Se figur 1:

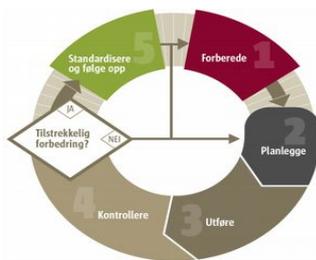


Fig.1. Modell for kvalitetsforbedring. Nasjonalt kunnskapssenter 2007

- **Verktøy for vedvarende forbedring** (8)
- **Sjekkliste som brukes før legemiddelgjennomgang** - vedlegg 2
- **Registreringsskjema ved legemiddelgjennomgang (LMG)** -vedlegg 3
- **Regneark for innlegging av data om antall faste medisiner, antall faste medisiner med påført indikasjon og antall pasienter med plan for legemiddelbehandling** - vedlegg 4

- **DRUID kartlegging (9).** Dette er en database med legemiddelinteraksjoner. Her kan du søke etter klinisk relevante legemiddelinteraksjoner ved å bruke norske preparatnavn/handelsnavn.
- **Postermaler: Mal for å lage poster der en viser fram sine resultater for de andre i læringsnettverket**
- **Veiledning med fokus på oppfølging av målinger, framdrift og implementering**

---

# Gjennomføring

---

---

## Oppstart

---

18.05.10: Brev fra Statens helsetilsyn med tilsagn om midler for oppstart høsten 2010.

17.06.10: Sonderingsmøte hos Fylkesmannen.

01.10.10: Et forberedende møte hos Fylkesmannen ble avholdt. Der deltok kommunalsjef og virksomhetsleder fra Skien, kommunalsjef for Helse og velferd og prosjektleder for utviklingssenteret for sykehjem i Telemark fra Porsgrunn, seksjon for kvalitetsutvikling og representanter fra Helsetilsynet. Her ble det gitt en kort informasjon om bakgrunnen for å etablere "Læringsnettverket" som bla. inneholdt en oppsummering av observasjoner Helsetilsynet i Telemark hadde gjort ved tilsyn om legemiddelbehandling i fire sykehjem.

På møtet kom det tydelig fram at kommunene måtte bidra økonomisk. Begge kommunene var motiverte for å delta, men de var samtidig opptatte av at læringsnettverket måtte tilpasses hverdagen i sykehjemmene og føre til bedre rutiner ved alle sykehjem i kommunen. Kommunene skulle delta med to sykehjem hver og to team fra hvert sykehjem. Teamene skulle bestå av 4-5 deltakere, hvorav det i hvert fall skulle være med lege, sykepleier og brukerrepresentant. Kommunene skulle også vurdere om tilsynsfarmasøyt skulle være representert i et team. Valgt sted for samlingene ble møtelokaler i St. Hansåsen sykehjem, utviklingssykehjemmet i Telemark. Det var også en klar dialog om sammenhengen mellom kommunal investering i læringsnettverket og det faglige utbyttet/resultater.

16.12.10: Det ble holdt et forberedende forankringsmøte med ledere og de fagfolkene fra Skien og Porsgrunn som var blitt plukket ut/spurt av virksomhetsleder om å delta i læringsnettverket. På møtet ble det lagt fram en skisse for læringsnettverket. Det var diskusjoner rundt utfordringer, hva det var viktig å vektlegge, ansvarsfordeling og tanker rundt felles forbedringsområde. Det ble også bestemt at topplederne skulle delta på første og siste samling.

I desember 2010 ble programmet til de påmeldte deltakerne sendt ut.

---

## **Brukermedvirkning**

---

Pasienter/brukere og pårørende har mye å bidra med i læringsnettverk, både når målene skal utvikles og tiltakene/endingene planlegges og gjennomføres (6). De vil kunne påvirke både dialogen og det å holde et positivt fokus. Det kan være vanskelig å få direkte brukererfaringer fra pasienter/beboere ved sykehjem da en stor andel har demens. Kommunene ble derfor oppfordret til å ta med bruker- eller pårørenderepresentant i teamene sine.

Tre av sykehjemsavdelingene hadde med en pårørende som brukerrepresentant, to av avdelingene delte den ene. En avdeling hadde med en bruker. De to siste sykehjemmene/avdelingene valgte å ivareta brukermedvirkningen på andre måter.

---

## **Deltakere i læringsnettverket**

---

Totalt deltok syv team på fellessamlingene. Skien valgte to institusjoner, som hver deltok med ett team; ett fra Gjerpen sykehjem og ett fra Gulset sykehjem. Porsgrunn valgte ut fem avdelinger fra fire institusjoner og det kom fem team; ett fra Borgehagen rehabiliteringssenter, ett fra Brevik sykehjem, ett fra Mule sykehjem og to fra St. Hansåsen sykehjem. I tillegg deltok tilsynsfarmasøyten i Porsgrunn kommune, og det var alltid en eller flere representanter fra Fylkesmannen til stede.

---

## **Fellessamlingene og oppfølgingssamlingen**

---

Det ble holdt forberedende samling og fem fellessamlinger i perioden fra 06.01.11 til 01.12.11 fra kl. 11.00-1500. Innholdet i fellessamlingene ble lagt opp etter fasene i Modell for kvalitetsforbedring, figur 1 (side 12):

0. Forberede og planlegge
  1. Planlegge
  2. Planlegge og kontrollere
  3. Utføre
  4. Kontrollere og standardisere
  5. Standardisere og spre

Alle samlingene ble holdt på Utviklingssykehjemmet for Telemark, St. Hansåsen i Porsgrunn og startet med felles lunsj som ble kombinert med en postervandring. Programmet bestod i hovedsak av presentasjon av postere/postervandring, tilbakemeldinger på hvordan arbeidsperioden hadde vært, presentasjoner av nyttige verktøy og metoder for å få til forbedringer i tjenestene, gruppearbeid og engasjerte plenumsdiskusjoner. På hver samling ble de arbeidsoppgavene teamene hadde mellom samlingene gjennomgått. Postermaler ble sendt ut til teamene som en hjelp til forberedelse til samlingene.



Samlingen 01.12.11 hadde utvidet deltakelse med representanter fra Helsetilsynet sentralt, kommuneoverlegene og lederrepresentanter fra Skien og Porsgrunn og deltakere fra de andre sykehjemmene i de to kommunene.

Leder av pilotprosjektet "Sikker legemiddelbehandling i sykehjem" i den Nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i Sandefjord deltok også, og hun hadde et innlegg.

---

## **Oppfølgingssamling**

---

27.04.12 ble det arrangert en ekstra oppfølgingssamling. Her deltok det representanter fra alle teamene unntatt Gulset som allerede i desember sa de ikke ønsket å delta. Fra Porsgrunn deltok i tillegg kommuneoverlegen og kommunalsjefen for omsorg. Samlingen varte i tre timer og vektla refleksjon rundt de siste målingene i avdelingene og hva som hadde hendt siden desember. Extranet, som brukes for målinger og presentasjon i pasientsikkerhetskampanjen, ble kort presentert. Kunnskapssenteret tilbød bistand til teamene for at de skal kunne begynne registrering på Extranet. Dette er en webbasert database der man kan registrere og følge resultater av forbedringstiltak, samt utveksle erfaringer med andre som er involvert i den Nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, I Trygge Hender.

St. Hansåsen sykehjem, som er utviklingscenteret for sykehjem i Telemark, har igangsatt arbeid for å implementere pasientsikkerhetskampanjens område "Sikker legemiddelbehandling i sykehjem" ved andre sykehjem i fylket. De deltar nå selv i et læringsnettverk med tre samlinger for utviklingscentrene i hele landet i perioden mars 2012 til oktober 2012. Planen er deretter videre spredning i Porsgrunn og de andre kommunene i fylket.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Fylkesmannen i Telemark og St. Hansåsen sykehjem vil snakke sammen for å finne ut om og hvordan erfaringene med læringsnettverket kan bidra i Pasientsikkerhetskampanjen "Sikker legemiddelbehandling i sykehjem" (10).

---

## **Veiledning**

---

Teamene hadde tilbud om veiledning av Seksjon for kvalitetsutvikling mellom fellessamlingene. Veilederens rolle var å motivere og inspirere, og å følge opp målinger, framdrift og implementering. Erfaringer fra andre læringsnettverk viser at veiledning er en viktig faktor for å lykkes (6).

---

## Dokumentasjon og målinger

---

Allerede på samlingen 06.01.11 ble teamene bedt om å ta utskrift/kopi av medisinlistene inkludert behovsmedisin for alle pasientene/beboerne pr. januar.

Seksjon for kvalitetsutvikling utarbeidet forslag til fellesmål, felles tiltak og felles registrering/målinger som ble drøftet på samlingen 18.02.11 og sendt ut 01.03.11. Det ble sammen med dette sendt ut regneark fra Excel for innlegging av data - vedlegg 4. Samtidig ble det sendt ut forslag til registreringsskjema for legemiddelgjennomgang - vedlegg 3. I tillegg ble det sendt ut en sjekkliste (vedlegg 2) i forhold til legemiddelgjennomgang i sykehjem. Denne sjekklisten ble utarbeidet ved Nygård sykehjem i Sandefjord i forbindelse med at de gjennomførte pilotprosjektet "Riktig legemiddelbruk i sykehjem" i pasientsikkerhetskampanjen (10).

Teamene laget postere etter maler som ble sendt ut før hver samling. Det som kommer fram i kapittelet "Erfaringer og resultat", er fra det teamene la fram i sine postere på samlingen 01.12.11. Alle teamene har fått anledning til å gå igjennom det som er skrevet om egne erfaringer og resultater for å kvalitetssikre disse i rapporten.

Noen av teamene utarbeidet egne mål og tiltak i tillegg til felles tiltakene. Dette er omtalt nærmere under det enkelte team i kapittelet om "Erfaringer og resultat".

---

# Erfaringer og resultat

---

## Resultat ved prosjektslutt 01.12.2011, samlet og fra det enkelte team

---

### Fellesmål:

Å sikre at pasientene får nødvendig og riktig legemiddel – behandling

### *Målinger/resultater:*

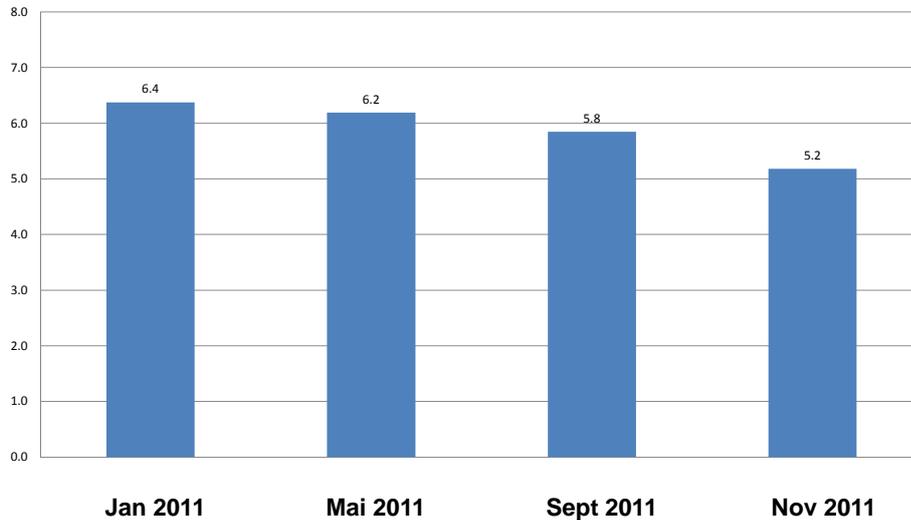
- Antall faste legemidler på hver beboer
- Andel faste legemidler hvor indikasjon er skrevet i legemiddellisten
- Andel av pasienter med plan for legemiddelbehandling
- Andre registreringer

Måleperioden var fra januar til desember 2011, og det ble foretatt fire målinger i perioden. Det ble ikke brukt statistisk prosesskontroll (SPC) fordi vi ikke hadde tilstrekkelig antall målepunkter. Den samlede oversikten ( neste side) viser resultatet fra seks av de syv sykehjemsavdelingene. St. Hansåsen har målinger fra to avdelinger. Gjerpen har ikke måling på antall medisiner og andel faste medisiner med indikasjon påskrevet fra januar 2011. Borgehagen er utelatt, da deres pasienter/brukere er inne kun på korttidsopphold, slik at det på måletidspunktene ville være fullstendig forskjellige pasienter som var med fra gang til gang. På de seks avdelingene hvor målinger foreligger var det til sammen 83 beboere pr. 01.12.11. Størrelsen på avdelingene var fra 6 til 20 beboere, så skifte av noen få beboere kan gi store utslag på målingene for den enkelte avdeling.

## Samlet resultat for seks av de syv deltakende avdelingene:

### Gjennomsnittlig antall faste medisiner

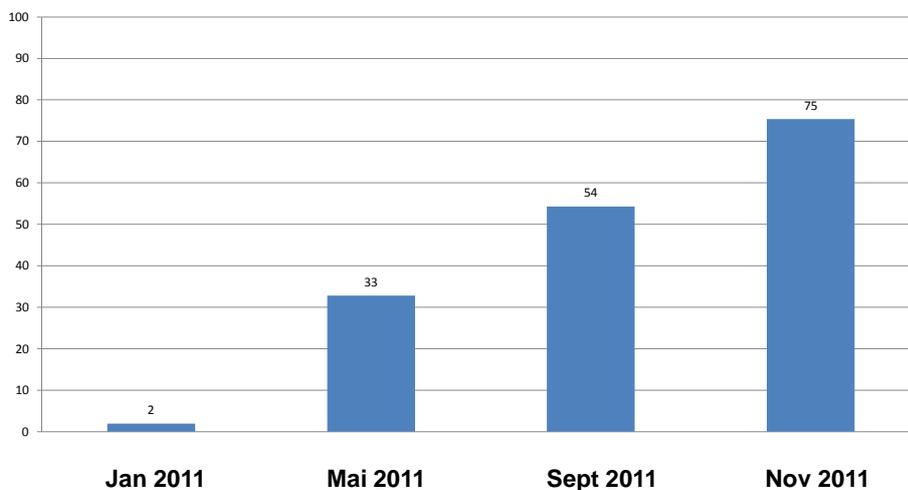
Beboere ved Gulset, Gjerpen, St.Hansåsen, Mule og Brevik sykehjem



Det ble i utgangspunktet ikke fokusert mye på å redusere antall medisiner, men allikevel gikk gjennomsnittlig antall faste medisiner ned fra 6,4 til 5,2 pr. beboer i prosjektperioden. Ved utregningen av statistisk signifikans er maitallene for Gjerpen også brukt i januar, noe som gir et snitt på 6,5. Ved bruk av t-test er det statistisk signifikant endring med  $p < 0,01$ .

### Andel faste medisiner med påskrevet indikasjon

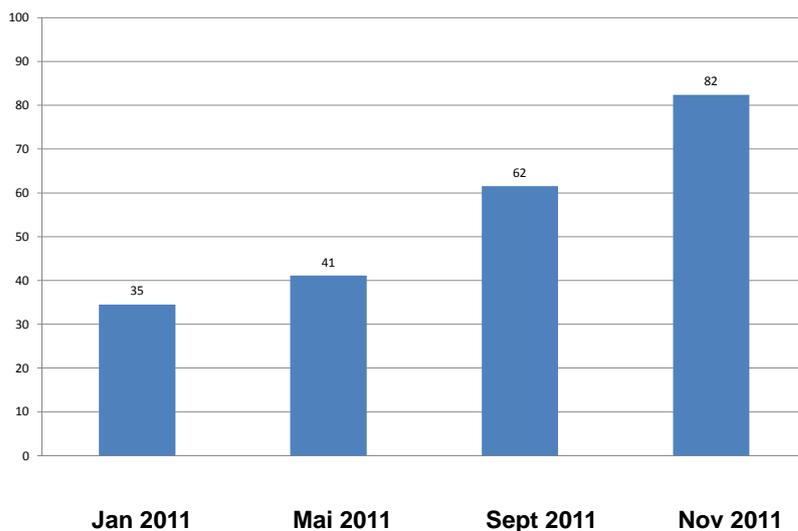
Beboere ved Gulset, Gjerpen, St. Hansåsen, Mule og Brevik sykehjem



Dette diagrammet viser at ved læringsnettverkets start i januar var det kun 2 % (avrundet fra 1,5 %) av beboerne som hadde påskrevet indikasjon på medikamentene. I desember var tallet økt til 75 %. Ved bruk av Chi-kvadrat test er det signifikant endring med  $p < 0,0001$ . Det at indikasjoner er påskrevet medikamentene bidrar til at hele personalgruppa lettere kan observere virkninger og bivirkninger i det daglige, slik at beboeren får det best mulig.

### Andel beboere med plan for legemiddelbehandling

Beboere ved Gulset, Gjerpen, St.Hansåsen, Mule og Brevik sykehjem



Andelen av beboere med plan for legemiddelbehandling steg fra 35 % til 82 %. Ved bruk av Chi-kvadrat test er det signifikant endring med  $p < 0,0001$ . Her registreres det hvordan legemiddelbehandlingen følges opp med fokus på observasjon og rapportering.

---

### Resultat 5 måneder etter prosjektslutt pr. 27.04.12

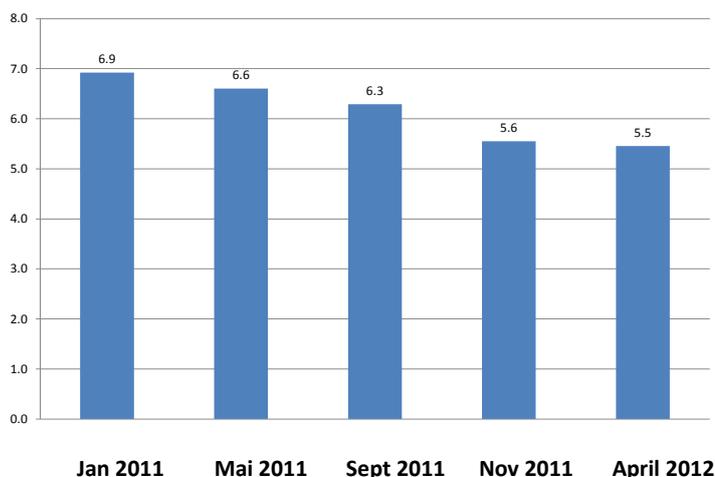
---

Målingene er foretatt i mars/april 2012. Gulset sykehjem er ikke med i disse målingene og tallene er basert på 68 beboere.

Det er signifikant endring i feil retning både på medisiner med indikasjon og på pasienter med plan. Dette indikerer at det er viktig å holde fokus på området og fortsette med målinger, noe de ble oppfordret til å gjøre i Extranet.

## Gjennomsnittlig antall faste medisiner

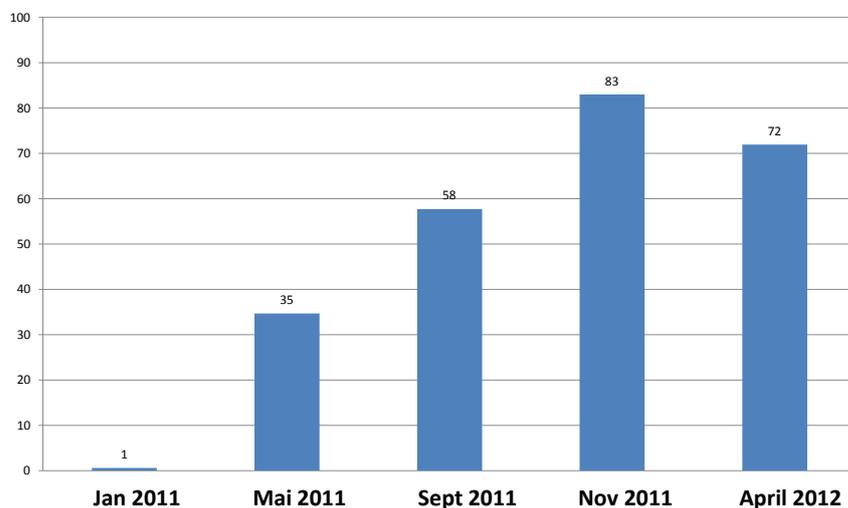
Beboere ved St. Hansåsen, Gjerpen, Mule og Brevik



Diagrammet viser at for de fem avdelingene er det endringer i antall faste medisiner. Gjennomsnittlig antall faste medisiner gikk ned fra 6,9 i januar til 5,6 i november 2011. Ved bruk av t-test er det statistisk signifikant endring med  $p < 0,01$ . Endringen fra 5,6 i november til 5,5 i april 2012 er ikke statistisk signifikant ved bruk av t-test.

## Andel faste medisiner med påskrevet indikasjon

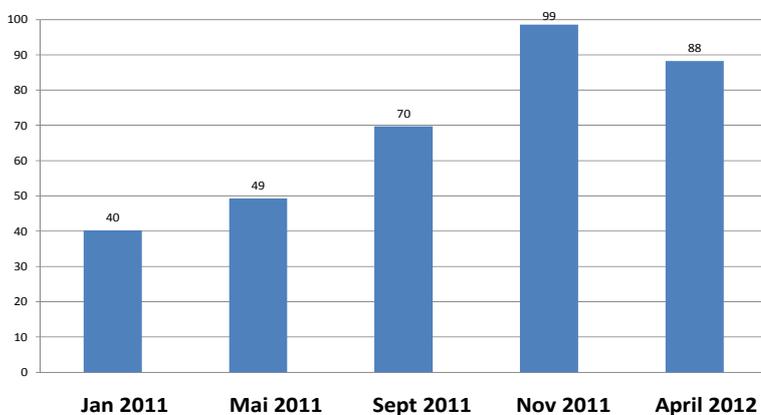
Beboere ved St. Hansåsen, Gjerpen, Mule og Brevik



Diagrammet viser at andel av medisiner med påskrevet indikasjon gikk fra 1 % (avrundet fra 0,5 %) til 83 % fra januar til november. Fra januar 2011 til april 2012 er endringen t fra 1 % (avrundet fra 0,5 %) til 72 %. Ved bruk av Chi-kvadrat test er det signifikant endring med  $p < 0,0001$ . Fra november 2011 til april 2012 gikk andelen ned fra 83 % til 72 %. Ved bruk av Chi-kvadrat test er det signifikant endring med  $p < 0,001$ .

## Andel beboere med plan for legemiddelbehandling

St. Hansåsen, Gjerpen, Mule og Brevik



Diagrammet viser at andel beboere med plan for legemiddelbehandling gikk fra 40 % i januar 2011 til 99 % i november. I hele perioden fra januar 2011 til april 2012 gikk endringene fra 40 % til 88 %. Ved bruk av Chi-kvadrat test er det signifikant endring med  $p < 0,0001$ . Fra november 2011 til april 2012 gikk andelen ned fra 99 % til 88 %. Ved bruk av Chi-kvadrat test er det signifikant endring med  $p < 0,05$ .

---

### Resultater fra de enkelte avdelingene

---

#### Brevik sykehjem

Porsgrunn kommune

Langtidsavdeling med 20 senger

Deltakere: Brukerrepresentant, avdelingsleder, ass. avdelingsleder og sykehjemslege.

**Målsetting:** Ha en tiltaksplan som er oppjustert i forhold til legemiddelbehandling med antidepressiva og antipsykotika.

**Tiltak:** Tiltak her er i forhold til både fellesmål og eget mål.

1. Det skal gjøres systematisk tverrfaglig legemiddelgjennomgang (LMG) innen to uker etter innleggelse, ved halvårskontroll/årskontroll
2. Sjekkliste skal fylles ut i forkant av LMG
  - Sjekkliste inn i tiltaksplan, eller videreutvikle kartlegging sykepleie.
  - Blir foreløpig ivaretatt med lege- og sykepleieobservasjoner
3. Knytte legemiddeltiltak opp mot emosjonelle tiltak som allerede er registrert i tiltaksplanen
  - Aktiv bruk av min historie

#### 4. Må ha indikasjoner på alle legemidler

### **Resultater**

**Fellesmål:** Tiltak 1, 2 og 4.

På Brevik sykehjem er gjennomsnitt faste medisiner endret fra 6,9 til 5,7 pr. beboer, mens andel faste medisiner med indikasjon påført har gått opp fra 0 til 79 % i samme periode. Andel beboere som har fått plan for legemiddelbehandling har økt fra 30 % til 100 %.

**Eget mål:** Brevik sykehjem har i hele perioden vært opptatt av hvordan gjennomførte forbedringer kunne implementeres i eksisterende dokumentasjonssystem og rutiner. Tiltak 3 på Brevik var å knytte legemiddeltiltak opp mot emosjonelle tiltak som allerede er registrert i tiltaksplanen.

- Aktiv bruk av min historie

Her følger et eksempel på en tiltaksplan i forhold til dette:

PSYKISK: Beskrivelse: Uro, startet med Sobril 10 mg middag og natt fra 01.12.2011  
Situasjon: Pasienten har vært urolig i en lengre periode, spesielt på ettermiddagen. Går mye rundt, roper og er usikker på hvor han er.  
Mål: Oppleve en bedre hverdag.  
Tiltak: 1. Emosjonell støtte Prate med pasienten – min historie  
Tiltak: 2. Legemiddelbehandling  
Sobril 10 mg  
Ønsket virkning: Roligere stemningsleie  
Bivirkning – døsigheit  
Halveringstid: 10-15 timer  
Rapport: Skriver rapport knyttet opp mot det aktuelle tiltaket

### **Resultater 5 mnd. etter prosjektslutt 27.04.12:**

Brevik sykehjem har i hele perioden hatt 20 beboere. Gjennomsnitt faste medisiner er endret fra 6,9 til 5,7 pr. beboer fram til november 2011. I april 2012 var tallet 6,3, mens andel faste medisiner med indikasjon påført gikk opp fra 0 til 79 % til november og tilbake til 57 % i mars. Andel beboere som har fått plan for legemiddelbehandling økte fra 30 % til 100 % til november og hadde en tilbakegang til 75 % i mars. Fra november 2011 til slutten av mars 2012 fikk de syv nye beboere. De sier selv at de kunne vært flinkere til å holde fokus, men det er mye som skal ordnes når det kommer nye inn og det er viktig å få alt til å henge sammen i en helhet. Avdelingen er godt i gang med det som skal gjøres. I perioden har de fått inn en vikar for den vanlige sykehjemslegen og har oppdaget hvor mye legen har å si for flyten med medikamenthåndteringen. De har i samme periode mistet sin aktivitør noe som påvirker aktiviseringen av beboerne. Brukerrepresentanten har hele tiden



gitt tilbakemelding om hva som er viktig informasjon for pårørende og hva personalet trenger å vite for å kunne gi en god behandling.

Det å lage tiltaksplaner går bra, her skriver de også inn hva som det er viktig å observere. I tillegg har de fått sjekklista inn på data. Implementeringen på resten av sykehjemmet har ikke kommet så langt. De vil gjerne ha et ordentlig undervisningsopplegg.

## **Mule sykehjem**

Porsgrunn kommune

Langtidsavdeling med 19 senger

Deltakere: Brukerrepresentant, avdelingsleder, ass. avdelingsleder, sykepleier og sykehjemslege.

**Målsetting:** Har fellesmålet som målsetting.

**Tiltak:** Samme tiltak som under fellesmålet.

Avdelingen hadde i forkant av læringsnettverket både årlige gjennomganger, og observasjonsskjemaer for oppfølging av beboerne når de ble satt på nye medikamenter, eventuelt om medikamenter ble seponert. Avdelingen benyttet seg også av DRUID kartleggingen, og de hadde allerede et fokus på kvalitetssikring av medikamenthåndtering.

## **Resultater**

**Felles mål:** På Mule sykehjem er gjennomsnitt faste medisiner endret fra 6,0 til 4,8 pr. beboer, mens andel faste medisiner med indikasjon påført har gått opp fra 0 % til 91 % i samme periode. Andel beboere som har fått plan for legemiddelbehandling har økt fra 67 % til 94 %. Her er det et eksempel på endringer i medisinerings:

<b>Fast – medisiner på Mule</b>		
	<b>Målinger pr. 1. april 2011</b>	<b>Målinger pr. 15. nov. 2011</b>
Opioider	46,6 %	37,5 %
Paracetamol	60,0 %	50,0 %
Hjertemedisin	53,3 %	25,0 %
Blodfortynnende	26,6 %	12,5 %
Angstdempende	60,0 %	56,3 %
Antidepressiva	46,6 %	31,3 %
Antipsykotika	6,6 %	18,8 %
Sovemiddel	26,6 %	25,0 %
Gatromidler	6,6 %	18,8 %
Avføringsmidler	60,0 %	41,2 %
Demensmidler	20,0 %	6,3 %

## **Resultater 5 mnd. etter prosjektslutt 27.04.12**

Antall beboere som er inkludert i målingene har vært fra 15-17, brukere på korttidsplass ikke er tatt med. Gjennomsnittlig faste medisiner er endret fra 6,0 til 4,8 pr. beboer fram til november 2011. I april 2012 er tallet 3,1. Hovedtyngden av nedgangen skyldes at de har hatt turnover på beboerne i perioden. Blant de 9 som har bodd på Mule hele tiden er snittet sunket fra 5,3 til 4,5.

De har i hele perioden hatt bevissthet rundt observasjoner og type medisiner som blir brukt. Fokuset er på at beboerne skal ha de riktige medisinene, ikke at de skal ha færrest mulig. Andel faste medisiner med indikasjon påført gikk opp fra 0 % til 91 % fram til november og er nå på 100 %. Og alle beboere, 100 %, har ved avslutning av læringsnettverket plan for legemiddelbehandling.

Læringsnettverket har gitt enklere verktøy til kartlegging av beboerne, og har medvirket til bedre rutiner for kvalitetssikring for medikamenthåndtering gjennom LMG skjemaene. Nye medisinarke for Kardex, der indikasjonsfeltet har kommet med, har vært nyttig i kartleggingen. Indikasjoner settes på plass så fort nødvendig informasjon om beboerne er tilgjengelig.

### **Innhold LMG på Mule sykehjem:**

- \* Innkost på første mulige legevisitt
- \* Medisinlisten gjennomgås sammen med pasientens diagnoser og informasjon om helsetilstand
- \* Det tas en innkoststatus i form av blodprøver og evt. andre aktuelle prøver
- \* Det skrives indikasjon i indikasjonsfeltet
- \* Deretter settes pasienten opp igjen om 6 mnd, eller før hvis det gjøres endringer på medisinlisten til pasienten som krever oppfølging
- \* Etter 6mnd, gjøres LM, evt. med nye blodprøver ved behov
- \* Deretter settes det opp en dato om 6mnd. for ny årlig gjennomgang
- \* Vi bruker observasjonsskjema ved all oppstart og seponering av medikamenter
- \* Ved sykdom eller andre grunner for tidligere gjennomgang enn ved 6 mnd, settes det opp ny LMG etter behov, men ikke seinere enn 6 mnd

Mule arbeider med implementering i de andre avdelingene og har planer om å komme i gang med denne prosessen i mai 2012, da de av ulike årsaker ikke har hatt mulighet til å ta tak i dette tidligere. Læringsnettverket har gitt en ny bevisstgjøring og fokus, som de kommer til å jobbe videre med.

### **Borgehagen rehabiliteringssenter**

Porsgrunn kommune

Døgnrehabilitering med 15 senger

Deltakere: Brukerrepresentant, avdelingsleder, vernepleier og sykehjemslege.

Borgehagen rehabiliteringssenter fant tidlig ut at det var utfordrende og ga lite mening å bruke fellesmålingene og fellestiltakene som resten av læringsnettverket uten videre bearbeiding. Avdelingen skifter brukere hyppig i forhold til en langtidsavdeling. På hvert måletidspunkt ville det ikke være de samme brukerne som ble målt.

### **Målsetting: Reduksjon i antall fall pga riktig medisinbruk.**

Bedre balanserresultater. Riktige medisiner, til riktig bruk og tid.

#### **Tiltak:** Fellestiltak (tilpasset Borgehagen):

- Det gjøres systematisk tverrfaglig legemiddelgjennomgang (LMG) på alle brukere innen en uke, tverrfaglig med alle faggruppene til stede.
- Har laget egen sjekklister som fylles ut i forkant av LMG
- Det må jobbes mer med forankring hos alle for at hver bruker skal ha en plan for oppfølging av legemiddelbehandling med fokus på observasjon og rapportering av virkning/bivirkning

**Egne tiltak:** Bedre balanse, ved bedre medisinoppfølging.

### **Resultater**

#### **Fellesmålinger:**

- Antall faste legemidler på hver bruker  
*Har ikke noe for seg hos oss, bedre og se på seponert og ny oppstartet, siden det er nye brukere ved hver måling*
- Andel faste legemidler hvor indikasjon er skrevet i legemiddellisten  
*Målet er å skrive det ved nyoppstartet medisin*
- Andel av brukere med plan for legemiddelbehandling
- Andre registreringer: *Det blir gjort DRUID kartlegging på alle, også ved endring av medisiner*

#### **Egne tiltak:**

- DRUID kartlegging på alle
- Indikasjon på alle ny oppstarta medisiner
- Tiltaksplan på alle medisinendringer
- Tverrfaglig diskusjon rundt bruk f.eks av smertestillende og beroligende
- Melding til fastlege i sluttrapport

### **Resultater 5 mnd. etter prosjektslutt 27.04.12:**

De mener de har hatt utbytte av å være med, selv om de er en form for korttidsavdeling. Mye av nytteverdien har bestått i å være med å dele erfaringer og diskutere på samlingene, og de ville valgt å delta igjen.

Det tok tid før de fant ut hva de skulle gjøre. Sjekklista de hadde fra tiden før læringsnettverket har fått inn en del nye punkter. De har fått et fokus på å sette på medisindikasjoner og tar nå DRUID kartlegging på alle.

Viktigheten av engasjement og deltakelse hos legene er også viktig her. De har ikke kommet ordentlig i gang i forhold til tiltaket bedre balanse, men de er i ferd med å få til noe nå. De har fått formidlet mange av erfaringene og tankene videre til sykehjemsavdelingen på samme sted. Det går mye tid med til å finne ut av hvilke medisiner brukerne egentlig skal ha ved innskriving i avdelingen. Dette gjelder særlig når brukerne har vært innskrevet på sykehus, deretter vært hjemme et par dager for så å bli innlagt.

## **St. Hansåsen sykehjem**

Porsgrunn kommune 2 avdelinger

**2A** Avdelingen var fram til september en korttidsavdeling med 13 senger. I slutten av september ble den en skjermet avdeling med 7 senger.

Deltakere: Brukerrepresentant, avdelingssykepleier og sykepleier

**2C** Skjermet avdeling med 7 senger

Deltakere: Avdelingsleder og sykepleier

Fra St. Hansåsen deltok ikke sykehjemslegen i læringsnettverket, noe som påvirket arbeidet med målene og tiltakene i læringsnettverket.

**Målsetting:** Alle beboere får tverrfaglig LMG ved hjelp av sjekkliste og DRUID kartlegging innen 2 uker etter innleggelse og ved årskontroll. Alle beboere skal ha tiltak for oppfølging av legemiddelbehandling i dokumentasjonssystemet Gericca.

## **Resultater**

**2A** Alle beboerne har tiltak i tiltaksplan ang. medikamentell behandling og observasjon av virkning/bivirkning. Alle har ny DRUID kartlegging. Det er foretatt en årskontroll uten bruk av sjekkliste. Alle beboerne har fått sjekkliste hvor sykepleierne har startet med utfylling av data.

På avd. 2A er gjennomsnitt faste medisiner endret fra 9,1 til 6,6 pr. beboer. Mye av nedgangen har bakgrunn i at avdelingen ble en skjermet enhet med 7 senger istedenfor en korttidsavdeling med 13 senger. Andel faste medisiner med indikasjon påført gikk opp fra 2 % til 30 % i samme periode. Det jobbes jevnlig med dette på legevisitten. Andel beboere som har fått plan for legemiddelbehandling har økt fra 82 % til 100 %.

**2C** Alle beboerne har tiltak i tiltaksplan ang. medikamentell behandling og observasjon av virkning/bivirkning. DRUID kartlegging blir tatt ved medisinendringer. Sjekkliste ligger til bruk ved årskontroll. På avd. 2c er

gjennomsnitt faste medisiner endret fra 5,3 til 8,0 pr. beboer, mens andel faste medisiner med indikasjon påført har gått opp fra 0 % til 96 % i samme periode. Andel beboere som har fått plan for legemiddelbehandling har økt fra 67 % til 100 %.

### **Resultater 5 mnd. etter prosjektslutt 27.04.12:**

**2A** Det har vært stor turnover i avdelingen fra september 2011 til april 2012 da det har vært 6 dødsfall. Nedgangen har fortsatt på andel faste medisiner fra 6,6 til 6,3 mellom desember og april, mens andel faste medisiner med indikasjon påført nå er på 18 %, mot 30 % i desember. Andel beboere med plan for legemiddelbehandling er fortsatt på 100 %. Planen er klar i løpet av en uke etter innleggelse, primærsykepleieren har ansvar for dette. I dagens prosedyre er det lagt opp til legemiddelgjennomgang en gang pr. år.

**2C** Målingene er i perioden gjort på 6 beboere, unntak er septembermålingen 2011 hvor det var 7. Gjennomsnitt faste medisiner er endret fra 5,3 til 8,0 pr. beboer fram til november 2011, mens det i mars/april 2012 er 7,5. Dette nivået på medisiner mener de er et riktig nivå hos dem. Andel faste medisiner med indikasjon påført har gått fra 0 % til 96 % til november og ned til 80 % i mars/april. Andel beboere med plan for legemiddelbehandling økte fra 67 % til 100 % fram til november, mens andelen i mars/april var på 67 %. 1 beboer utgjør her 16,7 %. 2C fikk 2 nye beboere rett før målingen i mars/april, noe som ga dette utslaget. Halvårlig LMG har så langt ikke blitt systematisert. De mener dette vil bli enklere når det er mulig å gjøre det i dokumentasjonssystemet Gerica.

På St. Hansåsen sykehjem ble det i avdelingene hengt opp plakat/poster med informasjon om læringsnettverket. De fikk ingen henvendelser fra pårørende i forhold til denne. Men deres brukerrepresentant var en interessert og engasjert deltaker i læringsnettverket.

### **Gulset sykehjem**

Skien kommune

Sykehjemmet har 112 senger; 2 skjermede avdelinger, 3 bokollektiv og 1 sykehjemsavdeling. Målingene er foretatt i 4. etasje på 15 beboere, en demensavdeling.

Deltakere: Kvalitetsleder, sykepleier og sykehjemslege.

### **Målsetting og tiltak:**

- Systematisk gjennomgang av legemidler for alle beboerne, først og fremst i 4. etasje. Det gjelder også nye beboere i 4. etasje, det blir gjort av sykehjemslegen og sykepleier.
- Alle skal dokumentere virkning og bivirkning på eventuelt skjemaet.
- Skal sjekke antall faste legemidler på hver beboer - januar-mai-september-desember.

- Følge opp månedlig at virkning/bivirkning av eventuelt medisin blir dokumentert.
- Ha fokus på bruk av eventuelt medisiner- da spesielt bruk av Sobril. Måle om bruken har gått ned etter at avdelingen begynte og jobbe med miljøterapi.

## **Resultater**

**Fellesmål/egne mål:** På Gulset sykehjem er gjennomsnitt faste medisiner endret fra 4,0 til 3,5 pr. beboer, mens andel faste medisiner med indikasjon påført har gått opp fra 13 % til 19 % i samme periode. Andel beboere som har fått plan for legemiddelbehandling er 7 % i november. Når det gjelder ajour plan i forhold til dokumentasjon er dette stabilt med inntil 3 beboere. Dette er noe avdelingen kommer til å jobbe videre med etter at læringsnettverket er over. Halvårskontroll og helårskontroll er ikke påbegynt pga at sykehjemmet er inne i en omstillingsperiode og har hatt mye fokus på dette. Målet er å begynne med kontrollene etter nyttår. Helårskontrollene vil bli i januar/februar og halvårskontrollene i juli/august.

Angående eventuelt medikasjon er det kun foretatt 3 målinger da de ikke fikk begynt med dette før i mai. Første måling ble gjort over lang tid og de tok da med alle eventuell medikasjon fra januar til mai. (Noen beboere ble målt over kortere periode da de ikke hadde fått evt. medikasjon før for eksempel i mars) Over en lengre periode hadde det til sammen blitt delt ut 337 tabletter til beboerne på avdelingen, men kun 53 av dem hadde det blitt dokumentert effekt på. De har derfor hatt økt fokus siste halvåret på å dokumentere effekten av eventuell medikasjon. I perioden 1. september til 1. november ble det delt ut 85 tabletter hvorav det ble dokumentert effekt på 41, dvs. 48 %. Det ønskes en fortsatt økning her og det vil fortsatt være fokus på rutineene rundt dette helt til det blir en "vane" at alle husker å dokumentere effekten.

Når det gjelder bruken av Sobril på avdelingen hadde det fra januar til mars 2011 blitt delt ut 45 Sobril. Nye 3 mnd ble målt fra august til november, 104 Sobril ble da delt ut. (To av beboerne var under atferdskartlegging og hadde derfor fått 25 Sobril hver i løpet av denne tiden, noe som gjør at summen blir høy). Om man ser bort fra disse to, og går nøyere inn på hver enkelt, ser en at totalt har behovet for Sobril gått ned. En grunn til dette kan være at personalet er mer bevisste på bruken av miljøterapi. Det kan nevnes at Sobril ofte blir brukt som sovemedisin hos beboerne på avdelingen og at bruken økes ytterligere pga av dette. Det som er interessant med kartleggingen er at en fort ser hvilke beboere som muligens bør få for eksempel Sobril på fast basis istedenfor eventuell basis da det kommer frem at de har behov for ekstra Sobril hver dag.

## **Resultater 5 mnd. etter prosjektslutt 27.04.12:**

De deltok ikke i denne samlingen og hadde ingen målinger med her.

## **Gjerpen sykehjem**

Skien kommune

Sykehjemmet har 62 senger, målinger er foretatt på en avd. med 20 beboere. Deltakere: Kvalitetsleder, fagutviklingssykepleier, spesial sykepleier og sykehjemslege.

**Målsetting og tiltak:** Sykepleierne har klart definert hvilke oppgaver som må gjøres i forhold til nye beboere (før legevisitt), for igjen å kunne ta en best mulig vurdering av medisineren. En kopi av sjekkpunkter:

- Gi ut intervju skjema, tjenestebeskrivelse og andre relevante brosjyrer til beboer eller evt. pårørende
- Bestille blodprøver
- Sortere journalpapirer etter vårt system
- Ta MMS (Mini Mental Status) der det er relevant
- Fyll ut BARTHEL score skjema (Barthel Index er en funksjonstest som er utviklet for å måle endringer i selvhjelpenhet)
- Sjekk medisinaliste i [www.interaksjoner.no](http://www.interaksjoner.no) (DRUID kartlegging)
- Fyll ut det som er mulig i LMG (legemiddelgjennomgang)

Det samme gjelder i forkant av årskontrollene. Her er kopi av sykepleiernes sjekklister før årskontroll:

- Vi avtaler med legen hvem det skal utføres årskontroll på
- Invitere pårørende (etter pasientens samtykke) til samtale på legevisitt / evt. på et senere tidspunkt
- Ta MMS og LMG
- Alle resultater legges klar til legevisitten

## **Resultater**

### ***Fellesmål:***

Det er utført systematisk tverrfaglig legemiddelgjennomgang (LMG) på alle nye etter mai 2011 (4 beboere), og på årskontroller tatt etter mai 2011 (13 stk) Sjekklister er fylt ut på 17 beboere i forkant av LMG så langt.

På Gjerpen sykehjem er gjennomsnitt faste medisiner endret fra 6,8 til 5,0 pr. beboer i perioden mai til desember. I samme periode har andel faste medisiner med indikasjon påført har gått fra 99 % til 100 %. Alle beboere, 100 %, har plan for legemiddelbehandling i november.

### **Resultater 5 mnd. etter prosjektslutt 27.04.12:**

Gjerpen har gjort målinger på 20 beboere hver gang. De mener det går rette veien og har hele tiden hatt fokus på det de skal gjøre. De har brukt de verktøyene de har på årskontrollene. De har vært opptatt av tverrfaglig samarbeid og brukermidvirkning. Både beboere og pårørende får bla. tilbud om å delta på årskontrollene. Pårørende blir dessuten informert ved større medisinske endringer dersom det er aktuelt.

Gjennomsnitt faste medisiner er endret fra 6,8 til 5,0 pr. beboer i perioden mai til desember 2011. Fram til mars/april 2012 har snittet fortsatt nedover til 4,7. Legene er bevisste på å fjerne medisiner når de prøver noe nytt. I samme periode har andel faste medisiner med indikasjon påført gått fra 99 % til 100 % til november og ned til 95 % i mars/april 2012. Alle beboere har plan for legemiddelbehandling i november og 95 % har det i mars/april.

Gjerpene har et fagsykepleieteam, noe som de mener er sterkt medvirkende til sine resultater. De er dessuten flinke med miljøtiltak for beboere, noe de også var før deltakelse i læringsnettverket. De ønsker seg mer i verktøykassa for ikke medisinske tiltak.

De har fått til implementering på hele sykehjemmet (62 senger). Det er en annen lege på sykehjemmets resterende del som har gått inn i og ivaretatt dette arbeidet på en god måte. Legene sjekker alltid medisinene når de er på avdelingene.

---

### **Erfaringer med læringsnettverket.**

---

Antall deltakere på samlingene lå på ca. 25 hver gang. De fleste var sykepleiere. I tillegg deltok det sykehjemsleger, brukerrepresentanter, en vernepleier, en tilsynsfarmasøyt og representant(er) fra Fylkesmannen. Gruppens størrelse gjorde det enkelt å få til diskusjon og dialog i plenum, noe som bidro til viktig erfaringsdeling og meningsutveksling. På første og siste samling deltok ledere fra begge kommuner, noe som er vesentlig i forhold til å forankre prosjektet i kommunene og for å kunne videreføre i egen virksomhet og spre til andre virksomheter etter prosjektperioden.

En gruppe som ikke var direkte representert i læringsnettverket var helsefagarbeiderne. De har en viktig rolle på sykehjem. Det er ofte de som omgås beboerne mest i det daglige, og de har gode muligheter til å observere og kan være sterke pådrivere i forhold til medisineringsarbeid.

Teamene hadde mulighet til å få veiledning mellom samlingene. Tilbudet ble i liten grad benyttet, da det viser seg at det kan være vanskelig å prioritere i en travel hverdag. Men veiledningen ble allikevel opplevd som støttende og nyttig. Det var alltid minst en kontakt mellom teamene og veilederne i mellomperioden, som oftest på telefonen. Initiativet til kontakt ble i hovedsak tatt av veileder.

Deltakerne hevder samlingene har vært viktige for å komme så langt og oppnå de resultatene de har gjort. Det å dele erfaringer og ideer legger et godt grunnlag for læring. Noen opplevde læringsnettverket som en lang prosess før de kunne jobbe med sine mål. Ett team fremhever postervandringer som positivt for å kunne si hva en selv drev med og se hva de andre gjorde, ett annet mener det er en stor styrke å være to deltakere fra samme avdeling, det forenkler forbedringsarbeidet.



Læringsnettverket har fått dem til å se at det en setter fokus på lettere kan endres og forbedres, og har bidratt til en grundig gjennomgang av inntakstrutiner og gjennomgang av medisiner. Flere opplever at ”Modell for kvalitetsforbedring” er nyttig og kan brukes også på andre områder.

Det å utvide læringsnettverket med en ekstra oppfølgingssamling vil vi hevde hadde stor nytteverdi. Erfaringer som er gjort med læringsnettverk viser at de ofte går over for kort tid, og man vet lite om hva som skjer når forbedringene skal implementeres i daglig drift(6).

I forhold til videre implementering/spredning må det å forbedre kvaliteten på medikamentbehandlingen legges fram slik at folk opplever det som nyttig. Og gjerne slik at de også opplever gleden ved å gjøre det. De gode resultatene bør framheves. Denne implementeringen er kanskje den mest utfordrende delen av arbeidet.

### **Brukermedvirkning.**

De tverrfaglige teamene ble oppfordret til å ha med seg bruker-/ pårørenderepresentant i teamet sitt. Fem av sju team hadde med en representant. En av representantene var pårørende/deltaker for to avdelinger. Alle sju avdelinger har vært opptatt av å få fram brukerstemmen i sitt arbeide. Dette er noe av det de ulike avdelingene har gjort:

- Har holdt løpende kontakt med brukerrepresentanten og forsikret seg om at det en gjør har verdi for representanten som pårørende.
- Det har vært rom for meninger og innspill. Det er informasjon ved seponering og oppstart av nye medikamenter. Vi tar pårørende på alvor.
- Vi har inntakst samtale med alle nye beboere sammen med aktuelle pårørende og tilbyr samtale med pårørende på årskontroller. Vi informerer beboer / pårørende i etterkant av legevisitt der det er relevant og har et aktivt lyttende øre til beboer og pårørende i forhold til medisineringen.
- Pårørende har deltatt på de fleste møtene i nettverket.
- Pårørende ble invitert, men har ikke møtt pga ulike årsaker.
- Økt fokus på medikamenthåndtering på pårørendemøter.
- Pårørende informeres ved endringer av medikamenter.
- Pårørende tilbys samtale med lege.

En av brukerrepresentantene opplevde at det var vanskelig å kunne være kritisk uten nødvendig faglig bakgrunn, allikevel opplevde representanten seg som en deltaker, følte seg ikke utenfor. Vedkommende synes det virket lettere for en annen brukerrepresentant å uttale seg med bakgrunn i at denne representanten hadde en helsefaglig bakgrunn. En annen representant synes også han ble sett og hørt, selv om vedkommende primært mener at medisinerer er et sykepleier/lege ansvar. Vedkommende opplever at det økede fokus på medikamentbehandling påvirker beboerens livskvalitet positivt. Det var ikke avklart og avtalt noen godtgjørelse for å

delta som brukerrepresentant i læringsnettverket. Dette ble opplevd som uheldig av en av deltakerne da vedkommende måtte ta fri fra jobben uten lønn for å delta på samlingene.

### **Viktigste forutsetninger for at vi når målene og utvikler videre forbedringer i daglig drift.**

Teamene presenterer flere viktig forutsetninger for at de skal klare å fortsette med forbedringsarbeidet i daglig drift:

- Ser at beboerne har nytte av det.
- Forankring hos ledere og sykehjemslegene.
- Godt tverrfaglig samarbeid. Flere enn leder og de som har vært i gruppa, må føle eierskap i prosjektet og se nytten av medisinoppfølgingen.
- Alle må fortsette å ha fokus etter prosjektperioden, ha det som tema på faste sykepleiemøter, legemøter og teammøter.
- Legemiddelbehandling må kunne brukes i det dokumentasjonssystemet som er.
- Få integrert dette inn i eksisterende system, vi har mange andre skjema allerede som skal inneholde samme opplysninger som i LMG (få samkjørt dette mer, unngå dobbeltføringer)
- Skjemaer er laget for oppfølging av oppgaver som skal gjøres og disse må brukes.
- Effekt av opplæring – Demens ABC
- Tekniske ferdigheter, tiltaksplan.
- Kulturendring?
- Viktig med oppfølging fra veileder etter f. eks 6 måneder.
- Få dette ut til de andre institusjonene, obs. mange har allerede etablert gode system som de har like stor klokketro på som det vi har på vårt.

### **Hva er de viktigste faktorene som hemmer måloppnåelse.**

I hverdagen i den enkelte virksomhet er det alltid en utfordring å klare å holde fokus og få gjort det en vet er nødvendig for å nå de målene en har satt:

- Tid.
- Dårlig planlegging.
- Mangel på involvering.
- Lite motiverte medarbeidere.
- At det ikke blir en prioritert oppgave.
- At det blir en teoretisk kartlegging som ikke blir brukt i hverdagen.
- Dårlig vedlikehold i arbeidet.
- Blind for nytteverdier – ser ikke mening.
- Eksisterende gode rutiner og systemer som enkelte vil mene fungerer vel så bra?
- For mange skjemaer å følge opp?

- Folk jobber turnus.
- Ha mål som er vanskelige å måle.
- Ofte bytte av pasienter, vanskelig å følge oppgaver i læringsnettverket.
- Lav legedekning.
- For stor andel ufaglærte vil redusere forståelsen og fokuset på legemiddelbehandling.

### **Hva vi vil gjøre for å bidra til spredning.**

Her er innspillene fra de ulike tverrfaglige teamene samlet og systematisert:

#### **Egen avdeling**

- Informere på rapporter.
- Lage mal for opplæring.
- Ukens tema og fokusområder.
- Bruke postere i informasjon.

#### **Virksomheten**

- Informere ledere.
- Internundervisning – sykehjemmet.
- Bruke sykepleiemøtene til undervisning på Huset.
- Felles mal for opplæring.
- Felles sykepleiemøter med fokus på medisnbruk til pasienter.
- Informere på ledermøter, sykepleieforum, avdelingsmøter, postmøter og VAMU

#### **Kommunen**

- Kommunal nettverkssamling.
- Vi har allerede informert om arbeidet til sykehjemslegene og ledere (institusjon) i Skien kommune.
- Vi blir gjerne med å informere til andre institusjoner.
- Blir med i arbeidet med å samkjøre alle skjemaene, slik at vi unngår dobbeltføringer.

På samlingen 01.12.11 hadde Porsgrunn kommune og Skien kommune et gruppearbeid sammen med en representant for ledelsen i kommunene i forhold til hva som var viktig å tenke på i videreføring – og spredningsarbeidet.

Her kom viktigheten av å ta seg tid til å reflektere over kvaliteten på tjenestene i det daglige fram, selv om en har det travelt. Noe annet som ble foreslått var å presentere det enkelt slik at folk får lyst til å jobbe med forbedringsarbeid. Ikke minst det å bruke gode pasienthistorier kan være motiverende i forhold til å forbedre tjenestene.

## **Det som har gitt oss mest inspirasjon gjennom nettverket.**

Dette er noen av tilbakemeldingene fra deltakerne i læringsnettverket i forhold til hva som motiverer:

- Vissheten om at man jobber for å bedre kvaliteten til den enkelte bruker på et område som er utrolig viktig.
- At riktig legemiddelbehandling har fått større fokus og at forståelsen for at miljøbehandling er merkbart større.
- Drar nytte av hverandres erfaringer og kunnskaper.
- Det og være sammen med samme faggrupper på samlingene.
- Det motiverer å jobbe i felleskap, høre hverandres erfaringer, og høste det beste fra andre. Positivt med diskusjoner og høyde under taket.
- God oppfølging og tilbakemeldinger fra veilederne.
- Det at man ser resultater, i form av metoder som fungerer i praksis.
- Vi får orden og systematikk i forhold til medisiner i enheten.
- Blir mer bevisste på indikasjoner og interaksjoner.
- Vi er raskere til å tenke på om det har vært medisinske endringer hvis det blir forandringer i pas helsetilstand.
- Vi ser at det nytter å ha fokus – blant annet nedgang på faste medisiner.
- Moro å være med på å utforme en felles plattform for hvordan vi bør håndtere dette.
- Kunnskaper fra foredragsholdere.
- Har lært en del nytt om medisiner og verktøy som kan brukes.
- Vi har fått et godt kartleggingsverktøy.
- God mat og mye humor.

---

# Diskusjon

Det å få praksis mer sammenfallende med faglig kunnskap og myndighetskrav på området legemiddelhåndtering/legemiddelbehandling var en del av hensikten med læringsnettverket. Om læringsnettverk har større effekt enn tradisjonelle tilsyn kan vi ikke si noe om, men det ble oppnådd flere positive resultater i den enkelte virksomhet. Teamene ble spurt om de kunne tenke seg andre måter å få til de samme resultatene på, men det har ikke kommet fram noen forslag.

## **Resultatene har sine begrensninger i forhold til:**

- Antall beboere som blir målt
- Små enheter hvor utskiftninger gir store utslag
- Målingene omfatter ikke alle de samme pasientene hver gang

## **Annet som påvirker resultatene:**

- Grad av involvering av sykehjemslegen ved virksomheten
- Utskifting av personale
- Personalets kompetanse
- Omorganiseringer
- Tid og prioriteringer

Å oppnå tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner er noe en ønsket å få til. Det var i hovedsak sykepleiere i teamene. I enkelte av teamene var sykehjemslegene til stede på samlinger og det var et godt samarbeid i det daglige. I andre team var legen kun med på enkelte samlinger, men arbeidet nært i det daglige. To team hadde lite involvering av sykehjemslegen og dette påvirket deres arbeid i stor grad. Ett annet team opplevde å få inn vikar for sin vanlige kjente og erfarne sykehjemslege, og det var da de oppdaget hvor mye vedkommendes innsats betydde for resultatene. Helsefagarbeidere er mye sammen med og observerer beboerne/pasientene i det daglige og de burde sannsynligvis vært representert. Farmasøyt er en svært begrenset ressurs i kommunene og de teamene som hadde anledning til å jobbe nært med henne opplevde det som meget viktig for å bedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen.

Det var fire brukerrepresentanter som deltok i læringsnettverket. Tre var pårørende og en var selv bruker av tjenestene. Erfaringene som ble gjort tilsier at det er helt nødvendig å avklare hvorfor de deltar, hvem de representerer og hva som blir

forventet dem. En annen sak som bør avklares på forhånd er hvordan en godtgjør evt. tapt arbeidsfortjeneste og reisevei. Slik det nå var, opplevde en at vedkommende skulle hatt fagbakgrunn for å delta i diskusjonene. Hensikten med brukerrepresentasjon skulle også vært tatt opp og drøftet med teamene slik at deltakelsen ble en god opplevelse for brukerrepresentantene, ble opplevd nyttig av teamene og bidro til bedre livskvalitet for beboere.

Hensikten var også å dyktiggjøre ledere i å lede endring og forbedring. Mange av teamene framhevet det å få nye verktøy å jobbe med, dele kunnskap og erfaringer med andre og kunne sette fokus på et viktig tema over tid som vesentlig for resultatene. Flere ser at denne måten å jobbe på kan benyttes på andre områder. Det å ha en "ekstra samling" i april 2012 har bidratt til at resultatene delvis er opprettholdt. Og kanskje at arbeidsformen/de nye rutinene har blitt bedre implementert. To av teamene presiserte at hadde de gjort målingene noen dager seinere så hadde resultatet blitt bedre, dette pga lavt antall pasienter, nylige utskiftninger og at de ikke hadde rukket å gjøre alt ferdig enda.

Den store utfordringen er å vedlikeholde forbedringene, holde fokus i tillegg til spredning og implementering i de andre virksomhetene i Telemark. Det er planlagt videre spredningsarbeid for å bedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen/legemiddelhåndteringen, ved hjelp av de erfaringene og resultater som er oppnådd i læringsnettverket. Dette må sees i sammenheng med Pasientsikkerhetskampanjens satsingsområde "Sikker legemiddelbehandling i sykehjem" som er under oppstart på utviklingssykehjemmet St. Hansåsen i Porsgrunn.

---

# Avslutning

Læringsnettverket fokuserte på kvalitetsforbedring i forhold til medikamentbehandling og medikamenthåndtering i sykehjem. Læringsnettverket har medvirket til en gjennomgang og økt fokus på legemiddelhåndtering i de deltakende teamene.

Resultatene i april 2012 viser at gjennomsnitt på faste medisiner basert på fem team er på 5,5 og er 1,4 lavere enn ved starten av læringsnettverket. Systematisk legemiddelgjennomgang handler også om å sikre at beboerne har fått forordnet riktige medisiner. Vi har imidlertid ikke objektive funn som bekrefter at dette har kommet ut av legemiddelgjennomgangene. Når det gjelder andel av medisiner med påskrevet indikasjon gikk den i 2011 opp fra 2 % til 75 % basert på seks team. Målingene i hele perioden basert på fem team er at det har gått fra 1 % til 72 %. Så her har nivået gått noe ned. Andel av pasienter/ beboere med plan for legemiddelbehandling på seks team i 2011 gikk fra 35 % til 82 %. Målingene for fem team i hele perioden gikk fra 40 % til 88 %. Det viser at det nytter å jobbe systematisk over tid, for det å opprettholde forbedringer er alltid en utfordring. Praksisen i de deltakende virksomheter er i større grad sammenfallende med faglig kunnskap og myndighetskrav på området. Virksomhetene sier at de har fått verktøy som de kan bruke videre for å lede endring og forbedring. Det tverrfaglige samarbeidet er alltid en utfordring og det fremkommer hvor viktig det er å få med alles kompetanse for å få et best mulig resultat for beboerne. Det viktigste er å ha innarbeidet nye gode rutiner og fortsette å holde fokus på legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling i daglig drift. Og da vil en kunne få til det som brukerrepresentanten fra Mule sykehjem framhevet på siste samling: "Min opplevelse er at alle hadde god oppfølging, og jeg kjenner flere av pasientene."

---

# Referanser

1. Statens Helsetilsyn. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem. Oslo: Statens Helsetilsyn; 2009.
2. Statens Helsetilsyn. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008-2010. Sårbare pasientar - utrygg tilrettelegging. Oslo: Statens Helsetilsyn; 2010. (Helsetilsynet 7/2010.)
3. Nygaard HA, Selbæk G. Fylkesvis forskrivning av antipsykotia til eldre. Demens og alderspsykiatri 2009;13(4):22-26.
4. Planer for tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre 2010 - Søknad om midler. Helsetilsynet i Telemark; 2010.
5. Forsetlund L, Eike MC, Gjerberg E, Vist G. Effekt av tiltak for å redusere potensielt uhensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem. En systematisk oversikt over kontrollerte randomiserte forsøk. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 14-2010).
6. Bakke T, Udness E, Harboe I. Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 23 - 2011).
7. Bakke T, Brudvik M, Vibe MD, Konsmo T, Nyen B, Udness E, et al. Modell for kvalitetsforbedring. Helsebiblioteket. [Oppdatert 2011; Lest 16. apr 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik+kommer+du+i+gang/Modell+for+kvalitetsforbedring>
8. Bakke T. Verktøy for vedvarende forbedringer. Helsebiblioteket. [Oppdatert 2010; Lest 16. apr 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Metoder+og+verkt%C3%B8y/Alle+verkt%C3%B8y>
9. DRUID - databasen. Interaksjoner no. [Oppdatert 2012; Lest 23.apr 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.interaksjoner.no>
10. I Trygge Hender. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [Oppdatert 2012; Lest 16. apr 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>



# Vedlegg

## Vedlegg 1

### Læringsnettverk om medikamentbruk i sykehjem

<b>Fellesmål</b>	<b>Felles tiltak</b>	<b>Felles registreringer/målinger</b>
<b>Å sikre at pasientene får nødvendig og riktig legemiddelbehandling</b>	1. Det skal gjøres systematisk tverrfaglig legemiddelgjennomgang (LMG) innen to uker etter innleggelse, ved halvårskontroll og ved årskontroll	Registrering av type LMG
		Registrering av om dato for evaluering er satt
		Registrering av at evaluering er gjennomført
		Antall medikamenter før LMG
		Antall medikamenter etter LMG
	2. Sjekkliste skal fylles ut i forkant av LMG	Registrering av om sjekkliste er fylt ut før LMG
	3. Hver beboer skal ha en plan for oppfølging av legemiddelbehandling med fokus på observasjon og rapportering av virkning/bivirkning.	Andel av pasienter med plan for legemiddelbehandling – telles i begynnelsen av hver måned
4. Planen skal revurderes innen 24 timer etter hvert LMG	Plan for oppfølging av legemiddelbehandling er revurdert innen 24 timer etter LMG	
		I januar, mai, september, desember 2011 gjøres telling av antall faste legemidler på hver beboer
		I januar, mai, september,

		desember 2011 telles andel av faste legemidler hvor det er skrevet indikasjon i legemiddellisten
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------

- Legemiddelgjennomgang gjøres i tverrfaglig team (minimum lege og sykepleier)
- Journalopplysninger må være tilgjengelige
- Følgende elementer vurderes i en LMG:
  - Indikasjoner
  - Forsiktighetshensyn/kontraindikasjoner
  - Mulighet for interaksjoner
  - Dosering
  - Begrensning av unødvendig polyfarmasi vurderes

### Hjelpemidler:

- Sjekkliste som brukes før legemiddelgjennomgang
- Registreringsskjema ved LMG (Excel-ark)

### Anmerkninger:

Ved telling av faste legemidler telles ikke fluor-tabletter og multivitaminpreparater. Samme legemiddel gitt til pasienten i ulike legemiddelformer teller som ett legemiddel.

### Individuelt mål for

.....

<b>Individuelt mål</b>	<b>Tiltak for å nå eget mål</b>	<b>Felles registreringer/målinger</b>
<b>Å sikre at</b> ..... ..... ..... .....	1.	
	2.	
	3.	
	4.	

## Vedlegg 2

### Legemiddelgjennomgang i sykehjem – sjekkliste

Sjekklisten er et hjelpeark, den brukes i forkant av legemiddelgjennomgang, oppbevares i medisinerpermen, og arkiveres i pasientens papirjournal. Den er utarbeidet ved Nygård sykehjem.

Funksjonsområde/ utredning	Observasjon/vurderinger/ forordninger	Anmerkninger
<b>Type LMG</b>	Legemiddelgjennomgang ved: Innkost <input type="checkbox"/> Halvårskontroll <input type="checkbox"/> Årskontroll <input type="checkbox"/>	
<b>Sirkulasjon/respirasjon</b>	Puls: ____/min BT: ____mm/Hg	
	Dyspnoe: Ingen <input type="checkbox"/> Ved aktivitet <input type="checkbox"/> I hvile <input type="checkbox"/>	
	Ødemer: Ingen <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Store <input type="checkbox"/>	
<b>Vannlating/ avføring</b>	Vannlating: Permanent kateter <input type="checkbox"/> RIK <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Sparsom urin <input type="checkbox"/> Hyppig urin <input type="checkbox"/>	
	Avføring: Diaré <input type="checkbox"/> Obstipasjon <input type="checkbox"/>	
<b>Ernæring</b>	Vekt: ____ kg KMI: ____ Kvalme <input type="checkbox"/> Munntørrhet <input type="checkbox"/>	
<b>Fysisk funksjonsnivå/ Søvn</b>	Går uten hjelpemiddel <input type="checkbox"/> Går med støtte/ ganghjelpemiddel <input type="checkbox"/> Rullestol <input type="checkbox"/> Sengeliggende <input type="checkbox"/> Falltendens <input type="checkbox"/> Svimmelhet <input type="checkbox"/>	
	Trøtthet på dagtid <input type="checkbox"/> Søvnvansker <input type="checkbox"/> Uro/forvirring <input type="checkbox"/>	
<b>Smerter</b>	Smerter i ro <input type="checkbox"/> Smerter i bevegelse/forflytning <input type="checkbox"/>	
<b>Funksjonsnivå i forhold til inntak av legemidler</b>	Kan svelge tabletter <input type="checkbox"/> Svelgvansker <input type="checkbox"/> Tabletter må knuses <input type="checkbox"/> Vil ikke ha/motsetter seg legemidler <input type="checkbox"/>	
<b>Aktuelle lab. prøver i forkant av legemiddel- gjennomgang (tas etter medisinsk vurdering)</b>	Fastende blodsukker _____ HbA1C _____ Kreatinin _____ Serum Kalium _____ ALAT _____ ALP _____ og GT _____	
	TSH _____ Fritt T4 _____ Serum digitoxin _____ Annet medikamentspeil: s- _____	
<b>Dato og signatur</b>		

**Vedlegg 3**  
**Registreringsskjema for**  
**LMG**  
**(LegeMiddelGjennomgang)**

Pas nr	Pas-initialer	Dato	Sjekk- liste utfyllt	Type LMG	Dato for evaluering satt	Evaluering gjennomført	Pleieplan <24 t	Antall lege- midler før	Antall lege- midler etter	Drøfting med farmasøyt	Annet
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

# Vedlegg 4

110506 Målinger i læringsnettverk sykehjem [Skrivebeskyttet] [Kompatibilitetsmodus] - Microsoft Excel

Hjem | Sett inn | Sideoppsett | Formler | Data | Se gjennom | Visning

Klipp ut | Kopier | Lim inn | Kopier format | Utklippstavle | Skrift | Justering | Standard | Betinget formatering | Formater som tabell | Stiler | Normal | Dårlig | God | Nøytral | Beregning | Forklarende... | Sett inn | Slett | Format | Autosummer | Fyll | Fjern | Sorter og søk etter filtre og merk | Redigering

S1

1 Inlegging av data om antall faste medisiner, antall faste medisiner med påført indikasjon, om det er skrevet plan for observasjon og rapportering

2 Data for så mange pasienter som dere har (det er altså ikke nødvendig med 20!)

3 Formler for gjennomsnitt og summer, samt overføring av tall til samletabellen til høyre (lysegrønn ramme)

4 "Medind" skrives antall legemidler på legemiddellisten hvor indikasjon er skrevet

5 "Medplan" skrives 1 om beboeren har ajourført plan for observasjon og rapportering vedr. legemiddelbehandlingen og 0 hvis den mangler

6

7 **Samleregistrering (automatisk bortsett fra antall pasienter)**

Regdato	GjsnFM	FastMed	Medindik	Medplan	Antpas
15.01.2011	#DIV/0!	0	0	0	0
15.05.2011	#DIV/0!	0	0	0	0
15.09.2011	#DIV/0!	0	0	0	0
15.11.2011	#DIV/0!	0	0	0	0

Pasnr	Pasinitial	Antall faste	Medind	Medplan
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
Gj.sn.	#DIV/0!			
Totalt	0	0	0	0

Pasnr	Pasinitial	Antall faste	Medind	Medplan
1				
2				
3				
4				
5				

Ant FM

Klar

100% 12:38 01.03.2012

## Vedlegg 5

### Ressurser:

”Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien” Rapport 02/2011, IS-1887 Helsedirektoratet

Interaksjonsdatabase for norske klinikere. Den tar i bruk data fra Legemiddelverket [FEST](#) fra og med 1.april 2012. Det betyr at en del interaksjoner med matvarer og naturmidler ikke lenger finnes i databasen. DRUID-databasen vil ikke lenger bli vedlikeholdt med egne interaksjoner, men vil kun være basert på interaksjoner fra FEST. <http://www.interaksjoner.no/>

Sykehuset Telemark: Legemidler – oppslagsverk. Dette er **ikke en fullstendig beskrivelse** av legemiddelet, men beskriver noen av de viktigste punktene for riktig bruk. [www.sthf.no/legemidler](http://www.sthf.no/legemidler)