

## **Sluttrapport: Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten**

**Pilotprosjekt hvor Hjemmetjenesten i Eidsberg kommune har fulgt opp 20 pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering**

**Utviklingscenter for hjemmetjenester i Østfold, Eidsberg kommune  
Prosjektledere: Eivind Bjørnstad og Wenche Hammer**



**Utviklingscenter  
for hjemmetjenester**  
Østfold

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Bakgrunn</b> .....	<b>4</b>
<b>Hensikt/mål/fremgangsmåte</b> .....	<b>4</b>
<b>Momenter i prosjektet</b> .....	<b>6</b>
<b>Verktøy</b> .....	<b>9</b>
<b>Milepæler i prosjektet</b> .....	<b>10</b>
<b>Resultater</b> .....	<b>13</b>
<b>Erfaringer</b> .....	<b>14</b>
<b>Anbefalinger</b> .....	<b>18</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>20</b>

## Kontaktinformasjon

Utviklingscenter for hjemmetjenester, Østfold  
Hjemmetjenesten i Eidsberg  
Kløverveien 1  
1850 Mysen

Prosjektleder Eivind Bjørnstad / Wenche Hammer  
Telefon: 69 70 22 57  
E-post: [eivind.bjornstad@eidsberg.kommune.no](mailto:eivind.bjornstad@eidsberg.kommune.no)

## Sammendrag

Utviklingssenter for hjemmetjenester i Østfold, Eidsberg kommune, har vært pilot i den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» for samstemming og legemiddelbruk i hjemmetjenesten. I samarbeid med hjemmetjenestene i Bærum kommune (Akershus) og Bydel Bjerke (Oslo) er det tilpasset og testet ut en tiltakspakke der målet har vært å bidra til økt pasientsikkerhet. Dette er gjort ved å samstemme og gjennomføre tverrfaglige møter for legemiddelgjennomgang mellom farmasøyt, fastlege og hjemmesykepleier.

I prosjektperioden ble alle ansatte i hjemmetjenesten invitert til flere samlinger med fokus på kompetanseheving og enkeltteksempler på relevante case. Kompetansetiltak for alle faggrupper av hjemmetjenestens ansatte er gjennomført – og vil bli utvidet og lagt til daglig drift for også å omfatte case- og oppsummeringsmøter.

Videre er det etablert praksis for tverrfaglig samarbeidsmøte med fastleger, som vil sikre rutiner og oppfølging av pasienter fremover. Dette fremmer fagsamarbeidet, øker fokus på samstemming av legemiddellister – og avdekker legemiddelrelaterte problemer og det gis forslag til endringer i legemiddelbruk og ansattes legemiddelhåndtering.

Det er, som direkte konsekvens av prosjektet, etablert samarbeidsrutiner mellom fastlege og hjemmesykepleien for nye pasienter med behov for legemiddelhåndtering. Her er også fokus på bruk av indikasjon trukket frem positivt i prosjektet. Både hjemmesykepleiere og fastleger opplever møtene som nyttige og anbefaler tverrfaglige samarbeidsmøter som arbeidsform.

Hverken pasienter, fastleger eller ansatte i hjemmesykepleien hadde total oversikt over hvilke legemidler som var i daglig bruk hos de 20 pasientene som var omfattet av prosjektet. Dette er et markant funn og viser behovet for videre oppfølging av hjemmeboende, eldre mennesker med vedtak om legemiddelhåndtering fra hjemmetjenesten.

Farmasøyt vil særlig kunne bidra med bistand for gode rutiner ved oppstart og faglige innspill til både sykepleiere og fastleger for å avdekke legemiddelrelaterte problemer. Organisatorisk og praktisk vil prosjektet anbefale at kommuner har avtale med farmasøyt for aktiv dialog og rådgivning – med mulighet for tverrfaglige møter der det vurderes hensiktsmessig.

Utviklingssenteret vil delta videre i kampanjens innsatsområde, slik at revidert tiltakspakke for samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten spres både lokalt og nasjonalt i 2013.

### **Oppsummert anbefales følgende tiltakspakke til andre hjemmetjenester:**

- Samstem legemiddellisten mellom pasient, hjemmetjeneste og fastlege
- Tverrprofesjonell strukturert legemiddelgjennomgang av hjemmeboende pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering
- Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal (innen to virkedager) etter endringer
- Etabler struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging.

## Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har startet en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som skal innføre forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 – 2014.

Flere kriterier har ligget til grunn for valg av innsatsområder. Det er valgt ut områder med stort potensial for forbedring. Innsatsområdene skal ha gode data og metoder for evaluering samt ha støtte i norske fagmiljøer. Videre skal tiltakene som foreslås kunne dokumenteres som effektive.

Innsatsområdene som er vedtatt i kampanjen er *trygg kirurgi med hovedvekt på postoperative sårinfeksjoner, riktig legemiddelbruk i sykehjem og samstemming av legemiddellister, behandling av hjerneslag, reduksjon av fall i helseinstitusjoner, reduksjon av blodbaneinfeksjoner ved SVK, reduksjon av urinveisinfeksjoner ifm bruk av kateter, reduksjon av trykksår, forebygging av selvmord i psykiatriske døgnposter og forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon.*

For å teste ut om innsatsområdene, tiltakene og målingene som er foreslått i kampanjen fungerer i praksis blir de prøvd ut i pilotprosjekter før de blir implementert nasjonalt. De ulike innsatsområder og valg av disse er nærmere omtalt på kampanjens nettsider: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>.

## Hensikt/mål/fremgangsmåte

Overordnet har kampanjen tre målsettinger:

1. Kampanjen skal redusere pasientskader
2. Kampanjen skal bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
3. Kampanjen skal forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Hjemmetjenesten i Eidsberg vil prioritere at ansatte kan forbedre sitt arbeid ovenfor pasienter, pårørende og samarbeidende helsepersonell når det gjelder virksomhetens arbeid rundt pasientsikkerhet og forsvarlig sykepleie og tjenester til kommunens innbyggere.

Statens Helsetilsyn har oppsummert at det for årene 2010 og 2011 var mer enn 500 tilsyn i kommuners sosial- og helsetjenester til eldre – der det ble avdekket mer enn 300 lovbrudd. Ca. 200 tilsyn omfattet kommunenes legemiddelhåndtering<sup>1</sup>.

Siden 2009 har kommunen vært vertskap for Utviklingssenter for hjemmetjenester i Østfold, en satsning i Omsorgsplan 2015 fra Helse- og Omsorgsdepartementet<sup>2</sup>. Satsningen er delfinansiert med midler fra statsbudsjettet og administreres/følges opp av Helsedirektoratet og Fylkesmennene. Det er initiert ulike fag- og tjenesteutviklingsprosjekt der pådriverrollen for definerte satsningsområder, ansattes fagkompetanse og praksistilbud trekkes særlig frem.

---

<sup>1</sup> [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) Brev til Helse og omsorgsdepartementet 19/3-12

<sup>2</sup> [www.utviklingssenter.no](http://www.utviklingssenter.no)

På bakgrunn av innsatsområdet “Riktig legemiddelbruk i sykehjem” ble det våren 2012 igangsatt et samarbeid mellom den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og tre Utviklingssentre for hjemmetjeneste; Bærum kommune, Bydel Bjerke i Oslo og Eidsberg kommune. Vi har, fra april til desember 2012, utviklet og testet en tiltakspakke og beskriver resultatene i egne prosjektrapporter for et felles innsatsområde i kampanjen; *samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten*.

### **Nærmere definisjon av mål i pilotprosjektet**

Prosjektet ønsket å forbedre kvalitet på hjemmesykepleien og øke ansattes kompetanse, i tillegg til endring/oppdatering av prosedyrer, rutiner, informasjon til pasienter og pårørende og andre samarbeidspartnere i helse- og omsorgstjenestene. Ansatte innhentet bakgrunnskunnskap, sykehistorie, kliniske data og pasientenes muntlige opplysninger. Dette for å unngå at mangel på informasjon medførte skader og komplikasjoner.

### **Lokalt i Eidsberg ønsket vi å:**

- Sikre at pasientene har én samstemt legemiddelliste, basert på informasjon fra pasient, fastlege og hjemmetjenesten.
- Gjennomføre strukturerte legemiddelgjennomganger for 20 pasienter.
- Sikre at indikasjon for hvert legemiddel i bruk er kjent og at dette er registrert i pasientens journal.
- Sikre at legemiddelbruk følges opp av kvalifisert helsepersonell i hjemmetjenesten, herunder også faste rutiner for legemiddelhåndtering.
- Sikre god kommunikasjon og samhandlingsrutiner mellom hjemmetjenesten og fastlegekontor.

De tre pilotene har gjennomført målinger for å sikre prosesser og å kunne dokumentere grad av resultatoppgivelse. Disse omtales i eget måledokument og er brukt i kampanjens elektroniske verktøy Extranet.

### **Fremgangsmåte**

Driverdiagram (vedlegg 4) baserer seg på den skotske pasientsikkerhetskampanjens arbeid. Tiltakene viser hvilke enkelttiltak og prosesser som vektlegges for å nå målene. Diagrammet gir en oversikt over målsetting for prosjektet, såkalte ”drivere” kategorisk og også aktuelle tiltak som skal kontrolleres ved prosess- og resultatmål.

### **Felles pilotfasiliteter/ressurser:**

De tre utviklingssentrene har hatt felles månedlige møter, flest i Kunnskapscenterets lokaler i Oslo og har vært veiledet og koordinert av seniorrådgiver Vibeke Bostrøm. Reiseutgifter er finansiert av utviklingssentrene og Kunnskapscenteret har dekket møteutgifter og bevertning. Prosjektlederne har hatt løpende kontakt per e-post og telefon, både med hverandre og med sekretariatet. Videre har Roar Sørensen fra kampanjesekretariatet vært tilstede når spørsmål vedrørende målinger har vært diskutert. Morten Finckenhagen, overlege ved Statens legemiddelverk og Hilde Heimli, seniorrådgiver hos Helsedirektoratet har deltatt på møtene, fulgt prosessen i sin helhet og gitt faglige råd og veiledning underveis.

### **Forarbeid:**

Allerede høsten 2011 ønsket Utviklingssentrene å delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det ble søkt etter piloter for å utvide kampanjen også mot kommunene. På

bakgrunn av dette meldte flere utviklingsentre sin interesse. I april 2012 startet prosjektlederne prosjektet i form av grundige diskusjoner med både egne ansatte, fastleger, tilsynsmyndigheter, kampanjesekretariatet og andre tilgjengelige ressurser.

### **Etikk**

Hjemmetjenesten jobber kontinuerlig mot bedre tjenester for pasientene. Erfaringer fra sykehjem og også medieoppslag i både Norge og andre land viser behovet for samstemming og tverrfaglig gjennomgang av legemidler i bruk. Her kan pasienter både på kort og lang sikt gis beste praksis fra en kommune som har forankret faglig fokus både i ledelsen og hos ansatte. Pasientene utsettes for fare ved at de ulike aktørene har forskjellige datasystemer, rutiner og hjelpemidler for å ivareta bl.a. lovpålagt dokumentasjonsplikt. Dette påvirker også pasientenes personvern og den enkeltes ansvar for informasjons-sikkerheten.

### **Organisering og økonomi**

Piloten har valgt å følge prosjektplanverk med lokal vri. Prosjektledere og virksomhetsleder har vært i løpende dialog som lokal styringsgruppe/arbeidsgruppe – og prosjektlederne har fortløpende samarbeidet om oppgavene. Direkte utgifter til farmasøyt og andre utlegg til piloten er delvis dekket av rundsumstilskudd fra Helsedirektoratet. Fastleger som har deltatt har benyttet takst 14 i Normaltariffen. Videre har Hjemmetjenesten i Eidsberg kommune dekket/bidratt med arbeidstid for faglig prosjektleder samt ulike kurs og reiser for involverte ansatte. Øvrige ansattes arbeidsinnsats er også dekket av kommunen og vært del av daglig drift, som igjen har bidratt til et naturlig eierskap hos store deler av personalgruppen.

## **Momenter i prosjektet**

### **Hjemmetjenesten**

Hjemmetjenesten i Eidsberg kommune er geografisk inndelt i to grupper med felles base midt i kommunen. Det gis løpende tjenester til ca. 220 pasienter i hjemmesykepleien, i tillegg til tjenester som praktisk bistand og trygghetsalarm. Ansatte ble involvert i prosjektet både ved forberedelser, gjennomføring og ikke minst oppfølging av pasientene. Det ble derfor informert om kampanjen, innsatsområdene og prosjektplanene på personalmøter, med oppslag i kontorlokalene og ved rapport der funn og kliniske observasjoner skulle prioriteres.

#### **Vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering**

Rundt 110-130 pasienter har til enhver tid vedtak om legemiddelhåndtering fra hjemmesykepleien. Vedtaket graderes etter en sykepleiefaglig vurdering, som baserer seg på innspill fra søker, fastlege, sykehus, pårørende eller andre med direkte kjennskap til pasientens situasjon. Det gis vedtak om legemiddelhåndtering i form av besøk per uke eller døgn – basert på kjente fakta om bruk, behov for bistand til istandgjøring og utdeling av legemidler i bruk.

#### **Multidose-ordningen**

Bruk av multidose er utbredt som ordning fra mange år tilbake og det er kun et fåtall pasienter som gis tablett i dosett. Dette gjelder særlig nye pasienter samt de medisiner som ikke kan pakkes i multidose. Ved kortvarige kurer, og der det faglig og organisatorisk ses som en merbelastning med bestilling og administrasjon av multidose, brukes det også

dags/ukesdosett. I tillegg til tabletter ordineres det legemidler og preparater med annen administrasjonsmåte som både pasienter og hjemmesykepleiere sørger for blir brukt, eksempelvis øyedråper, salver, inhalasjoner og injeksjoner.

Ved oppstart av multidose-ordning foretar farmasøyt hos leverandøren Apotek 1 en interaksjonskontroll før medisiner registreres for pakking i multidoseposer.

**Alle** legemidler i bruk skal registreres på et ordinasjonskort som er gyldig som resept i 12 måneder fra validert dato (gjelder også andre medikamenter enn tabletter). Ordningen innebærer at ansatte i hjemmetjenesten har en forenklet legemiddeladministrering av tabletter. Dette må også ses i sammenheng med bruk av legemidler i annen form som øyedråper, salver mv. Det ses også en utfordring for bl.a. fastlegers forskrivning av vanedannede medisiner siden dette krever en annen måte å regulere uttak av vanedannede legemidler. Ordinasjonskortet inneholder både pasientopplysninger og viktige opplysninger om preparaters styrke, mengde, tidspunkt for dosering(er) samt eget felt for cave og eventualiteter.

### **Ansvarlige for prosjektet**

Faglig prosjektleder har vært Wenche Hammer, avdelingssykepleier og student ved mastergraden avansert geriatrisk sykepleie (ved Universitetet i Oslo), med særlig ansvar for faglig kompetanseheving av ansatte og løpende dialog med pasienter, ansatte, fastleger, farmasøyt og forøvrig alle involverte både før, under og etter pilotperioden.

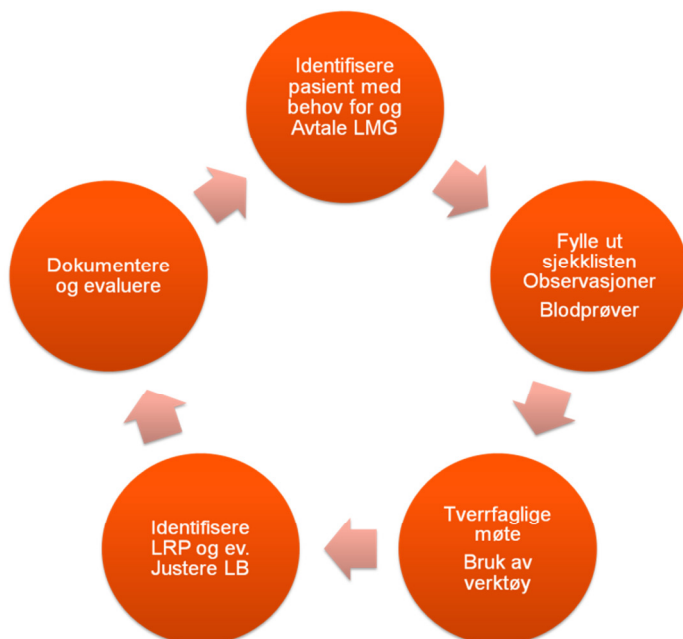
Administrativ prosjektledelse har blitt ivaretatt av Eivind Bjørnstad, fagsykepleier og prosjektleder for Utviklingssenteret. Ansvarsoppgaver som ledelsesforankring, forarbeid, dialog med andre piloter, fastleger, farmasøyt, helsesekretærer og ansatte både i egen kommune og andre interessenter, kampanjens ledelse, målinger og videre spredningsansvar er ivaretatt.

Birgit Bjørnstad og Aina Shernazarova har bidratt i piloten i tråd med arbeidet som gruppesykepleiere, som koordinatorene mellom daglig drift og oppfølging av pasienter og ansatte under hele pilotprosjektet.

Dag Fosser har, som virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester i Eidsberg kommune, vært aktivt involvert både som observatør på nasjonalt læringsnettverk i sykehjem og med faglig og administrativ oppfølging av ansatte.

### **Tidsramme/ fremdriftsplan:**

Pilotprosjektet er gjennomført mellom 27/4-12 og 11/12-12. Det er avholdt seks møter med Kunnskapscenteret, samt en rekke interne møter med samarbeidspartnere i Eidsberg kommune. Første samling var på Nygård sykehjem i Sandefjord, der fokus var tilpasninger til hjemmetjenester, basert på funn og resultater i innsatsområdene omkring samstemming av legemiddellister og LMG i sykehjem. Videre ble nytt, separat prosjekt hos hjemmetjenesten i Sandefjord kommune presentert, der "Oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyke eldre" er fokus. Vi fikk presentert hvordan Nygård sykehjem har definert legemiddelhåndteringen i fem definerte prosesser(Legemiddel-hjulet):



1. september 2012 startet det lokale arbeidet offisielt, der det skulle identifiseres pasienter basert på inkluderings- og ekskluderingskriterier. 10. oktober 2012 møtte vi de tre utviklingssentrene med status som Demensfyrtårn i hjemmetjenestene. Her presenterte vi foreløpig tiltakspakke og målinger som var gjort - og vi fikk presentert demensfyrtårnenes arbeid.

Siste del av piloten ble også fokusert på foreløpige resultater og funn, rammer for sluttrapport, videre spredningsarbeid og fokus på det nasjonale læringsnettverket som kampanjen organiserer i 2013. Siste planlagte møte var 12. desember, der sluttrapport, funn, evaluering og videre fokus på pasientsikkerhet var hovedtemaer.

### **Avgrensning:**

Inklusjons-/eksklusjonskriterier definerer hvilke pasienter som skulle omfattes av prosjektet og hvem som ikke skulle være med. Pasientene skulle være 65 år eller eldre, bruke minst seks legemidler, ha hjemmesykepleie minst fem ganger per uke - og ha fastlege der PLO-meldinger (elektroniske meldinger via Norsk Helsennett) brukes. Det største og nærmeste alternativet ble valgt, David Blidsgate legesenter, med fire fastleger i arbeidsfellesskap. Det ble, basert på tidligere ønske, avtalt et lunchmøte hos fastlegene der prosjektlederne informerte om kampanjen og forslaget til tiltakspakke - både muntlig og skriftlig. Det ble også avklart utgiftsdekning via takst 14 (tverrfaglig samarbeidsmøte). Møtet ble også brukt til noen mindre avklaringer for hvordan partene ville gjennomføre piloten (møtevarighet, struktur, antall, forberedelser, etterarbeid og evaluering).

Ved bruk av inklusjonskriteriene hadde vi 23 aktuelle pasienter med fastlege på nevnte legesenter. En pasient ble ved loddrekning utelatt, en annen pasient valgte å ikke bli med i piloten mens en pasient fikk i tidsrommet fra gjennomført datainnsamling til avtalt møte vedtak om langtidsopphold i sykehjem (og dermed ikke omfattet av denne rapporten). De 20 pasientene fikk muntlig og skriftlig informasjon av sykepleiere samtidig med planlagt besøk fra hjemmesykepleien og et ønsket skriftlig samtykke ble innhentet samtidig (vedlegg 1).



# Verktøy

## Sjekklisten

Vi tok utgangspunkt i sjekkliste brukt i annet læringsnettverk omkring "Riktig legemiddelbruk i sykehjem". Listen ble tilpasset hjemmetjenesten og utprøvd før bruk hos pasienter i piloten. Hjemmesykepleie innebærer besøk og bistand i ulik grad hos pasientene og det at helsepersonell ikke ser pasientene døgntilgjengelig gjorde at sjekklisten var nødvendig å utvide med ytterligere punkter. Videre ble side to brukt til ulike verktøy/ hjelpemidler for å få presis og effektiv dokumentasjon/informasjon fra pasient og sykepleier:

- VAS skala (smertekartlegging)
- BMI skjema (ernæringsindikator)
- informasjon om alkoholenheter
- tegnet menneske der ødemer, sår, smerteområder med VAS vurdering kunne registreres og avmerkes.

## Fortløpende måledata-registrering

Vi brukte et Excelark(elektronisk regneark) som et arbeidsverktøy med fortløpende registrering av data. Før vi startet var det avklart hvilke målinger som skulle registreres og disse var systematisert i skjemaet med fargekode og enkel beskrivelse. Samlede data ble senere registrert i Extranet<sup>3</sup>, som håndterer statistikk og grafer hva gjelder de fortløpende målingene. Utskrift av Excel-ark ligger vedlagt.

## Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Flere virksomheter i kommunen benytter Cosdoc, levert av Acos AS, som dokumentasjonsverktøy - EPJ. Pasientjournalen inneholder lagrede pasientopplysninger der ansatte kan registrere fortløpende problemer, mål, tiltak og evalueringer i tiltaks- og pleieplan samt også diagnoser, Ipløs, legemidler og annen nødvendig info. I piloten har vi benyttet en mal med definert problem/behov, mål, tiltak og evaluering - og rapport på bakgrunn av definert problem/behov. Rapporten har vedlagt en foreløpig manual for journalføring hos pasientene omfattet av piloten. Innhentet info fra sjekkliste ble registrert som rapport. Sykepleiers rapport fra fagmøte ble også registrert som rapport. Siden Hjemmetjenesten sender og mottar elektroniske PLO-meldinger med fastlegene ble det oppfordret til å benytte dette til felles rapport/dialog omkring pilotpasientene - på lik linje med ordinær drift. Oppfølging av pasienter der det var endret legemiddelbruk i form av eksempelvis tilsyn, observasjoner, kartlegginger, prosedyrer og målinger ble registrert på oppdragslister sortert på den enkelte vakt, samt varslet til gruppesykepleier og saksbehandler som grunnlag for revurdering av tjenestevedtak.

## Kommunikasjon med fastleger, farmasøyt, apotek - og sykehus

Piloten brukte allerede etablerte kommunikasjonsplattformer der fastlegene bruker versjon 3 av WinMed, levert av CGM, som journalsystem. Legesenteret er koblet opp til Norsk Helsenett i tillegg til telefax, telefon og brev per post.

Farmasøyt fikk før LMG oversendt medisinlister for pasientene per e-post. I tråd med forsvarlig håndtering av personopplysninger var navn, personnummer mv anonymisert og erstattet av pasientens pilotnummer, kjønn og alder. Kommunikasjon med samarbeidende

---

<sup>3</sup> [www.pasientsikkerhetskampanjen.no](http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no)

apotek foregikk i piloten som i vanlig drift: med bruk av telefon, fax og direktedistribusjon/vareleveringer.

Hjemmesykepleien hadde allerede før piloten innført oppdatert pasientinformasjon i egen perm/hefte hjemme hos pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering. Her ligger oversikt over medisiner i multidose (ved bruk av ordinasjonskort og bilde av aktuelle medisiner pakket i posene). Det har også vært dialog med Samhandlingsavdelingen i Sykehuset Østfold for å avklare hvilke grep sykehuset har gjort i gjennomført læringsnettverk.

### **Kritiske faktorer i piloten**

Det har vært avgjørende med helhetlig samarbeid fra start til slutt i piloten.

Sykepleiere i hjemmetjenesten har fått, og hatt behov for, frigjort tid til datainnsamling ved endring av daglige arbeidslister samt ved overføring til andre ansatte.

Pasienter skulle ikke oppfatte dette som en merbelastning eller ha økonomiske utgifter. Dette punktet gjorde også at kommunen bl.a. ble fakturert for blodprøver hos pasienter som ikke hadde frikort.

Fastlegers velvilje og kapasitet i timebøkene var kritisk avgjørende. Prosjektlederne valgte å bruke mye tid på å sikre effektiv gjennomføring av fagmøter hos legene, siden tre parter møttes i svært begrenset tidsperiode. Det var særs viktig at alle parter møtte forberedt og fulgte plan for møtet, inkludert oppfølgingsplan.

Pasienter som fikk endret sine medisiner hadde videre behov for tettere oppfølging/observasjoner fra hjemmesykepleien. Dette fordrer igjen dialog med gruppe--sykepleier for daglig administrasjon – og saksbehandler for revurdering av tjenestevedtak.

## **Milepæler i prosjektet**

Det lokale prosjektet startet med kurs og samling med ansatte 27/8. Administrativ prosjektleder avsluttet med måling 11/12-12. Videre omtales pilotprosjektets ulike milepæler:

### **Valg av pasienter og fastleger**

Pasienter og aktuelle fastleger ble valgt basert på inklusjons/eksklusjonskriterier som tidligere omtalt.

### **Kurs og opplæring av ansatte**

Personalgruppa fikk informasjon om piloten i personalmøte 21/8. Prosjektlederne viste og oppfordret til bruk av elektroniske verktøy/hjelpemidler<sup>4 5</sup>. Blodprøvetaking og sjekklister ble trukket frem for å vise helheten av piloten. På denne måten ble de ansatte kjent med begreper som samstemming og LMG. Det kunne også forventes at pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering fremover følges tettere opp av hjemmetjenesten.

---

<sup>4</sup> [www.helsebiblioteket.no/legemidler/pasientgrupper/eldre](http://www.helsebiblioteket.no/legemidler/pasientgrupper/eldre)

<sup>5</sup> [www.felleskatalogen.no/medisin/druid](http://www.felleskatalogen.no/medisin/druid)

Personell med høgskoleutdannelse ble invitert til to identiske kursdager på tre klokketimer. Her ble også forslag til tiltaksplan i Cosdoc og også hvordan pilotpasientene skulle følges opp i skriftlig EPJ presentert. Faglige temaer var:

- Aldringsprosessens betydning for absorpsjon, distribusjon, metabolisme samt utskillelse av legemidler - satt opp mot nyrefunksjon og homeostase (Blodtrykk, kognisjon, kroppstemperatur og væskebalanse).
- Observasjoner i forhold til effekt/bivirkninger fra ulike grupper av medikamenter(trukket frem blodtrykksregulerende, smertestillende, antidepressiva og antipsykotika)
- Uhensiktsmessige legemiddelvalg til eldre over 65 år i følge NorGep og STOPP-lister
- Viktige interaksjoner/bivirkninger - kombinert med bl.a. alkohol og/eller tobakk.

Assistenten og ansatte med fagopplæring fra videregående skole hadde tilsvarende kurs med varighet på to klokketimer der det ble trukket frem:

- Aldringsprosessen
- Observasjoner i forhold til effekt/bivirkninger fra ulike grupper av medikamenter(blodtrykksregulerende, smertestillende, antidepressiva og antipsykotika).
- Pilotens bruk av ulike verktøy samt foreløpig plan for dokumentasjon og oppfølging av pasienter i piloten.

Piloten har bidratt til faglige diskusjoner og økt fokus på legemidler og observasjon av legemiddelrelaterte problemer som antas å bidra til bedre legemiddelbehandling.

### **Før samarbeidsmøtet**

Sykepleiere fikk fristilt arbeidstid for å innhente opplysninger og observasjoner av pilotpasientene ved bruk av sjekklister – og oppsummere funn og observasjoner i EPJ. En hjelpepleier (også helsesekretær) sørget for blodprøvetaking etter godkjent standard fra Noklus minst 7 dager før møtet og hadde dialog med fastlegenes helsesekretærer om oppgjør mv.

Prosjektledelsen kopierte og anonymiserte ordinasjonskort for oversending til farmasøyt for interaksjonsanalyse. Ingen andre opplysninger var kjent for farmasøyten. Hun gjennomgikk alle forskrivninger på den enkelte legemiddelliste for interaksjoner mellom legemidler, legemidler på STOP-liste samt andre terapianbefalinger, dosering og administrasjonsmåter

Prosjektledelsen bestilte dobbeltime hos fastleger basert på primærsykepleiernes arbeidstid og ledig avtaletid hos legene – kombinert med avtalte datoer fra ekstern farmasøyt. Videre ble gruppesykepleierne gjort kjent med avtalte møtetider for å kunne fristille primærsykepleiere for møte og oppfølging i etterkant av møtene.

### **Under samarbeidsmøtet**

Her ble Helsedirektoratets veileder for LMG<sup>6</sup> benyttet. Møtene fulgte en trinnvis inndeling:

- Fastlege presenterte pasientens diagnoser og kjent helsetilstand. Videre hvilke legemidler som er registrert i fastleges EPJ.

---

<sup>6</sup> [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). IS-1988

- Sykepleier presenterte funn fra sjekklister og tilstand/hjelpetiltak. Som del av sjekklister ble det her oppgitt faste medisiner i multidose, andre administrasjonsmåter samt bruk av eventuelt-medisiner, reseptfrie preparater og naturpreparater. Det ble også presisert dersom pasienten selv hadde seponert legemidler.
- Samstemming av legemiddelliste ble foretatt, som var videre utgangspunkt.
- Farmasøyt ga innspill i forhold til kjente interaksjoner og svar fra analyser av blodprøver eller andre kliniske målinger for å avklare serumkonsentrasjoner eller andre kliniske målinger omkring legemiddelbruken.
- Tverrfaglig gjennomgang av hvert enkelt legemiddel ved bruk av hjelpespørsmål fra nasjonal veileder. Avslutningsvis oppsummerte fastlege i journalnotat funn fra samstemming og LMG (skulle sendes elektronisk til kommunens EPJ). Videre ble indikasjon for bruk påført papirkopi for senere registrering i multidose/EPJ. Eventuelle behov/ønsker om endringer i legemiddelbruk samt eventuelt behov for nye målinger/undersøkelser/observasjoner ble notert og avtale om ansvar for dialog med pasient omkring resultater, funn og forslag til endringer skulle bli gjort.



Bilde fra Fagmøte. Fra venstre: fastlege Hanne Marthinsen, farmasøyt Solrun Elvik og prosjektleder Wenche Hammer

### Etter samarbeidsmøtet

Pasienten ble orientert om eventuelle endringsforslag i legemiddelbruken. Videre skulle elektronisk notat fra fastlege med oversikt over legemiddelbruk i EPJ være grunnlag for oppdatering og samstemming med nytt ordinasjonskort. Opplysningene brukes av apoteket for produksjon av multidose samt for primærsykepleier for registrering av ICPC2-diagnosekoder i EPJ.

Ansatte ble bedt om å følge egen sjekklister (vedlegg 3) for arbeidet etter fagmøtet. Pasientens tiltaksplan oppdateres som følge av samstemming og LMG. Her endres/tilføres kjente mål, tiltak og plan for evaluering fortløpende fra de ansatte. Videre tilpasses oppdrag/oppfølging hos pilotpasientene i ansattes arbeidslister i tråd med prosedyre. Her noteres evt. særs viktige hensyn/observasjoner/spørsmål frem, slik at ansatte kan følge opp dette ved fremtidige besøk.

Primærsykepleier skal også, som del av lunchrapporter mandag til fredag, bidra til casemøter, der informasjon om funn i nevnte fagmøter og behov for videre oppfølging trekkes frem. Her fokuseres det også på ansattes muntlige tilbakemeldinger på observasjoner.

## Resultater

Skjematiske resultater fra piloten fremstilles i vedlegg 5.

Det er gjennomført totalt 20 LMG. Ingen gjennomganger på de 20 pasientene hadde en samstemt legemiddelliste og det var avvik hos alle parter med særlig vekt på bruk av eventueltmedisiner, reseptfrie produkter, salver og øye/øre/nesedråper. Dette er i tråd med studier som viser uoverenstemmelser hos 50-90 % av pasienter i hjemmesykepleien<sup>7</sup>. Ved pilotstart hadde hjemmetjenesten registrert et basepoint som viste at pasientene brukte totalt 186 legemidler. I samstemming og LMG ble det gjort endringer hos 17 pasienter (85 %). Ved samstemming ble nye 38 preparater registrert på pasientens legemiddelliste - uavhengig om disse ble brukt fast eller eventuelt. Den oppdaterte listen var utgangspunkt for videre LMG. De fleste legemidler manglet indikasjon og ved direkte spørsmål til pasientene var det særlig behovsmedisiner som ble fjernet fra legemiddellisten. De 20 pasientene brukte i gjennomsnitt 11,3 legemidler (både faste og ved behov) før LMG og 9,5 legemidler ved pilotens slutt. Flere pasienter er multisyke eldre<sup>8</sup> og har høy grad av polyfarmasi. Ved telling 11/12-12 brukte de 20 pasientene til sammen 189 legemidler.

### Andel pasienter der det er dokumentert tverrfaglig strukturert LMG

Det ble utført fagmøter for 20 pasienter tilknyttet fire fastleger. 16 møter ble gjennomført i tverrfaglige team bestående av primærsykepleier, fastlege og farmasøyt. Øvrige fire møter ble gjennomført uten farmasøyt tilstede – men kommentarer og spørsmål til avklaring i møtet var oversendt fra farmasøyt til primærsykepleier i forkant. Prosjektlederne deltok som observatører i flere av møtene.

### Andel legemidler med oppført indikasjon bak forskrivning

Av 186 legemidler hos hjemmesykepleiens oversikt ved pilotstart var kun 23 legemidler påført indikasjon, tilsvarende 12,43 %. Ved telling 10. desember var dette økt til 117 av 189 legemidler, tilsvarende 61,9 %!

### Andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddelbehandlingen i EPJ

De 20 pilotpasientene hadde alle et definert område i EPJ før piloten som omhandlet behandling av legemidler. Fire av 20 pasienter hadde ingen endringer i legemiddelbruk etter LMG. Ved telling 11/12-12 er det tre pasienter som ikke har en definert tiltaks- og pleieplan omkring oppfølging av legemiddelbruk fra hjemmesykepleien. Alle 17 journaler ble oppdatert med tiltaks-/ pleieplan etter 48 timer, altså etter felles mål (innen 48 timer). Planene er opprettet mellom 2 og 6 dager etter LMG.

### Registrering av LRP (legemiddelrelaterte problemer)

Legemidlene ble vurdert blant annet med henblikk på indikasjon, dosering, doseringstidspunkt, inntaksforhold, bivirkninger og interaksjoner, og koding av LRP ble gjort i henhold til et norsk klassifiseringssystem<sup>9</sup>. Farmasøyten sørget for registrering av LMG. De LRP som ble påvist, ble videre diskutert under LMG og om det var behov for å iverksette tiltak. Legen tok endelig beslutning om det skulle gjøres tiltak/endringer i forhold til de ulike LRP.

<sup>7</sup> St.meld. nr. 18(2004-2005): Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk

<sup>8</sup> [www.hive.no](http://www.hive.no). Rapport 3/2011.

<sup>9</sup> Ruths S, Viktil K, Blix H. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:3073–6.

## Endringer i pasientenes legemiddellister omfattet

	Antall endringer
<b>1. Legemiddelvalg</b>	
a) Behov for tillegg av legemiddel	4
b) Unødvendig legemiddel	13
c) U hensiktsmessig legemiddelvalg	4
<b>2. Dosering</b>	
a) For høy dose	5
<b>3. Bivirkning</b>	9
<b>4. Interaksjon</b>	3
<b>5. Avvikende legemiddelbruk</b>	0
<b>Totalt</b>	<b>38</b>

Noen definerte LRP ble av ulike årsaker ikke tatt til følge, men var grunnlag for oppfølging fra lege og helsepersonell. For pasienter med mange sykdommer med bruk av mange legemidler ble behovet i enkelte tilfeller ansett å være viktigere enn betydningen av det påpekte problem. Definisjonen for LRP omfatter både aktuelle og potensielle problemer og vil kunne identifisere problemer allerede før disse blir manifeste og derved forebygge eventuelt negativt utfall av legemiddelbruk. For noen pasienter ble potensielle problemer vurdert å være uten betydning på det aktuelle tidspunktet (men at dette da var grunnlag for videre observasjoner). Både potensielle og aktuelle problemer kan identifiseres ved blant annet å gjennomføre systematiske gjennomganger av pasienters samlede legemiddelbruk med jevne mellomrom.

Samarbeid mellom lege og farmasøyt viste seg å være nyttig for vurderinger av hvilke LRP som fikk betydning i forhold til endret medisinerings. Dette er i samsvar med konklusjoner fra andre undersøkelser<sup>10 11</sup> og med Nasjonal helseplan 2007–2010 der betydningen av samhandling mellom omsorgsnivåene og helhetlig behandlingsforløp påpekes. Hensikten er å bedre legemiddelbruken, redusere sykkelighet og sykehusinnleggelses og hindre funksjonstap.

## Erfaringer

Prosjektlederne har rettet åpne og lukkede skriftlige/muntlige spørsmål til de involverte i prosjektet. Det er ikke gjennomført direkte spørreundersøkelse.

### Pasienter

En pasient har uttrykt ovenfor primærsykepleier stor endring i livssituasjon på bakgrunn av seponerte medikamenter. Hun kunne igjen vaske opp og rydde egen bolig - samtidig som hun følte det trygt med at hjemmesykepleierne daglig spør og vurderer eventuelle bivirkninger/ kliniske observasjoner. Fire pasienter fikk ikke endret noen legemidler i fagmøtet – noe som også ble positivt mottatt. Pasientene oppfattet at legemiddelbruken var

<sup>10</sup> Straand J, Gjennomgang av pasientens legemidler. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1175

<sup>11</sup> Kaboli PJ, Hoth AB, Mc Climon BJ et al. Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care. Arch Intern Med. 2006 May 8;166(9):955–64. Review

vurdert som dekkende for deres helse- og livssituasjon – og at bruk av legemidler utenfor multidose også kunne forsvares. Andre pasienter fikk endret legemiddelbruken, både i form av reduksjoner/økning og seponeringer. Flere av pasientene har startet med legemidlene igjen, da indikasjon/ bivirkninger som eksempelvis ødemer og vannlatingsbesvær igjen ble problematiske for pasientene. Tross redusert livs-/helsesituasjon i denne perioden ble plagene pasientene hadde omtalt som overkommelige.

Pilotpasientene uttrykker at de føler at de er fulgt tett opp i prosjektfasen. Med et unntak har samtlige pasienter faktisk mottatt mer tilsyn og hjemmesykepleie både på bakgrunn av LRP/observasjoner og endring i helsetilstand.

### **Fastleger**

Foreløpige tilbakemeldinger fra de fire fastlegene er entydig positive. De fremhever at det tverrfaglige teamet har fremmet et konstruktivt samarbeid, bidratt til bedre oppfølging av pasientene og ryddet opp i misforståelser. Samstemming er svært utfordrende også for fastlegene, sist med innføring av eResept-modul. Dialog omkring hvilke utfordringer både pasienter og fastlege/øvrige helsepersonell møter ble viktig del av møtet. Farmasøytys innspill omkring LRP ved samtidig bruk av alkohol og tobakk var viktig.

En fastlege bemerket også at piloten burde fortsette fokuset på videre vedlikehold av oppdatert legemiddelliste - og spre dette videre til andre pasienter i hjemmetjenesten og også i kommunens sykehjem.

Ny forskrift om fastleger ble lansert 29/8-12, altså rett før LMG startet. Legemiddelbehandling omtales i § 25<sup>12</sup> og pilotens fokus på samarbeid om samstemming og riktig legemiddelbruk vil være nyttig videre.

Fastleger er nå mer kjent med verktøy/hjelpemidler ved legemiddelbruk. Videre har datainnsamling og detaljerte opplysninger omkring pasientens hjemmesituasjon og kjent bistandsbehov hos hjemmetjenesten gitt både ny og utdypende informasjon. Økt bruk av PLO-meldinger er også et positivt resultat, herunder også økt bruk av konkrete spørsmål og svar. Bidragene fra farmasøyt omkring interaksjoner og legemiddelrelaterte problemer var avgjørende for endringer – og fastlegene ønsker derfor videre samarbeid med farmasøyt.

### **Hjemmetjenestens ansatte**

Ansatte deltok på flere møter før oppstart av piloten. Her var det særlig fokus på primærsykepleiernes ansvar for å samle inn data, ta med seg avklaringer i møte med farmasøyt og fastlege tilbake til basen - og at det måtte brukes arbeidstid etter møtet for dokumentasjon i EPJ samt å endre oppdrag og orientere om mer oppfølging hos pilotpasientene. Detaljert oppfølging etter fagmøtene dreide seg både om klinisk oppfølging/målinger og endrede oppdrag i ansattes arbeidslister (beskrivelser av vaktens oppgaver hos ulike pasienter).

Ansatte erfarte tidlig i piloten at hverken pasienter, fastlege eller ansatte i hjemmesykepleien hadde full oversikt over hvilke legemidler som var i daglig bruk hos hjemmeboende, eldre mennesker - også hos de som har vedtak på legemiddelhåndtering.

---

<sup>12</sup> www.lovdatab.no. Forskrift om fastlegeordning, gjeldende fra 1/1-13.

Dette kan forklares med mange ulike aktører som deltar (pasienten, pårørende, familie, naboer og venner mv.) samt at medikamenter som brukes mindre enn hver dag (eksempelvis nitrospray, vitaminer via injeksjon, nesespray ved allergi mv) kan være uteglemt/utelatt fra listen - og ikke gir et totalt bilde av pasientens legemiddelbruk.

I samråd med fastlegen har flere ansatte fått ansvar for å orientere noen av pasientene om funn og forslag etter fagmøtet, noe som enkelte opplevde som utenfor sitt ansvarsnivå og også utenfor forsvarlighetsprinsippet for pasientene. Dette er også fulgt opp av prosjektlederne i dialog med fastlegene etter piloten. Her vil det fremover bli vurdert innkalling til legetime, brev til pasient og også andre former for oppfølging. Videre er det behov for å sikre dialog med pårørende, som ovenfor fastlegene har uttrykt mangel på informasjon. Her vil prosjektlederne foreslå at dialog med pårørende også omfattes av samtykket samt i tråd med taushetsplikten.

Ansatte ønsker at oppdaterte diagnoser og informasjon innhentet fra fastlege og funn fra sjekklister oversendes til farmasøyt sammen med liste over legemidler i bruk før fagmøtet. Dette vil sikre bedre forberedelser og ytterligere optimalisere innspill fra farmasøyt – særlig dersom farmasøyt ikke deltar i det tverrfaglige møtet.

Ansatte i hjemmesykepleien har uten unntak vært positive til prosjektet og ikke minst resultatene som er fortløpende presentert. Samtidig er det stilt kritiske og reflekterte spørsmål både omkring seponeringer, vurderinger, målinger og generelle avklaringer. Ved å være nasjonal pilot har ansatte også sett omfanget – og også fulgt opp med spørsmål om andre innsatsområder i kampanjen. Korte pasientpresentasjoner i lunchrapportene har også blitt positivt mottatt, også fordi det her blir fokusert på behov for nye observasjoner, målinger og direkte spørsmål til pasienter omkring opplevd helsesituasjon. På denne måten har ansatte nå også startet å endre holdning til hvordan legemiddelhåndtering som vedtaksform er organisert og håndtert av virksomheten. Fokus er nå løftet mer mot hvordan legemidler skal tas og hvordan virkninger og bivirkninger følges opp med klinisk blick og avtalte målinger/vurderinger - og at det er nødvendig å være mer tilstede hos pasientgruppen for å ivareta lovpålagt plikt for observasjoner og tid til dokumentasjon i EPJ. Nye pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering har ansatte allerede fra start fulgt opp grundigere. Det ses økt fokus på samstemming, indikasjon, diagnoser og datainnsamling – samt ønske om LMG også hos øvrige pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering.

### **Prosjektledelsen**

Prosjektlederne har hatt stort utbytte av pilotprosjektet, både faglig, personlig og som et felles arbeidsgrunnlag til videre arbeidsoppgaver i kommunen.

Det har vært avgjørende å ha støtte fra både nærmeste og øverste ledelse i kommunen. Nettopp forankring hos alle parter var en stor utfordring før oppstart. Mange av de involverte ønsket detaljert skriftlig informasjon om piloten – som ikke var produsert. Dette tok tid og ga samtidig et viktig bilde av kompleksiteten i et slikt pilotprosjekt. Videre hadde prosjektlederne et godt samarbeid med andre piloter, sekretariat og andre involverte i prosjektperioden. Piloten ble mer omfattende enn det som var forventet fra vår side.

Prosjektlederne erkjenner også at ansatte har vært i en utfordrende arbeidssituasjon der man skulle følge opp pilotpasientene særskilt, da dette også påvirket andre pasienters tjenestetilbud - særlig der ansatte følte tidsknapphet og behov for prioritering av tid hos enkelte pasienter fremfor andre med tilsvarende behov.



Samspillet med Bærum og Bydel Bjerke har både vært avgjørende, avklarende og nødvendige underveis – også for å kunne opprettholde egen produktivitet i en svært hektisk prosjektperiode. Prosjektlederne støtter tiltakspakke og aktuelle målinger for nasjonal spredning og dette fikk også tilslutning fra kampanjens fagråd 6.12.12.

Faglig prosjektleder har kombinert dette med mastergradstudie der hele arbeidsuker har vært belagt med forelesninger. Administrativ prosjektleder har gjennomført piloten i tillegg til planlagte oppgaver, prosjekter og oppdrag i tilknytning til Utviklingssenterets øvrige aktiviteter og bistilling som nattavdelingssykepleier.

### **Samarbeid med farmasøyt**

Farmasøyt oppfattes i piloten som en svært nødvendig samarbeidspartner både av fastlege og hjemmesykepleiere. Hjemmesykepleierne roser farmasøyten for god bistand for å komme godt i gang i de første møtene og også sikre en helhetlig gjennomgang til tross for mye informasjon på kort tid og i enkelttilfeller også som uoversiktlig. Nye opplysninger om legemiddelbruk, funn fra sjekkliste, blodprøver og kliniske målinger krevde svært mye av fastlege og farmasøyt for å kunne foreslå og sikre god legemiddelbruk. Siden piloten viser at hjemmeboende eldre har uklar legemiddelbruk og tillegg av bl.a. alkohol/rusmidler/tobakk var bidragene fra farmasøyt svært viktige ved forslag til endringer. Fastleger valgte også å stille faglige spørsmål til farmasøyt i forhold til tidspunkt for blodprøvetaking - som også var indikasjon for positivt samarbeid mellom de ulike aktørene.

Organisatorisk og praktisk vil prosjektledelsen anbefale at kommuner har avtale med farmasøyt for aktiv dialog og rådgivning – med mulighet for fysisk tilstedeværelse i de tverrfaglige møtene der det vurderes hensiktsmessig av kommunen/fastlegen.

### **Hjemmetjenestens ledelse**

Pilotprosjektet baserer seg på utstrakt bruk av kvalifisert helsepersonell med engasjement og evne til omstillingsevne i en travel arbeidshverdag. Hjemmesykepleierne med primæransvar ses som en nøkkelgruppe. Sykepleierne har kompetanse til å innhente pasientdata og blodprøver, delta i samarbeidsmøte med farmasøyt og fastlege og til sist lage en sykepleieplan med definerte behov for kliniske observasjoner og målinger. Dette skiller seg også ut fra sykehjem, siden vi hos hjemmeboende ikke har tilsvarende mulighet for observasjoner og besøk. Oppgavene krever altså tilstrekkelig og kompetent videregående og høgskoleutdannet helsepersonell i hjemmesykepleien, både ved en slik pilot og senere spredning til flere pasienter og fastleger. Det må ressurser og system på plass for å sikre både kontinuitet, forsvarlighet, endringsevne og kapasitet ved endrede oppdrag hos en sårbar og stor del av pasientgruppen.

Behovet for repetisjon og innføring av aktuell, ny fagkunnskap for alle ansatte i Hjemmetjenesten vises tydelig i prosjektet. Gruppesykepleiere deltok, sammen med prosjektlederne, på et dagsseminar med fokus på akutt- og subakutt funksjonssvikt og multisyke eldre – og det faglige påfyllet er minst like viktig for disse ildsjelene som de gjennomførte og positivt evaluerte 2/3-timerskursene.

## Anbefalinger

Piloten har resultert i kunnskap, erfaringer og opplevelser som blir grunnlag for nasjonal tiltakspakke, sjekklister og oppfølging av pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering. På bakgrunn av dette omtales videre de ulike tiltakene i tiltakspakken samt våre innspill.

### **1. Samstem legemiddellisten mellom pasient, hjemmetjeneste og fastlege**

#### **Beskrivelse av tiltaket:**

- Samtal med pasienten. Innhent opplysninger ved bruk av sjekklister, herunder også bruk av eventuelt medisiner og naturlegemidler (kosttilskudd, tran mv).
- Oppdater EPJ hvis bytte av omsorgsnivå, konsultasjoner eller utredninger fra fastlege eller andre instanser oversender ny informasjon. Samstem/oppdater legemiddelliste før LMG.

#### **Erfaringer i piloten:**

Sykepleierne som innhentet opplysninger før LMG fanget opp de fleste legemidler i bruk før selve samstemmingen i fagmøtet. Det var avgjørende å bruke sjekklister og spørre direkte om bruk av legemidler også utenfor tablettform, som øyedråper, salver mv. Samstemmingen viste at ingen, hverken pasient, fastlege eller hjemmesykepleien, hadde én samstemt legemiddelliste før LMG. Fastlegene manglet oversikt over pasientenes legemiddelbruk, trolig grunnet flere endringer i omsorgsnivå, konsultasjoner fra andre eller at pasientene selv hadde sluttet med medisiner uten å gi beskjed. Piloten oppfatter også at epikrise som følger pasienter hjem fra sykehus eller andre instanser er mangelfulle, da eksempelvis vitaminer ikke tas inn på sykehusets legemiddelliste – og ikke følger med på utskrivnings/epikrisenotat. Dette kan oppfattes som en seponering – uten at dette er faglig begrunnet eller avklart.

### **2. Tverrprofesjonell strukturert legemiddelgjennomgang av hjemmeboende pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering.**

#### **Beskrivelse av tiltaket:**

- Identifiser pasient/pasientgruppe med behov for legemiddelgjennomgang<sup>13</sup>
- Innhent nødvendig pasientinformasjon fra samarbeidende helsepersonell, pasienten og pårørende om pasientens sykehistorie.
- Kartlegg i samråd med pasienten og gjør grunnleggende observasjoner ved bruk av kampanjens sjekklister.
- Avklar behov for blodprøver av pasient med fastlege og sørg for at blodprøver tas av pasient i henhold til rekvisisjon (senest innen en uke før avtalt legemiddelgjennomgang).

#### **Erfaringer i piloten:**

Alle LMG ble gjennomført på fastlegenes kontor. De første møtene hos hver lege tok lenger tid enn de senere. Videre varierer tidsbruk avhengig av både kompleksitet, grad av forberedelse og avbrudd både av eksterne og ved utenomfaglige momenter. Farmasøyt ble bedt om å lede møtet og følge struktur definert i nasjonal veileder.

<sup>13</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene, § 25, trer i kraft 1. januar 2013.

Det ble identifisert variasjon både hos fastleger og hjemmesykepleiere i både datainnsamling og kjennskap til pilotpasientene. Videre var ikke informasjon fra pårørende trukket inn i så stor grad som særlig fastlegene ønsket.

### **3. Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal (innen to virkedager) etter endringer**

#### **Beskrivelse av tiltaket:**

- Oppdater og/eller opprett tiltak i pasientjournalens tiltaks-/pleieplan med behov for oppfølging med faglige observasjoner, vurderinger og evaluering relatert til legemiddeloppfølgingen
- Informer alle involverte i pasientbehandlingen i hjemmetjenesten om eventuelle endringer i legemiddelbehandlingen og behov for oppfølging.
- Oppdaterer legemiddellisten i EPJ.
- Setter inn indikasjon/bruksområde for hvert legemiddel i henhold til legens forskrivning.
- Korrigerer istandgjorte legemiddeldoser/dosetter/multidose i henhold til LMG.
- Informer pasienten om behov for oppfølgingstiltak, for eksempel ved behov for monitorering av blodtrykk.

#### **Erfaringer i piloten:**

Det er ulik grad i bruk av EPJ, både i kommunen og hos fastlegene. Før piloten ble det avtalt utskrift av aktuelle legemidler og også avklaringer fra fastlege som bakgrunn for hjemmetjenestens oppfølging etter fagmøtene. Det ses tydelig at fastlegene benytter EPJ ulikt og dette gjelder også hos hjemmetjenestens ansatte. Her har også piloten økt helsepersonellens dokumentasjonsgrad omkring observasjoner og målinger, registrering av diagnoser og påført indikasjon. Fra start til slutt i piloten er indikasjon økt fra 12,4 til 61,9 %. Ansatte uttrykte usikkerhet omkring *når* endring av medisiner skulle iverksettes, også etter at pasienter hadde blitt presentert for forslagene. Dette avhenger både av kapasitet ved bruk av dosett og frist for endringsvarsel til apotek for produksjon av multidose.

Ansatte har fulgt opp pasienter med målinger, observasjoner og direkte spørsmål til pasienter og pårørende. Ingen pasienter ble i pilotperioden henvist til andre instanser.

### **4. Etabler struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging.**

#### **Beskrivelse av tiltaket:**

- Etabler en struktur/mal i EPJ for dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang.
- Etabler en struktur i EPJ for dokumentasjon av faglige observasjoner, vurderinger, oppfølging og evaluering av legemiddelrelaterte behov og problemer.

#### **Erfaringer i piloten:**

Som tidligere omtalt benyttes Cosdoc som EPJ. Det er laget mal for dokumentasjon i sykepleiejournalen for de 20 pilotpasientene, der både datainnsamling, fagmøte, plan for oppfølging, daglig rapport og evaluering er samlet i tiltaks-/pleieplan. Alle legemidler registreres i egen legemiddelfane, der indikasjon for det enkelte legemiddelet noteres i fritekstfeltet eller ved bruk av forslag i knapperad for bruksområde. Sistnevnte har vist seg å ikke fungere som ønsket – og dette er gjort kjent for leverandøren.

Prosjektlederne utsatte planlagt tiltak om å spesifisere særlige observasjoner og oppfølging i de ansattes arbeidslister fra vakt til vakt inntil to dager etter fagmøtene. Det fremkom ikke tilstrekkelig dokumentasjon disse dagene og det ble da påført detaljert oppdragsbeskrivelse, eksempelvis: «Observer helsesituasjon og tegn på skjelvinger, spør også pasienten om dette. Dokumenter i fagjournal som daglig rapport». Dette tiltaket har vist seg som effektivt og hensiktsmessig.

### **Forslag til spredning**

Alle Utviklingssentrene for hjemmetjenester har fått invitasjon til nasjonal læringsnettverk med oppstart 4 og 5. februar 2013. Pilotlederne i samråd med sekretariatet samarbeider om å ferdigstille program for samlingen, tiltakspakken, måledokument og verktøy og ressurser (prosedyre, sjekklister og opplæringsmaterie) til praktisk bruk i implementering av tiltakspakken i praksis.

### **Vedlegg**

1. Informasjon til pasienter om prosjektet (med samtykkeerklæring)
2. Sjekklister/datainnsamling
3. Sjekklister for hjemmesykepleier før/under/etter fagmøte
4. Driverdiagram
5. Resultater fra piloten
6. Excelark (midlertidig måleskjema)

## Vedlegg 1 – Informasjon til pasienter om prosjektet (med samtykkeerklæring)



**Eidsberg  
kommune**

Til

I forbindelse med at hjemmesykepleien administrerer dine medisiner ønsker vi å tilby deg en legemiddelgjennomgang. Denne gjennomgangen skjer ved at din fastlege, farmasøyt og sykepleier/vernepleier går igjennom dine faste medisiner samt de du bruker ved behov. Hensikten er å sikre at du får medikamentell behandling tilpasset din nåværende helsesituasjon. Gjennomgangen er gratis for deg!

I forkant av legemiddelgjennomgangen kommer Hjemmesykepleien hjem til deg og spør om noen opplysninger fra deg og det blir også målt blodtrykk, vekt og tatt blodprøver rekvirert av fastlegen.

Ved eventuelle behov for endringer i dine medisiner vil du få orientering om dette av din fastlege/hjemmesykepleien. Ved behov vil fastlegen innkalle deg til en legetime.

*Ta kontakt hvis du har noen spørsmål. Spør Hjemmesykepleien eller ring Wenche Hammer som er hovedansvarlig for legemiddelgjennomgangene i Hjemmesykepleien, tlf. 69 70 22 25.*

Før vi starter er det ønskelig at du skriver under på at opplysningene over her er gjort kjent for deg, altså et skriftlig samtykke til gjennomgangen.

\_\_\_\_\_

Skriftlig samtykke til LEGEMIDDELGJENNOMGANG med fastlege, farmasøyt og hjemmesykepleien i Eidsberg kommune:

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_



## Vedlegg 2 Sjekkliste/datainnsamlingskjema

**Legemiddelgjennomgang i hjemmetjenesten – sjekkliste**

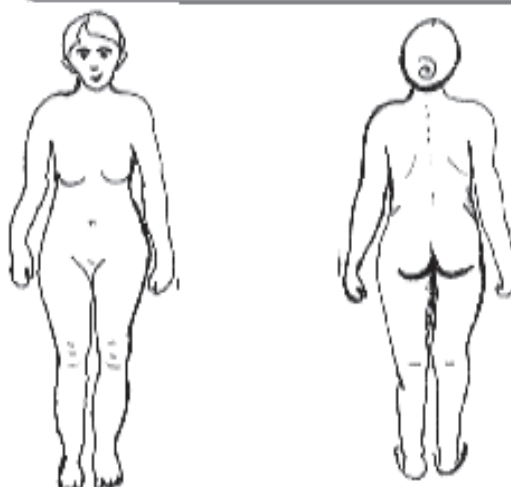
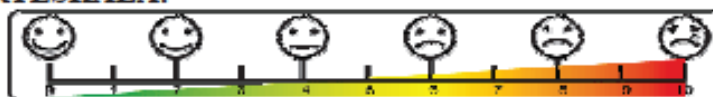
Sjekklisten er et hjelpearbeid ved LMG for å innhente relevant klinisk informasjon om pasienten i forkant av LMG i tverrfaglig team. Den oppbevares i medisinperm og arkiveres i pasientens journal.

Funksjonsområde/ Utredning	Observasjon/ vurderinger/ forordninger	Anmerkninger
Pasientens initialer født:	Legemiddelgjennomgang: Første LMG <input type="checkbox"/> Evaluering <input type="checkbox"/> Årskontroll <input type="checkbox"/>	
Samtykkekompetanse	Har samtykkekompetanse når det gjelder legemiddelbehandling: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Sirkulasjon/ respirasjon	Puls: _____/min BT: _____ mm/Hg Dyspnoe: Ingen <input type="checkbox"/> O2 metning _____ Ved aktivitet <input type="checkbox"/> I hvile <input type="checkbox"/> Dehydrert <input type="checkbox"/> Ødemer: Ingen synlige <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Store <input type="checkbox"/>	
Hud/slimhinner	Kløe <input type="checkbox"/> Utslett <input type="checkbox"/> Sår <input type="checkbox"/> Torrhet <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>	
Ernæring	Vekt: _____ kg BMI: _____ Tannstatus _____ Kvalme <input type="checkbox"/> Munntorrhet <input type="checkbox"/> Matlyst _____	
Eliminasjon	Vannlating: Normal <input type="checkbox"/> Urinretensjon <input type="checkbox"/> Inkontinent <input type="checkbox"/> Permanent kateter <input type="checkbox"/> Antall toalettbesøk natt _____ Avføring: Normal <input type="checkbox"/> Diaré <input type="checkbox"/> Obstipasjon <input type="checkbox"/>	
Smerter	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Dersom ja, se smertekartlegging på neste side	
Fysisk funksjonsnivå	Svimmelhet <input type="checkbox"/> Gangfunksjon _____ Fallrisiko <input type="checkbox"/> Fall siste halvår _____ Skjelvinger <input type="checkbox"/> Stivhet <input type="checkbox"/> Red.bevegelse ledd <input type="checkbox"/> Motorisk funksjon _____	
Psykisk funksjonsnivå	Uro/forvirring <input type="checkbox"/> Virker nedstemt <input type="checkbox"/> Engstelse <input type="checkbox"/> Agitasjon <input type="checkbox"/> Hallusinasjoner <input type="checkbox"/> Kognitiv svikt <input type="checkbox"/> Demensutredning <input type="checkbox"/>	
Søvn	Trotthet på dagtid <input type="checkbox"/> Søvnforstyrrelser <input type="checkbox"/> Innsøvningsvansker <input type="checkbox"/> timer søvn pr døgn _____	
Funksjonsnivå i forhold til inntak av legemidler.	Vil ikke ha/motsetter seg legemidler <input type="checkbox"/> Glemmer å ta legemidler <input type="checkbox"/> Medisiner/naturpreparater som brukes, uten ordinasjon fra lege: _____ Kan svelge tablett <input type="checkbox"/> Svelgvansker <input type="checkbox"/> Tabletter må knuses <input type="checkbox"/> Tobakk: _____ daglig forbruk Alkohol: <input type="checkbox"/> periodisk, spesifiser: _____ <input type="checkbox"/> ukentlig _____ enheter (se neste side)	
Cave/allergi/annet:		
Legeforordnede blod- prøver før LMG	Standard blodprøver ved årskontroll <input type="checkbox"/> Relevante i forhold til sykdom og legemiddelbruk:	
Dato og signatur		



Utviklingssenter for  
sykehjem og hjemmetjenester

### VAS SMERTESKALA:



Avtegn smerte med VAS smerteskala ved ro og bevegelse. Angi ødem, sår etc med cm og lokalisasjon.

Smerteskalaen er hentet fra retningslinjer for vurdering og behandling av smerter ved Regionhospitalet Hammel:  
[http://e-dok.rm.dk/e-dok/e\\_701001.NSR/UT/E2E7BFC6859CDA28C125777D003DE1AD?OpenDocument#Smertevurdering](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_701001.NSR/UT/E2E7BFC6859CDA28C125777D003DE1AD?OpenDocument#Smertevurdering)

### Alkoholenhet

1 standard alkoholenhet (AE) tilsvarer:

En av følgende: En liten flaske pils, ett vinglass med svakvin a 1,5 dl, ett shotglass 40 % sprit 0,4 dl.

Grenseverdi for voksne pr uke: under 9 AE for kvinner, under 13 AE for menn.

### Body Mass Index BMI = kg/m<sup>2</sup>

□ < 18 alvorlig undervekt ■ 18-20 undervekt □ 20-25 idealvekt ■ > 25 overvekt ■ > 30 fedme

Høyde i meter                      alvorlig undervekt                      undervekt    idealvekt                      overvekt    fedme

1.92	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25			
1.90	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26		
1.88	8	9	10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	27		
1.86	9	9	10	10	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25	26	27	28			
1.84	9	9	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	28			
1.82	9	10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	28	28			
1.80	9	10	10	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	28	29			
1.78	9	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	28	29	30		
1.75	10	10	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	26	27	28	28	29	30	30		
1.74	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	31		
1.72	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	
1.70	10	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	
1.68	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	21	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33
1.66	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	34
1.64	11	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35
1.62	11	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	
1.60	12	13	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	25	26	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	37	
1.58	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	20	21	21	22	22	23	24	25	25	26	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	
1.56	12	13	14	15	15	16	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39		
1.54	13	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40		
1.52	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	
Vekt i kilo	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94				



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

## Vedlegg 3 Sjekkliste for hjemmesykepleier før/under/etter fagmøte

**Sjekkliste før fagmøte**

- Bruk sjekkliste for datainnsamling.
- Gjennomfør måling av blodtrykk og SaO2 samt standard blodprøver:

**Hemoglobin, Ferritin, Vitamin B12, Folat serum, Natrium,  
Kalium, Kalsium, ALAT, Kreatinin / eGFR, Albumin, FT4, TSH**

**Sjekkliste ved fagmøte**

- Ta med sjekkliste, ordinasjonskort og utskrift av hovedkort i Cosdoc.
- I møte er hovedoppgave å notere indikasjon på ordinasjonskort.
- Noter ønsker/behov for observasjoner – og når det skal rapporteres.

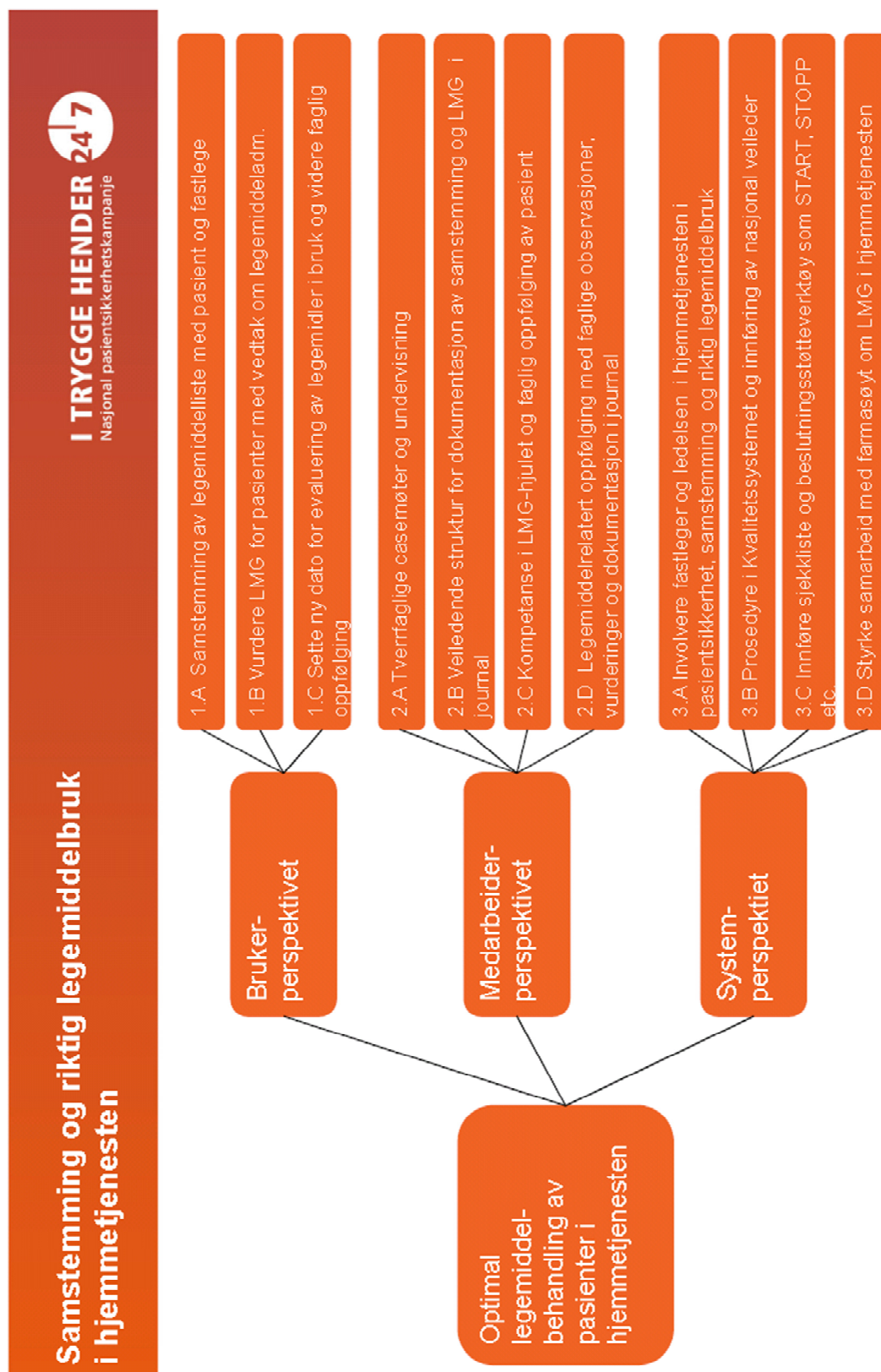
**Sjekkliste etter fagmøte**

- Gå gjennom e-melding fra fastlege i Cosdoc, skriv evt rapport i tiltaksplan på området Legemiddelgjennomgang.
- Endre ordinasjonskort i multidose. Husk klistremerke før fax til lege.
- Endre legemiddelliste i Cosdoc med påføring av indikasjon.
- Bruk legens ICP-kode for diagnoseregistrering i Cosdoc.
- Informer pasient om forslag til endringer hvis ikke legen skal gjøre det.
- Oppdater tiltaksplan i Cosdoc. Legg inn observasjoner på bakgrunn av avtale med fastlege.
  - o Hvis Furix/Diural seponert: er pas. tungpusten? Hoven i beina?? Dokumenter!
- Sett opp dato for evaluering / tilbakemelding til fastlege! Skriv dette opp i svartbok/huskeliste.
- Endre oppdrag i arbeidsplan – gi evt. gruppesykepleier beskjed om dette.

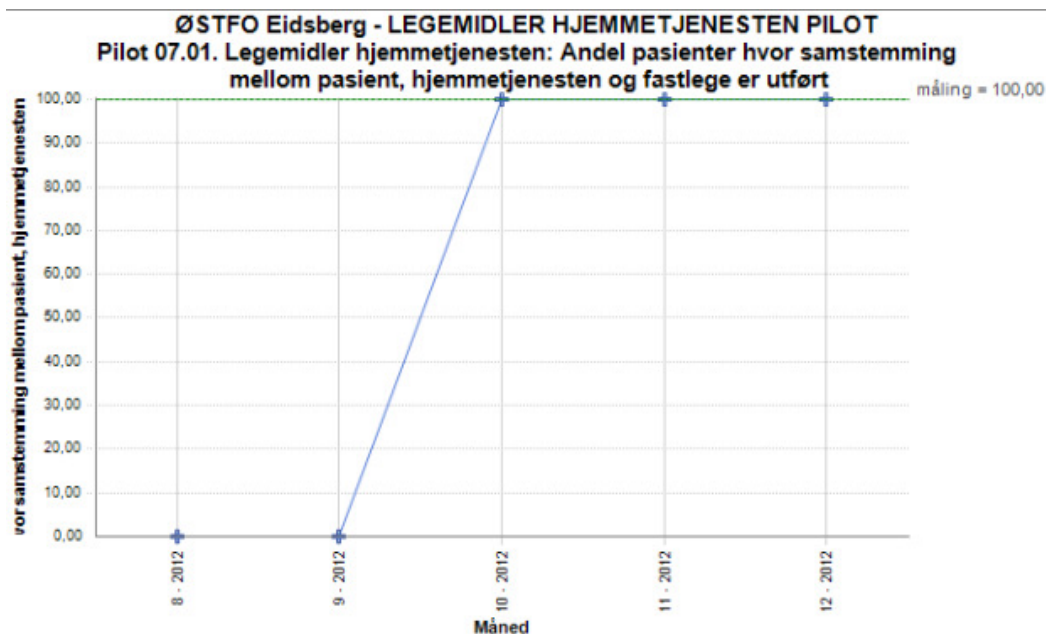
Kontakt Eivind eller Wenche (eller annen kollega) hvis uklarheter! 😊



## Vedlegg 4 Driverdiagram

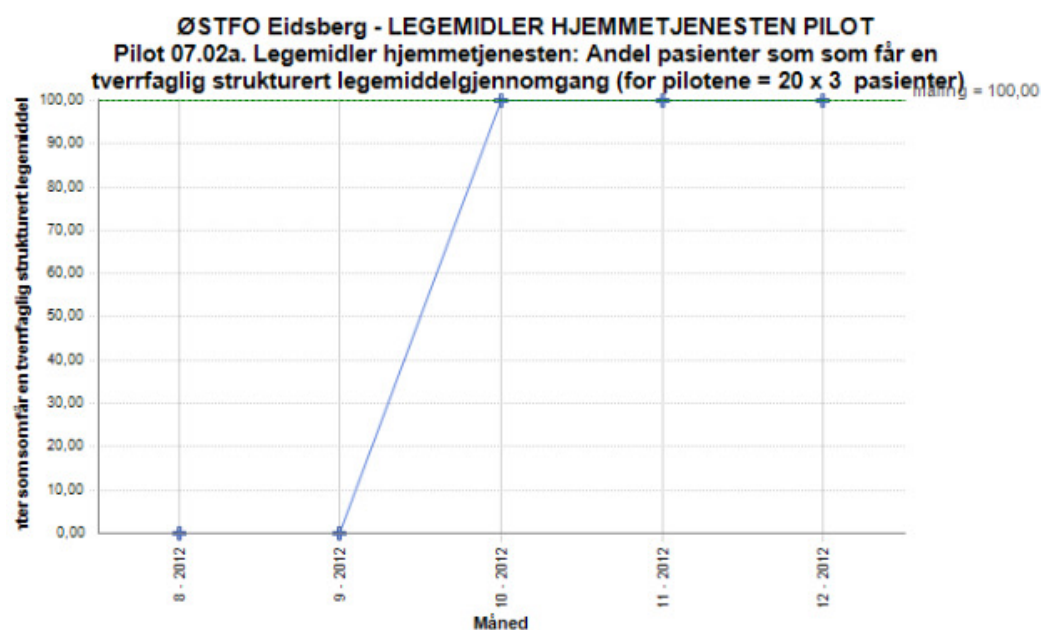


## Vedlegg 5 Resultater for piloten



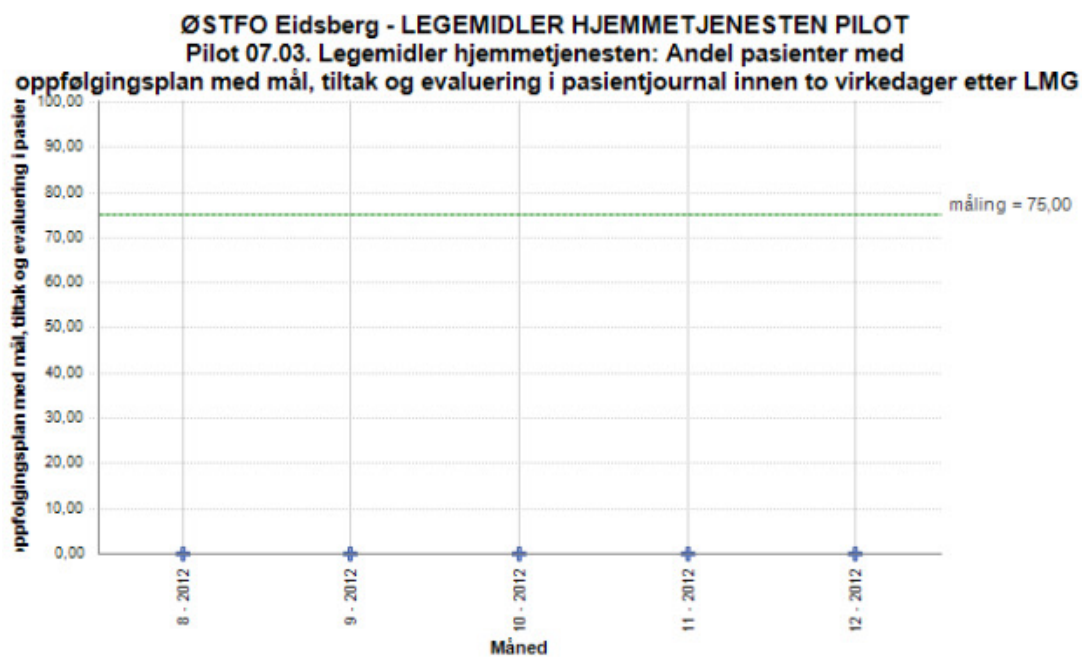
Figur: Andel pasienter hvor samstemming mellom pasient, hjemmetjenesten og fastlege er utført.

Det ble totalt utført 20 LMG i prosjektperioden. Ingen av legemiddellistene var samstemte før LMG men alle legemiddellistene ble samstemt i det tverrfaglige møtet.



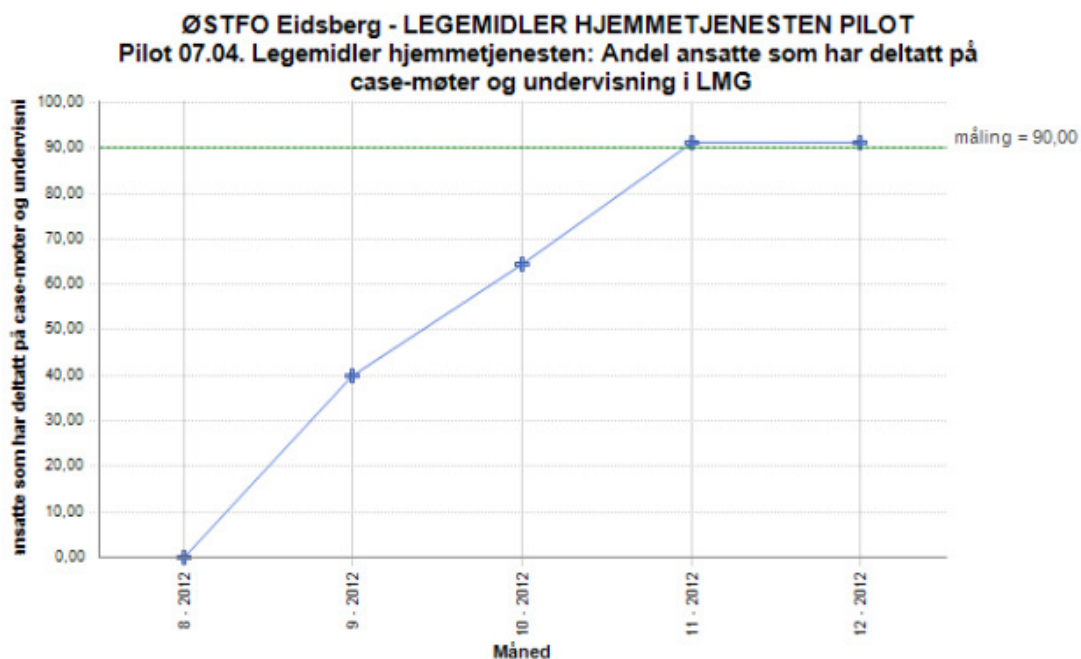
Figur: Andel pasienter som får en tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang.

20 pasienter fikk strukturert tverrfaglig LMG der 16 tverrfaglige møter med lege, farmasøyt og sykepleier. For fire møter hadde farmasøyt oversendt sin vurdering før møtet.



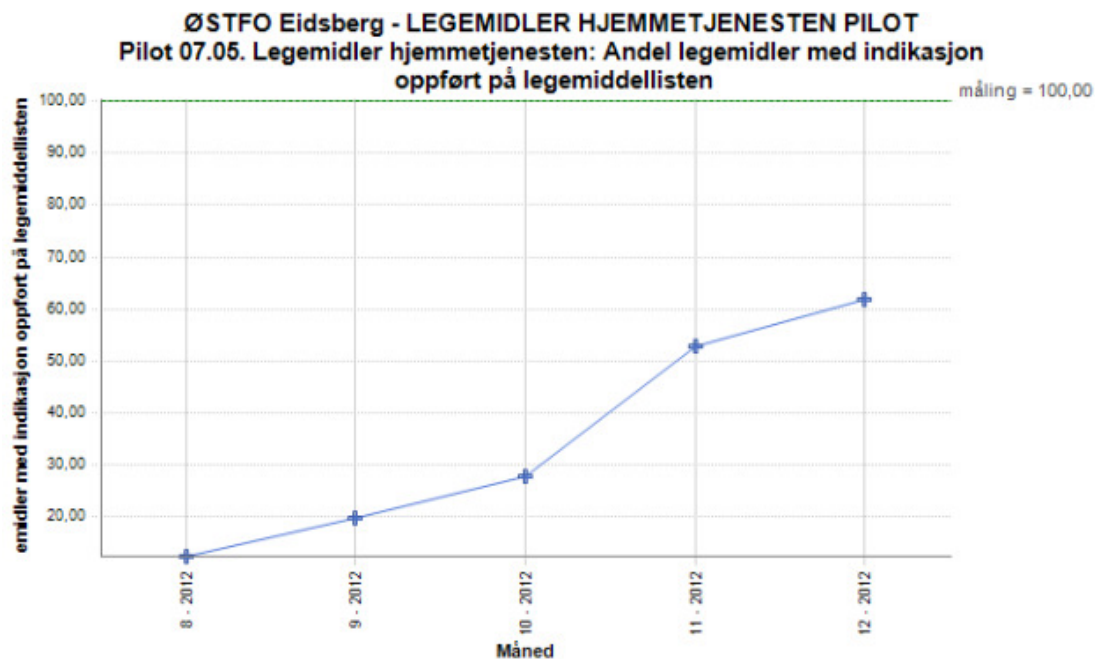
Figur Andel pasienter med oppfølgingsplan med mål, tiltak og evaluering i pasientjournal innen to virkedager etter LMG

Det er ikke funnet at noen av pasientjournalene ble oppdatert innen 48 timer. Videre er 17 journaler oppdatert innen 2-6 dager.



Figur Andel ansatte som har deltatt på case-møter og undervisning i LMG

Av 45 ansatte i hjemmetjenesten har 41 (91 %) deltatt i undervisning og casemøter der alle faggrupper var representert.



Figur Andel legemidler med indikasjon oppført på legemiddellisten

Før LMG var grad av indikasjoner bak legemidlene mangelfulle og det var ikke rutine for påføring av dette i både EPJ og på ordinasjonskort. LMG har bidratt til en økning av andel legemidler med indikasjoner fra 12,4 % til 61,9 %. Hjemmetjenesten vil arbeide for at dette blir rutine og gjennomført for alle legemidler.

## Vedlegg 6 Excelark – midlertidig måleskjema

		Forarbeid							
Pilot-id	ID i EPI	Antall diagnoser reg. i EPI før LMG	Antall oppførte legemidler på hjemmetjenestens oversikt/ ordinasjonskort for FAST bruk - før LMG	Antall oppførte legemidler på ordinasjonskort for EVENTUELL bruk - før LMG	Antall legemidler reg. med indikasjon hos hjemme-tjenesten - før LMG	Antall legemidler reg. med indikasjon hos fastlege - før LMG	Antall legemidler pasienten faktisk bruker - før LMG	Primærkontakt bidratt - før LMG JA/NEI	Legemiddel liste er samstemt før LMG JA/NEI
			<i>Ikke inkontinens-produkter, stix for blod-sukkermåling mv.</i>	<i>Ikke utromher eller kosttilskudd uten ATC-kode, inkontinens-produkter, stix for blod-sukkermåling mv.</i>					
				<i>Eksempler: nitroglyserin og smertestillende.</i>					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									



