



Tromsø kommune

Rapport publisert 21.12.2011

En pille for alt som er ille

Gjennombruddsprosjekt i sykehjemsmedisin 2008



Utviklingscenter for sykehjem

Troms

Buhcciidruovttu ovddidanguovddáš

Romsa

Forord

Takk til Den Norske Legeforening for at vi fikk mulighet til å delta i Gjennombruddsprosjektet i sykehjemsmedisin.

Takk til USH og Tromsø kommune for økonomisk støtte.

Takk til vår veileder Mette Fredheim, kvalitetskoordinator ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Takk til Toril Agnete Larsen, førstelektor, Senter for omsorgsforskning Nord-Norge, Institutt for helse og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø for veiledning i å ferdigstille rapporten.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 GJENNOMBRUDDSMETODEN.....	4
1.2 PRESENTASJON AV SYKEHJEMMET OG AVDELINGENE.....	5
1.3 PROSJEKTORGANISERING	6
2.0 METODE FOR PROSJEKTET	7
2.1 INFORMASJON	7
2.2 UTVALGET	8
2.3 KARTLEGGING.....	8
2.4 BP CHART.....	9
3.0 RESULTAT	10
4.0 DISKUSJON OG LÆRING	14
REFERANSER	18
VEDLEGG	19
VEDLEGG 1 KARTLEGGINGSSKJEMA FØR MEDIKAMENTENDRING	19
VEDLEGG 2 REGISTRERINGSSKJEMA FØR/ETTER ENDRING AV MEDIKAMENTER	20
VEDLEGG 3 LISTE OVER MEDIKAMENTER SOM ER UEGNET FOR ELDRE	21

Sammendrag

Kroken sykehjem deltok i 2008 i Gjennombruddsprosjekt i sykehjemsmedisin i regi av Den Norske Legeforening. Prosjektet var samlingsbasert, og det var 26 sykehjem fra hele landet som deltok. Tema for forbedringsområder var i forkant utarbeidet av en ressursgruppe, og hvert sykehjem kunne velge sitt forbedringsområde.

Prosjektgruppen ved Kroken sykehjem ønsket å se på medikamentbruken hos pasientene i to av sykehjemmets avdelinger. Vi satte oss som mål å redusere 30 % av medikamentbruken uten negative konsekvenser for pasientene. Gjennom systematisk gjennomgang, seponering av medikamenter og dose justering førte prosjektet til en reduksjon på 55 % i definerte døgndoser (DDD) ved avdelingene.

1.0 Innledning

I 2008 var Kroken sykehjem ved avdeling Bukta og Minde, deltakere i et landsomfattende gjennombruddsprosjekt i "Sykehjemsmedisin". Prosjektet var i regi av Den Norske Legeforening og inkluderte 24 andre sykehjem i landet.

Kroken sykehjem er et av landets Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms (USH) har som mål å være pådrivere og tilretteleggere for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester."

<http://www.tromso.kommune.no/utviklingssenter.177402.no.html>

Kroken sykehjem ønsket å være med i prosjektet. Utviklingssenteret søkte høsten 2007 om deltakelse, og bidro til gjennomføringen av prosjektet.

1.1 Gjennombruddsmetoden

Betegnelsen "gjennombrudd" innebærer at det skal settes klare og radikale mål for forbedring - mål som krever annerledes tenkning. I følge kriteriene skal prosjektene omhandle områder som er virkelige, viktige, vanlige og vanskelige.

Metoden går blant annet ut på systematisk observasjon og kartlegging av forhold man ønsker å endre. Hensikten med gjennombruddsprosjektet var at deltagende sykehjem skulle velge et forbedringsområde og bruke gjennombruddsmetoden for å endre praksis.

Modellen bidrar til å skape kultur og kompetanse for kontinuerlig forbedring på den enkelte arbeidsplass - noe som kommer pasientene til gode i form av bedre behandlingstilbud. Institusjoner og fagmiljøer deltar i prosjektene med såkalte forbedringsteam. Læringsmålet er å bruke innsatsressurser mer hensiktsmessig og iverksette system- prosessendringer som skal gi dokumenterbare forbedringer i størrelsesorden 30-50 % - derav uttrykket gjennombrudd".

<http://www.legeforeningen.no/id/79999.0>

Gjennombruddsmetoden har vært anvendt i Norge på en rekke medisinske områder i regi av Den Norske Legeforening. www.legeforeningen.no/id/80003.0

Legeforeningens rapport fra Gjennombruddsprosjektet i sykehjemsmedisin finnes på:

http://www.legeforeningen.no/asset/52760/1/52760_1.pdf.

Vi kunne velge mellom ulike temaer innen sykehjemsmedisin. Eksempelvis ernæring, rutiner ved inn og utskrivning av pasienter, omsorg ved livets slutt. Dette var tema ressursgruppen hadde utarbeidet i forkant av prosjektet.

Vi valgte ”Medikamentbruk i sykehjem” som forbedringsområde.

Målet for vårt prosjekt var å redusere medikamentbruken med 30 % ved systematisk gjennomgang og tilpassing av medikamentbruken ved to sykehjemsavdelinger. Dette uten negative konsekvenser for pasient eller miljø.

Vi valgte området fordi vi erfaringsmessig visste at mange eldre i institusjon står på mange medikamenter, eller har dårlig tilpasset medisinerings.

1.2 Presentasjon av sykehjemmet og avdelingene

Kroken sykehjem består av fem avdelinger med til sammen 76 pasienter. Gimle (9) er en tilrettelagt avdeling for personer med demens, Lanes (18) er en korttidsavdeling, mens avdelingene Minde (15), Bukta (15) og Nerstranda (18) er somatiske sykehjemsavdelinger.

Det var avdelingene Minde og Bukta som var deltakere i prosjektet med sine 30 pasienter til sammen. De fleste pasientene hadde en kognitiv svikt i tillegg til andre somatiske sykdommer som fører til sammensatte hjelpebehov. Jf. analyse av beboerundersøkelsene fra 2000: ”**Et sted å være - et sted å lære.**” <http://www.ub.uit.no/munin/handle/10037/2302> Det var jevn fordeling av kvinner og menn i alderen 65 – 90 år.

Avdelingene har 29 enkeltrom og ett dobbeltrom. Avdelingene har en felles stue, kjøkken og vaktrom.

Avdelingene har til sammen 25 årsverk inkludert nattevakt. Av dette er det ca 5,5 årsverk sykepleiere, og ca 12 årsverk hjelpepleiere. Avdelingene har et stabilt personal, flere ansatte med lang erfaring.

1.3 Prosjektorganisering

Prosjektgruppen besto av sykehjemslege Jan Gunnar Svendby, som var knyttet til avdelingene og avdelingsledere/sykepleiere Mari Vårtun og Elisabeth Meløy. Mette Fredheim, Kvalitetsrådgiver UNN, var tilknyttet Legeforeningens ressursgruppe i prosjektet og vår veileder.

Det var et strukturert opplegg med milepæler og faste frister som skulle overholdes. Det ble avholdt telefonkonferanser hvor prosjektgruppene beskrev hvor langt dem var kommet i prosjektet og delte sine erfaringer og ideer med hverandre. Statusrapporter ble jevnlig levert, og skulle være en sammenfatning av gruppens arbeid samt gi anledning til refleksjon over det som var gjort til dette tidspunktet.

Her presenteres legeforeningens organisering av prosjektet i 2008:

- | | |
|------------|---|
| 12.-14/2 | Fellessamling FS 1: Forbedringsprosjektet ble bestemt. Mål, tiltak og tiltaksplan ble fastlagt. |
| 29/4 | Telefonkonferanse |
| 30/5 | Statusrapport sendt veileder |
| 10.-11/6 | Fellessamling FS 2: Presentasjoner, postere, tiltak og framdriftsplan. |
| 23/9 | Telefonkonferanse |
| 3/11 | Sluttrapport sendt veileder |
| 18.- 19.11 | Fellessamling FS 3: Presentasjon og postere. |

Prosjektgruppen ved Kroken sykehjem hadde ukentlig møte hver tirsdag fra 11-12.

2.0 Metode for prosjektet

Metoden ble utarbeidet i tråd med legeföreningens mal for gjennomföring av prosjektet. Et av målene i gjennombruddsmetoden er å kunne frembringe data som er målbare for å beskrive kvalitetsforbedring. Vi jobbet derfor frem et kartleggingsverktöy som senere kunne gi data til analyse og fremstilling av diagram/grafer.

Pasientenes journaler ble nøye gjennomgått for å finne indikasjon for medikamentordinerings. Prosjektgruppen kontrollerte eventuelle interaksjoner, tok blodpröver, BT/puls og vekt. Etter fjorten dager ble medikamenter seponert, ordinert eller dosejustert. Pasientene ble nøye observert under og etter registreringsperioden.

Det finnes flere typer anerkjente, validerte skjemaer, for kartlegging av blant annet smerter og uro. Et eksempel er ESAS for smerteregistering: <http://resource.nhi.no/resource/4477-21-esas-symptomskjema.pdf>.

Vi brukte ikke noen av disse, men valgte å bruke et egenprodusert skjema som rommet fire parametere (sövn, uro, smerter og fall). Vi önsket et kartleggingsverktöy som ikke var for tidkrevende å bruke. Dette fordi registreringene kom i tillegg til andre arbeidsoppgaver og at skjemaene skulle fylles ut hele dögnet.

2.1 Informasjon

Når vi hadde bestemt oss for metoden, sendte vi brev til pårörende med invitasjon til informasjonsmöte angående prosjektet. Prosjektgruppen la fram planen og formålet med prosjektet. På informasjonsmötet ble det vektlagt at dette var et kvalitetsforbedringsprosjekt. Vi informerte om at det var frivillig å delta, men det ble ikke formalisert med skriftlig samtykke fra pårörende. Pårörende fikk anledning til å stille spørsmål og å komme med kommentarer. Det var i hovedsak udelt positive tilbakemeldinger, kun noen spørsmål i forhold til hvilke medikamenter som er uegnet for eldre.

Det neste vi gjorde var å ha personalmöte hvor vi informerte personalet ved avdelingene om prosjektet.

Sykehjemslegen hadde undervisning for personalet i temaet ”Medikamentbruk hos eldre”.

Undervisningen var basert på spesialist i geriatri og indremedisin Pål Naalsunds arbeid:

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/352374/Legemiddelbehandling%20hos%20eldre.pdf>

Pasienter med samtykkekompetanse ble informert om prosjektet og spurt om deltakelse.

2.2 Utvalget

Av 30 pasienter, ble 26 inkludert i prosjektet. En pasient ble ekskludert på grunn av at pårørende ikke ønsket pasienten skulle delta i prosjektet. En annen ønsket selv ikke å delta. En pasient døde før kartlegging, og ny pasient hadde vært for kort tid i avdelingen for deltakelse. En pasient i korttidsplass ble ikke inkludert i prosjektet. Begrunnelsen for ekskluderingen av denne pasienten var at prosjektgruppen ikke ville ha samme mulighet til observasjoner og oppfølging av pasienten etter utskriving.

2.3 Kartlegging

Prosjektgruppen planla at det skulle gjøres observasjoner av søvn, smerte, uro og fall på fem pasienter fra hver avdeling hver periode. Observasjonene ble gjennomført i tre perioder på fire uker. I løpet av 12 uker var alle observasjoner gjort, endringer gjennomført og fulgt opp. Kartleggingsverktøyet ble brukt til registrering av nevnte observasjoner gjennom hele døgnet. I løpet av de to første ukene i hver periode, gikk vi gjennom pasientenes journaler for å innhente opplysninger om diagnoser og indikasjon for pasientens aktuelle medikamenter. I tillegg tok vi blodprøver som var relevante i forhold til diagnoser og medikamenter. Eksempler på dette er Hb, HbA1c, medikamentspeil, ASAT og ALAT. Vi sjekket medikamentenes interaksjoner på www.felleskatalogen.no, og om noen pasienter sto på medikamenter som ikke er anbefalt til bruk hos eldre mennesker. (Naalsund/ vedlegg)

Resultatet av kartleggingene de første to ukene, samt svar på blodprøver og andre undersøkelser ble lagt til grunn for vurderingen av medikamentene den 14. dagen. Da ble enkelte medikamenter seponert, andre dosejustert eller nyordinert. De siste to ukene i registreringsperioden fortsatte vi med de samme registreringene. I tillegg ble det gjort individuelle tiltak for oppfølging basert på medikamentendringene.

For eksempel ble BT målt daglig ved seponering/reduksjon av blodtrykksmedisin og daglig blodsukkermåling, der antidiabetikum var seponert/reduisert. Ved seponering av sovemedisin, var vi ekstra oppmerksomme på pasientens søvnmønster, og ved seponering/reduksjon av for eksempel Sobril, observerte vi eventuell tiltakende uro.

Både verbal og motorisk uro ble registrert. Vi skilte ikke på disse to formene for uro. Smerter ble registrert ved klaging, ynking og mimikk.

Søvn ble registrert ved observasjon av pasienten. Hvis pasienten lå i sengen med lukkede øyne og/eller eventuelt laget lyder som tydet på at pasienten sov, ble det registrert som søvn.

Kartleggingsperioden gikk over tolv uker, fra medio mars til medio juni 2008. Prosjektet ble avsluttet i medio september 2008. Da ble det gjort opp status. Dataene ble bearbeidet, og det ble utarbeidet grafer/diagrammer.

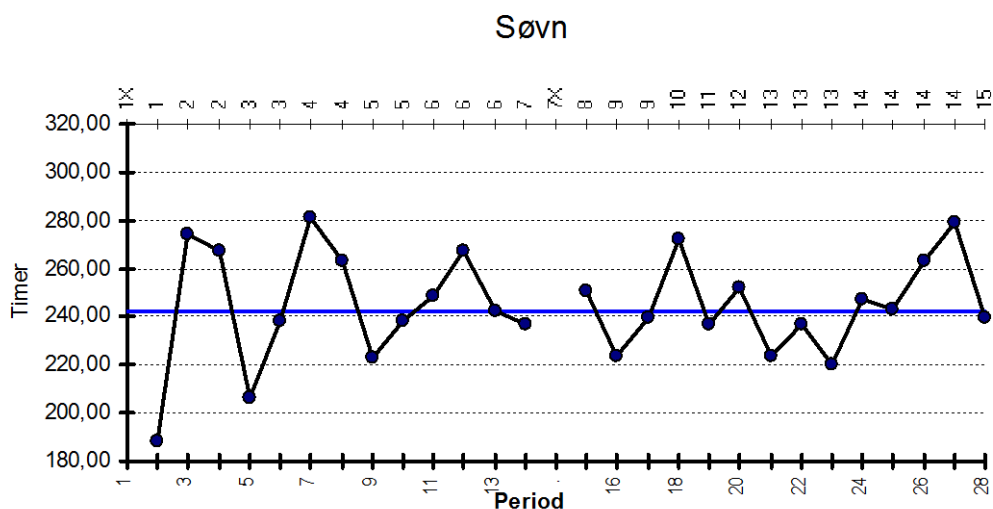
2.4 BP Chart

Prosjektgruppen brukte programmet BPChart400 for å omgjøre datamaterialet til grafer.

3.0 Resultat

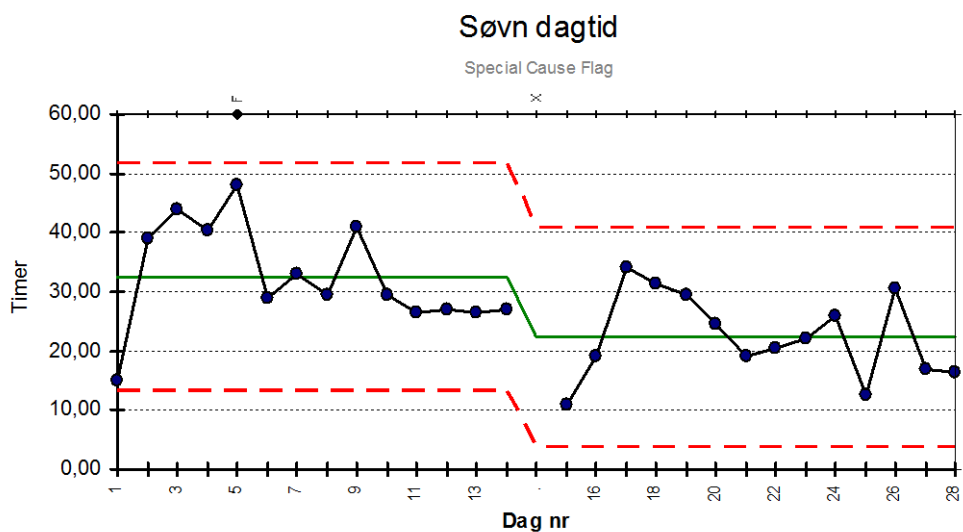
Resultatet ved prosjektets slutt i november, viste en reduksjon på 55,5 % i DDD (døgndefinerte doser) av medikamentbruken ved de to sykehjemsavdelingene. Dette uten at vi registrerte negative konsekvenser for pasientene.

Figur 1 Registrert søvn samlet for alle pasienter



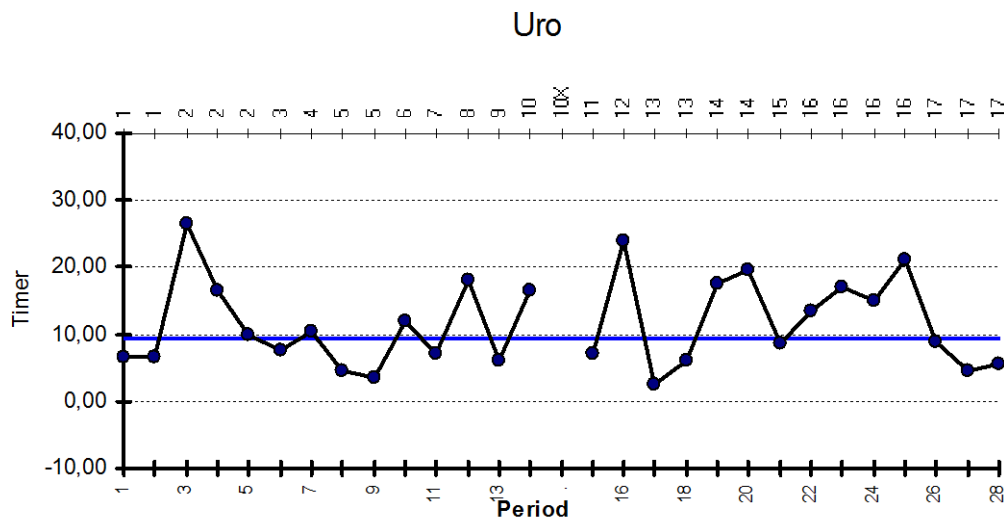
Søvngrafen (figur 1) over, viser antall timer søvn alle pasienter sammenlagt. Funnene viser at det er ingen endring i søvnmønsteret før og etter medikamentjustering.

Figur 2 Registret søvn på dagtid samlet for alle pasienter



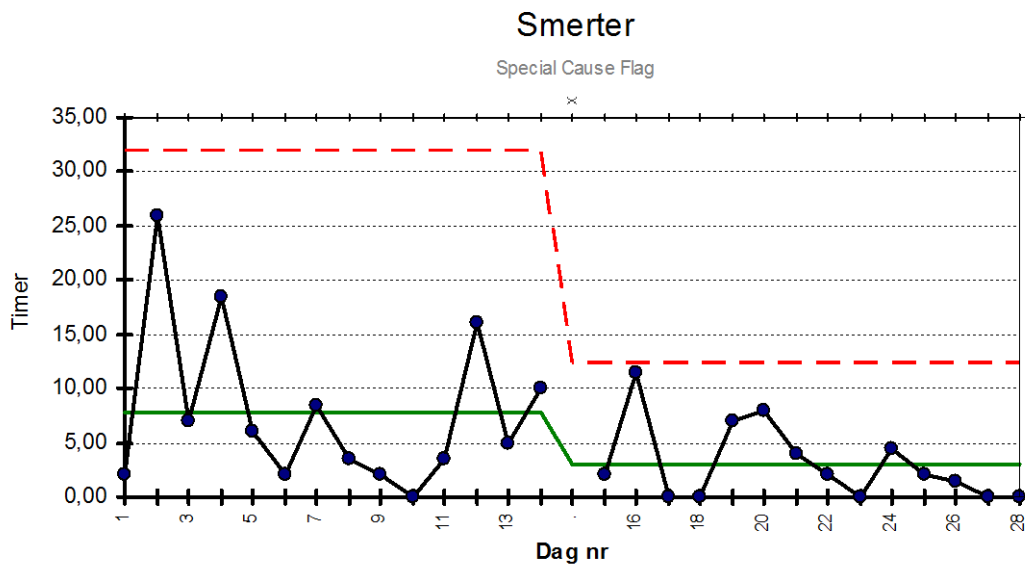
Da vi gjorde opp søvnstatus, mente vi likevel å se en endring på når tid på døgnet pasientene sov. Vi så på tiden i mellom 11 og 19, telte alle pasientenes søvntimer i tidsrommet, og fant en interessant reduksjon på antall timer søvn dagtid. Grafen (figur 2) forrige side, viser dette funnet.

Figur 3 Antall timer med registrert uro samlet for alle pasienter



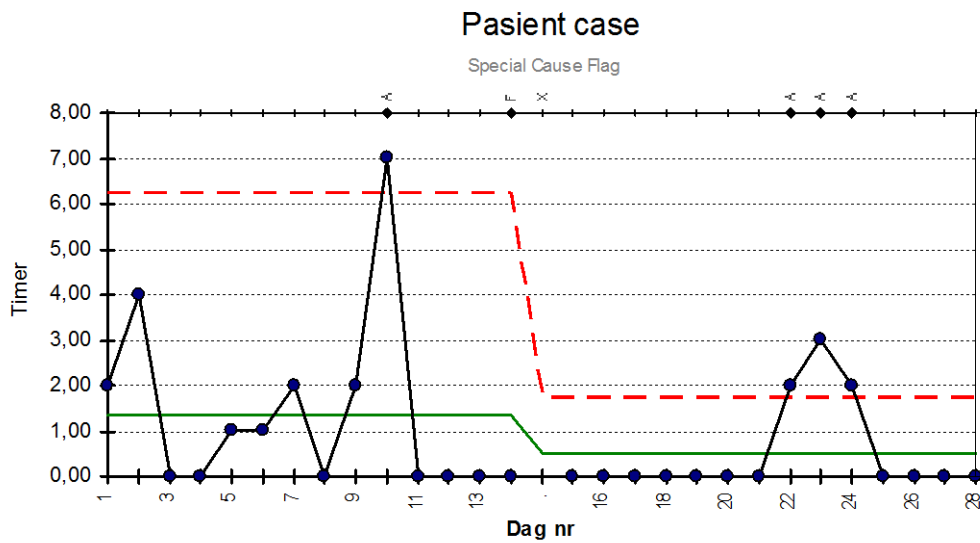
Grafen (figur 3) over viser antall timer uro alle pasienter. Den viser ingen endring før og etter medikamentjusteringen.

Figur 4 Antall timer med registrert smerte samlet for alle pasienter



Grafen (figur 4) viser antall timer smerter, alle pasienter. Her er antall timer smerter redusert etter medikamentjusteringen.

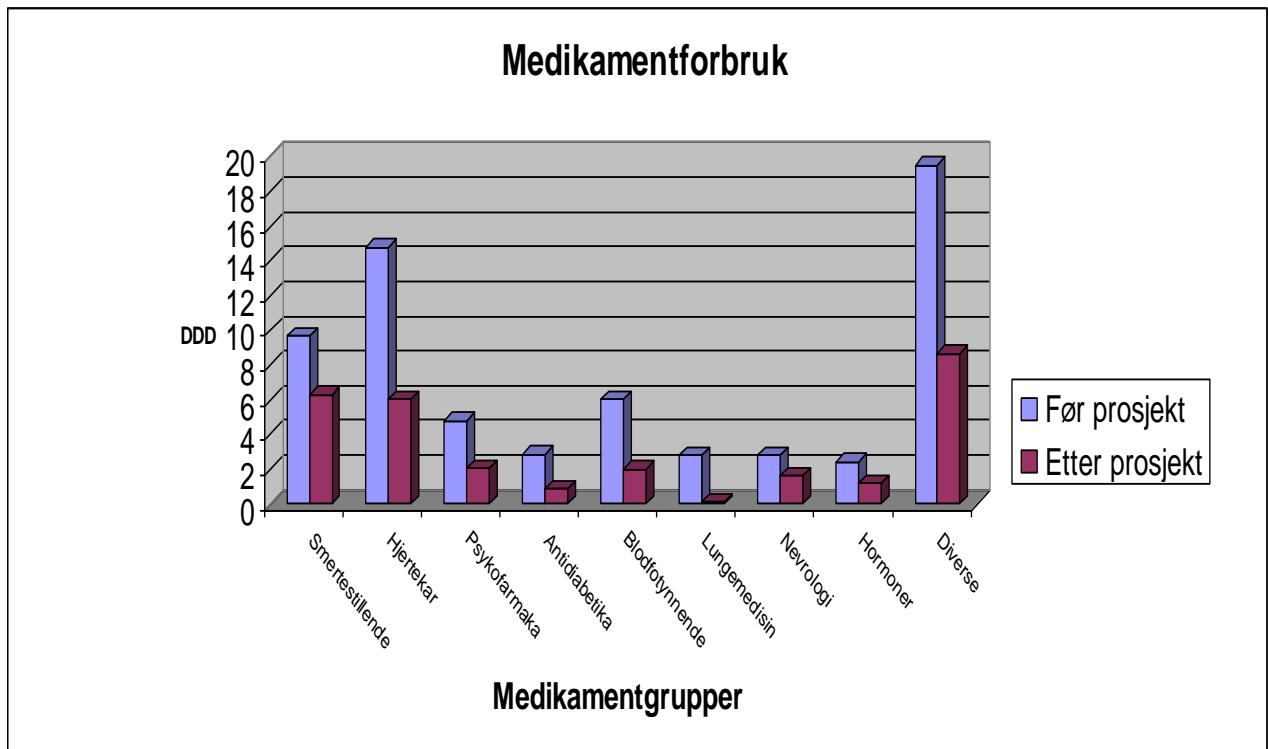
Figur 5 Antall timer registrert uro hos en pasient



Grafen (figur 5) over, viser antall timer uro hos én av pasientene. Pasienten sto på Albyl-E og Selo-Zok som ble seponert, og fikk i stedet ordinert Tolvon og Paracet. Avviket på grafen 21.til 25. dag skyldtes trolig urinveisinfeksjon.

Den totale reduksjonen av medikamentene ses i tabellen (figur 6) neste side. Vi har delt medikamentene inn i ulike grupper før og etter prosjektet.

Figur 6 Medikamentforbruk før og etter gjennomført prosjekt



Definisjon på definerte døgndoser (DDD): «Måleenhet som brukes ved estimering av legemiddelforbruk for internasjonale sammenligninger og bruk, over tid. Den antatt gjennomsnittlige døgndosen brukt ved preparatets hovedindikasjon for voksne.»

<http://www.apotek.no/Default.aspx?ID=54>

Eksempler på hvilke medikamenter som ble redusert.

Smertestillende: Paracet, Ibumentin

Hjertekar: Selo-Zok, Digitoxin

Psykofarmaka: Sobril, Trilafon

Antidiabetika: Metformin

Blodfortynnende: Albyl-E

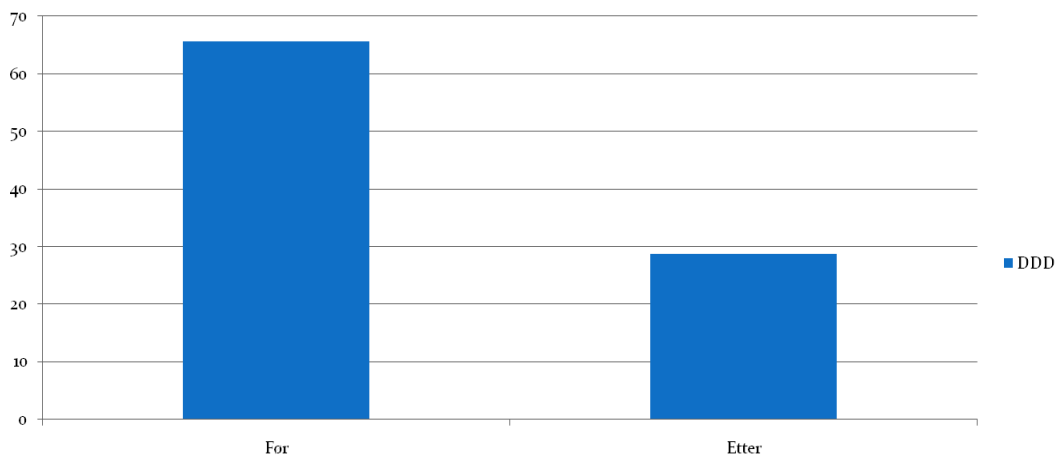
Lungemedisin: Mucomust,

Nevrologi: Tegretol

Hormoner: Prednisolon

Diverse: C-vitamin, Folsyre, Duroferon

Figur 7 Antall definerte døgndoser før og etter medikamentjustering



I tabellen (figur 7) over, viser antall definerte døgndoser (DDD) før og etter medikamentjusteringen. Medikamentreduksjonen ble på 55,5 %.

4.0 Diskusjon og læring

Valg av våre observasjonsparametere begrunnes i egne erfaringer og observasjoner av pasienter i sykehjem. De kan for eksempel være slappe, trøtte, ha søvnproblemer, ikke være godt nok smertelindret og kan ha økt falltendens. Etersom de fleste pasientene hadde vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt, ble smerter i stor grad registrert ut fra pasientens kroppsspråk og personalets erfaringsbaserte kunnskaper. Det ble det ofte pleiernes subjektive opplevelse av pasientens smerter som ble registrert. Resultatet av kartleggingen kunne trolig blitt noe annerledes dersom pasientene selv kunne ha svart på direkte spørsmål rundt sin egen situasjon. For at resultatet av kartleggingen skulle bli best mulig, var det viktig med en stabil personalgruppe som kunne tolke pasientenes nonverbale kommunikasjon.

Gjennom prosjektperioden gjorde vi oss noen tanker om pasientenes uro, og om noe av pasientens uro kunne skyldes smerter. I noen tilfeller kan uro bli tolket som om pasienten er urolig pga kognitiv svikt. Det samsvarer med egen tidligere praksis. Før prosjektet, fikk pasientene beroligende medikamenter ved uro i stedet for smertelindring. Det var kort vei i mellom rapportert uro til fast ordinasjon av beroligende medikamenter. Vår erfaring etter prosjektet, er at uro ofte skyldes smerter og kan reduseres med smertelindring i stedet for beroligende medikamenter. Dette har ført til at vi i dag bruker mer smertestillende medikamenter enn tidligere og mindre beroligende. I dag spør personalet heller etter registreringsskjema når de opplever at pasienten sover dårlig eller er urolig.

Vi har lært at systematisk gjennomgang av medikamentbruk har flere fordeler. Pasientenes medikamentbruk blir best mulig tilpasset den enkelte. De fører trolig til færre bivirkninger, og vår erfaring er at pasientene er mer våkne og har bedre søvnkvalitet på natt.

Vi har gjennom prosjektet erfart at sovemedisin har begrenset effekt ved fast ordinasjon over tid, og fører heller til at pasientene kan bli trøtte på dagtid på grunn av opphopning av stoffene i medikamentene. Viser til artikkel Legemiddelbehandling av eldre mennesker 9/1 2008: www.nhi.no/livsstil-og-helse/livsstil/diverse/legemiddelbehandling-av-eldre-27327.html Vårt resultat er i tråd med dette da våre pasienter ble mer våkne på dagtid.

Prosjektet har ført til endret praksis. Vi har et større fokus på medikamentbruken. Når nye pasienter kommer til avdelingene, går sykehjemslegen og sykepleierne gjennom medikamentlister og journaler, for å skaffe oversikt over indikasjon. Etter noen uker planlegges det justeringer av medikamentene. Hvis man i forkant av medikamentendring ønsker å kartlegge for eksempel søvn, uro og/eller smerter, brukes skjemaet fra prosjektet.

Det er ikke spesielt vanskelig å endre medikamentbruken i sykehjem. Pasientene observeres hele døgnet, BT/ og blodprøver følges opp. Hvis observasjonene tilsier at et medikament likevel er nødvendig, kan sykehjemslegen reordinere medikamentet. Et annet element er at livet til den enkelte pasient endrer seg når de kommer i sykehjem, og ofte kan behovet for medikamenter endre seg. For eksempel kan regelmessige måltider med riktig kost føre til et mindre behov for antidiabetikum. Pasienten som flytter på sykehjem har ofte et lavere aktivitetsnivå enn tidligere, og da kan behovet for blodtrykkssenkende medikamenter endres. Vi har gjennom prosjektet lært at det er en fordel at eldre mennesker har et litt forhøyet blodtrykk (Naalsund). Det kan forbygge svimmelhet og fall.

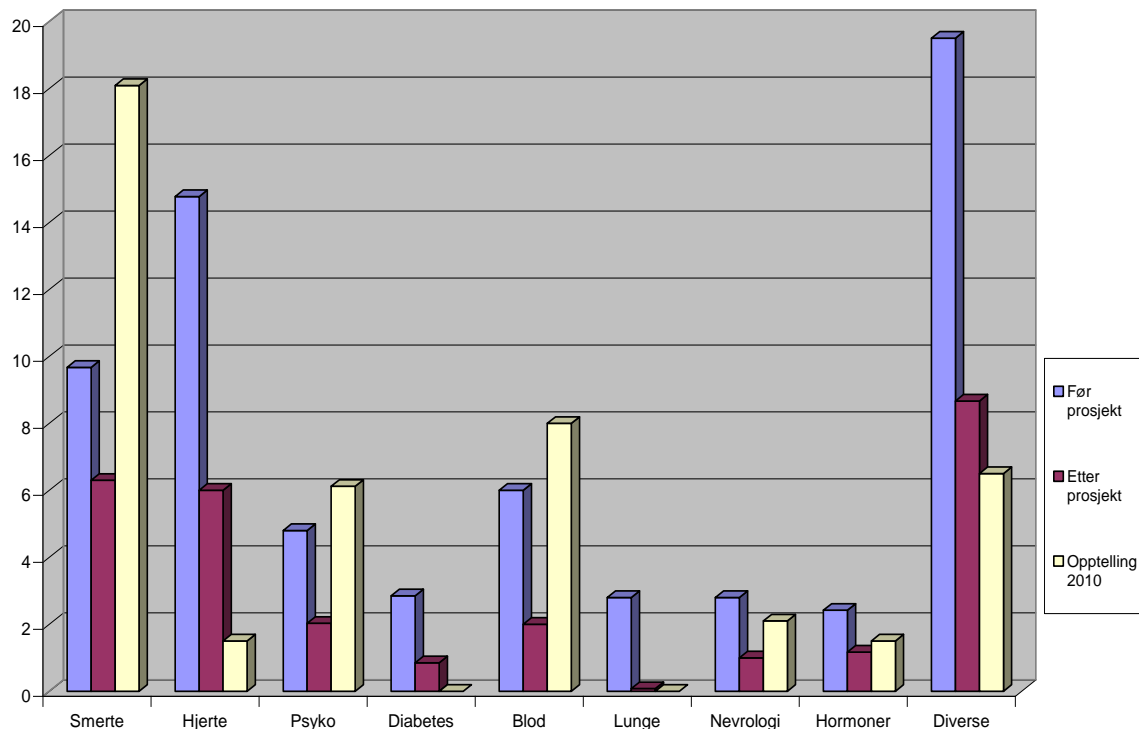
Nåværende praksis er at pasientenes medikamentliste gjennomgås to ganger i året. Vi er også blitt mer bevisst på at uforklarlige symptomer kan være medikamentrelaterte bivirkninger. Vi har flere eksempler på det, og denne bevisstheten kommer som et resultat av vårt arbeid med prosjektet. Vi vil her vise til et eksempel: *En mann hadde vært plaget med obstipasjon over flere uker. Pasienten fikk mageregulerende medikamenter uten effekt. I tillegg til obstipasjon, fikk han anginalignende symptomer, og behandlet med Nitroglyserin for dette. Da symptomene fortsatte, gikk vi gjennom bivirkninger på medikamentene han brukte. Det viste seg at Simvastatin har en obstiperende bivirkning, og medikamentet ble seponert. Pasienten ble da kvitt sine plager.*

Dette mener vi er et godt eksempel på at det er kan skje at pasienter behandles for medikamentbivirkninger med andre medikamenter.

I våre to avdelinger har vi vært oppmerksomme på eldre og medikamentbruk. Vi har over tid erfart at pasientene kommer til sykehjemmet med lange medikamentlister. Medikamentene har blitt vurdert og justert, men ikke så systematisk som det gjøres nå. Det har ikke vært seponert eksempelvis antidiabetika og blodtrykkssenkende medikamenter tidligere fordi man mente at dette var nødvendig behandling.

Ny kunnskap gjennom prosjektet, viste ved nøye registrering at de færreste hadde effekt av for eksempel blodtrykkssenkende medikamenter. Oppfølgingsmålinger (figur 8) under fra januar 2010, viser at pasienter har uendret blodtrykk. Denne kunnskapen og endrede rutiner har ført til forbedret praksis ved avdelingene.

Figur 8 Medikamentforbruk før og etter gjennomført prosjekt og ved oppfølgingsmåling.



I dag er medikamentbruken ved avdelingene lav (januar 2010), og vi har endret profil. Vi bruker mer smertestillende medikamenter nå enn tidligere, og svært lite sove- og beroligende medikamenter. Refleksjoner underveis i prosjektarbeidet var at vi tidligere underbehandlet smerter. Vi tolket ofte uro som en del av demenssykdom, og ikke som et uttrykk for fysisk smerte.

Prosjektet har bidratt til kvalitetsforbedring i avdelingene. Pasientene har det bedre med tilpasset medikamentbruk. Mindre smerter har gitt mindre uro, bedre søvnkvalitet, bedre matlyst og økt våkenhet på dagtid. Resultatet av prosjektet ser vi på som en klar forbedring av livskvaliteten til den enkelte pasient.

Prosjektgruppen opplevde gjennombruddsprosjektet som svært vellykket. Et av suksesskriteriene var at prosjektet var bygd opp systematisk og hadde en tydelig struktur. Det var klare milepæler og krav om jevnlig rapportering. Ett annet kriterium var fellessamlingene i regi av Legeforeningen med deltakende sykehjem. Samlingene ga oss både faglig utbytte og viktig erfaringsutveksling om kvalitetsarbeid.

Referanser

Apotekforeningen. Definisjon DDD, Ord og begreper.

<http://www.apotek.no/Default.aspx?ID=54> (Lesedato juni 2008)

Den Norske Legeforeningen. Tidligere gjennombruddsprosjekter.

www.legeforeningen.no/id/80003.0 (Lesedato 31.10.11)

Felleskatalogen: www.felleskatalogen.no (Lesedato juni 2008)

Larsen, Toril Agnete; Knudsen, Liv-Berit, 2006. Et godt sted å være og å lære: Sluttrapport fra Undervisningssykehjemsprosjektet Tromsø/Nord;

<http://www.ub.uit.no/munin/handle/10037/2302> (Lesedato 01.10.10)

Naalsund, Paal, 2010. Seksjonsoverlege geriatrisk seksjon, Haraldsplass Diakonale Sykehus, 18.mars 2010. Legemiddelbehandling hos eldre mennesker,

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/352374/Legemiddelbehandling%20hos%20eldre.pdf> (Lesedato april 2008)

NHI, ESAS symptomskjema. Edmonton Symptom Assessment System,

<http://resource.nhi.no/resource/4477-21-esas-symptomskjema.pdf> (Lesedato 01.10.10)

NHI, 2008. Legemiddelbehandling av eldre mennesker, www.nhi.no/livsstil-og-helse/livsstil/diverse/legemiddelbehandling-av-eldre-27327.html

(Lesedato juni 2008)

Remo, Liv Heidi Brattås (redaktør), 2011. Rapport fra gjennombruddsprosjekt sykehjem,

redaktør. http://www.legeforeningen.no/asset/52760/1/52760_1.pdf

(Lesedato 23.05.11)

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms (USH):

<http://www.tromso.kommune.no/utviklingscenter.177402.no.html>

(Lesedato 31.10.11)

Vedlegg

Vedlegg 1 Kartleggings skjema før medikamentendring

Navn:

Blodprøver:	Medikamenter FØR	Seponeres?
	-	
	-	
	-	
	-	
Andre undersøkelser:	-	
BT	-	
puls	-	
vekt		
Interaksjoner:		"Fy-liste"

Vedlegg 2 Registreringsskjema før/etter endring av medikamenter

Navn.....

Dato	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

GULT= URO
 RØDT= SMERTE
 GRØNT= SØVN
 FALL= I (ET STREK FOR HVERT FALL)

Vedlegg 3 Liste over medikamenter som er uegnet for eldre

Hos oss kalt «Fy-lista»

Disse bør du unngå å skrive ut til eldre:

1. Tricykliske antidepressiva: Sarotex, Sinequan og Surmontil
2. Antihistaminer: Polaramin, Phenamin, Phenergan, Vallergan og Atarax
3. Antipsykotika: Largactil, Truxal, Nozinan, Stemetil
4. Benzodiazepiner: Mogadon, Apodorm, Flunipam og Rohypnol
5. Muskelrelakserende middel: Somadril
6. Analgetika: Aporex, Petidin og Ketogan
7. KOLS/Asthma: Nuelin eller Theo-Dur
8. Samtidig bruk av 3 eller flere psykofarmaka i gruppene:
opioideholdige analgetika, antipsykotika, hypnotika, sedativa og
antidepressiva
9. Samtidig bruk av betablokker og Veracard, Isoptin, Cardizem. Uno,
Cardizem Retard *eller* Diltiazem
10. Samtidig bruk av NSAID (alle) og warfarin (Marevan)
11. Samtidig bruk av NSAID (alle) og diuretika
12. Samtidig bruk av NSAID *eller* Cox-II-hemmer (alle) og
ACE-hemmer (alle) *eller* AII-blokker (alle)
13. Samtidig bruk av NSAID (alle) og SSRI (alle)

* * *

*Ha oppdatert skjerm bilde med pasientens faste medisiner:
bruk oppdatert legemiddelliste når du skriver ut nye resepter, og
når du regelmessig går gjennom pasientens totalmedikasjon.*

Kroken sykehjem, Utviklingscenter for sykehjem i Troms
Jadeveien 69, 9022 Krokeldalen
Telefon: 777 91300
E-post: usht@tromso.kommune.no

[www. utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)
www.tromso.kommune.no/usht-troms