



Tromsø kommune

Rapport publisert 1. april 2012

Ved prosjektleder Jorunn Larsen, Kvaløya hjemmetjeneste, UHT Troms

Riktigere legemiddelbruk for eldre i sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester
Troms

**Buhcciidruovttuid ja ruoktobálvalusaid
ovddidanguovddáš**
Romsa

Prosjektrapport etter gjennomført prosjekt ved Kvaløya hjemmetjeneste, Kvaløysletta sykehjem og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Troms.

Årstall: 2010/2011

Prosjektleder: Jorunn Larsen, Kvaløya hjemmetjeneste

Prosjektmedarbeider: Ragnhild Listad Sveinsen

Prosjektgruppe: Jorunn Larsen, sykepleier

Ragnhild Listad Sveinsen, sykepleier

Ellen Riksvold, farmasøyt

Anita Engstad, farmasøyt

Elisabet Sausjord, UHT

Toril Bülow, USH

Wigdis Anitha Olsen, enhetsleder Kvaløysletta sykehjem

Elin Albrigtsen, enhetsleder Kvaløya hjemmetjeneste

Bjørn Bø, fastlege, Kvaløysletta legekontor

Andreas Sletten, sykehjemslege Kvaløysletta sykehjem

Arbeidsgruppe: Jorunn Larsen

Ragnhild Listad Sveinsen

Ellen Riksvold

Anita Engstad

Ellen Riksvold og Ragnhild Listad Sveinsen har medvirket til utarbeidelse av rapporten.

Ressurspersoner: Terese Folgerø, eldreoverlege, Tromsø kommune

Judith Nerskogen, fagutviklingssykepleier, Mortensnes sykehjem

Elisabeth Meløy, avdelingsleder, Kroken sykehjem

Mari Vårtun, avdelingsleder, Kroken sykehjem

Trond Brattland, kommuneoverlege, Tromsø kommune

Sigurd Sparr, geriater, UNN

Jan Gunnar Svendby, lege Kroken sykehjem

Navn på prosjektet: **Riktigere legemiddelbruk for eldre i sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune**

Det ble ikke engasjert ekstern faglig veileder i prosjektet, men prosjektgruppa har veiledet hverandre og delt tanker og erfaringer underveis i prosessen. Eldreoverlege i Tromsø kommune, Terese Folgerø har kommet med bidrag i forhold til den avsluttende rapporten.

Sum tildelte prosjektmidler: 300.000 kr

Kontaktperson: Jorunn Larsen, jorunn.larsen@tromso.kommune

Tlf: 776 04800

Innhold

Sammendrag:	5
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	6
1.2 Målet med prosjektet.....	6
1.3 Prosjektmidlene.....	7
2.0 Historikk	7
2.1 Kvaløya.....	7
2.1.1 Kvaløysletta sykehjem.....	8
2.1.2 Kvaløya hjemmetjeneste.....	8
2.1.2. Avdeling Kvaløysletta.....	8
2.2 Begrepsbruk.....	8
3.0 Metode	9
3.1 Bakgrunn.....	9
3.1.1 ”Gjennombruddsprosjektet”.....	9
3.2 Framgangsmåten.....	10
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
3.4 Mulige feilkilder.....	11
3.5 Informasjon og undervisning til de ansatte.....	11
3.6 Etikk og samtykkekompetanse.....	11
3.6.1 Informasjonsbrevet til alle sykehjemmens beboere og deres pårørende.....	12
3.6.2 Informasjonsbrevet til de aktuelle brukerne av hjemmetjenesten.....	12
4.0 Gjennomføring av prosjektet ved Kvaløysletta sykehjem	13
4.1 Forberedelser til prosjektstart.....	13
4.2 Gjennomføring.....	13
4.3 Resultater.....	13
4.3.1 Endring i bruk av medikamenter ved sykehjemmet.....	14
4.3.2 Antall legemidler per beboer før/etter legemiddelgjennomgang.....	14
4.3.4 Endringer inndelt etter medikamentgrupper.....	15
4.3.4 Medikamenter som ikke er egnet til bruk av eldre.....	16
4.3.5 Registreringer av diverse parametere.....	17
4.4 Erfaringer.....	19
4.5 Kommentar til prosjektet fra sykehjemslege.....	21
5.0 Gjennomføring av prosjektet ved Kvaløya hjemmetjeneste	21
5.1 Fastlegens rolle.....	21
5.2 Brukergrunlaget. Hvem fikk forespørsel om å delta?.....	22
5.3 Gjennomføringen.....	22
5.4 Resultater.....	24
5.4.1 Endring i bruk av medikamenter ved hjemmetjenesten.....	24
5.4.2 Antall legemidler per bruker før/etter legemiddelgjennomgang.....	25
5.4.3 Endringer inndelt etter medikamentgrupper.....	25
5.4.4 Oversikt over medikamenter som ikke er egnet til bruk av eldre.....	26
5.4.5 Registreringer av diverse parametere.....	26
5.4.6 Registreringer av diverse parametere – sykehjem versus hjemmetjeneste.....	27
5.5 Erfaringer.....	27
5.5.1. Spesielle utfordringer for prosjektet i hjemmetjenesten.....	28
5.6 Kommentar til prosjektet fra fastlege.....	29
5.7 Farmasøytens rolle – i prosjektet, i teamet og i forhold til pasientene.....	29

6.0 Veien videre	30
6.1 Forslag til veien videre på Kvaløysletta sykehjem.....	30
6.2 Forslag til veien videre ved Kvaløya hjemmetjeneste	31
7.0 Konklusjon	32
8.0 Litteraturliste.....	33
Begrepsavklaringer:	34
Vedlegg	36

Sammendrag:

Bakgrunn: En stor andel av legemiddelrelaterte problemer hos eldre kan unngås dersom den enkeltes legemiddelbruk blir gjennomgått regelmessig og systematisk. Helsetilsynet har funnet store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem (7/2010). Minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler.

Sommeren 2010 fikk Tromsø kommune, ved USHT Troms, tildelt midler fra Helsedirektoratet til prosjektet «Riktigere legemiddelbruk for eldre i sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune».

Mål/hensikt: Kartlegge hvorvidt et tverrfaglig samarbeid med lege, farmasøyt og sykepleier, ville styrke oppfølgingen rundt den enkeltes legemiddelbruk på sykehjem og hjemmetjeneste.

Materiale og metode: Prosjektet ble gjennomført på Kvaløysletta sykehjem og Kvaløya hjemmetjeneste. Ved sykehjemmet var alle avdelingene involvert i prosjektet, mens hjemmetjenesten fulgte opp en gruppe på seks pasienter.

Tverrfaglige grupper bestående av sykepleier, lege og farmasøyt ble opprettet. Erfaringer fra Gjennombruddsprosjektet på Kroken sykehjem ble lagt til grunn. Søvnmonster, falltendenser, uro og smerteproblematikk ble registrert hos de eldre. Det ble tatt blodprøver, vekt og målt blodtrykk. Hjemmetjenesten registrerte også plager med tung pust og hudkløe. Observasjonstiden ved sykehjemmet var fire uker, mens observasjonstiden i hjemmetjenesten kunne bli opptil ti uker avhengig av sykdomsbilde og medikamentsammensetning.

Ulike leger jobbet opp mot sykehjemmets avdelinger på timebasis, og i hjemmetjenesten har brukerne forskjellige fastleger. Dette ga økte utfordringer for gjennomgang og oppfølging.

Resultater og erfaringer: Pasienter på sykehjemmet ble ikke negativt påvirket av medisinendringene til tross for at bruk av beroligede midler og sovemidler ble redusert med 30 %. Derimot viste registreringen 50 % nedgang i fall, bedre oppfølging i forhold til væske/dehydrering og iverksetting av andre tiltak ved økt uro. En beboer fikk som følge av den generelle kartleggingen i prosjektet, bedre helse, og valgte i samråd med pårørende å flytte hjem.

Av hjemmetjenestens seks pasienter fikk tre endret eller seponert store deler av sine medisiner, og tre pasienter fikk henvisninger til spesialisthelsetjenesten for videre undersøkelser. Det ble rapportert bedre livskvalitet hos flere etter legemiddelgjennomgangen.

Tverrfaglig, systematisk gjennomgang av legemidler hos hjemmeboende eldre byr på større utfordringer enn på sykehjemmet. Kognitive problemer hos enkelte pasienter og store geografiske avstander kan være kompliserende faktorer. Våre erfaringer viser at tilsvarende fremtidige prosjekter i hjemmetjenesten må søke nye løsninger for å bedre observasjonsmulighetene hos enkelte pasientgrupper.

Konklusjon: Det anbefales at tverrfaglig medikamentgjennomgang implementeres i Tromsø kommune, og at farmasøyt deltar i dette arbeidet. Den tverrfaglige modellen høyner kvaliteten på helsetjenesten rundt den enkelte pasient i sykehjem og hjemmetjeneste.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Det er viktig å ha fokus på legemiddelbruken hos den enkelte, og at tablettene, dosen og sammensetningen faktisk er det som den enkelte behøver. En stor andel av legemiddelrelaterte problemer hos eldre kan unngås dersom den enkeltes legemiddelbruk blir gjennomgått regelmessig og systematisk. Helsetilsynet har funnet store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem (7/2010). Minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler. I helsevesenet og i alle ledd av pleie- og omsorgstjenesten, kommer helsepersonell i befatning med medikamenter på en eller annen måte. Helsepersonell forordner, administrerer og observerer medisinenes positive, men også negative virkninger. I sykehjemmets avdelinger er helsepersonell tilstede og observerer pasienten hele døgnet, mens i hjemmetjenesten er man bare i korte stunder med brukeren i deres hjem.

Sommeren 2010 fikk Tromsø kommune tildelt midler fra Helsedirektoratet til prosjektet «Riktigere legemiddelbruk for eldre i sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune». Prosjektet hadde til hensikt bedre legemiddelbehandlingen av eldre på sykehjem og i hjemmetjenesten, gjennom etablering av et tverrfaglig samarbeid. Det ble dannet en prosjektgruppe og en arbeidsgruppe.

1.2 Målet med prosjektet

Målet med prosjektet var å stimulere til riktigere legemiddelbruk for eldre i Tromsø kommune

Delmål var:

- etablere tverrfaglige team i kommunen, bestående av sykepleier, lege og farmasøyt
- prøve ut tverrfaglige legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmetjeneste, og styrke oppfølgingen rundt legemiddelbruken til den enkelte.

Det var viktig å involvere alle i den daglige pleien ved Kvaløysletta sykehjem, og de som var deltok i pleien hos de aktuelle brukerne ved Kvaløya hjemmetjeneste, slik at oppfølgingen kunne bli best mulig. Ønsket om å jobbe for en bedre medisinsk hverdag for de eldre ved

sykehjemmet og i hjemmetjenesten, har vært en stor motivasjon for å gjennomføre dette prosjektet. Og det har vært viktig å bidra til dette gjennom et tverrfaglig samarbeid.

1.3 Prosjektmidlene

Prosjektmidlene ble brukt til å dekke utgifter til periodevis frikjøp av prosjektleder i en 20 % stilling, dager og timer for prosjektmedarbeider, lønn til farmasøytene for deres bidrag, undervisning og utforming av statistikk, dekke utgifter til legetimer og transport, samt dekning av utgifter til hjemmebesøk (vedlagt regnskap).

2.0 Historikk

2.1 Kvaløya



Kvaløya ligger i Tromsø kommune, og er Norges femte største øy med nærmere 9000 innbyggere. Øya har spredt bebyggelse, med store geografiske avstander der store deler er fjellandskap.

Kvaløya er knyttet til Tromsøya med Sandnessundbrua, og til Ringvassøya og Malangshalvøya med undersjøiske tunneler. I tillegg er det fergeforbindelse til Vengsøy, Rebbenesøy og Tussøy, samt bruforbindelse til Sommarøy og Hillesøy.

2.1.1 Kvaløysletta sykehjem

Kvaløysletta sykehjem ble bygd i 1981. Sykehjemmet har totalt 71 senger fordelt på fire avdelinger med henholdsvis 19, 18, 25 og 9 senger. Det er tre somatiske avdelinger, og en skjermet avdeling for beboere med demenssykdommer. En av avdelingene har en rullerende korttidsplass, mens en annen avdeling i prosjektperioden hadde to plasser som en del av ”Lindrende enhet”, et tilbud for beboere med langt kommen kreftsykdom.

2.1.2 Kvaløya hjemmetjeneste

Kvaløya hjemmetjeneste omfatter hele Kvaløya, Sommarøy, Hillesøy og den delen av Malangshalvøya, Ringvassøy og Rebbenøy som tilhører Tromsø kommune, samt flere mindre øyer som er bebodd. Kvaløya hjemmetjeneste har avdelingene Kvaløysletta og Brensholmen som hører inn under den ordinære hjemmetjenesten. Tjenester til personer med psykisk og fysisk utviklingshemming gis i bolig tjenestens avdelinger Ryllikveien, Niseveien, Storelva og Finnvik, der det ved sistnevnte også gis tjenester innenfor tvungen omsorg. Kvaløya hjemmetjeneste har i tillegg en avdeling for miljøtjeneste rettet mot yngre brukere med ulike hjelpebehov, samt Selnes, en barne- og avlastningsbolig. Hjemmetjenesten organiserer også et dagsenter som holder åpent fem dager i uken.

2.1.2. Avdeling Kvaløysletta

Avdeling Kvaløysletta hjemmetjeneste har 131 brukere pr. oktober 2011, hvor av 49 får hjelp til administrering av sine medisiner. Prosjektet er utført i delsonen Kvaløysletta som omfatter hele Kvaløya, Vengsøy, og de deler av Malangshalvøya, Ringvassøy og Rebbenøy som tilhører Tromsø kommune. Hjemmetjenestens ansatte kan på dagtid kjøre fire til seks mil fra sentrum av Kvaløysletta og ut i distriktet der hjelpen skal mottas, og en kjørelengde med flere besøk kan bli på rundt 10 mil. På en aftenvakt kan den totale kjøreruten på det meste bli på 11-13 mil.

2.2 Begrepsbruk

I denne rapporten brukes ordet «pasient», «beboer» og «bruker» om personer som har kontakt med helsepersonell der medikamenter skal vurderes og følges opp. I hjemmetjenesten bruker

man både begrepet «bruker» og «pasient», men man i sykehjem sier man «beboer» eller «pasient».

3.0 Metode

3.1 Bakgrunn

I forkant av prosjektet ga ansatte ved noen sykehjemsavdelinger uttrykk for at samarbeidet med sykehjemslegen fungerte tilfredsstillende med tanke på tilsyn og gjennomgang av beboernes medikamenter. Ansatte på andre avdelinger ga derimot tilbakemelding om at de periodevis opplevde samarbeidet som noe mangelfullt.

I hjemmetjenesten var det ingen faste rutiner for en systematisk gjennomgang. Gjennomgang av brukerens medisiner har vært gjort etter tilbakemelding fra brukeren selv, pårørende eller som et innspill fra helsepersonell i hjemmetjenesten. Da med en påfølgende diskusjon med fastlegen vedrørende enkeltmedikamenter, sammensetning eller spørsmål om dosering.

3.1.1 "Gjennombruddsprosjektet"

Prosjektet bygde på erfaringer fra "Gjennombruddsprosjektet" ved Kroken sykehjem <http://www.utviklingssenter.no/en-pille-for-alt-som-er-ille.5012439-185788.html>. Dette prosjektet var en del av Legeforeningens gjennombruddsprosjekt for sykehjemsmedisin, der sykehjem fra hele landet ble invitert til å delta. Målet for Kroken sykehjem var 30 % reduksjon i medikamentforbruket, og man oppnådde 55,5 % reduksjon. Etter at dette prosjektet ble avsluttet, har oppfølgingsprosjekter blitt gjennomført ved flere av sykehjemmene i Tromsø kommune. Helsedirektoratet ønsket ved tildeling av midler at det ble etablert rutiner som sikret ordninger med legemiddelgjennomganger for eldre, slik at disse kunne sammenlignes med erfaringene fra Gjennombruddsprosjektet. Helsedirektoratet ba videre om at metoden fra Gjennombruddsprosjektet ble implementert i vårt prosjekt.

I motsetning til "Gjennombruddsprosjektet" på Kroken sykehjem, ble også farmasøyt med i vårt tverrfaglige team. Farmasøytens arbeidsoppgaver ved sykehjemmens avdelinger har til prosjektstart vært å ha oversikt over legemiddelforbruket, følge opp retningslinjer for

legemiddelhåndtering, samt undervisning til personalet om legemidler. I hjemmetjenesten har farmasøytene hatt årlige tilsyn, med gjennomgang av rutiner i forhold til medisinerrom, eller tema som oppbevaring av medikamenter eller samarbeid med andre instanser. Kvaløysletta sykehjem hadde ikke implementert metodene fra Gjennombruddsprosjektet før de ble med i dette prosjektet.

3.2 Framgangsmåten

Vi tok utgangspunkt i metoder fra Gjennombruddsprosjektet, og de erfaringene som avdelingslederne Mari Vårtun og Elisabeth Meløy og sykehjemslege Jan Gunnar Svendby hadde gjort. Tidlig i prosessen ble det holdt et møte med Vårtun og Meløy for en gjennomgang av deres arbeid og erfaringer. Sammen med sykehjemslege Jan Gunnar Svendby hadde de utformet et skjema der de ansatte registrerte søvn, fall, uro og smerte hos de eldre i to uker. Deretter startet de en gjennomgang og endring av medisinene, og fortsatte registreringen i nye to uker. Resultatet av registreringen førte til at mange medisiner ble seponert, og doser redusert.

Vi fikk tillatelse til å ta i bruk deres registreringsskjema (vedlegg 3 og 4), og de samme skjemaene ble også benyttet i hjemmetjenesten. Videre bidro fagutviklingssykepleier Judith Nerskogen med gode råd og erfaringer, etter en liknende gjennomgang gjort ved Mortensnes sykehjem. To farmasøytter, en for sykehjemmet og en for hjemmetjenesten, ble tilknyttet prosjektgruppa.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriteriene var de samme som i Gjennombruddsprosjektet på Kroken sykehjem.

Deltakere:

På sykehjemmet var alle beboerne tenkt involvert, med unntak av 1 beboer på rullerende avlastningsplass samt 2 beboere ved «Lindrende enhet». På 3 av 4 avdelinger fikk alle beboere gjennomgang av sine medisiner, men på den siste avdelingen lyktes en ikke å få med alle beboerne i prosjektperioden.

I hjemmetjenesten fikk 6 brukere tilbud om deltagelse, og samtlige takket ja til å delta i prosjektet.

Medikamenter:

Medikamentene som ble tatt med i prosjektet var faste medikamenter med systemisk effekt.

Følgende medikamenter ble ekskludert:

- Behovsmedikamenter
- Kurer
- Inhalasjonsmedikamenter
- Medikamenter med lokal effekt (krem, salve, øyendråper etc.)

3.4 Mulige feilkilder

- Lege startet med gjennomgang/seponering på forhånd
- Usikkerhet ved utfylling og tolkning av enkelte registrerings ark og uklarhet ved utfylte registrerings ark som kan ha gitt feiltolkning ved statistikkarbeid
- Medisiner brukt utenom indikasjon gir “feil” DDD (definert døgn dose)-verdi (eks Remeron for søvn)
- Turnuslege som ikke kjenner pasienten kan være mer restriktiv for å gjøre endringer

3.5 Informasjon og undervisning til de ansatte

Informasjon om prosjektet til de ansatte ble gitt avdelingsvis. Informasjonen ble gitt av prosjektleder og prosjektmedarbeider til alle sykehjemsavdelingene ved personalmøter. Dette for å kunne få synspunkter og diskusjoner rundt prosjektet og gjennomføringen fram i mindre grupper. For hjemmetjenestens ansatte, ble informasjonen om prosjektet gitt av prosjektleder ved personalmøte og i en egen samling. I prosjektperioden hadde både farmasøytene og geriater Sigurd Sparr undervisning for de ansatte.

3.6 Etikk og samtykkekompetanse

Å sette i gang et prosjekt som omhandler den medisinske behandling av den enkelte beboer eller bruker, krever en fortløpende diskusjon, vurdering av den enkeltes situasjonen og tiltak, samt god oppfølging hele veien. Samtykkekompetansen nedfelt i pasientrettighetsloven står sentralt, der den enkelte skal kunne motta informasjonen og selv vurdere deltagelse eller ikke, som her i et prosjekt som omhandler deres medisinske behandling.

Prosjektgruppa valgte oppstart og planlegging, på bakgrunn av at beboerne ved sykehjemmet er underlagt en felles medisinsk behandling ved sykehjemmet, og at et informasjonsbrev til de involverte skulle stå sentralt i denne prosessen. Det ble brukt tid på å forfatte informasjonsbrevet. Var ordlyden forståelig, og hvem var mottakelig for denne type informasjon? Det var nødvendig at gjennomføringen ble beskrevet nøyaktig, og at prosjektet ikke gikk utover de normer som er satt for den medisinske behandlingen. Det var ønskelig at de involverte kunne hvis mulig, komme med synspunkter og mulighet for reservasjon i prosjektet hele veien, og at nærmeste pårørende kunne være involverte og gi tilbakemelding for sine der det var nødvendig. De ansatte på hver avdeling sto sentralt i dette informasjonsarbeidet.

Videre ble en gjennomgang av ordlyden i brevet gjort av kommuneoverlege Trond Brattland. Han kom med forslag til endringer, og det ferdige informasjonsbrevet, et utkast for sykehjemmet og et for hjemmetjenesten, ble videre godkjent av enhetslederne. De respektive avdelingslederne signerte så brevet sammen med prosjektleder.

3.6.1 Informasjonsbrevet til alle sykehjemmets beboere og deres pårørende

Informasjonsbrevet ble levert til alle sykehjemmets beboerne, og gjennomgått med de som var mottakelig for informasjon. Brevet ble videre arkivert i journalene. Informasjonsbrevet ble også sendt til nærmeste pårørende med anmodning om å ta kontakt ved spørsmål (vedlegg 5).

Prosjektmedarbeider informerte også om prosjektet på et eget arrangement for de pårørende ved sykehjemmet.

3.6.2 Informasjonsbrevet til de aktuelle brukerne av hjemmetjenesten

Informasjonsbrevet til de aktuelle brukerne av hjemmetjenesten (vedlegg 6 og 7) hadde samme ordlyd som til sykehjemmets beboere, i tillegg til et eget signeringsskjema.

4.0 Gjennomføring av prosjektet ved Kvaløysletta sykehjem

4.1 Forberedelser til prosjektstart

Personalet ved sykehjemmet fikk informasjon om prosjektet på personalmøter ved hver avdeling. Samtidig fikk hver avdeling utdelt en egen perm med nødvendig informasjon om prosjektet. For å kunne sikre en god gjennomføring av prosjektet, var det nødvendig at en sykepleier på hver avdeling tok ansvaret for kontinuitet og gjennomføring. Hver avdeling har sin sykehjemslege, og disse fikk både skriftlig og muntlig informasjon.

4.2 Gjennomføring

Alle avdelingene startet opp i løpet av februar 2011, med registreringer og oppfølging av grupper på tre-fem beboere. Dette ble organisert av ansvarlig sykepleier og sykehjemslege. Registreringen omfattet observasjon av søvn, uro, fall og smerter over 14 dager. Etter 14 dager var det tverrfaglig møte der ansvarlig sykepleier, sykehjemslege og farmasøyt deltok. Farmasøyt fikk tilsendt medisinarke på forhånd, og møtet ble av praktiske årsaker arrangert på samme dag som legevisitt.

Etter en grundig gjennomgang og diskusjon, ble det foretatt seponering, dosereduksjon og/eller oppstart av medikamenter. I noen tilfeller ble det ikke gjort noen endringer. Deretter var det 14 nye dager med observasjon og registrering. Ved det siste møtet var bare sykepleier og sykehjemslege til stede. Registreringsskjema ble gjennomgått, og eventuelle endringer gjort.

Pårørende fikk muntlig informasjon etter medisinendringer og/eller etter det siste møtet.

I løpet av juni 2011 var tre avdelinger ferdige med gjennomgangen av beboernes medikamenter. Den siste avdelingen avsluttet i august.

4.3 Resultater

Funn som ble gjort ved legemiddelgjennomgangen på sykehjemmet sammen med sentrale tabeller/figurer beskrives nedenfor. Øvrige resultatene for sykehjemmet finnes som tabeller/figurer i vedlegg 10.

4.3.1 Endring i bruk av medikamenter ved sykehjemmet

Hovedprinsippet bak Gjennombruddsprosjektet på Kroken sykehjem, var reduksjon i medisinbruk. Det viktigste i vårt tverrfaglige prosjekt, var imidlertid ikke å se en reduksjon i medisinbruken, men at medisinbruken ble optimalt tilpasset for hver enkelt beboer. I mange tilfeller betydde dette nedgang i medisinforbruket.

Tabell 1: Nedgang i medisinbruk per avdeling, og for hele sykehjemmet. Det viste seg å være stor forskjell på avdelingene. Avdeling 2 hadde en nedgang i medisinbruk på 33 %, mens avdeling 1 hadde en økning i medisinbruk på 6,2 %.

Avdeling	Nedgang (%)
Avdeling 1	-6,2
Avdeling 2	33,0
Avdeling 3	11,3
Avdeling 4	9,9
Totalt	16,5

Vi ser at det er stor forskjell på avdelingene. Avdeling 2 hadde en nedgang i medisinbruk på 33 %, mens avdeling 1 hadde en økning i medisinbruk på 6,2 %.

Optimale resultater krever et godt tverrfaglig samarbeid. I avdeling 1 på sykehjemmet var flere sykepleierstillinger ubesatte i prosjektperioden, og dette medførte nok at gjennomføring av registrering og oppfølging ble en stor utfordring i tillegg til andre sykepleieroppgaver.

Alle legene samarbeidet godt under prosjektet, men det er viktig å understreke at enkelte var mer engasjert i å få dette til enn andre. Tidspress er også en viktig faktor.

4.3.2 Antall legemidler per beboer før/etter legemiddelgjennomgang

Antall legemidler (LM) per beboer før/etter legemiddelgjennomgang, se tabell 2 i vedlegg 10. Denne faktoren er målt for senere å kunne sammenligne medisinbruken med andre sykehjem, landsgjennomsnitt etc.

Avdeling 2 er den avdelingen som har hatt størst nedgang i legemiddelbruk. De er også den avdelingen som brukte mest legemidler i utgangspunktet. Nå er avdelingen en av de to avdelingene som bruker minst legemidler. Avdelingen hadde nettopp fått ny lege før prosjektet startet. Dette kan være en fordel, da denne legen så på beboerne sine medikamenter med et nytt blikk.

Avdeling 3 har hatt samme lege i mange år, noe som gir en god kontinuitet og oppfølging av beboerne. Her har man sett hvor viktig det er med en lege som har god kjennskap til sine beboere.

På avdeling 4 ble det ofte gjort endringer i forhold til når den tverrfaglige gruppen skulle ha sine møter fordi legen endret sin visitt-tid på kort varsel. Dette førte til at farmasøyten flere ganger ikke kunne delta i gruppen.

Som tidligere nevnt hadde avdeling 1 problemer med sykepleiebemanningen i prosjektperioden, noe som virket inn på gjennomføringen av legemiddelgjennomgangen

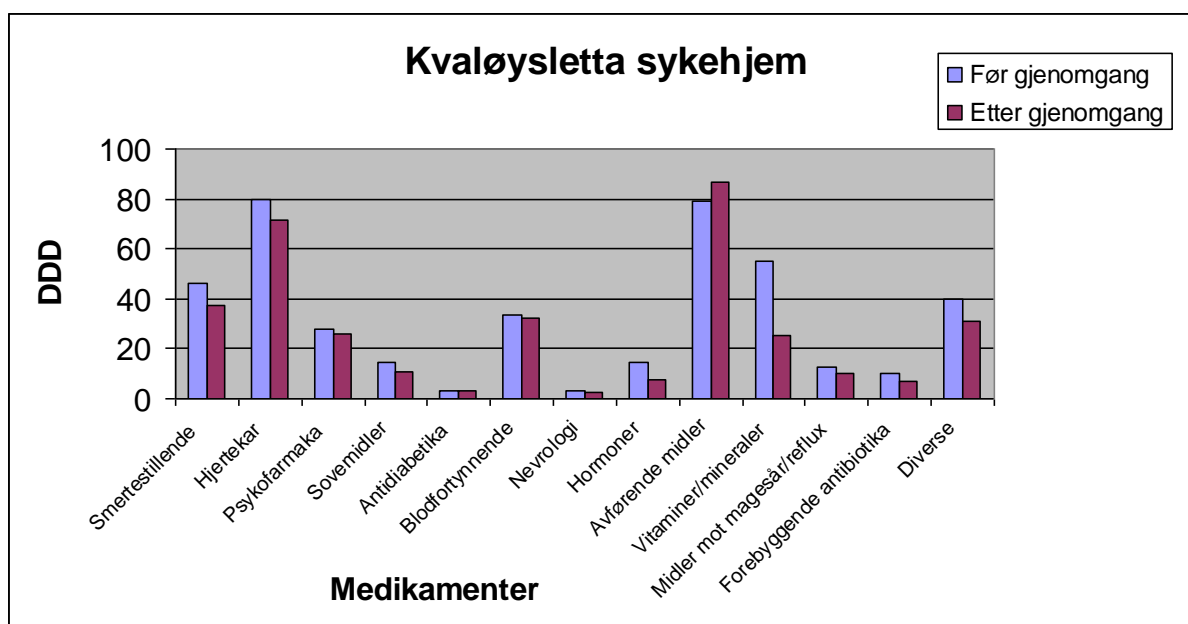
4.3.4 Endringer inndelt etter medikamentgrupper

Medisindosene som ble brukt er blitt registrert og omregnet til DDD (definerte døgndoser). Ut fra disse tallene (før/etter medisinendring) har vi beregnet endringen i medisinbruk.

Definerte døgndoser er en internasjonal standard, og den beste måten å sammenligne medikamentbruk på. DDD er imidlertid definert for voksne, ikke for eldre, hvilket kan være en ulempe på medikamenter hvor det er forskjeller i anbefalte doseringer til voksne kontra eldre. Dette gir utslag i figur 1 på medikamentgruppene psykofarmaka, sovemidler og avførende midler.

Ut fra figur 1 ser vi at det er en moderat nedgang i de fleste legemiddelgruppene.

Psykofarmaka og sovemidler: Nedgangen er i realiteten større den det ser ut til i figur 1. Bruk av benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende sovemidler er redusert med ca 30 % (se kapittel 4.3.4). De definerte døgndosene på benzodiazepiner er en god del høyere enn det som er anbefalte doser til eldre, og dermed synes ikke denne nedgangen så godt i figuren.



Figur 1: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper.

Av samme grunn viser figur 1 en økning i bruk av avføringsmidler. Denne økningen er i realiteten en overgang fra parafin til volumøkende laksantia (Laktulose). Laktulose har en lav DDD i forhold til vanlig dose til eldre. Vi anser Laktulose som et bedre medikamentvalg enn parafin, da denne ikke har påvirkning på opptak av vitaminer/mineraler og andre legemidler.

Den viktigste grunnen til den store nedgangen i bruk av vitaminer/mineraler, er seponeringen av parafin til mange beboere. Ved fast bruk av parafin gir man tilskudd av multivitamin for å sikre bedre vitaminopptak.

Figur 2-5 viser endringen i medisinbruk til hver enkelt av avdelingene, se vedlegg 10.

4.3.4 Medikamenter som ikke er egnet til bruk av eldre

«Fy-listen» og NorGeP-listen (begge i vedlegg 8) ble brukt som sjekklister i forhold til hvilke medikamenter som eldre ikke bør bruke. «Fy-listen» overtok vi fra Gjennombruddsprosjektet på Kroken sykehjem, og det var den som ble brukt aktivt på alle de tverrfaglige møtene.

Tabell 3 viser en oversikt over hva som ble brukt før og etter gjennomgangen av medikamenter fra «Fy-listen». Medikamentene som er fremhevet med fet skrift i tabellen er de medikamentene som var i bruk på sykehjemmet, Atarax, Apodorm og Theo-Dur. Før gjennomgangen var det 6 beboere som fikk

medikamenter fra «Fy-listen», etter gjennomgangen var det kun 2 beboere som brukte medikamenter fra «Fy-listen». Det blir altså en reduksjon på 67 %.

Tabell 3: Bruk av medikamenter som var oppført på fy-lista (felles tabell for sykehjemmet og hjemmetjenesten). Medikamentene som er markert med fet skrifttype er de medikamentene som ble brukt. Før gjennomgangen var det 7 beboere/brukere som fikk slike medikamenter (tallene i parentes), etter gjennomgangen er det bare 3.

Fy-lista	hj.tj.	avd.1	avd.2	avd.3	avd.4
Sarotex, Sinequan, Surmontil					
Polaramin, Phenergan, Vallergran, Atarax	(1) 1	(3) 1			(1) 0
Truxal, Nozinan, Stemetil					
Mogadon, Apodorm , Flunipam				(1) 0	
Petidin, Ketogan					
Nuelin, Theo-Dur					(1) 1

I NorGeP-listen finner vi i tillegg benzodiazepinet Valium, betablokkeren Sotalol, samt høye doser av Sobril og Imovane. Valium og Sotalol var ikke i bruk på sykehjemmet under prosjektet.

Ingen av beboerne brukte Imovane i doser som var høyere enn anbefalt. 3 beboere brukte Sobril i doser høyere enn anbefalt før prosjektstart, og det var fortsatt 2 beboere på avdeling 4 som brukte høye doser Sobril etter gjennomgangen.

Når det gjelder benzodiazepiner totalt (Sobril/Apodorm) så har sykehjemmet redusert bruken med 27 %. Bruken av benzodiazepin-lignende sovemidler (Imovane/ Zopiklone og Zolpidem) er redusert med 30 %. Reduksjon av disse medikamentene var et viktig mål for prosjektet, da disse medikamentene i utgangspunktet er beregnet til kort tids bruk, ikke til fast bruk.

4.3.5 Registreringer av diverse parametere

2 uker før og 2 uker etter medikamentendring ble det registrert følgende parametere: uro, smerte, søvn og fall. Tabell 4 viser registreringene som er blitt gjort for uro og smerter, angitt i antall timer per døgn i gjennomsnitt for brukerne.

Tabell 4: Registrering av uro og smerter til pasientene før og etter endring av medikamenter

	Før	Etter	Kommentarer
Avdeling 1			
Uro	0,48	0,90	
Smerte	0,16	0,11	
Nedstemthet	0,13	0,03	
Avdeling 2			
Uro	0,43	0,63	
Smerte	0,05	0,11	Skyldes økte smerter til en beboer
Avdeling 3			
Uro	0,30	0,59	
Smerte	0,01	0,00	
Avdeling 4			
Uro	1,47	0,80	
Smerte	0,11	0,16	

Uro er økt på de fleste avdelingene etter endring av medisiner. Det var forventet i og med at vanedannende medisiner ble seponert/reduisert. Erfaringer fra tidligere prosjekt har også vist at beboerne kunne bli mer urolige etter seponering av medisiner. Avdelingene var forberedte på dette, og forsøkte først og fremst ikke-medikamentelle tiltak for å dempe uro i denne perioden. En vurdering i etterkant er at man kunne registrert uro i en lengre periode etter medisinendring, i alle fall til de beboerne som ble mer urolige som følge av medikamentendringen, for å kunne dokumentere om uroen kun var midlertidig.

Smerter er økt på 2 av 4 avdelinger. På avdeling 2 er det kun 1 beboer som sto for smertene som var registrert, på avdeling 4 var det 3 beboere. Ved seponering/reduksjon av smertestillende forventet vi at noen av beboerne kunne få økte smerter. Det var uansett viktig å behovsprøve medikamentene. Beboerne fikk alltid oppført smertestillende medikamenter på eventuelt listene deres, så dersom de skulle få smerter ville de ha enkel tilgang på smertestillende medikamenter.

En stor andel av beboerne på sykehjemmet har kognitiv svikt. På disse kan det være vanskelig å skille mellom uro og smerter, det er mulig at smerter i noen tilfeller er blitt registrert som uro.

Tabell 5: Endringer i søvnmønster. Prosentvis andel nattesøvn av totalsøvn er øket for alle avdelingene.

Avd 1	Avd 2	Avd 3	Avd 4
1,2 %	2,3 %	5,6 %	1,5 %

Andel søvn på dagtid i forhold til total mengde søvn er blitt registrert. Etter endring av medikamentene er det en økning av søvnen om natten i forhold til søvnen om dagen for alle avdelingene. Andel søvn om natten er altså økt, til tross for at flere sovemedisiner er seponert.

Tabell 6: Fall blant beboerne før og etter legemiddelmiddelgjennomgang. Antall fall er redusert med 52 %.

	Fall før	Fall etter
Avdeling 1	19	9
Avdeling 2	2	0
Avdeling 3	2	1
Avdeling 4	0	1
Totalt	23	11

Avdeling 1 hadde få endringer på medikamentene, men de hadde likevel en halvering av registrerte fall i prosjektperioden. Dette kan muligens komme av en bedre oppfølging av beboerne, og mer fokus på faktorer som øker falltendensen.

4.4 Erfaringer

Denne type medikamentgjennomgang og registrering er godt egnet på sykehjem, og resultatene fra Kvaløysletta sykehjem støtter opp om erfaringer fra andre liknende prosjekt.

Det er viktig å understreke at det er personalet i avdelingene som har gjort det viktigste arbeidet; registrering og observasjon av hver enkelt beboer. Uten dem hadde ikke prosjektet latt seg gjennomføre. Det oppsto en økt bevissthet for medikamenter med påfølgende diskusjoner. Personalet hadde mange spørsmål angående enkelte endringer, og viste stor interesse.

Prosjektmedarbeider og prosjektleder besøkte avdelingene periodevis for oppfølging og diskusjon.

Et godt tverrfaglig samarbeid krever at det er en sykepleier i avdelingen som følger opp registreringene og koordinerer avtaler med sykehjemslegen og farmasøyt. Som tidligere nevnt (punkt 4.1) ble det avtalt med hver avdeling ved prosjektstart hvilken sykepleier som skulle ha ansvaret.

I ettertid ser vi at denne sykepleieren burde vært frikjøpt for å ha tid for forberedelse, tilrettelegging og diskusjoner i de aktuelle periodene. Vedkommende ville kunne få et større «eierskap» til prosjektet, og arbeidsbelastningen kunne blitt mindre. Videre arbeid med å sette rutinene i system kunne da ha blitt lettere.

Medisingjennomgang og registrering har vært vanskelig å få til i avdeling 1. Som et utslag av dette, samt andre sykepleiefaglige utfordringer ved "Lindrende senger", viser resultatene at sykehjemsavdelingene har et jevnt, stort arbeidspress i en hverdag med til tider liten sykepleiedekning på grunn av ubesatte stillinger eller sykemeldinger. Det kan derfor være vanskelig å organisere en medikamentgjennomgang og registrering som går over tid.

Det er mulig at implementering av prosjektet i en av deling om gangen ville ha bidratt til at alle avdelingene hadde klart å følge opp. Ulempen er at prosjektet da ville ha gått over et lengre tidsrom.

I evalueringen etter prosjektet gir personalet tilbakemelding om at det har vært lærerikt, med økt kunnskap om eldre og medikamenter, samt økt interesse for dette tema.

Enkelte ga tilbakemelding om at det var slitsomt å registrere hele tiden, og at det ble mye å huske på i en hektisk hverdag og at beboergruppene ble for store. Ved en senere anledning, anbefales det at registreringsskjema utbedres og spesifiseres på alle punkt. Erfaringen var at skjemaene ble for generelle, spesielt i forhold til smerteproblematikk og uro. Det burde også vært lengre registreringsperioder i forhold til seponering av enkelte legemidler.

Samarbeidet med sykehjemslegene har fungert tilfredsstillende, spesielt der legedekningen har vært stabil. Legene er under tidspress og har kun få timer til disposisjon på legevisitt, og dette ble spesielt synlig ved de tverrfaglige møtene.

En stor utfordring for gjennomføring av prosjektet, var samtidig oppstart av multidose som system for administrering av medikamenter. Dette er en ordning der beboernes medisiner blir organisert og pakket i poser fra apotekets side. Dette var et nytt system å sette seg inn i, og dette skapte en del frustrasjon. Multidoseposene måtte åpnes og legges over i dosett, og viktigheten med å etablere gode rutiner for medikamenthåndtering ble tidlig tydelig.

Pårørende har gitt tilbakemeldinger i hele prosjektperioden, og de fleste synes det er positivt at det blir gjort grundige gjennomganger av de eldres medisiner.

Det ble avdekket dehydrering hos flere beboere gjennom blodprøvetakingen, og det ble utført tiltak og oppfølging hos disse pasientene.

En beboer fikk – ikke som resultat av medikamentendring, men – som følge av den generelle kartleggingen i prosjektet, bedre helse, og valgte i samråd med pårørende å flytte hjem. Dette er et interessant funn, der en tverrfaglig legemiddelgjennomgang fører til grundigere helsesjekk, som igjen leder til en bedre oppfølging og aktiv behandling av pasienten.

4.5 Kommentar til prosjektet fra sykehjemslege

«Legemiddelprosjektet ved Kvaløysletta sykehjem har gitt en unik og viktig mulighet for en skikkelig gjennomgang av beboernes medisiner. Dette er et arbeid som bør gjøres kontinuerlig, og da særlig på nye pasienter, noe som ofte blir tilsidesatt i forhold til medisinoppdatering ved løpende endringer og sykdom. Det har vært givende å bidra i en gruppe med farmasøyt og sykepleier, hvor det tydelig fremkommer endringer til det bedre for så godt som alle pasienter.

Gjennom tverrfaglig deltagelse får man se effekten tydeligere på de endringer som gjøres, og man er også tryggere på å kunne prøveseponere et større antall medisiner, gitt at overvåkingen er nøye to uker før, og to uker etter medisinendring. Hverdagen til beboerne våre synes bedret; øket appetitt og mer overskudd, mindre avføringsplager, og minimale endringer på blodtrykk og puls.»

(Andreas Sletten)

5.0 Gjennomføring av prosjektet ved Kvaløya hjemmetjeneste

5.1 Fastlegens rolle

I hjemmetjenesten har hver bruker sin fastlege, og den medisinske behandlingen er et samarbeid primært mellom disse to partene. Et utvidet samarbeid og oppfølging rundt brukeren etter initiativ fra hjemmetjenesten, som i tillegg inkluderte farmasøyt, måtte derfor planlegges nøye.

I første omgang ble informasjonsbrevet sendt fastlegen med forespørsel om deltagelse og oppfølging, da det var helt nødvendig å ha et godt samarbeid klart før oppstart. Det ble også opplyst at prosjektet ville dekke utgifter knyttet til eventuelle hjemmebesøk.

Dette var pasienter med fastlege ved Kvaløysletta og i sentrum av Tromsø, fastlege med fast kontortid i distriktet i Tromsø kommune, samt fastlege som kom på hjemmebesøk fra sitt legekantor for å få gjort en gjennomgang.

5.2 Brukergrunnlaget. Hvem fikk forespørsel om å delta?

Multidose er vel etablert innen Kvaløya hjemmetjeneste. Mengde og sammensetning av medikamenter er ofte et tema i arbeidet rundt pasienten, og det kan gjelde oppfølging av dagens ordning med multidose, med endringer gjort av fastlege eller spesialisthelsetjenesten etter sykehusopphold. Noen pasienter bruker samme medikamenter i flere år uten å være til kontroll, helt til pasienten selv, pårørende eller hjemmetjenesten stiller spørsmål ved pasientens situasjon og ved sammensetningen av medikamentene. Det kan komme ytringer og spørsmål om den store mengden tablett, og om nødvendigheten av å ta alle. Enkelte døgndoser kan være så store, at når medisinerne tas sammen med drikke, kan det gå utover matlysten og føre til problemer med ernæring.

Brukergrunnlaget for prosjektet ble vurdert ut fra tidligere tilbakemeldinger og ytringer om medisinbruk fra bruker selv, fra pårørende eller hjemmetjenesten. Brukeren selv ble kontaktet, samt nærmeste pårørende, dersom brukeren ønsket dette. Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon, og vedlagte skjema ble signert av bruker og/eller pårørende for de som deltok i prosjektet.

Prosjektet ble ikke annonsert for alle våre brukere og deres nærmeste, da det var ønskelig å jobbe med en liten gruppe i første omgang. Det ble derfor heller ikke holdt et felles informasjonsmøte. Med utgangspunkt i hver brukers tidligere tilbakemeldinger, pårørendes tilstedeværelse og fastlegens tilgjengelighet, ble et utvalg på seks brukere invitert til å delta i prosjektet. De involverte fikk informasjon om at alle utgifter til legetimer og transport ville bli dekket av prosjektmidlene.

5.3 Gjennomføringen

Da det formelle var i orden, startet ansatte i hjemmetjenesten registreringen. Det ble tatt i bruk de samme skjemaene som ved sykehjemmet, med registreringer som omhandlet søvn, smerter, uro og tendenser til fall. I tillegg fulgte vi opp plager med tung pust og hudkløe, da

dette var plager flere ga uttrykk for å ha. Hudkløe kunne være bivirkning av medikamenter, eller kunne skyldes tørr hud som behøvde stell og oppfølging. Alle pasientene hadde egen mappe hjemme med skjema og nødvendig informasjon.

Pasientene fikk besøk morgen og ettermiddag daglig i to uker før første planlagte legetime. De som til vanlig kun hadde besøk av hjemmetjenesten en gang pr. dag, fikk i denne fasen også tilsyn morgen og ettermiddag. Det ble stilt spørsmål etter skjema, og svarene ble registrert med faste fargekoder.

Før første legetime hadde fastlege, farmasøyt og sykepleier et ”formøte” der ordinasjonskort og registreringsskjema ble gjennomgått, og forslag til endringer eller andre synspunkter ble tatt opp. Dette var på forhånd avklart muntlig med brukeren og evt. pårørende.

På selve legetimen deltok farmasøyten dersom pasienten ønsket det. Pårørende var også med i noen tilfeller. Det ble tatt blodprøver, vekt og målt blodtrykk. Ved gjennomgangen ble eventuelle endringer gjort manuelt av sykepleier i multidose straks etter legetimen. Farmasøyten ga informasjon til bruker og eventuelt pårørende etter behov og ønske.

Deretter fulgte to nye uker med registrering, også hos brukere der det ikke var gjort endringer. Dersom det var gjort medisinerendringer, ble det tatt nye blodprøver ved andre legetime, samt vekt og målt blodtrykk. Dersom endringene i medikamentene ble permanente, meldte fastlegen disse til apoteket for endring av multidose.

Som følge av prosjektet, ble det avdekket andre plager som hjerteproblematikk og mistanke om blødning i tarm, og brukerne ble straks henvist videre til spesialisthelsetjenesten. En bruker fikk gjennom justering av medisindosen og videre oppfølging, en bedre regulert diabetes. En annen bruker opplevde en bedring av hudkløe som følge av endring av administrasjon av medikament (fra plaster til tablett), mens andre igjen som en følge av stell av hud.

Disse forhold ble oppdaget som en følge av legetimer grunnet i prosjektet. Vi erfarer at hjemmeboende mottakere av pleie og omsorgstjenester har for sjelden kontakt med fastlegen. Det bør utvikles gode rutiner for samarbeid og avtaler om faste legekontroller. På samme måte som på sykehjemmet erfarte man at en tverrfaglig legemiddelgjennomgang fører til grundigere helsesjekk som igjen leder til en bedre oppfølging og aktiv behandling av pasienten.

Fire brukere ble fulgt opp over en fireukers periode, mens to ble fulgt opp mye lengre, på grunn av behov for en utvidet seponeringsperiode av medikamenter.

5.4 Resultater

Her vil vi beskrive de funn som ble gjort ved legemiddelgjennomgangen i hjemmetjenesten sammen med sentrale tabeller/figurer. De øvrige resultatene for hjemmetjenesten finnes som tabeller/figurer i vedlegg 11. Da gruppa var liten i hjemmetjenesten (seks brukere) kan det være vanskelig å lage representativ statistikk.

Av de 6 endte 3 av brukerne opp med samme medisinbruk som før prosjektperioden. De andre 3 fikk endret eller seponert store deler av sine medisiner. Det ble rapportert om bedring av livskvalitet, og en pasient kviknet til og dro i konfirmasjon.

5.4.1 Endring i bruk av medikamenter ved hjemmetjenesten

Tabell 7: Reduksjon i medisinbruk per legekantor, og for hele hjemmetjenesten. Det viste seg å være stor variasjon mellom legekantorene. Legekantor 4 hadde en nedgang i medisinbruk på 43,6 %, mens legekantor 1 hadde en økning i medisinbruk på 0,9 %.

Legekantor	Antall brukere	Nedgang (%)
Legekantor 1	3	-0,9
Legekantor 2	1	25,0
Legekantor 3	1	3,0
Legekantor 4	1	43,6
Totalt	6	11,8

Det var stor variasjon mellom de enkelte brukerne og mellom legekantorene. 3 av beboerne endte opp med samme medikamentbruk som de hadde tidligere. I tabell 7 ser vi at legekantor 4 hadde en nedgang i medisinbruk på 43,6 %, mens legekantor 1 hadde en økning i medisinbruk på 0,9 %. Årsaken til disse variasjonene kan ha sammenheng med sykdomsbildet, medikamentsammensetning, brukernes og legens egne vurderinger.

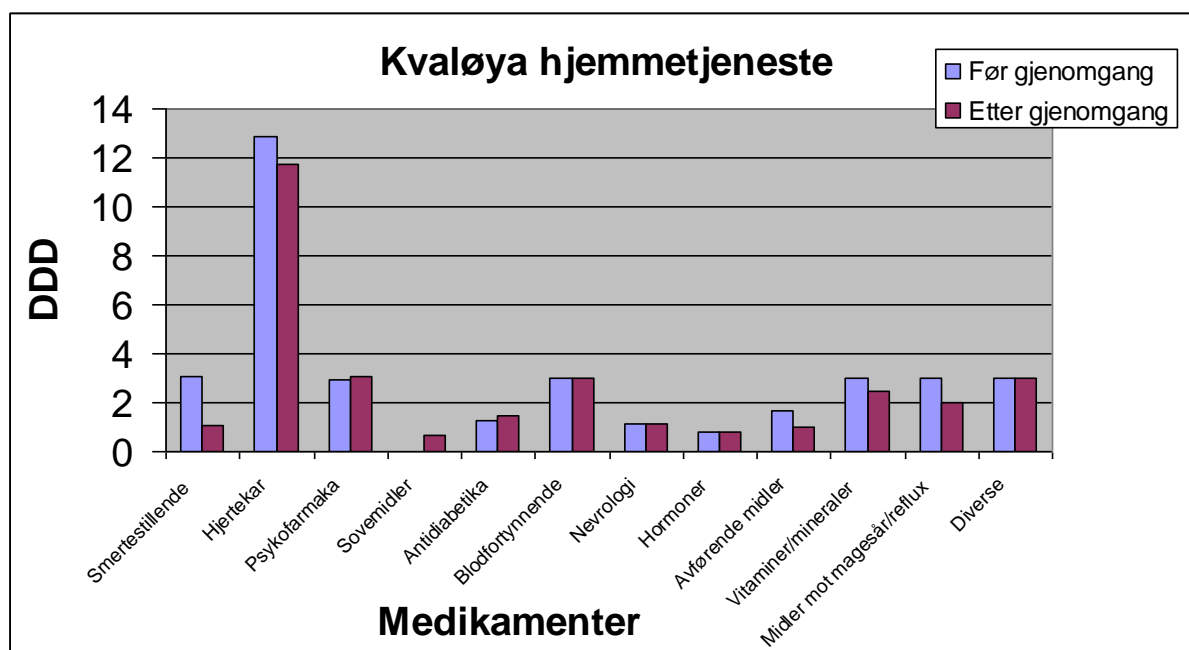
5.4.2 Antall legemidler per bruker før/etter legemiddelgjennomgang

Tabell 8, vedlegg 11, viser antall legemidler (LM) per bruker før/etter legemiddelgjennomgang. Ettersom brukergruppen var så liten, kun seks brukere, er det vanskelig å gjøre noen generelle vurderinger ut fra disse resultatene.

5.4.3 Endringer inndelt etter medikamentgrupper

Medisindosene som ble brukt er blitt registrert og omregnet til DDD (definerte døgndoser). Ut fra disse tallene (før/etter medisinendring) har vi beregnet endringen i medisinbruk.

Figur 6 viser at det brukes mye hjerte-kar medisiner blant disse brukerne. Det kan ha sammenheng med at mange som trenger oppfølging fra hjemmetjenesten har et slikt sykdomsbilde.



Figur 6: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for hele hjemmetjenesten.

Bruk av smertestillende medikamenter er halvert, dette kommer av en nedtrapping av smertepaster til en bruker. Smertepasteret ble vurdert til å være feil behandling for den typen smerter brukeren hadde. Den lille økningen av psykofarmaka skyldes et skifte av doseringsform. Exelon plaster ble byttet til tabletter. Endringen ga en nedgang av bivirkninger (kløe) for brukeren. Økning av sovemedisin skyldes at dette medikamentet til en bruker ble

ført opp som fast forskrivning etter vurdering av legen. Sovemedisinen sto tidligere oppført som behovsforskrivning, men ble i realiteten brukt fast. En liten doseendring antidiabetika for en bruker, medførte et mer stabilt blodsukker. For de øvrige medikamentgruppene er forbruket likt eller noe redusert etter gjennomgangen. Figur 7-10 viser endringen i medisinbruk til hver enkelt av legekantorene, se vedlegg 11.

5.4.4 Oversikt over medikamenter som ikke er egnet til bruk av eldre

Se kapittel 4.3.4.

Kun en bruker fra hjemmetjenesten brukte et medikament som ikke er egnet til bruk av eldre, denne brukeren ble tatt med sammen med sykehjemmets beboere i tabell 3.

Den aktuelle brukeren fikk Atarax mot sterk kløe. Atarax kan gi antikolinerge effekter og forlenget sedasjon til eldre, se vedlegg 8. Atarax ble seponert og Cetirizin ble innført som alternativt kløedempende medikament. Etter to døgn re-innsatte brukeren selv Atarax, ettersom behovet for medikamentet ble for stort.

5.4.5 Registreringer av diverse parametere

2 uker før og 2 uker etter medikamentendring ble det registrert følgende parametere: uro, smerte, hudkløe, tung pust, fall og søvn. Tabell 9 viser registreringene som er blitt gjort, angitt i antall timer per døgn i gjennomsnitt for brukerne.

Tabell 9: Registrering av uro og smerter til pasientene før og etter endring av medikamenter.

	Før	Etter
Uro	3,00	4,80
Smerte	3,40	2,40
Hudkløe	6,40	2,40
Tungpusthet	2,20	1,90
Ingen fall registrert		

Tabell 9 viser en økning i uro etter endring av medikamentene. Dette kommer som en følge av nedtrapping av vanedannende legemidler. Samme observasjon ble gjort på sykehjemmet, se kapittel 4.3.5.

Endringen av medikamentene førte til en reduksjon av de resterende parameterne, smerte, hudkløe og tung pust. Registreringen av hudkløe viste en betydelig reduksjon, fra 6,4 timer per bruker per dag til 2,4 timer etter endringen. Resultatet fra registreringen førte til at man i større grad enn før satte i gang andre tiltak for å redusere kløe, som bl.a. oljebad og påsmøring av ikke-steroid hudkremer.

Søvnregistreringen av hjemmetjenestens brukere var dessverre for ufullstendig til å oppsummere. Noen kunne ha vanskeligheter med å gjenfortelle de siste timene og svarene kunne påvirkes av hvordan spørsmålene ble stilt.

5.4.6 Registreringer av diverse parametere – sykehjem versus hjemmetjeneste

Registreringene av alle parameterne for hjemmetjenestens brukere ble gjort av brukerne selv, med på følgende samtale og registrering av hjemmetjenestens ansatte daglig eller ukentlig. På sykehjemmet ble registreringen foretatt av pleiepersonalet.

Hvis vi sammenligner tabell 2 og tabell 9 ser vi at antall timer – uansett parameter – er mye høyere blant hjemmetjenestens brukere enn blant sykehjemmets beboere. Det høyeste angitte timeantallet for sykehjemmet var 1,47 timer/døgn med uro for avdeling 4, mens det laveste angitte timeantallet for hjemmetjenesten var 1,90 timer/døgn med tungpusthet.

Tolkningen ut fra dette blir at det er mulig at man har en underrapportering av parameterne på sykehjemmet. På sykehjemmet må kanskje plagene være mer uttalte for at pleiepersonalet skal fange det opp og registrere plagene i skjemaet. Eventuelt kan man også tenke seg at man ”kjenner bedre etter” og kanskje dermed overrapporterer, når man skal registrere seg selv.

5.5 Erfaringer

Pasientgruppa i hjemmetjenesten var betydelig mindre enn i sykehjemmet. Det organisatoriske rundt hver enkelt pasient var svært krevende, både med tanke på tid og ressurser. Det ble sørget for informasjon til pasient, pårørende, lege, farmasøyt og andre

helsearbeidere. Det ble gjort timebestillinger, organisert transport, samt igangsatt et nettverk rundt brukeren for kvalitetssikring av eventuelle medisinerdringer.

De brukerne som hadde fastlege ved Kvaløysletta legesenter, kombinerte gjerne oppfølgingen med de dagene de var på dagsenteret. De fleste ønsket å planlegge legetimen ut fra dagsenterets planer og aktiviteter.

For den ene brukeren med fastlege i Tromsø sentrum, ble dagen lang og krevende. Det innebar transport, venting, selve legetimen og det å måtte forholde seg til økt mengde informasjon. For brukeren som hadde fastlege med kontortid i distriktet til faste dager, måtte legetimen planlegges ut fra dette.

For brukeren som fikk hjemmebesøk av lege, var legesekretær med i tillegg slik at også de aktuelle blodprøvene kunne tas hjemme. Denne oppfølgingsprosessen ble lang, da det var flere medisingrupper som måtte seponeres over lengre tid. Registreringsperioden tok tilsvarende lang tid, og etter eget ønske evaluerte brukeren seg selv, og rapporterte til hjemmetjenesten ved ukentlige besøk.

I ett tilfelle var pårørende aktivt og deltagende med på legetimene.

Samarbeidet med fastlegen og farmasøyten var godt og lærerikt, og det tverrfaglige teamet sto sterkt i forhold til oppfølgingen mot en bedre medisinsk hverdag for brukerne.

5.5.1. Spesielle utfordringer for prosjektet i hjemmetjenesten

Det var opprinnelig planlagt at pasienter av hjemmetjenesten skulle inkluderes i studien etter tur, slik at man ikke trengte å organisere og tilrettelegge rundt flere brukere samtidig. Tilbakemeldingene fra fastlegene kom omtrent samtidig, og flere oppfølginger ble igangsatt parallelt. Dette ble en utfordring.

Det var spesielt utfordrende å organisere rundt de aktuelle hjemmebesøkene knyttet til en enkelt pasient med en komplisert og sammensatt situasjon. Legesekretær måtte bli med fastlegen for nødvendig blodprøvetagning. Registrering med påfølgende oppfølging av medikamentendringer, formøter og hjemmebesøk over så mange uker (opptil 10 uker) var utfordrende og ressurskrevende.

En annen utfordring var organiseringen rundt pasientene for å sikre god oppfølging, og at avtalene skulle passe for alle parter; brukeren, fastlegen, farmasøyten og sykepleieren.

Dersom en meldte forfall, måtte alt planlegges på ny.

Brukerne ga uttrykk for at de opplevde registreringsperiodene som slitsomme, fordi det var spørsmål som skulle besvares to ganger daglig i en periode på fire uker, og noen ganger mer. De ga uttrykk for å bli lei de samme spørsmålene, og at de opplevde det som krevende. Noen brukere kunne ha vanskeligheter med å gjenfortelle de siste timene. Svarene og kunne noen ganger bli påvirket av hvordan spørsmålene ble stilt.

Der hvor registreringen gikk over flere uker, registrerte bruker seg selv ut fra skjema, og ga tilbakemelding til hjemmetjenesten fortløpende.

5.6 Kommentar til prosjektet fra fastlege

«Antallet pasienter inkludert i studien ble litt for få til å kunne gi en god vurdering. Min rolle var som fastlege og som deltager i gruppa i forbindelse med planlegging av prosjektet.

Samarbeidet med farmasøyt og sykepleier opplevdes som svært meningsfullt. Både fra farmasøyt og sykepleier opplevde jeg en god informasjonsutveksling og diskusjon som jeg er sikker på kan være med på å forbedre medikamentbruken for den enkelte bruker av tjenestene som ytes. Møtene med sykepleier og farmasøyt tar en del tid, ofte mer enn 30 minutter, og må derfor planlegges, men opplevdes som et utmerket forum for å diskutere forbedringer/endringer i medikasjon. Direkte tilbakemelding og diskusjon med sykepleier ga verdifull informasjon om daglig funksjonsnivå og plager hos pasientene. Farmasøytens kunnskaper om interaksjoner og alternative medikamenter var verdifull.

I diskusjon med kollegaer på kontoret opplevde jeg at alle så verdien av slike møter og hadde interesse av å delta, men at det kan være vanskelig å finne tid til å prioritere møter av denne typen, og de må planlegges i god tid.» (Bjørn Bø)

5.7 Farmasøytens rolle – i prosjektet, i teamet og i forhold til pasientene

Farmasøytens rolle i prosjektet har vært sentral. De har hele veien vært med i planlegging, forberedelser, gjennomføring og i utformingen av statistikk på bakgrunn av resultatene.

Som et ledd i informasjonen til de ansatte ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten, ble det holdt undervisning om legemidler; mot hjerte-kar sykdommer, sovemidler/beroligende og smertestillende medikamenter. Dette var vinklet mot vurdering av fortsatt behov av legemidlene, og hva man må være oppmerksomme på når man seponerer.

I sine roller i teamet ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten, gikk de inn med sin kunnskap og erfaring og ga råd knyttet til den enkelte beboer i sykehjemmet, og de brukerne i hjemmetjenesten som deltok i prosjektet. De diskuterte bruken av medikamenter som helst skal unngås (vedlegg 8), samt interaksjoner, dose, dosetidspunkt, og bivirkninger.

På formøtene hadde de også en kritisk vurdering av nåværende behov for legemidler, og diskuterte opp mot sykehjemslegens og fastlegens synspunkter og sykepleierens observasjoner.

I forhold til medikamentgjennomgang for beboerne ved sykehjemmet, anså en at det ikke var behov for at farmasøyten hadde direkte pasientkontakt. I hjemmetjenesten ble det forsøkt to forskjellige innfallsvinkler i forhold til brukeren. Det ene var en rådgivningssamtale, der det ble satt av 30 minutter til en samtale mellom farmasøyten og brukeren med fokus på hvordan legemiddelet skal brukes riktig. Eksempler på slik rådgivning var bruk av inhalasjonspulver, sovemidler, fast bruk av medisiner kontra bruk ved behov. Den andre tilnærmingen var at hele det tverrfaglige teamet var med på brukerens legetime, og der brukeren og eventuelt pårørende fikk muligheten til å komme med spørsmål til alle i teamet samtidig. Begge tilnærmingene var vellykkede.

6.0 Veien videre

Prosjektet er nå avsluttet, og det er ønskelig at kunnskapen og erfaringene forbedres og implementeres videre i den daglige driften både i sykehjem og hjemmetjeneste.

6.1 Forslag til veien videre på Kvaløysletta sykehjem

Samarbeidet med tilsynslege, farmasøyt og sykepleier har fungert godt og anbefales videreført, i tråd med prosjektets hovedmål. Det tverrfaglige samarbeidet på avdelingene har vært med på å sikre en optimal gjennomgang og videreføring av beboernes medisinbruk, og bidratt til økt kompetanse i pleiegruppa gjennom faglige diskusjoner. Det anbefales at

farmasøyt brukes mer i samhandlingen rundt beboerne og rutinene i forhold til medikamentoppfølgingen.

I det daglige er det ønskelig at det gjøres en jevnlig gjennomgang av beboernes medisiner. Dette etableres som fast rutine ved inntakssamtalen i samråd med beboeren, pårørende, tilsynslegen og sykepleier, eller ved første visitt etter inntak. Hvis det skal gjøres medisinendringer, anbefales det at kartleggingsverktøyene brukes, med registrering og oppfølging fram til neste visitt og gjennomgang. Som et resultat av prosjektarbeidet er det allerede satt opp et nytt punkt for gjennomgang av medisiner på skjemaet for årskontroll (vedlegg 9).

Farmasøytene bør fortsette å undervise de ansatte gjennom året, der også pleiepersonalet selv kan komme med forslag til tema.

6.2 Forslag til veien videre ved Kvaløya hjemmetjeneste

Det anbefales at det tverrfaglige samarbeidet med fastlege, farmasøyt og sykepleier videreføres også i hjemmetjenesten. Med utgangspunkt i dagens situasjon i hjemmetjenesten, erfaringene i den daglige pleie og ved gjennomføringen av prosjektet, vil dette kreve god planlegging og ekstra ressurser. Modellen anbefales fordi den gir en kvalitativt bedre oppfølging av den enkelte pasient.

Prosjektet viser at en tverrfaglig legemiddelgjennomgang er et godt utgangspunkt for en god helsesjekk av eldre og fører til bedre samarbeid med fastlegene. Det er også ønskelig at farmasøytten får en sentral rolle, også med tanke på undervisning av de ansatte.

Hjemmetjenestesonene har store geografiske avstander, og dette bidrar til at planleggingen blir utfordrende. Oppfølgingen av medikamentbruk vil derfor være måtte planlegges ut fra flere forhold. Funn som kan bli gjort underveis, må føre til justeringer slik at brukeren følges opp på best mulig måte.

På noen områder vil det være vanskelig i gjøre denne legemiddelgjennomgangen i hjemmet pga. at det kan være for kompliserte tilfeller for fastlege og hjemmetjeneste alene. En annen faktor er at mulighetene for trygg og sikker observasjon ved medikamentendringer ikke alltid vil være tilstrekkelig i hjemmet, uten at dette vil føre til en stor inngripen i pasienten sitt

privatliv. Et eksempel kan være personer med kognitiv svikt. Da vil det være et alternativ opprette et mer aktivt samarbeid med geriatrik daghospital, dagsenter for eldre i kommunen, eller en kan søke om korttidsplass i kommunen for å kvalitetssikre observasjonene.

7.0 Konklusjon

Gjennom prosjektarbeidet mener vi å ha nådd målet med å prøve ut etablering av tverrfaglige grupper (sykepleier, lege, farmasøyt) for legemiddelgjennomgang ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten på Kvaløya. Prosjektarbeidet har avdekket flere forhold, og gitt viktig kunnskap. Systematisk legemiddelgjennomgang er forebyggende helsearbeid.

Legedekningen ved sykehjemmet må oppgraderes for best å kunne ivareta beboernes medisinske forhold. Det er i dag for lite legeressurser i forhold til behovet, og ulike leger jobber opp mot sykehjemmets avdelinger på timebasis, som igjen gir økte utfordringer for gjennomgang og oppfølging. Dette kom også tydelig fram i prosjektet.

Videre viser resultater som følge av prosjektet, en halvering av falltendenser, en bedre oppfølging i forhold til væske/dehydrering, og iverksetting av andre tiltak enn medisinerer ved uro.

Modellen vi har fulgt etter Gjennombruddsprosjektet fungerer godt ved sykehjem, og vi ser at dette også kan utvikles til å videreføres til hjemmetjenesten.

Prosjektet har avdekket at hjemmetjenestens brukere møter legen sin for sjelden. Flere forhold som krever oppfølging og henvisning til spesialisthelsetjenesten har blitt oppdaget i prosjektperioden, og dette kun i en liten gruppe eldre. Det må etableres bedre rutiner for kontakt mellom fastlegen og hjemmetjenesten, og mellom fastlegen og brukere av hjemmetjenesten omkring medikamentbruk. Dette er spesielt viktig nå etter oppstart av multidoser, der fornying av resepter går automatisk. Vi ser at behovet for en jevnlig helsesjekk er stort, og at mange hjemmeboende eldre får for sjelden gjennomgått sine medisiner. Årskontroll med gjennomgang av legemidlene kunne være et alternativ, men for noen brukere må det være oftere kontakt med fastlegen. Fastlegene synes i noen tilfeller å være for lite tilgjengelig for hjemmetjenesten, men i etterkant av prosjektet har det oppstått en bedre dialog med påfølgende lettere kontakt ved henvendelser.

Gjennomføringen i hjemmetjenesten er avhengig god og stabil sykepleiebemanning, en som har koordineringsansvar samt god tilrettelegging av leder.

Etter det vi har kunnet bringe på det rene er Tromsø kommune muligens den første kommunen som har gjennomført denne tverrfaglige legemiddelgjennomgangen i hjemmetjenesten. Slik har dette på mange måter har vært et nybrottsarbeid.

I dag har Kvaløysletta sykehjem farmasøytisk tilsyn fire ganger i året, totalt tolv timer på hver av de store avdelingene. Hjemmetjenesten har tilsyn en til to ganger i året, og da gjerne med ett tema for gjennomgang. Tilgangen på farmasøyt blir dermed for liten til å gi en god oppfølging av medikamentbruken til hver enkelt pasient.

På bakgrunn av erfaringene og resultatene gjennom dette tverrfaglige prosjekt med lege, farmasøyt og sykepleier, anbefales det at tverrfaglig medikamentgjennomgang implementeres i Tromsø kommune, og at farmasøyt deltar i dette arbeidet. En farmasøyts spisskompetanse, i samarbeidet med lege og sykepleier, vil øke kvaliteten på vurdering av medikamenter både i sykehjem og hjemmetjenesten. Det er nødvendig med en koordinerende sykepleier som organiserer og følger opp arbeidet rundt den enkelte pasient for en vellykket tverrfaglig gjennomgang. Den tverrfaglige modellen vil høyne kvaliteten på helsetjenesten rundt den enkelte pasient i sykehjem og hjemmetjeneste.

8.0 Litteraturliste

Helse og omsorgsmeldingen for Troms, 2009, Helsetilsynet

”Gjennombruddsprosjektet” ved Kroken sykehjem <http://www.utviklingscenter.no/en-pille-for-alt-som-er-ille.5012439-185788.html>

Begrepsavklaringer:

Beboer: er en person som bor på sykehjem

Bruker: er en person som mottar tjenester og hjelp fra hjemmetjenesten

Daghospital: sykehusavdeling uten overnattingsplasser, som tar imot pasienter til dagopphold. Behandlingstilbudet strekker seg vanligvis over et visst tidsrom.

Dagsenter: tilbud for eldre som bor hjemme, og som ønsker å komme seg ut for å treffe andre mennesker. Dette innebærer gjerne transport, måltider og sosiale aktiviteter.

Dehydrering: uttørring av organismen, der årsaken kan være en for lite tilførsel av væske i forhold til væsketapet gjennom urin, svette og fordampning fra huden og luftveiene

Enhetsleder: leder for all virksomhet i sin grunnenhet, som sykehjem eller hjemmetjeneste, innenfor de fullmakter som er delegert

Farmasøyt: er en person med utdanning innen farmasi, og som er den gruppen autorisert helsepersonell med bredest ekspertise på legemidler. Farmasi er et profesjonsretning hvor farmasøytiske kunnskaper anvendes innen framstilling, utlevering og informasjon om legemidler.

Fastlege: En kommunal ordning innført 1. juni 2001, der hver innbygger skal ha en fast lege å forholde seg til.

Geriater: lege med spesialisering i sykdommer hos eldre, vanligvis avgrenset nedover til 65-70 års alder

Implementere: sette i gang, gjøre ferdig

Interaksjon: virkningen av ett legemiddel påvirkes av et annet legemiddel, og gir endring i virkningen av det ene eller begge legemidlene.

Korttidsplass: et tidsbegrenset opphold på sykehjem eller omsorgsbolig for en begrenset periode på grunn av særskilte behov

Kognitiv svikt: Med kognitiv funksjon forstår vi vanligvis evnen til å oppfatte og innhente informasjon fra verden rundt oss, det å kunne lagre og hente informasjon, det å planlegge og handle ut fra informasjonen vi har.

Multidose: ferdigpakke medisindoser pakket i poser. Posene er merket med innhold, dato og tidspunkt for når medikamentene skal tas. Multidosene pakkes maskinelt og leveres for 1-2 ukers perioder av gangen.

Polyfarmasi: samtidig bruk av flere medikamenter enn ønskelig og i større doser enn ønskelig. Vanligvis er årsaken at flere medikamenter gis for flere tilstander og at behandlingen ikke avsluttes når tilstanden er gått over.

Seponering: avslutte behandling med et medikament. Seponering kan skje brått eller gradvis, avhengig av medikamenttype og pasientens behov.

Spesialisthelsetjeneste: den delen av helsevesenet som har ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner samt ambulansetjenesten

UNN: Universitetssykehuset i Nord Norge

USH: utviklingssenter for sykehjem

UHT: utviklingssenter for hjemmetjenester

USHT: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Vedlegg

Vedlegg 1

Riktigere legemiddelbruk- regnskapsoversikt 2011				
Prosjekt 3725				
<i>Lønnskostnader:</i>				
Lønn inkl. sosiale kostnader			Note 1	172 881,06
Netto lønnskostnader				172 881,06
<i>Andre driftskostnader:</i>				
Driftskostnader			Note 2	157 927,50
Sum driftskostnader				157 927,50
Sum lønns- og driftskostnader				330 808,56
Bruk av bundne driftsfond			Konto 19501	-282 161,46
Ref. merverdiavgift			Konto 17290	-1 670,56
Regnskapsresultat 2011 (Merforbruk)				46 976,54
Tromsø 21.02.2012				
Elisabeth Sausjord			Tore Brattli	
Fagleder			Økonomikonsulent	

Merknad: I tillegg til det som kommer fram av lønnskostnader i regnskapet ligger det i tillegg en betydelig egeninnsats fra personalet på de ulike avdelinger i Tromsø kommune

Saksprotokoll

Utvalg: Helse- og omsorgskomitee
Møtedato: 21.01.2009
Sak: 1/09

Resultat: Innstilling vedtatt

Arkivsak: 09/75

Tittel: SAKSPROTOKOLL: GJENNOMBRUDDSPROSJEKT
SYKEHJEMSMEDISIN

Behandling:

Sara Holthe Jaklin, AP, foreslo:

1. Komiteen ber om at prosjektet gjennomføres på alle sykehjem i Tromsø kommune.
2. Kroken sykehjem med undervisnings-sykehjemsfunksjonen skal ha veilederfunksjon."

Votering:

Innstillingen enstemmig vedtatt.

Holthe Jaklins forslag: Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Saken tas til orientering

1. Komiteen ber om at prosjektet gjennomføres på alle sykehjem i Tromsø kommune.
2. Kroken sykehjem med undervisnings-sykehjemsfunksjonen skal ha veilederfunksjon."

Postadresse:
Vestregt 45-47
9001 TROMSØ

Besøksadresse:
Telefon:
TROMSØTelefaks:

77 79 06 31
77 79 00 01

REGISTRERINGSSKJEMA FOR ENDRING AV MEDIKAMENTER

Navn:

Dato	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	

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

Vedlegg 4: Registreringsskjema etter endring

REGISTRERINGSSKJEMA ETTER ENDRING AV MEDIKAMENTER

Navn:

Dato	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	

- GULT = URO
- RØDT = SMERTE
- GRØNT = SØVN
- FALL = 1 (ET STREK FOR HVERT FALL)

 **Kvaløysletta sykehjem**
Tromsø kommune



Til beboere og pårørende ved Kvaløysletta sykehjem, avdeling

Deres ref:	Vår ref:	Saksbehandler	Dato
		Jorunn Larsen	26.01.2011
		Tlf. 776 048 00	

Prosjektet "Riktigere legemiddelbruk for eldre i Tromsø kommune"

Kvaløysletta sykehjem i samarbeid med Kvaløya hjemmetjeneste iverksetter nå prosjektet "Riktigere legemiddelbruk for eldre i Tromsø kommune". Dette gjøres som en gjennomgang av våre rutiner i forhold til legemiddelhåndtering. Ved en gjennomgang av hver enkelt beboers medisinbruk, ønsker vi å kunne belyse hvilke medisiner som er nødvendige å bruke i dag.

Dette gjøres på følgende måte:

- registrering av søvn, smerte, uro og fall i 14 dager
- gjennomgang av medisiner og journal med lege, farmasøyt og sykepleier
- kontroll av blodprøver, blodtrykk og puls
- eventuelle endringer av medisiner dag 15 gjøres av lege, pårørende kontaktes dersom dette skjer
- videre registrering i nye 14 dager etter samme mal
- ny kontroll av blodprøver, blodtrykk og puls
- legen vurderer de endringene som eventuelt er gjort
- prosjektet avsluttes, og det skrives rapport
- det tas ny gjennomgang av medisinene etter en tid som et resultat av prosjektet

Prosjektet vårt er forankret i lignende gjennomganger fra andre sykehjem, og som har vist en reduksjon i medisinbruken hos beboerne med få negative konsekvenser.

Din deltakelse er frivillig, og alle opplysninger vil bli anonymisert. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn, trekke din deltagelse.

Ta gjerne kontakt hvis spørsmål.

Post-/gateadresse:
Blåmannsvegen 10
9100 Kvaløysletta

Org.nummer:
NO 971 168 579 MVA

Telefon / fax:
77 60 47 80
77 60 48 01

E-post:

Bank / post:
7050 05 62682
0807 59 74001

Kvaløya hjemmetjeneste

Tromsø kommune



Til brukere og pårørende ved Kvaløya hjemmetjeneste

Deres ref.:	Vår ref.:	Saksbehandler Jorunn Larsen	Dato 27.01.2011
		Tlf. 776 04 800	

Prosjektet "Riktigere legemiddelbruk for eldre i Tromsø kommune"

Kvaløya hjemmetjeneste i samarbeid med Kvaløysletta sykehjem iværksetter nå prosjektet "Riktigere legemiddelbruk for eldre i Tromsø kommune". Dette gjøres som en gjennomgang av våre rutiner i forhold til legemiddelhåndtering. Ved en gjennomgang av medisinbruk, ønsker vi å belyse hvilke medisiner som er nødvendige å bruke i dag.

Dette gjøres på følgende måte:

- samtaler ved de faste, daglige hjemmebesøkene og registrering av din helsetilstand i 14 dager
- gjennomgang av medisiner og journal med din fastlege og en farmasøyt (med følge av sykepleier og/eller pårørende)
- kontroll av blodprøver, blodtrykk og puls hos din fastlege ved samme besøk
- eventuelle endringer av medisiner dag 15 gjøres av fastlegen
- videre registrering og samtaler i nye 14 dager etter samme mal
- kontroll av blodprøver, blodtrykk og puls hos din fastlege
- fastlegen vurderer de endringene som eventuelt er gjort
- prosjektet avsluttes, og det skrives rapport
- det tas ny gjennomgang av medisinene etter en tid som et resultat av prosjektet

Prosjektet vårt er forankret i lignende gjennomganger gjort ved andre sykehjem, og som har vist en reduksjon i medisinbruken hos beboerne.

Vi tilbyr deg, som en av våre brukere av hjemmetjenesten, å delta på dette prosjektet. Din deltagelse er frivillig, og uten kostnader i forhold til legebesøk og transport. Alle opplysninger vil bli anonymisert. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn, trekke din deltakelse.

Ta gjerne kontakt hvis spørsmål.

Post-/gateadresse:
Blåmannsvegen 10
9100 Kvaløysletta

Org.nummer:
NO 971 168 579 MVA

Telefon / fax:
77 60 46 00
77 60 46 01

E-post:

Bank / post:
4750 05 08236
0807 59 74001

Vedlegg 7: Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

(signert av deltaker, dato)

Pårørendes samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(signert av pårørende, dato)

Jeg samtykker å ha gitt informasjon om prosjektet

(prosjektleder, dato)

«Fy-lista» fra Gjennombruddsprosjektet ved Kroken sykehjem

= Liste over medikamenter som er uegnet for eldre:

1. Tricykliske antidepressiva: Sarotex, Sinequan og Surmontil
2. Antihistaminer: Polaramin, Phenamin, Phenergan, Vallergan og Atarax
3. Antipsykotika: Largactil, Truxal, Nozinan og Stemetil
4. Benzodiazepiner: Mogadon, Apodorm, Flunipam og Rohypnol
5. Muskelrelakserende middel: Somadril
6. Analgetika: Aporex, Petidin og Ketogan
7. KOLS/astma: Nuelin og Theo-Dur
8. Samtidig bruk av 3 eller flere psykofarmaka i gruppene:
Opioidholdige 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-2-hemmer (alle) og ACE-hemmer (alle) *eller* A2-blokker (alle)
13. Samtidig bruk av NSAID (alle) og SSRI (alle)

“The Norwegian General Practice (NorGeP) criteria...”

Liste over 36 eksplisitte kriterier over farmakologisk uhensiktsmessige forskrivninger til eldre pasienter (> 70 år) i allmennpraksis

Tallene i parentes henviser til tallene i venstre kolonne Legemidlene er angitt med generisk navn (Salgsnavn i kursiv)

Kriterier	Kommentarer
Tricykliske antidepressiva:	
1. Amitryptilin (<i>Sarotex</i>)	Antikolinerge effekter Fare for forstyrret kognitiv funksjon (forvirring og demens) (1-4)
2. Doxepin (<i>Sinequan</i>)	Amitryptilin kan være hjertetokisk. Bedre alternativer finnes
3. Klomipramin (<i>Anafranil</i>)	
4. Trimipramin (<i>Surmontil</i>)	
1st generasjon lavpotente antipsykotika	
5. Klorpromazin (<i>Avregistrert</i>)	Antikolinerge effekter + ekstrapyramidale effekter (Parkinsonisme).(5-8)
6. Klorprothixen (<i>Truxal</i>)	
7. Levomepromazin (<i>Nozinan</i>)	
8. Proklorperazin (<i>Stemetil</i>)	Ofte forskrevet mot “svimmelhet”. Ingen dokumentert effekt hos eldre.(8)
Benzodiazepiner med lang virketid	
9. Diazepam (<i>Valium, Stesolid Vival</i>)	Lang halveringstid. Også farmakologisk aktive metabolitter har T/2 > 50 t. fare for akkumulasjon i kroppen, muskelsvakhet, Økt fare for fall og brudd.(9-11)
10. Nitrazepam (<i>Mogadon, Apodorm</i>)	
11. Flunitrazepam (<i>Rohypnol</i>)	
Høye doser av benzodiazepiner og benzodiazepinlignende stoffer	
12. Oxazepam (<i>Sobril</i>)> 30 mg/24 h	Fare for muskelsvakhet og fare for fall og brudd.(12-13)
13. Zopiclone (<i>Imovane</i>)> 7.5 mg/24 h	
Sentralt virkende muskelrelakserende stoffer	
14. Karisoprodol (<i>Somadril</i>)	Antikolinerge effekter. Fare for tilvenning
Sterke smertestillende stoffer	
15. Dextropropoxyphen (<i>Aporex</i>)	Toxisk, small terapeutisk bredde, Bedre alternativer finnes
Lungemedisiner	
16. Theophyllin (<i>Nuelin, Theodur</i>)	Fare for hjerterytmeforstyrrelser. Ikke dokumentert effekt på KOLS. Bedre behandlingsalternativer finnes.
Kardiovaskulære legemidler	
17. Sotalol (<i>Sotalol, Sotacor</i>)	Fare for rytmeforstyrrelser (Torsade de pointes). Brukes med forsiktighet. Bedre alternativer finnes hvis indikasjonen er betablokkade.

1. generasjon antihistaminer :		
18.	Deksklorfeniramin (<i>Phenamin</i> , <i>Polaramin</i>)	Antikolinerge effekter Forlenget sedasjon . (18-21)
19.	Promethazin (<i>Phenergan</i>)	
20.	Hydroxyzin (<i>Atarax</i>)	
21.	Alimemazin eller trimeprazin (<i>Vallergan</i>)	
Kombinasjoner med Warfarin (Marevan)		
22.	Warfarin + NSAID	Økt risiko for gastrointestinal blødning
23.	Warfarin + ofloxacin or ciprofloxacin (<i>Tarivid</i> , <i>Ciproxin</i>)	Økt blødningsrisiko pga hemmet warfarinmetabolisme (23-24).
24.	Warfarin +erythromycin eller clarithromycin (<i>Erymax</i> og <i>Klacid</i>)	
25.	Warfarin + SSRI	For SSRIs, også økt risiko for blødning pga en direkte blodplatehemming (25).
Kombinasjon av NSAIDs:		
26.	NSAID (eller coxib) + ACE hemmer (eller ARB)	Økt risiko for medikamentelt utløst nyresvikt.
27.	NSAID + diuretika	Redusert effect av diuretika
28.	NSAID + glukokortikoider	Økt risiko for gastrointestinal blødning og væskeretensjon.
29.	NSAID + SSRI	Økt risiko for gastrointestinal blødning (se 25).
Andre kombinasjoner:		
30.	Erythromycin eller clarithromycin (<i>Erymax</i> , <i>Klacid</i>) + statiner	Økt risiko for bivirkninger av statiner inclusive rhabdomyolyse pga hemming av statinmetabolismen Høyst risiko for simvastatin og lovastatin.
31.	ACE hemmer + Kalium eller kaliumsparende diuretika	Fare for hyperkalemi.
32.	Fluoxetine or fluvoxamine + TCA (<i>Fontex</i> , <i>Fevarin</i>)	Økt risiko for økt TCA effekt pga hemmet metabolisme av TCA ³⁸ .
33.	Betablokker + kardi selektiv kalsiumantagonist	Økt risiko for AV-blokk og myokarddepresjon
34.	Diltiazem (<i>Cardizem</i>)+ lovastatin eller simvastatin (<i>Mevacor</i> , <i>Zocor</i>)	Økt risiko for bivirkninger av statiner inklusive rhabdomyolyse pga hemming av statinmetabolismen ^{71, 72} .
35.	Erythromycin or clarithromycin + Karbamazepin	Redusert metabolisme av Karbamazepin, økt fare for bivirkninger av Karbamazepin.
36.	Polyfarmasi Samtidig forskrivning av 3 eller flere legemidler av typen sentraltvirkende analgetika, antipsykotika , antidepressiva og/eller benzodiazepiner	Økt risiko for muskelsvakhet, fall og brudd, og forstyrret kognitiv funksjon

Forkortinger: NSAID: Non-steroid antiinflammatory drug; ACE: Angiotensin converting enzyme; SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitor; TCA: Tricyclic antidepressant; KOLS: Kronisk obstruktiv lungelidelse

Kriteriene er ikke absolutte, men kan tjene som tommelfingerregler ved forskrivning, og som evalueringsmål på gruppenivå. Kriteriene er utarbeidet og validert av 46 spesialister i Klinisk farmakologi, Geriatri og allmennmedisin.

Publisert: Sture Rognstad, Jørund Straand, Olav Spigset, Torgeir Brun Wyller, Mette Brække, Arne Ferveit, *Defining explicit criteria for assessing inappropriate prescriptions to elderly patients in general practice. The Norwegian General Practice (NorGeP) criteria*
Scand J Prim Health Care. 2009;27:153-9



ÅRSKONTROLL 20__

Pasient:

Født:

Primærkontakt:

<i>undersøkelse</i>	<i>resultat</i>	<i>dato</i>
Vekt		
ADL (IPLOS-kartlegging)		
Vurdere tiltaksplanen i profil		
MMS og klokketest		

Sykepleier:

<i>undersøkelse</i>	<i>resultat</i>	<i>dato</i>
Hb		
Fastende blodsukker		
Urinstix		
BT og puls		
Kartlegging ernæringsstatus		
Vurdering av samtykkekompetanse		

Lege:

<i>undersøkelse</i>	<i>resultat</i>	<i>dato</i>
Gjennomgang journal		
Gjennomgang medikamenter		
Hjerte		
Lunger		
Otoscopi		

Blodprøver:

<i>indikasjon</i>	<i>prøver</i>	<i>resultat</i>	<i>dato</i>
Diuretika/nyresvikt	Na, K, Kreat, Urea		
Diabetes	HbA1c, Kreatinin		
Hypotyreose	TSH, T4		
Anemi	Ferritin, B12		
Epilepsi	Serumspeil		
Digitoxin	Serumspeil		
Zyprexa	Serumspeil		
Glaucom	Tonometri		

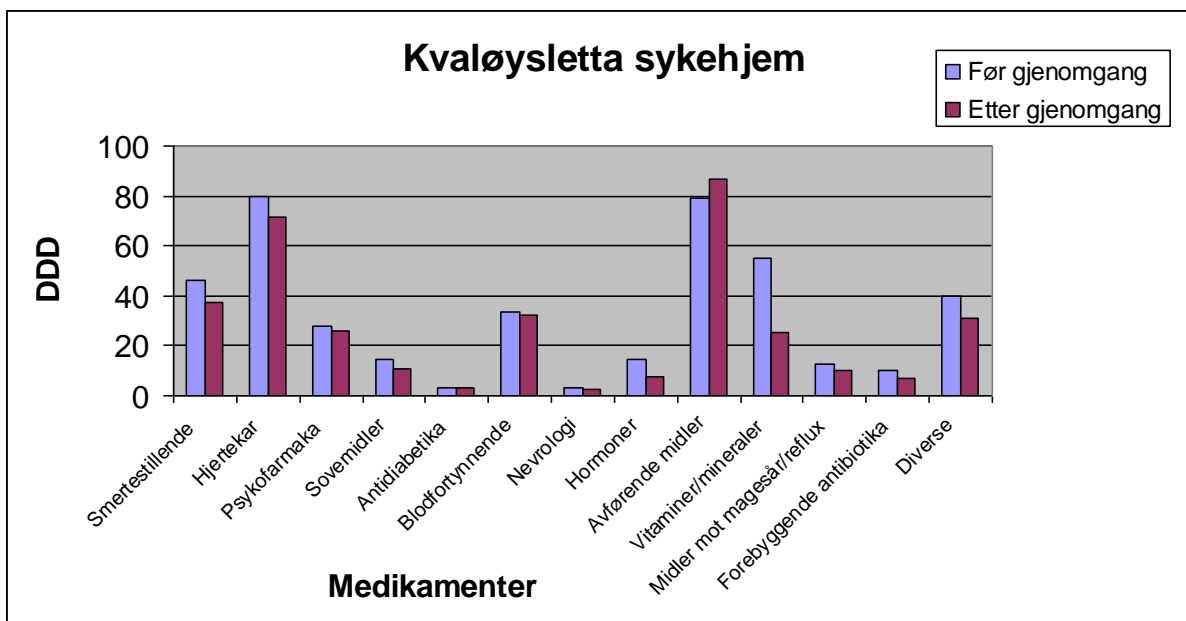
Vedlegg 10: Tabeller fra Kvaløysletta sykehjem

Tabell 1: Reduksjon i medisinbruk per avdeling, og for hele sykehjemmet. Det viste seg å være stor forskjell på avdelingene. Avdeling 2 hadde en nedgang i medisinbruk på 33 %, mens avdeling 1 hadde en økning i medisinbruk på 6,2 %.

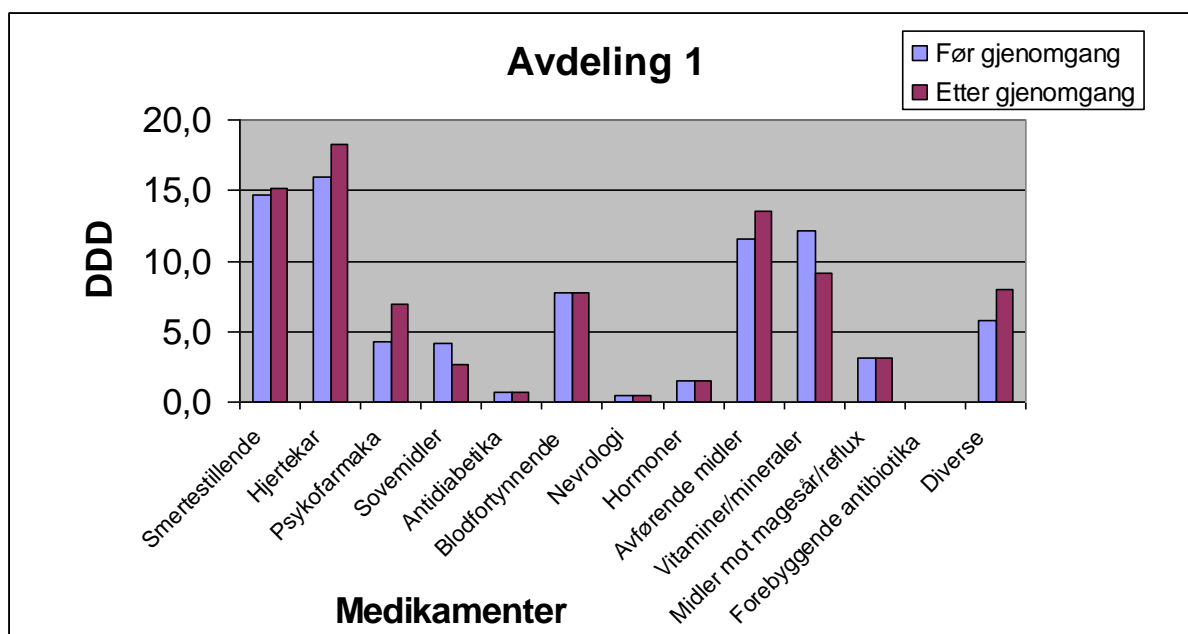
Avdeling	Nedgang (%)
Avdeling 1	-6,2
Avdeling 2	33,0
Avdeling 3	11,3
Avdeling 4	9,9
Totalt	16,5

Tabell 2: Antall legemidler (LM) per beboer før/etter legemiddelgjennomgang. Avdeling 2 (som har hatt størst reduksjon i legemiddelbruk), brukte også mest legemidler i utgangspunktet.

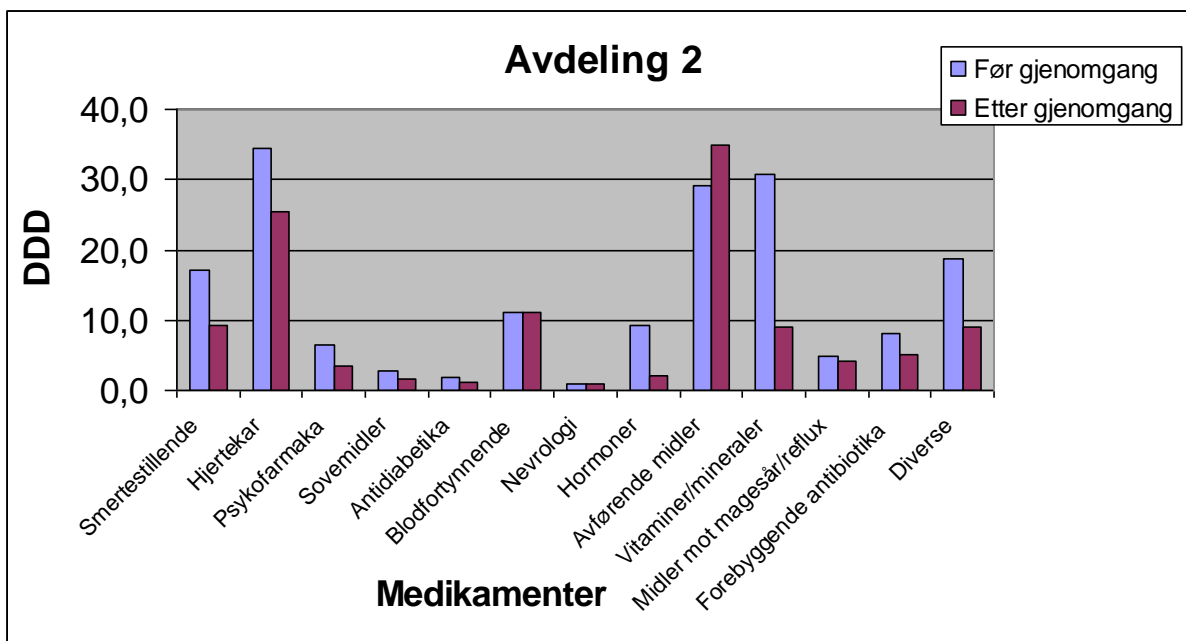
	LM per beboer før	LM per beboer etter
Avdeling 1	7,0	7,3
Avdeling 2	9,0	5,8
Avdeling 3	6,8	5,6
Avdeling 4	8,2	7,4



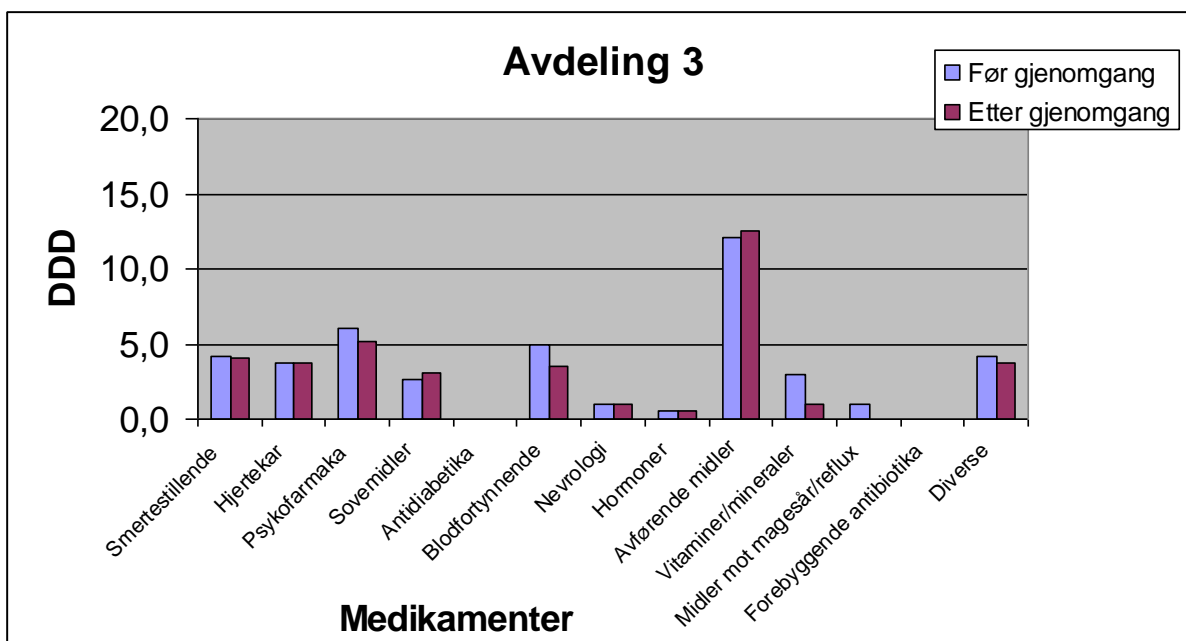
Figur 1: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for hele sykehjemmet.



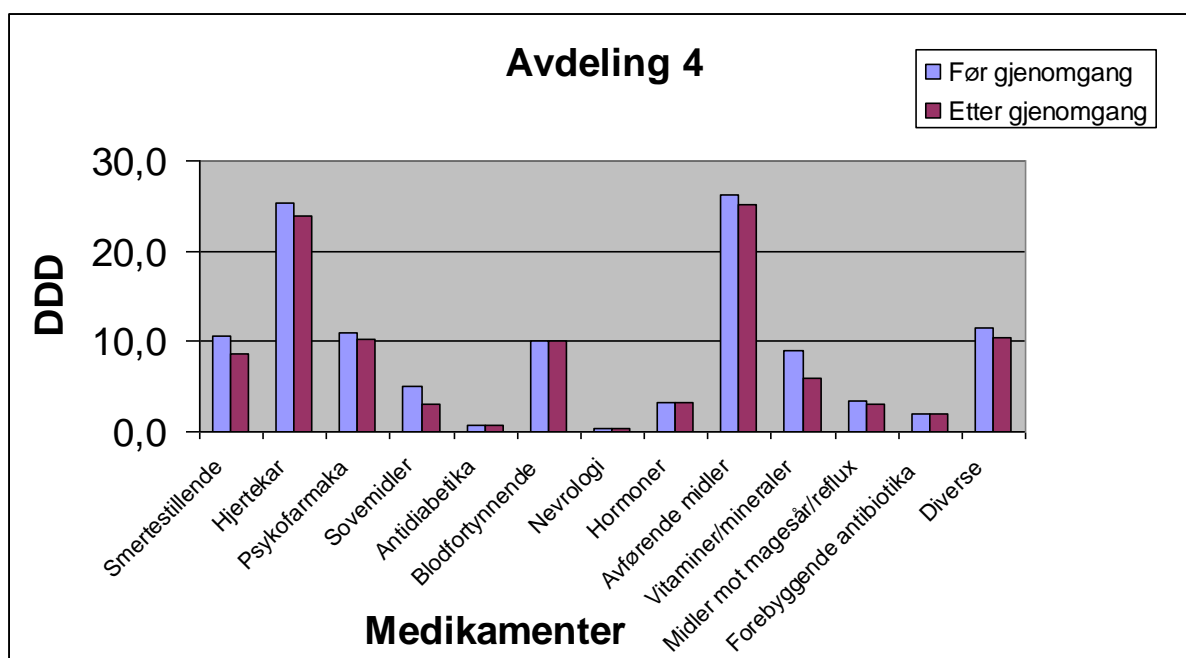
Figur 2: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for avdeling 1.



Figur 3: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for avdeling 2.



Figur 4: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for avdeling 3.



Figur 5: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for avdeling 4.

Tabell 3: Bruk av medikamenter som var oppført på fy-lista (felles tabell for sykehjemmet og hjemmetjenesten). Medikamentene som er markert med fet skrifttype er de medikamentene som ble brukt. Før gjennomgangen var det 7 beboere/brukere som fikk slike medikamenter (tallene i parentes), etter gjennomgangen er det bare 3.

Fy-lista	hj.tj.	avd.1	avd.2	avd.3	avd.4
Sarotex, Sinequan, Surmontil					
Polaramin, Phenergan, Vallergan, Atarax	(1) 1	(3) 1			(1) 0
Truxal, Nozinan, Stemetil					
Mogadon, Apodorm , Flunipam				(1) 0	
Petidin, Ketogan					
Nuelin, TheoDur					(1) 1

Tabell 4: Registrering av uro og smerter til pasientene før og etter endring av medikamenter

	Før	Etter	Kommentarer
Avdeling 1			
Uro	0,48	0,90	
Smerte	0,16	0,11	
Nedstemthet	0,13	0,03	
Avdeling 2			
Uro	0,43	0,63	
Smerte	0,05	0,11	Skyldes økte smerter til en beboer
Avdeling 3			
Uro	0,30	0,59	
Smerte	0,01	0,00	
Avdeling 4			
Uro	1,47	0,80	
Smerte	0,11	0,16	

Tabell 5: Endringer i søvnmønster. Prosentvis andel nattesøvn av totalsøvn er økt for alle avdelingene.

Avd 1	Avd 2	Avd 3	Avd 4
1,2 %	2,3 %	5,6 %	1,5 %

Tabell 6: Fall blant pasientene før og etter medisinendring. Antall fall er redusert med 52 %.

	Fall før	Fall etter
Avdeling 1	19	9
Avdeling 2	2	0
Avdeling 3	2	1
Avdeling 4	0	1
Totalt	23	11

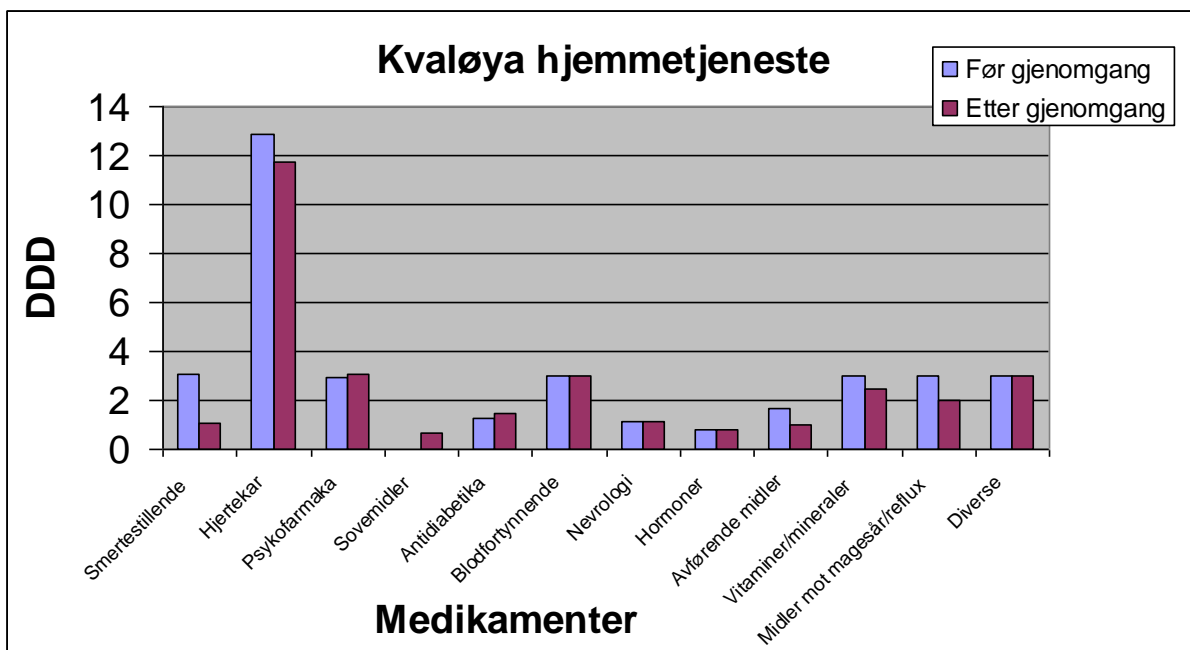
Vedlegg 11: Tabeller fra Kvaløya hjemmetjeneste.

Tabell 7: Reduksjon i medisinbruk per legekantor, og for hele hjemmetjenesten. Det viste seg å være stor forskjell på legekantorene. Legekantor 4 hadde en nedgang i medisinbruk på 43,6 %, mens legekantor 1 hadde en økning i medisinbruk på 0,9 %.

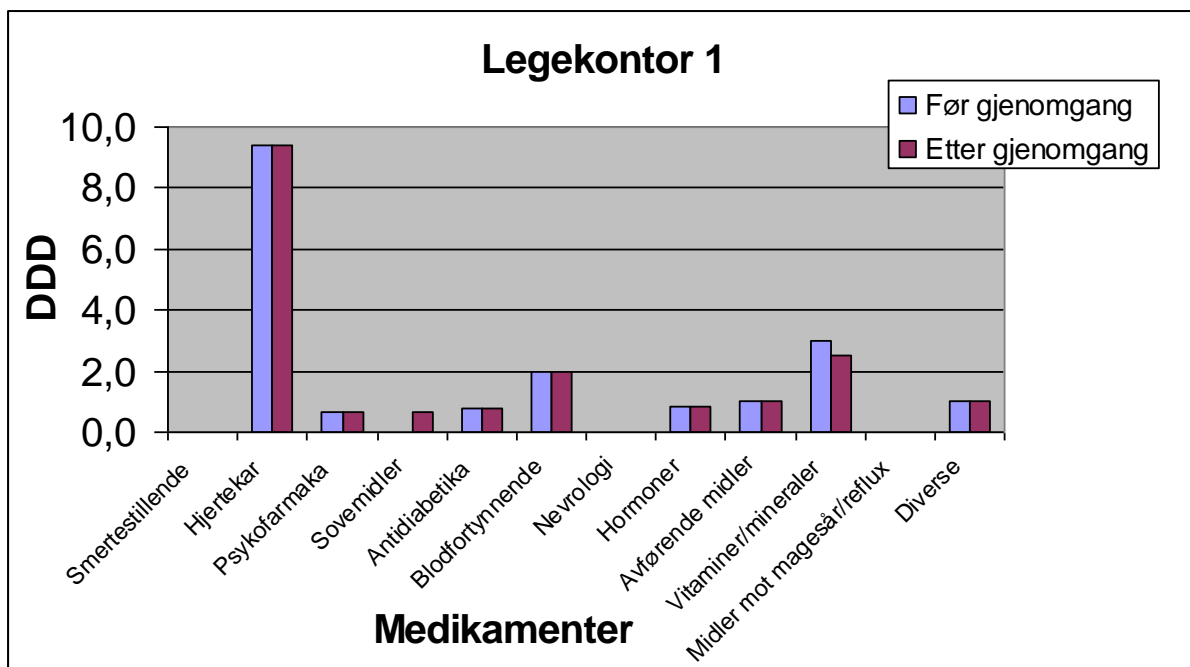
Legekantor	Antall brukere	Nedgang (%)
Legekantor 1	3	-0,9
Legekantor 2	1	25,0
Legekantor 3	1	3,0
Legekantor 4	1	43,6
Totalt	6	11,8

Tabell 8: Antall legemidler (LM) per bruker før/etter legemiddelgjennomgang. Legekantor 4 (som har hatt størst reduksjon i legemiddelbruk), brukte også minst legemidler i utgangspunktet.

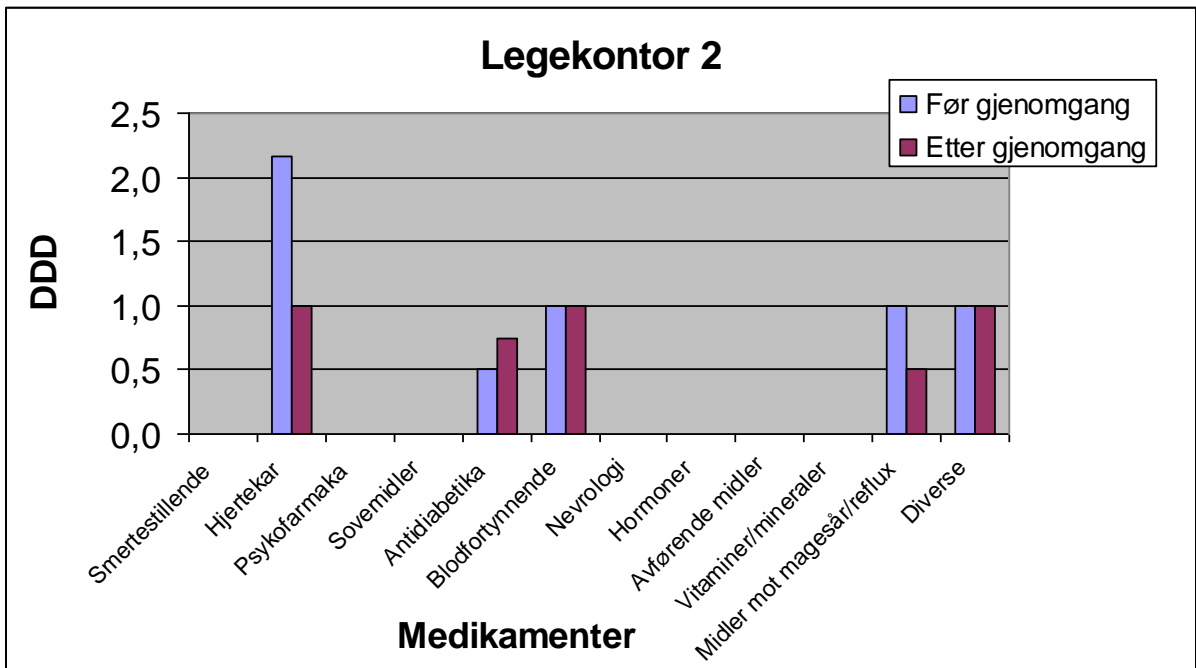
	LM per beboer før	LM per beboer etter
Legekantor 1	6,7	7,0
Legekantor 2	6,0	5,0
Legekantor 3	8,0	7,0
Legekantor 4	6,0	4,0



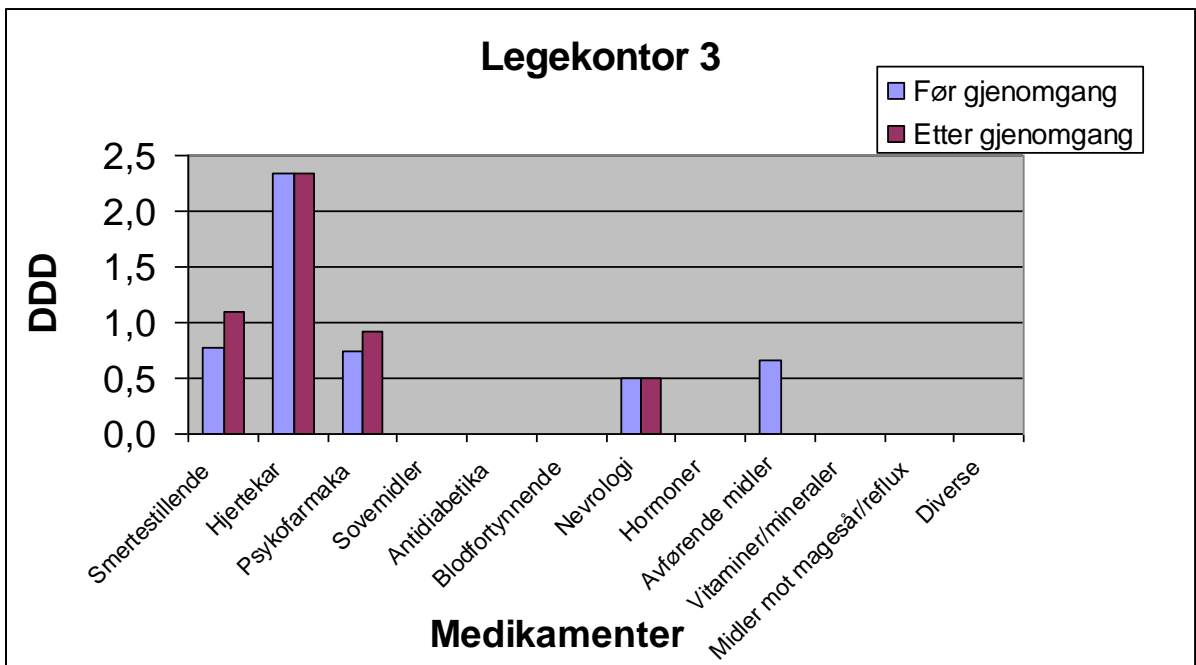
Figur 6: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for hele hjemmetjenesten.



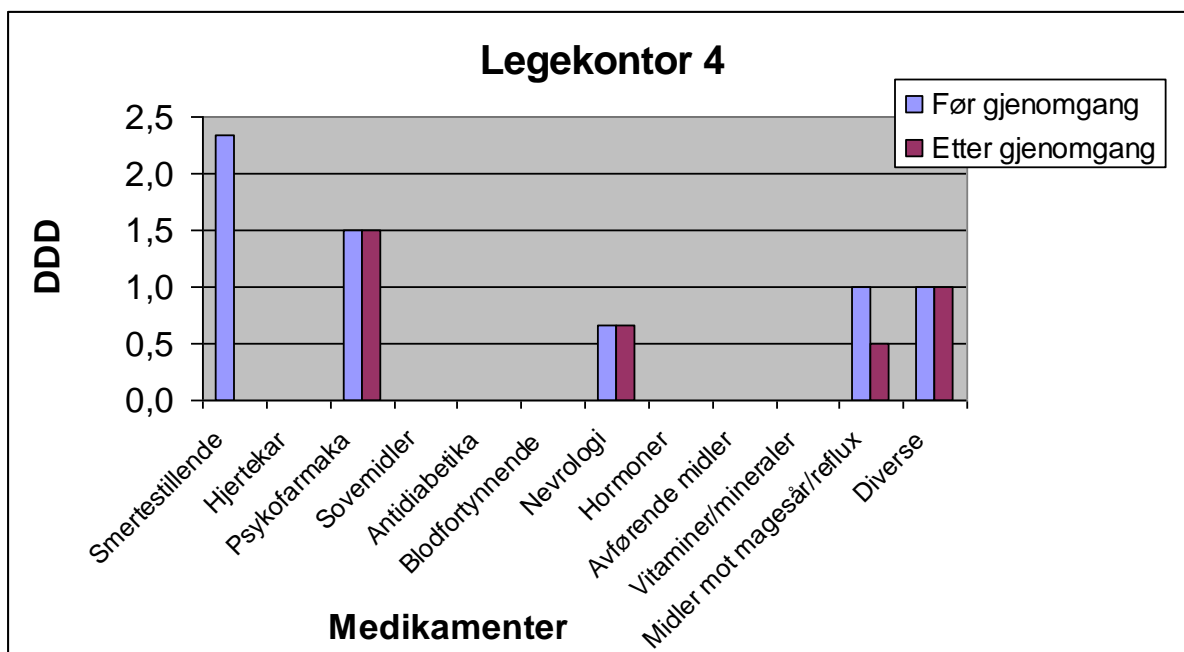
Figur 7: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for legekantor 1.



Figur 8: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for legekantor 2.



Figur 9: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for legekantor 3.



Figur 2: Endring i medikamenter inndelt etter medikamentgrupper for legekantor 4.

Tabell 9: Registrering av uro og smerter til pasientene før og etter endring av medikamenter.

	Før	Etter
Uro	3,00	4,80
Smerte	3,40	2,40
Hudkløe	6,40	2,40
Tungpust	2,20	1,90
Ingen fall registrert		



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

Troms

Buhcciidruovttuid ja ruoktobálvalusaid ovddidanguovddáš

Romsa

Kontaktpersoner:

Prosjektleder: jorunn.larsen@tromso.kommune.no

Prosjektmedarbeider: ragnhild.listad.sveinsen@tromso.kommune.no

Prosjektmedarbeider: ellen.riksvold@apotek.no

Fagleiar UHT, Troms: elisabet.sausjord@tromso.kommune.no

Telefon: 45 63 80 74

Kvaløya hjemmetjeneste, Tromsø kommune

