



**Nasjonal pasientsikkerhetskampanje**

## **Pilotprosjekt – Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten**

**Med fokus på utprøving av rutiner for samstemming av legemiddellister og tverrfaglige legemiddelgjennomganger i hjemmetjenesten.**

Utviklingscenter for hjemmetjenester i Akershus, Bærum kommune, Rykkinn og Sandvika distrikt

Berit Skjerve  
Dato: 18.12.2012

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	3
1. Bakgrunn .....	4
2. Hensikt/mål .....	6
3. Begreper og definisjoner .....	7
4 Fremgangsmåte.....	8
4.1 Driverdiagram.....	8
4.2 Organisering av pilotprosjektet.....	8
4.3 Prosjektskisse .....	9
5. Gjennomføring .....	11
5.1 Erfaringer i prosjektet .....	11
6. Oppsummerte resultater .....	13
7. Erfaringer fra utprøving av tiltakspakken.....	14
8. Referanser .....	20
Vedlegg.....	21

## Sammendrag

Utviklingscenter for hjemmetjenester i Akershus, Bærum kommune har vært en av pilotkommunene i Nasjonal Pasientsikkerhetskampanje for *samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten*. I samarbeid med utviklingscentrene i Oslo, bydel Bjerke og Østfold, Eidsberg kommune er det tilpasset og testet ut en tiltakspakke for samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. Målet har vært å bidra til økt pasientsikkerhet ved å utføre legemiddelgjennomganger i tverrfaglig møte mellom sykepleier, fastlege og farmasøyt.

Pilotprosjektet i Bærum har hatt spesielt fokus på kompetanseheving av ansatte, etablering av samarbeidsarenaer for hjemmetjenesten og fastlegen, forbedring av rutiner samt oppfølging av tidsbruk. Resultatene fra piloten viser at tverrfaglige legemiddelgjennomganger har bidratt til å fremme samarbeidet mellom fastlegen og hjemmesykepleien, sikre samstemming av legemiddellister, avdekket legemiddelrelaterte problemer og i noen grad ført til endringer i pasientens legemiddelbehandling. Det antas at dette bidrar til å øke pasientsikkerheten ved legemiddelbehandling.

Hjemmetjenesten i Bærum iverksetter nå tiltak for å etablere samarbeid/samarbeidsarena mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Dette er en forutsetning for videre samarbeid om pasientens legemiddelbehandling og legemiddelgjennomganger. Tverrfaglig legemiddelgjennomgang med farmasøyt er anbefalt både av sykepleier og fastlege. Pilotprosjektet anbefaler at hjemmetjenesten etablerer avtale med farmasøyt om deltakelse ved legemiddelgjennomganger og veiledende funksjon ved behov. Det antas at prosedyre for legemiddelgjennomgang vil bidra til at hjemmetjenesten får større fokus på observasjon og vurderinger, samt oppfølging av virkning, bivirkning, eventuelle interaksjoner, samt endringer i helsetilstand. Det arbeides videre for at en slik legemiddeloppfølging presiseres i pasientens vedtak om helsehjelp. Kompetansetiltakene med undervisning og legemiddelkvarter blir etablert som fast tiltak både for sykepleiere og hjelpepleiere /helsefagarbeidere i hjemmetjenesten.

Utviklingssettret deltar i spredning av tiltakspakken for *samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten* både internt i kommunen og nasjonalt, og har dette som satsningsområde i 2013.

### **Pilotprosjektet i Bærum anbefaler følgende tiltakspakke til andre hjemmetjenester:**

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

## 1. Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har startet en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som skal innføre forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 – 2013. Flere kriterier har ligget til grunn for valg av innsatsområder. Det er valgt ut områder med stort potensial for forbedring, de skal ha gode data og metoder for evaluering, tiltakene som foreslås skal kunne dokumenteres som effektive og innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer.

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

For å teste ut om innsatsområdene, tiltakene og målingene som er foreslått i kampanjen fungerer i praksis, blir de prøvd ut i pilotprosjekter før de blir implementert nasjonalt. Det er gjort pilotprosjekt for innsatsområdet *samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten* ved Utviklingssenter for hjemmetjenester i Akershus, Bærum kommune. Piloten er et samarbeid mellom Eidsberg kommune, Bydel Bjerke i Oslo kommune og i Rykkinn og Sandvika distrikt i Bærum.

### Om innsatsområdet legemidler i hjemmetjenesten

Legemidler er viktige medisinske tiltak ved forebygging, behandling og lindring av ulike sykdommer og symptomer. Mange pasienter opplever at helsen og livskvaliteten bedres gjennom legemiddelbehandling. Legemidler skal imidlertid ha tilstrekkelig effekt og gi pasientene mest mulig helsegevinst. U hensiktsmessig bruk av legemidler er et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt. Det foreligger omfattende dokumentasjon for at feil bruk av legemidler og mangelfull oppfølging medfører et betydelig antall pasientskader og påfører samfunnet store utgifter.

**Samstemming** er en kontinuerlig og dynamisk prosess for å sikre at legemiddellisten til pasienten er oppdatert på legemidler i bruk (LIB) basert på riktig legemiddelinformasjon fra flere kilder, og samstemt mellom pasient, fastlege og hjemmesykepleie. I studier er det vist uoverensstemmelse mellom medisinkortet i hjemmet og hos fastlegen blant 50 - 90 % av pasientene i hjemmesykepleien. I gjennomsnitt er 25 % flere legemidler oppført i medisinkortet hjemme, noe som viser at risikoen for feilmedisinering og eventuelle komplikasjoner er stor<sup>1</sup>. Tiltak som bidrar til å sikre gode rutiner for samstemming mellom fastlege og hjemmetjenesten, samt gjennomgang og kvalitetssikring av den enkelte pasients legemiddelbruk kan forebygge utvikling av subakutt- og akutt funksjonssvikt som kan resultere i sykehusinnleggelse og alvorlige pasientskader. Samstemming er derfor et nødvendig og viktig tiltak i pasientsikkerhetskampanjen.

---

<sup>1</sup> St. meld nr. 18 (2004-2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.

**Riktig legemiddelbruk** innebærer at pasienten får stilt riktig diagnose og mottar rett behandling. Dette innebærer valg av riktig virkestoff, styrke, dosering og formulering. Klinisk relevante legemiddelinteraksjoner må unngås, hvis mulig. Mange eldre har flere sykdommer og bruker dermed mange ulike legemidler samtidig, noe som bidrar til å øke risikoen for feil bruk av legemidlene. I tillegg er eldre også mer sårbare for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer<sup>2</sup>. Feilmedisinering fører hvert år til unødig lidelse for mange pasienter, i tillegg til at det påfører samfunnet store utgifter. Minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler<sup>3</sup>. Mange av skadene knyttet til legemidler kan forebygges. I tillegg er det svært viktig at pasienten får opplæring i legemiddelbruk og der det er nødvendig at pårørende involveres i et samarbeid om oppfølging<sup>4</sup>.

I 2010 mottok over 170 000 personer hjemmetjenester (herunder hjemmesykepleie og praktisk bistand)<sup>5</sup>. For de som mottar hjelp og bistand til legemiddeladministrering er det viktig at det er etablert faste rutiner for samarbeid mellom fastlegen og hjemmesykepleien. Det må utveksles og avstemmes rutinemessig informasjon fra fastlegen om legemidler den enkelte pasienten skal ha, og hvilke oppfølgingstiltak som skal iverksettes<sup>6</sup>.

Tiltakspakken for hjemmetjenestene og fastlegene er ment å bidra til å etablere tettere samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleien, slik at samarbeidet og oppfølgingen av pasienter med vedtak om hjelp til legemiddeladministrering styrkes og kvalitetssikres.

#### **Om piloten i Bærum kommune:**

Sykepleiere har en sentral funksjon i hjemmetjenesten relatert til administrering og oppfølging av pasienters legemiddelbehandling i samråd med fastlegen. Tilsynsrapporter og erfaringer fra praksis tilsier at dette samarbeidet er sårbart, og at kvaliteten på legemiddelbehandlingen i stor grad avhenger av tilgang til legeressurser, samarbeid med pasienten og pårørende, og sykepleierens kompetanse i oppfølging av forskrivning, observasjoner av effekt og ev. bivirkninger.<sup>7</sup> I piloten har vi hatt fokus på kompetanseheving for sykepleiere og deres samarbeid med fastlegen. I oppfølging av legemiddelbehandlingen er også øvrig pleiepersonell en nødvendig og viktig samarbeidspartner i piloten.

Erfaringer fra tverrfaglige legemiddelgjennomganger i sykehjem viser at oppfølgingen av pasientens legemiddelbehandling i tverrfaglig team med farmasøyt gir god kvalitetssikring av pasientens legemiddelbehandling og kompetanse til sykepleiere<sup>8</sup>. I piloten samarbeider vi derfor med farmasøyt i alle legemiddelgjennomgangene for å teste hvordan dette samarbeidet kan fungere i hjemmetjenesten.

Pasienter i hjemmetjenesten får vedtak om helsehjelp med hjelp til administrering av legemidler. Oppfølging av virkning, bivirkning, eventuelle interaksjonen og endringer i helsetilstand ser imidlertid ikke ut til å omfattes av vedtakene, og det kan se ut til at praksisfeltet inntil nå har vektlagt gode rutiner relatert til selve administrering av legemiddelbehandlingen (Næss 2011).<sup>9</sup> Det antas at gjennomføring av strukturert tverrfaglig legemiddelgjennomganger i piloten vil bidra til at ansatte i hjemmesykepleien i større grad vektlegger observasjoner ved legemiddelbehandlingen

<sup>2</sup> Helsedir, 2011. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien, IS- 1887.

<sup>3</sup> St. meld nr. 18 (2004-2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk

<sup>4</sup> Helsedirektoratet, 2011. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien, IS- 1887 og Helsedirektoratet, 2012. Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998.

<sup>5</sup> tall hentet fra [SSB](#).

<sup>6</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene, §25, trer i kraft 1. januar 2013.

<sup>7</sup> Næss, G.(2011) Hvilke behov for helsehjelp har skrøpelige hjemmeboende gamle? Rapport 3/2011

<sup>8</sup> Bostrøm, V.(2011)I trygge hender på Nygård, evaluering av pilot sikker legemiddelbehandling i sykehjem

<sup>9</sup> Næss, G(2011)Hvilket behov for helsehjelp har skrøpelig gamle?

selv om det ikke er tildelt tid til dette i vedtakene om helsehjelp. Distriktslederne ønsker å synliggjøre tidsbruken ved å kartlegge tiden til forberedelse, gjennomføring og oppfølging av legemiddelgjennomganger og ved dette kunne bidra til endring av fremtidig tildeling av vedtak om helsehjelp til administrering av legemidler.

Det er mye å hente på forbedring av rutiner og kompetanse i praksis. I piloten har vi fokus på forbedring av kompetanse i legemidler, rutiner for legemiddelgjennomganger og etablering av samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene. Piloten i Bærum inngår i et nettverk med pilot i Oslo, Bydel Bjerke og Eidsberg kommune. De tre prosjektene har i fellesskap utviklet, testet og ferdigstilt forslag til nasjonal tiltakspakke i pasientsikkerhetskampanjen.

## 2. Hensikt/mål

### Overordnet mål med innsatsområdet:

Økt pasientsikkerhet ved å sikre optimal legemiddelbehandling ved samstemming og riktig legemiddelbruk for pasienter i hjemmetjenesten

Formålet med tiltakspakken *samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten* er å forebygge og avdekke legemiddelrelaterte skader som følge av feil i pasientens legemiddelliste og/eller mangelfull oppfølging av pasienten når det gjelder observasjoner, vurderinger og nødvendige tiltak relatert til virkning og bivirkning av legemidler. Skader og komplikasjoner som følge av feil bruk av legemidler og mangelfull oppfølging kan forebygges.

Pilotprosjektene tester ut om tiltakspakken som skal sikre optimal legemiddelbehandling (noe som kan bidra til redusert forekomst av legemiddelrelaterte pasientskader) er gjennomførbar i praksis. Videre om vesentlige forbedringsområder som samstemming, interaksjoner på legemiddellisten og dokumentasjon i pasientjournal, samt bedre monitorering av legemiddelbehandlingen er tiltak som bidrar til optimalisering av legemiddelbehandlingen.

Piloten i Bærum har hatt spesielt fokus på forbedring av kompetanse i legemidler, rutiner for legemiddelgjennomganger og etablering av samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene.

### Følgende tiltak for samstemming og riktig legemiddelbruk er testet ut i pilotprosjektene:

1. Sikre at legemiddellisten er samstemt mellom pasient, hjemmetjeneste og fastlege
2. Sikre tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang av hjemmeboende pasienter med medisinvedtak en gang i året
3. Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med observasjoner og dokumentasjon i pasientjournal
4. Opprette registreringstype og struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av legemiddelgjennomganger
5. Sikre at ansatte har kompetanse i legemiddelgjennomganger, observasjon av pasient og dokumentasjon i pasientjournal.

### Gjennomføringen er kontrollert ved:

#### Prosessmål:

- Antall legemiddelgjennomganger

- Antall samstemte legemiddellister
- Dato for ny evaluering satt og gjennomført
- Type og antall legemidler (faste og behovs legemidler)
- Antall legemidler med indikasjon bak forskrivning
- Antall pleieplaner med oppfølging av forskrivning innen to døgn
- Legemiddelkvarteret og undervisning gjennomført

#### **Resultatmål:**

- Andel pasienter hvor samstemming mellom pasient, hjemmetjeneste og fastlege er utført
- Andel pasienter som får en tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang
- Andel pasienter med oppfølgingsplan med mål, tiltak og evaluering i pasientjournalen innen to virkedager etter LMG.
- Andel ansatte som har deltatt på case-møter og undervisning i LMG
- Andel legemidler med indikasjoner oppført på legemiddellisten

Resultatene er lagt inn i kampanjens database Extranet og fremstilles i vedlegg 4 i rapporten :

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>

### **3. Begreper og definisjoner**

#### **Legemidler defineres slik:**

Med legemidler forstås stoffer, droger eller preparater som er best til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom<sup>10</sup>

#### **Faste og eventuelt legemidler:**

Prosjektet omfatter legemiddelgjennomgang av pasientens faste og eventuelt legemidler som oppført på legemiddellisten, men ikke naturpreparater som kosttilskudd og vitaminer/mineraler.

#### **Legemiddelgjennomgang(LMG):**

Legemiddelgjennomgang er en systematisk og regelmessig gjennomgang av pasientens legemidler i et tverrfaglig team minimum bestående av sykepleier og fastlege<sup>11</sup>.

#### **Legemiddelrelaterte problemer(LRP):**

”En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandlingen, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt”(Ruths mfl 2007)<sup>12</sup>

#### **Multidose:**

Multidose er ferdig doserte legemidler til den enkelte bruker «Dose i pose». Legemidlene pakkes maskinelt i doser for 14 dager om gangen. Pakking av multidose skjer med utgangspunkt i pasientens medisinkort/ordinasjonskort som inneholder informasjon om all bruk av legemidler. På hver pose er det oppført pasientdata, tablett navn, styrke, antall og brukstidspunkt<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> Legemiddeloven §2

<sup>11</sup> Helsedirektoratet, 2012, Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998.

<sup>12</sup> Ruths mfl(2007)PCNE Classification for drug-related problems

<sup>13</sup> HOD, St. meld nr. 18 (2004-2005) – «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk

## Vedtak om helsehjelp:

Alle som bor eller oppholder seg i kommunen som er i behov av helsehjelp får, ved søknad, innvilget enkeltvedtak om tildeling av nødvendig helsehjelp<sup>1415</sup>. Søknaden behandles individuelt og innvilges av saksbehandler. Tildelte tjenester utføres av den aktuelle tjenesten. Det innvilges pleie- og omsorgstjenester som hjemmesykepleie, sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt.<sup>16</sup> Vedtaket kan påklages av søker.

## 4 Fremgangsmåte

### 4.1 Driverdiagram

Driver diagrammet (vedlegg 1) er utarbeidet etter mal fra den Skotske pasientsikkerhetskampanjen. Tiltakene beskrevet i driverdiagrammet viser hvilke enkelttiltak og prosesser piloten vektlegger for å nå målene. Legemiddelgjennomgang med sjekklisten (vedlegg 2) blir kalt "Drivere" og diagrammet gir en oversikt over målsetting for prosjektet, såkalte "drivere" kategorisk og aktuelle tiltak som skal kontrolleres ved prosess- og resultatmål.

### 4.2 Organisering av pilotprosjektet

Hjemmetjenesten i Bærum kommune består av seks distrikter med til sammen 14 avdelinger med hjemmebaserte tjenester og åtte boliger med service. Distriktslederne ved Rykkinn og Sandvika distrikt var svært motiverte til å delta i piloten og ble valgt av seksjonssjef for hjemmetjenesten og distriktslederne i hjemmetjenesten. Lederne i distriktene er løpende informert om utviklingen av prosjektet. Piloten samarbeidet med farmasøyt ved Apotek 1 og fem fastleger ved Sandvika og Skui legesenter. Rykkinn distrikt har samarbeidet Diakonhjemmet høgskole i et studentprosjekt i utvikling av tiltaket "legemiddelkvarteret".

### Samarbeidspartnere i de andre pilotene:

Pilotene i Utviklingssentrene for hjemmetjenester i Oslo, Bjerke bydel v/Åse Arnesen og Ingrid Østensen prosjekt "Eldre og rus" og Østfold Eidsberg kommune v/Eivind Bjørnstad og Wenche Hammer.

### Lokale forhold:

**Sandvika distrikt:** Består av fire avdelinger med til sammen 78 årsverk og 311 brukere (pr. november 2012). 240 brukere har vedtak om administrering av legemiddel. Det er en distriktsleder og avdelingsledere for hver avdeling som omfatter:

1. Ambulerende natt tjeneste som gir tjeneste til hjemmeboende brukere i hele Bærum kommune.
2. Atriumgården Bolig m. service
3. Hjemmebaserte tjenester med avdelinger Tanum og Sandvika

**Rykkinn distrikt:** Består av fire avdelinger med til sammen 88 årsverk og 505 brukere (pr. nov. 2012) 202 brukere har vedtak om administrering av legemidler som omfatter:

1. Høyrabben bolig m/service
2. Hjemmebaserte tjenester med avdelingene Kolsås, Skui og Berger

<sup>14</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven]§ 2- 1a

<sup>15</sup> Lov om Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. 6 a

<sup>16</sup> Helsedirektoratet, 2006, Veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenester.



### **Lokale ressurspersoner i Bærum:**

Utviklingssenter for hjemmetjenester ved Berit Skjerve, prosjektleder for piloten.

### **Prosjektgruppe i Bærum Kommune:**

Kari Friedmann, distriktsleder, Sandvika distrikt  
Vivi Haugli, fagutviklingssykepleier ved Sandvika distrikt  
Line Løvik, fagutviklingssykepleier ved Sandvika distrikt  
Evelyn Jakobsen distriktsleder Rykkinn distrikt  
Meera Grepp ass. Kommuneoverlege(til oktober 2012)

### **Prosjektet har samarbeidet med:**

Solrunn Elvik, farmasøyt ved Apotek 1  
Hilde Gudim og Odd Petterson fastleger ved Skui legekantor  
Kenneth Sagedal, Astrid Mundal og Tollef Jahren fastleger ved Sandvika legekantor  
Diakonhjemmet høgskole, studentprosjekt  
Seksjonsleder for hjemmetjenester og leder for styringsgruppen i utviklingssenter for hjemmetjenester Morten Svarverud  
Styringsgruppen for Utviklingssentret

### **Veiledere og ressurspersoner:**

Nasjonal pasientsikkerhetskampanje ved Vibeke Bostrøm, seniorrådgiver  
Statens legemiddelverk, Morten Finckenhagen, overlege.  
Helsedirektoratet ved Hilde Heimli seniorrådgiver, avdeling for medisinsk utstyr og legemidler  
Apotek 1 ved Solrun Elvik, farmasøyt

## **4.3 Prosjektskisse**

### **Tidsramme og ressurser:**

Prosjektet startet 27. april 2012 og avsluttes 15. desember 2012. Prosjektgruppen har hatt månedlige møter under hele piloten for å planlegge, gjennomføre og sikre oppfølging av tiltak etter LMG. Piloten er forankret i organisasjonen og det er etablert samarbeid mellom fastleger, hjemmesykepleien i distriktene og farmasøyt. Det er tilrettelagt for registrering og dokumentasjon i pasientjournalen og etablert informasjonsstrategi samt felles kompetansetiltak. Kommuneoverlegen var ansvarlig for å invitere aktuelle fastleger til å samarbeide med piloten. Dette ble gjort i møter og ved kommunikasjon pr. e-post. Prosjektleder har organisert piloten, veiledet distriktene underveis, deltatt på noen legemiddelgjennomganger(LMG) i Sandvika distrikt og vært måleansvarlig. Distriktslederne har vært ansvarlig for, satt av tid og lagt til rette for planlegging, gjennomføring og oppfølging av LMG i sine distrikter. Fagutviklingssykepleiere og sykepleiere har initiert, gjennomført og fulgt opp legemiddelgjennomgangene i samarbeid med fastlegene og farmasøyt.

Sandvika distrikt har deltatt med 10 pasienter fordelt med fem fra Atriumgården bolig med service og fem pasienter fra avdelingene Tanum og Sandvika i hjemmesykepleien. Tre fagutviklingssykepleiere og en sykepleier har deltatt. Distriktsleder har vært observatør ved flere LMG.

Rykkinn distrikt har deltatt med 10 pasienter fordelt på fire avdelinger: Berger, demensavdeling i Berger, Skui og Kolsås. Distriktsleder involvert alle avdelinger og mange sykepleiere for å sikre

kunnskap og praktisk erfaring med strukturerte legemiddelgjennomganger. Sykepleiere som ikke var ansvarlig for LMG var observatører sammen med distriktsleder i LMG - møtet.

### **Avgrensning:**

#### **Inklusjonskriterier:**

Pasienter over 65 år med vedtak om legemiddeladministrering i hjemmetjenesten, og med minimum seks legemidler, og med hjemmesykepleie minimum fem ganger i uken.

Det er gjennomført legemiddelgjennomganger for 20 pasienter, 10 i Sandvika distrikt og 10 i Rykkinn distrikt. fastleger.

#### **Rammer og ressurser:**

Pilotprosjektet er gjennomført innenfor vanlig drift både i distriktene og på legekontorene. Prosjektleder for Utviklingscenter for hjemmetjenester har vært prosjektleder og har avsatt 20 % til å lede prosjektet. Fastlegene fikk kompensert for LMG ved å benytte refusjonskode 14. Farmasøyt fra Apotek 1 er kompensert med kr. 11 000 deltakelse i 19 legemiddelgjennomganger og veiledning ved en legemiddelgjennomgang. Tiltak innenfor informasjon, undervisning og møtevirksomhet er planlagt og gjennomført i regi av Utviklingscentret ved prosjektleder.

#### **Verktøy:**

##### **Sjekkliste:**

Piloten har tilpasset sjekklisten fra sykehjem og brukt "Sjekkliste for å innhente relevant klinisk informasjon om pasienten i forkant av legemiddelgjennomgangen"(vedlegg nr 2). Utgangspunktet var sjekklisten som ble utviklet i pilotprosjektet med legemiddelgjennomganger i sykehjem. Denne er tilpasset hjemmetjenesten og ble prøvd ut før piloten. På side to er det lagt til følgende verktøy: Vas skala(smertekartlegging), BMI skjema ernæringsindikator, informasjon om alkoholenheter, samt en figur hvor en kan merke av smerteområder, ødemer og sår.

#### **Kartlegging av legemiddelrelaterte problemer:**

For å kartlegge legemiddelrelaterte problemer i legemiddelgjennomgangene er det benyttet [www.interaksjoner.no](http://www.interaksjoner.no), Start og STOPP kriteriene, NorGeP-kriteriene<sup>17</sup>.

#### **Prosedyre med sjekkliste for LMG:**

Det er utviklet utkast til prosedyre med sjekkliste for planlegging, gjennomføring og oppfølging av LMG (vedlegg nr 3). Sjekklisten ble tilpasset hjemmetjenesten fra Lørenskog sykehjem sin versjon. Den ble prøvd ut av sykepleierne og fikk god tilbakemelding. Prosedyren skal videreutvikles og deles med nasjonalt læringsnettverk som eksempel på prosedyre for hjemmetjenestene.

#### **Målinger, datagrunnlag:**

Pilotene brukte et excel-ark (elektronisk regneark -vedlegg nr. 3) som registreringsverktøy hvor det fortløpende ble registrert resultater. Dette ble utviklet før piloten og det ble avtalt hvilke målinger som skulle gjøres. Datagrunnlaget er senere registrert i kampanjens database Extranet. Farmasøyt har hatt ansvar for registrering av legemiddelrelaterte problemer, antall, type og kategorisering jamfør anbefalt klassifiseringsystem<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> [www.Helsebiblioteket.no/om/legemidler/eldre](http://www.Helsebiblioteket.no/om/legemidler/eldre)

<sup>18</sup> Ruths., Viktil KK., Blix HS.(2007)Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr No Lægeforening nr 23;127:3073-6

## **Kommunikasjon:**

I Bærum kommune benyttes FAX til å sende legemiddellister, epikriser eller annen nødvendig pasientopplysninger mellom fastlegen, hjemmesykepleien og apotek. Det er ikke innført elektronisk meldingsutveksling i kommunen per i dag, men fastlegene benytter eResept (fra 13.11.12).

## **5. Gjennomføring**

### **5.1 Erfaringer i prosjektet**

Testing av tiltakspakken med tilbakemeldinger fra hjemmetjenesten:

I møter og samtaler med sykepleiere i begge distriktene ble det uttrykt at utprøving av systematiske tverrfaglige legemiddelgjennomganger er faglig stimulerende og bidrar til et kompetanseløft i legemidler og legemiddelbehandling. Selv om legemiddelgjennomganger rapporteres som ressurskrevende, mener de at dette er et godt tiltak for å bidra til kvalitetssikring av pasientens legemiddelbehandling. Kartlegging og observasjon av pasientens kliniske tilstand før og etter LMG, har bidratt til oppdatering av tiltaksplaner og diagnoselister i hjemmetjenestens pasientjournaler. I tillegg er indikasjoner påført bak legemidlene på pasientenes legemiddellister. Det antas at disse tiltakene vil bidra til å bedre pasientsikkerheten ved hjemmetjenestens oppfølging av legemiddelbehandlingen.

Generelle tilbakemeldinger fra deltakere i prosjektet i oktober/november:

- Bedre legemiddellister med indikasjoner oppført bak hvert legemiddel
- Økt kunnskap om sykdommen til pasienten
- Bedre kunnskaper om legemidler
- Samarbeid med farmasøyt er positivt
- Oppdaterte diagnoselister etter LMG
- Sjekklisten er nyttig verktøy - fokus på objektive målinger
- Bedre dialog med pasient og pårørende om legemidler
- Økt fokus på dokumentasjon av legemiddelrelaterte problemer

### **Samarbeid mellom pilotene**

Pilotlederne med prosjektmedarbeidere har hatt månedlige møter med Kunnskapssenteret og jevnlig e-post og telefonkontakt med hverandre og veileder i prosjektperioden. Møtene har vært nødvendig for å samkjøre utvikling, testing og erfaringsutveksling rundt tiltakspakken og målingene. Pilotene har per 12.12.12 i fellesskap konkludert når det gjelder tiltakspakken og aktuelle målinger som vil anbefales for nasjonal spredning. Tiltakspakken ble vurdert av kampanjens fagråd 6.12.12 som gir sin tilslutning til tiltakspakken. Alle Utviklingssentra for hjemmetjenester har fått invitasjon til nasjonal læringsnettverk med oppstart 4. og 5. februar 2013. Pilotlederne i samråd med sekretariatet samarbeider om å ferdigstille program for samlingen, tiltakspakken, måledokument og verktøy og ressurser (prosedyre og sjekkliste og opplæringsmaterieill) til praktisk bruk i implementering av tiltakspakken i praksis.

### **Fasiliteter og ressurser:**

Møtene har funnet sted i Kunnskapssenterets lokaler og vært koordinert av veileder. Pilotene har selv finansiert reiseutgifter, og Kunnskapssenteret har dekket møteutgifter og bevertning. Roar Sørensen har vært tilstede i møter der prosesser vedrørende målinger har vært fokus. Morten

Finckenhagen, overlege ved Statens legemiddelverk og Hilde Heimli, seniorrådgiver Helseidrettoratet har deltatt i flere av møtene, og har fulgt prosessen i sin helhet og gitt faglige råd og veiledning underveis.

### **Brukermedvirkning:**

Det er utarbeidet informasjonsbrosjyre om prosjektet til pasientene og pårørende (se vedlegg 5). Pasienter og pårørende blir rutinemessig informert muntlig og skriftlig (brosjyren) av sykepleier som også sikrer muntlig samtykke til at farmasøyt deltar i en faglig gjennomgang av legemidlene. Ingen av pasientene avsto tilbudet. Sykepleier har også informert om eventuelle endringer og observasjoner etter legemiddelgjennomgangen. I noen tilfeller er pasienter innkalt til konsultasjon hos fastlegen som oppfølging av LMG. Enkeltpasienter og pårørende har gitt uttrykk for at det er svært positivt med en grundig gjennomgang og oppfølging av legemiddelbehandlingen.

### **Informasjon til ansatte:**

Alle ledere og ansatte i distriktene er informert ved skriftlig informasjon i juni. Det er satt opp plakat med informasjon om piloten på alle avdelinger. Sykepleiere er informert jevnlig i sykepleiemøter og møter i avdelingene.

### **Informasjon til fastleger:**

Det ble gjennomført informasjonsmøte (30 min.) for de fem fastlegene før LMG ved hvert legesenter med utdeling av skriftlig materiale om piloten, tiltakspakke for LMG med verktøy og nasjonal veileder for legemiddelgjennomgang<sup>19</sup>.

### **Oppstartmøte for piloten:**

41 sykepleiere i begge distrikt deltok på møtet den 21.8. 2012. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen med tiltakspakken for LMG i hjemmetjenesten ble presentert av Vibeke Bostrøm. Solrunn Elvik, farmasøyt bidro med innspill fra sitt ståsted samt verktøy. Kommuneoverlegen Meera Grepp informerte om fastlegens ansvar og rolle. Prosjektgruppen underviste i rutiner for LMG, sjekklisten og dokumentasjon. Deltakerne fikk utdelt mappe med skriftlig materiale om piloten, tiltakspakke for LMG med verktøy og veileder for legemiddelgjennomgang.

### **Undervisning og legemiddelkvarter:**

Atriumgården bolig med service ved Sandvika distrikt har etablert "Legemiddelkvarter" i gruppemøtet for alle ansatte annenhver tirsdag. Sykepleierne er ansvarlig for 15 min. med undervisning i legemidler eventuelt casegjennomgang. Det rapporteres at det er faglig relevant og gjennomførbart i en hektisk hverdag. Tiltaket blir videreført etter piloten.

### **Studentprosjekt på Rykkinn:**

Samarbeidsprosjektet mellom Diakonhjemmet høgskole og Rykkinn distrikt har som mål:

- Å synliggjøre mulig tilpasset systematisk fremgangsmåte for observasjon av effekt og bivirkning ved legemiddelbehandling.
- I større grad tilpasse teoriundervisning i farmakologi til studentene til observasjon i praksis
- Bidra til at praksisstedet får innspill til sitt arbeid med økt kvalitetssikring av observasjon ved legemiddelbehandling.

---

<sup>19</sup> Helseidrettoratet, 2012. Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998.

Studentene har i perioden 22.oktober – 15.desember hatt fokus på ”medikamentkvarteret” i faste avdelingsmøter. De gjør casegjennomganger med fokus på pasientens helsetilstand, diagnoser og legemidler. I november er det gjennomført åtte ”medikamentkvarter” for 5 – 12 ansatte hver gang. Det rapporteres som svært nyttig og faglig relevant både for ansatte og studenter. Distriktsleder ønsker å videreføre medisinkvarteret ukentlig i avdelingsmøter.

Undervisning 15.10: ”Legemiddelbehandling og eldre – en balansegang” ved Wenche Hammer ble gjennomført for 38 sykepleiere fra begge distriktene.

### **Tverrfaglig samarbeid:**

Her presenteres noen tilbakemeldinger fra oppsummeringsmøte mellom fastlegene ved Skui legekontor og prosjektgruppen samt tilbakemelding fra farmasøyt.

Fastlegene opplever at pilotprosjektet har vært ressurskrevende, men et positivt tiltak både for samarbeidet med sykepleiere i hjemmesykepleien og at det er styrket fokus på observasjoner og oppfølging av pasientens legemiddelbehandling. Skui legekontor og hjemmesykepleien ved Rykkinn distrikt har fast møte en mandag pr. mnd. Legen får refundert for en konsultasjonstime: tverrfaglig møte. Dette har fungert godt i 10 år. Gode samarbeidsrutiner/møteplass mellom fastlegene og hjemmesykepleien er en forutsetning for samarbeid om pasientbehandling. Det anbefales at prosjektet tar initiativ til å fremme samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastleger som tema og sak på storlegemøtet for alle fastleger i kommunen.

Farmasøyten opplevde at det tverrfaglige samarbeidet fungerte godt selv om dette var nytt både for fastlegene og sykepleierne. Både fastlegene og sykepleierne sier at farmasøytens kunnskap og kompetanse i legemidler har vært et viktig bidrag i det tverrfaglige møtet og ser det som en fordel at kommunen etablerer samarbeidsavtale med farmasøyt for hjemmetjenesten. Fastlegene ønsker ikke at farmasøyt deltar rutinemessig ved LMG, men at farmasøyt bør ha en veiledende funksjon ved behov. Dette både på grunn av tidsfaktoren og at legene benytter seg av interaksjonsverktøy ([www.interaksjoner.no](http://www.interaksjoner.no)) i sitt journalsystem. Ved bruk av eResept kan legemidlene skannes både for interaksjoner og dosering.

Fastlegene anbefaler at det etableres en tiltakspakke i hjemmetjenesten hvor legemiddelgjennomganger gjøres ved behov etter en medisinsk eller sykepleiefaglig vurdering. Dette samsvarer med krav til fastlegene i ny forskrift som trer i kraft 1. januar 2013.<sup>20</sup> Prosedyren må tilpasses praksis da den oppleves ressurskrevende og omfattende i prosjektet. Multidose oppleves som kvalitetssikring av legemiddelbehandlingen, men pasienter som ”bare” får utlevert multidose av hjemmesykepleien er risikopasienter og bør prioriteres til LMG.

## **6. Oppsummerte resultater**

Pasienter og pårørende har gitt positive tilbakemeldinger på den grundige gjennomgangen og oppfølging av legemiddelbehandlingen.

Resultatene fremstilles samlet for begge distriktene Rykkinn og Sandvika (vedlegg 4). Det er totalt gjennomført 20 LMG hvor 19 ble gjort i tverrfaglig møte med lege, farmasøyt og sykepleier og en med vurdering av farmasøyt. Alle legemiddellistene ble samstemt i det tverrfaglige møtet. 50 % av legemiddellistene var samstemte før LMG. Dette er i samsvar med studier hvor det er vist uoverensstemmelse mellom medisinkortet i hjemmet og hos fastlegen blant 50 - 90 % av

<sup>20</sup>Forskrift om fastlegeordning i kommunene, §25 trer i kraft 1. januar 2013.

pasientene i hjemmesykepleien.<sup>21</sup> Alle legemiddellistene i hjemmetjenesten var oppdatert og det var få kliniske interaksjoner.

Det ble gjort endringer i legemiddelbehandlingen hos 45 % av pasientene med til sammen 15 endringer etter tverrfaglig vurdering av legemiddellistene. Gjennomgangen resulterte i ni seponeringer, fire doseendringer og oppstart av to nye medikament. Det ble avtalt observasjoner og evalueringsdato for fem pasienter. Fire pasienter fikk tilbud om konsultasjon hos lege for å vurdere endring i legemiddelbehandlingen.

Pasientene står i gjennomsnitt på 8,9 legemidler (både faste og behovslegemidler) før LGM og 8,1 etter LMG. Flere pasienter er multisyke eldre med polyfarmasi, og det antas at en systematisk tverrfaglig vurdering samt observasjoner av pasientene i hjemmesykepleien må iverksettes for å unngå fall, akutt sykdom eller alvorlig sykdomsutvikling.

#### **Noen forbedringer i prosjektperioden:**

- Indikasjoner påført bak legemidlene har økt fra 12 % til 96,7 %, en forbedring på 84,7 %
- Diagnoselistene i pasientjournalene er oppdatert og endret med 23 %.
- Pasientjournalene er oppdatert med oppfølgingsplan innen 48 timer for 55 % av pasientene, de resterende ble oppdatert innen 3-5 dager.

Kritiske endringer i legemiddelbehandlingen og eventuelle observasjoner ble oppdatert omgående, multidosen ble korrigert og andre ansatte informert om endringene. Det er en tydelig forbedring av sykepleiedokumentasjonen i pleieplanens tiltaksplan og rapporter med oppfølging av endringer i legemiddelbehandlingen.

#### **Tid og ressursbruk**

Tidsregistrering for forberedelse, gjennomføring og oppfølging i hjemmesykepleien viser at det gjennomsnittlig er brukt 45 min. til kartlegging av pasienten, 25 min. i legemiddelgjennomgang og 60 min. til oppfølging med dokumentasjon og observasjon. Dette er i tråd med våre antakelser om at vedtak om helsehjelp til administrering av legemidler ikke omfatter tid til oppfølging av virkning, bivirkning, eventuelle interaksjonen og endringer i helsetilstand.

#### **Kompetanseheving**

Av til sammen 134 ansatte i til sammen seks avdelinger som deltok i piloten har 55,9 % deltatt i undervisning og legemiddelkvarter. Opplæring i legemidler og legemiddelgjennomganger har vært kompetansetiltak for sykepleiere. "Legemiddelkvarter" er tiltak for både sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere på avdelingene. Vi ser at kompetansetiltakene med opplæring i legemiddelgjennomgang, legemidler og legemiddelkvarter har bidratt til økt fokus på kunnskap om legemidler og observasjon av legemiddelrelaterte problemer.

## **7. Erfaringer fra utprøving av tiltakspakken**

Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakke for legemiddelgjennomganger i sykehjem har vært utgangspunktet for tilpasning og utvikling av tiltakspakke for hjemmetjenesten. Vi beskriver her våre erfaringer ved hvert tiltak i tiltakspakken.

---

<sup>21</sup> St. meld nr. 18 (2004-2005)., Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.

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

### Beskrivelse av tiltaket:

- Samtal med pasienten og innhent opplysninger om pasientens legemidler i bruk (LIB) og eventuelt inntak av naturlegemidler som kosttilskudd, tran etc.
- Oppdater hjemmetjenestens legemiddelliste dersom det tilkommer ny informasjon om pasientens legemidler i bruk (LIB), eksempelvis ved skifte av behandlingsnivå, etter utredning av spesialist eller etter kontakt med fastlege.
- Samstem og oppdater legemiddellisten i forbindelse med møter mellom fastlege, hjemmetjeneste, eventuelt farmasøyt og eventuelt pasient (dersom tilstede i legemiddelgjennomgangen) ved legemiddelgjennomganger.

**Erfaringer i piloten:** Sykepleier innhentet opplysninger om legemidlene ved kartleggings samtalen med pasient i hjemmet før LMG. Kartleggingen avdekket at i hovedsak var det behovs medisiner eller kosttilskudd som ikke var registrert på hjemmesykepleiers liste.

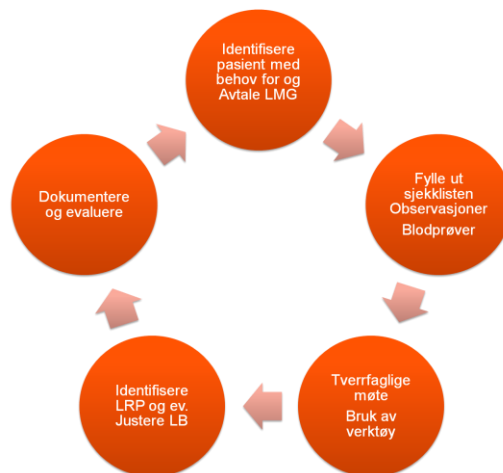
Alle pasientene i piloten får multidose.

Vi erfarte at det var en forutsetning for en god legemiddelgjennomgang at listene ble samstemt på forhånd. Samstemming av legens og hjemmetjenestens legemiddelliste før LMG viste at 50 % av listene var samstemte. Alle hjemmesykepleiers lister var oppdatert i forhold til pasientens legemiddel-behandling. Legenes legemiddelliste var i noen tilfeller ikke oppdatert med riktige behovsmedisiner eller dersom det var gjort endringer i pasientens legemidler ved innleggelse på sykehus eller korttidsopphold på sykehjem.

Epikrise sendes legen elektronisk fra helseforetaket men følger også pasienten til hjemmet. Hjemmesykepleieren sender epikrisen til fastlegen for å få oppdatert legemiddelbehandlingen ved multidose. Legen sender sin oppdatering til hjemmesykepleieren og Apoteket som iverksetter endringen. Vi oppdaget svikt ved rutinene for multidose mellom fastlegen, hjemmesykepleieren og Apoteket ved ett tilfelle, dette skal gjennomgås og oppdateres.

### Legemiddelgjennomgang:

LMG- hjulet er utviklet av Nygård sykehjem, og bidrar til å illustrere den dynamiske prosessen som legemiddelgjennomganger er. Utviklingssentret i Bærum vil fortsette å bruke modellen til å sikre at praksisfeltet får et verktøy til å gjennomføre strukturerte legemiddelgjennomganger som varig forbedringsarbeid ved å utføre en strukturert prosess; planlegge, gjennomføre, følge opp, dokumentere og evaluere.



Figur 1 LMG-hjulet

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

### Beskrivelse av tiltaket:

- Identifiser pasient/pasientgruppe med behov for legemiddelgjennomgang<sup>22</sup>
- Innhent nødvendig pasientinformasjon fra samarbeidende helsepersonell, pasienten og pårørende om pasientens sykehistorie.
- Kartlegg i samråd med pasienten og gjør grunnleggende observasjoner ved bruk av kampanjens sjekkliste.
- Avklar behov for blodprøver av pasient med fastlege og sørg for at blodprøver tas av pasient i henhold til rekvisisjon (senest innen en uke før avtalt legemiddelgjennomgang).
- Avtal tid for legemiddelgjennomgang på fastlegens kontor med fastlege, sykepleier fra hjemmetjenesten og ev. farmasøyt<sup>23</sup>.
- Send aktuelle opplysninger til farmasøyt i forkant av legemiddelgjennomgangen.
- Utfør legemiddelgjennomgang i henhold til nasjonal veileder<sup>24</sup> med bruk av beslutningsstøtteverktøy, sjekkliste, interaksjonsdatabaser mm.
- Still strukturerte spørsmål til hvert legemiddel i henhold til klassifiseringssystem som presentert i nasjonal veileder s. 13 og identifiser eventuelle legemiddelrelaterte problemer. Oppsummer og konkluder i legemiddelgjennomgang behov for oppfølgingstiltak og dato for evaluering av iverksatte tiltak.
- Avklar i møtet med fastlegen hvem som informerer pasienten om behov for/forslag om endringer i legemiddelbehandlingen.
- Iverksett tiltak forordnet av fastlege med støtte fra tverrfaglig team og i samråd med pasienten.
- Dokumenter i EPJ at samstemming og LMG er utført, og hvem som har ansvar for videre oppfølging.

### Forberedelser – erfaringer i piloten:

Avtale om hvilke pasienter og tidspunkt for LMG ble gjort med fastlegene på informasjonsmøte før LMG. Det ble rekvirert blodprøver og legemiddellisten fra legens journal ble overlevert til sykepleier. Pasientens primærkontakt har i de fleste tilfeller vært involvert i datainnsamling i forkant av legemiddelgjennomgangen ved utfylling av sjekkliste og samtale med ansvarlig sykepleier om observasjoner og vurderinger. Sjekklisten blir fremhevet som verdifull ved at den samler nødvendig informasjon som systematiserer og effektiviserer legemiddelgjennomgangen samt gir fastlegen god informasjon om pasienten.

- Pasienten og i noen tilfelle pårørende, ble informert skriftlig og muntlig. Sykepleier kartla pasienten ved bruk av kartleggings skjema. Blodprøvene ble tatt og levert til analyse en uke før LMG.
- På grunn av fastlegenes tidspress var det en utfordring å gjøre avtale om legemiddelgjennomganger. Det ble avtalt LMG for flere pasienter på samme dag for å effektivisere.
- Vi erfarte at det var enkelt å gjøre avtaler om, og gjennomføre LMG mellom Rykkinn distrikt og to fastleger ved Skui legesenter som har etablert faste samarbeidsmøter. Det ble

<sup>22</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene, §25, trer i kraft 1. januar 2013.

<sup>23</sup> Engh, E, Ranhoff A. H og Viktig, KK. Norsk legemiddelhåndbok, G24 Legemiddelgjennomgang (LMG), publisert 27.09.2012.

<sup>24</sup> Helsedirektoratet, 2012, Nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger, IS-1998



gjennomført LMG for fem pasienter for hvert møte fordelt på to dager i september. Farmasøyt deltok på alle LMG.

- Sandvika distrikt brukte mye tid på å etablere og følge opp avtaler med tre fastleger på Sandvika legesenter som de ikke hadde etablert systematisk samarbeid med på forhånd. Det ble gjort LMG for fem pasienter i september, de siste fem pasientene ble gjennomført i løpet av oktober og en i november. Farmasøyt deltok på ni LMG.
- Sykepleier sendte legens og hjemmesykepleiers legemiddelliste til farmasøyt som gjennomgikk og forberedte alle forskrivninger på den enkelte legemiddellisten for interaksjoner mellom legemidler, legemidler på START/STOPP-listen samt andre terapianbefalinger, dosering og administrasjonsmåter. Dette fungerte godt og kvalitetssikret legemiddelgjennomgangen.
- Sykepleier brukte i snitt 45 minutter på kartlegging av pasienten.

### **Gjennomføring av LMG – erfaringer i piloten:**

Alle LMG ble gjennomført på legenes kontor. Det tverrfaglige møtet med LMG har i gjennomsnitt tatt 25 min. Tidsbruk varierer og avhenger av kompleksiteten i pasientens legemiddelbehandling. I noen tilfeller tok samstemming av legemiddellistene mye tid.

Vi erfarte at strukturen på det tverrfaglige møtet var viktig. Sykepleier ledet møtet og strukturerte det på følgende måte:

- a) Legen gir et kort sammendrag av brukerens sykehistorie med aktuelle diagnoser.
- b) Sykepleier gir en kort sammenfatning av funn i kartleggingen (sjekklisten)
- c) Samstemming av legemiddellistene.
- d) Tverrfaglig vurdering av hvert enkelt legemiddel ved å stille strukturerte spørsmål til hvert legemiddel i henhold til klassifiseringssystem som presentert i nasjonal veileder s. 13<sup>25</sup> og identifiser eventuelle legemiddelrelaterte problemer. Farmasøytens forberedelse og kompetanse var svært nyttig i legemiddelgjennomgangen.
- e) Oppsummering og konklusjon med eventuelle endringer og oppfølgingstiltak. Ny oppdatert legemiddelliste med indikasjoner utenfor hvert legemiddel. Farmasøyten registrerte antall og type legemiddelrelaterte problemer. Diagnoseliste oppdateres av legen.

Det er noe variasjon i EPJ-funksjonalitet hos de ulike legene og dette er avgjørende for hvor oppdatert pasientjournalen er og om mulighetene i systemet utnyttes fullt ut. Det har vært utfordrende for enkelte leger å skrive ut diagnoseliste eller påføre indikasjoner bak hvert legemiddel til hjemmetjenesten. Rutine for dette bør utarbeides i samarbeid med hjemmesykepleien slik at hjemmetjenesten får tilgang til oppdaterte diagnoselister og indikasjoner på en enkel måte.

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

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

- Oppdater og/eller opprett tiltak i pasientjournalens pleieplan med behov for oppfølging med faglige observasjoner, vurderinger og evaluering relatert til legemiddeloppfølgingen
- Informer alle involverte i pasientbehandlingen i hjemmetjenesten om eventuelle endringer i legemiddelbehandlingen og behov for oppfølging.

<sup>25</sup> Helsedir, 2012. Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998.

- Oppdaterer legemiddellisten i EPJ.
- Setter inn indikasjon/bruksområde for hvert legemiddel i henhold til legens forskrivning.
- Korrigerer i standgjorte legemiddeldoser/dosetter/multidose i henhold til LMG.
- Informer pasienten om behov for oppfølgingstiltak, for eksempel ved behov for monitorering av blodtrykk.

### **Oppfølging - erfaringer i piloten:**

Legene ved Skui legesenter dokumenterte LMG med oppfølgingstiltak i sin journal. Sykepleierne fikk utskrift av dette og kunne dokumentere tiltak i hjemmetjenestens pasientjournal. I tillegg til oppdatert legemiddelliste kvalitetssikret dette legemiddelbehandlingen.

LMG har for hjemmetjenesten bidratt til fokus på dokumentasjon av observasjoner ved legemiddelrelaterte problemer samt oppdatering av diagnoselister og påført indikasjon bak legemidlene i legemiddellisten i pasientjournal. LMG bidro til en økning av påført indikasjon bak legemidlene fra 12 % til 96,7 %. Diagnoselistene ble oppdatert og endret med 23 %.

For å påføre indikasjoner bak hvert legemiddel i hjemmetjenestens legemiddelliste, må alle legemidler skrives inn på nytt av to sykepleiere. I en hektisk hverdag er dette tidkrevende å gjøre for pasienter som er i tjenesten. Dette er årsaken til at indikasjoner er påført noe tid etter LMG i 10 av pasientjournalene. Hjemmetjenesten vil nå etablere faste rutiner for å påføre indikasjoner bak alle legemidler.

Det ble avtalt observasjoner og evalueringsdato for fem pasienter ved Rykkinn distrikt. Det var observasjoner av BT, puls for å eventuelt å justere betablokkere, oppstart av støttestrømpe for å bedre sirkulasjon, flere blodprøver for å vurdere dosereduksjoner og seponeringer, vurdering av D-vitamin tilskudd samt vurdere dosering og skifte av smertestillende. En pasient ble henvist til spesialisthelsetjenesten som følge av LMG, og en pasient sendte søknad til bolig med service.

55 % av pasientjournalene ble oppdatert innen 48 timer, men de resterende journaler ble oppdatert innen 3-5 dager. Kritiske endringer i legemiddelbehandlingen og eventuelle observasjoner ble oppdatert omgående, multidosen ble korrigert og andre ansatte informert om endringene.

Alle pasientene ble informert av sykepleierne om resultatet av LMG. Fire pasienter ble innkalt til ny konsultasjon hos legen for en ny vurdering.

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

### **Beskrivelse av tiltaket:**

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

### **Erfaringer i piloten:**

Bærum kommune benytter Helios dokumentasjonssystem for pasientjournal. Piloten har tilrettelagt for dokumentasjon av LMG i Helios. Registrering av LMG gjøres under årskontroll. Det er opprettet tiltak for legemiddelgjennomgang i pasientjournalen. Det opprettes tiltak i tiltaksplan

med observasjoner og rapporter i pasientjournalen for oppfølging etter legemiddelgjennomgangen. Legemidlene registreres i legemiddelmodulen og indikasjoner for hvert legemiddel påføres i merknadsfeltet utenfor hvert legemiddel. Det er utarbeidet en manual for hjemmetjenesten for å sikre videre dokumentasjon for legemiddelområdet.

## 8. Referanser

Engh, E, Ranhoff A. H og Viktig, KK. Norsk legemiddelhåndbok, G24 Legemiddelgjennomgang (LMG), publisert 27.09.2012. [www.legemiddelhandboka.no](http://www.legemiddelhandboka.no)

Forskrift om fastlegeordning i kommunene, § 25, trer i kraft 1. januar 2013.

FOR- 2000-04-14-328. Lovdata. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Helsedirektoratet, 2011. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien, IS- 1887. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Helsedirektoratet, 2012. Nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger, IS-1998. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester, LOV-2011-06-24-30. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

St. meld nr. 18 (2004-2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)  
Legemiddeloven § 2 <http://www.lovdata.no/all/nl-19921204-132.html>

Næss, G.(2011) Hvilke behov for helsehjelp har skrøpelige hjemmeboende gamle? Rapport 3/2011 [www.hive.no](http://www.hive.no)

Bostrøm, V.(2011)I trygge hender på Nygård, evaluering av pilot sikker legemiddelbehandling i sykehjem [www.pasientsikkerhetskampanjen.no](http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven]§ 2- 1a [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Helsedirektoratet, 2006,Veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenester [www.Helsedirektoratet.no](http://www.Helsedirektoratet.no)

Start og STOPP kriteriene, NorGeP-kriteriene, [www.Helsebiblioteket.no](http://www.Helsebiblioteket.no)

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Driverdiagram for samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten

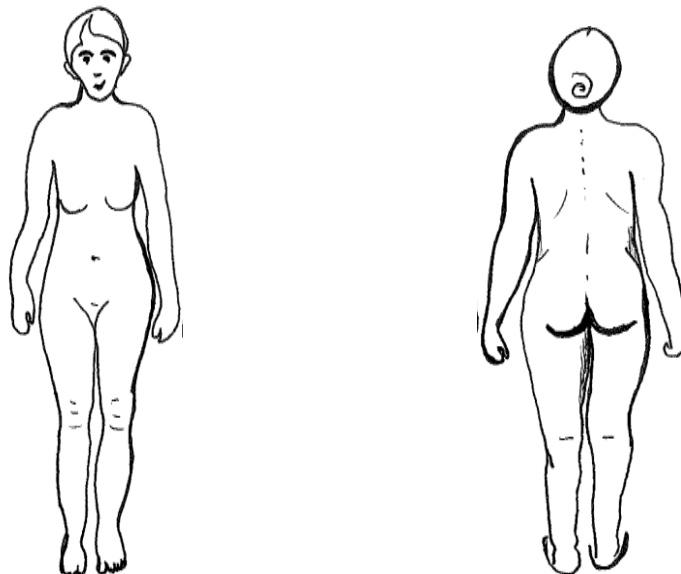
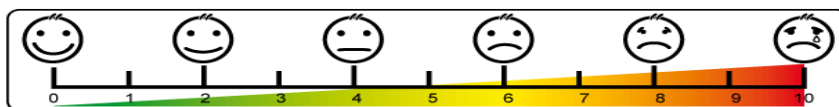


### Legemiddelgjennomgang i hjemmetjenesten – sjekkliste

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

Funksjonsområde/ Utredning	Observasjon/vurderinger/ forordninger	Anmerkninger
<b>Pasientens initialer</b> _____ <b>født:</b> _____	Legemiddelgjennomgang: Ny <input type="checkbox"/> Evaluering <input type="checkbox"/> Årskontroll <input type="checkbox"/>	
<b>Samtykkekompetanse</b>	Har samtykkekompetanse i forhold til legemiddelbehandling: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>	
<b>Sirkulasjon/ respirasjon</b>	Puls: _____/min BT: _____mm/Hg	
	Dyspnoe: Ingen <input type="checkbox"/> O2 metning _____ Ved aktivitet <input type="checkbox"/> I hvile <input type="checkbox"/> Dehydrert <input type="checkbox"/>	
	Ødemer: Ingen synlige <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Store <input type="checkbox"/>	
<b>Smerter</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Dersom ja, se smertekartlegging på bakside	
<b>Eliminasjon</b>	Vannlating: Normal <input type="checkbox"/> Urinretensjon <input type="checkbox"/> Inkontinent <input type="checkbox"/> Permanent kateter <input type="checkbox"/> Antall toalettbesøk natt _____	
	Avføring: Normal <input type="checkbox"/> Diaré <input type="checkbox"/> Obstipasjon <input type="checkbox"/>	
<b>Ernæring</b>	Vekt: ____ kg Høyde: ____ cm BMI: ____ Kvalme <input type="checkbox"/> Munntørrhet <input type="checkbox"/> Matlyst _____	
<b>Fysisk funksjonsnivå</b>	Går uten hjelpemiddel <input type="checkbox"/> Rullestol <input type="checkbox"/> Går med støtte/ ganghjelpemiddel <input type="checkbox"/> Fallrisiko <input type="checkbox"/> Fall siste mnd _____ Svimmelhet <input type="checkbox"/>	
<b>Psykisk funksjonsnivå</b>	Uro/forvirring <input type="checkbox"/> Virker nedstemt <input type="checkbox"/> Engstelse <input type="checkbox"/> Agitasjon <input type="checkbox"/> Hallusinasjoner <input type="checkbox"/> Kognitiv svikt <input type="checkbox"/> Demensutredning <input type="checkbox"/>	
<b>Søvn</b>	Trøtthet på dagtid <input type="checkbox"/> Søvnforstyrrelser <input type="checkbox"/> Innsøvningsvansker <input type="checkbox"/> ____ timer søvn pr døgn	
<b>Funksjonsnivå i forhold til inntak av legemidler.</b>	Vil ikke ha /motsetter seg legemidler <input type="checkbox"/> Glemmer å ta legemidler <input type="checkbox"/> Medisiner/ naturpreparater som brukes, uten ordinasjon fra lege: _____ Kan svelge tablett <input type="checkbox"/> Svelgvansker <input type="checkbox"/> Tablett må knuses <input type="checkbox"/> Tobakk: _____ daglig forbruk Alkohol: _____ enheter ukentlig (se bakside)	
Legeforordnet lab. prøver i forkant av LMG, relevante i forhold til sykdom og legemiddelbruk	Standard blodprøver ved årskontroll <input type="checkbox"/> Eventuelt: fastende blodsukker, serum digitoxin, HbA1c ved diabetes, TSH/fritt T4 ved stoffskiftesykdom, BNP ved hjertesvikt, aktuelle medikamentspeil m.m. ved behov.	
<b>Dato og signatur</b>		

# Dokumentasjonsverktøy



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

## Alkoholenhet

1 standard alkoholenhet (AE) tilsvarer:

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

Eldre over 65 år bør ikke innta mer enn 3 enheter pr. døgn eller maks 7 enheter ukentlig.

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

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

Høyde i meter                      alvorlig undervekt                      undervekt                      idealvekt                      overvekt                      fedme

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

## Forslag til standardblodprøver i forbindelse med Legemiddelgjennomgang LMG

### **Hematologi:**

Hb

Leukocytter

Trombocytter

### **Klinisk kjemi, proteiner:**

Kalium

Natrium

Ferritin

ALP

Gamma GT

ASAT

ALAT

CRP

Glukose fastende

Urinstoff

Kreatenin

### **Andre:**

Vitamin B12

Folat i serum

Prøver i forhold til spesielle sykdommer og/ eller medisinerings som

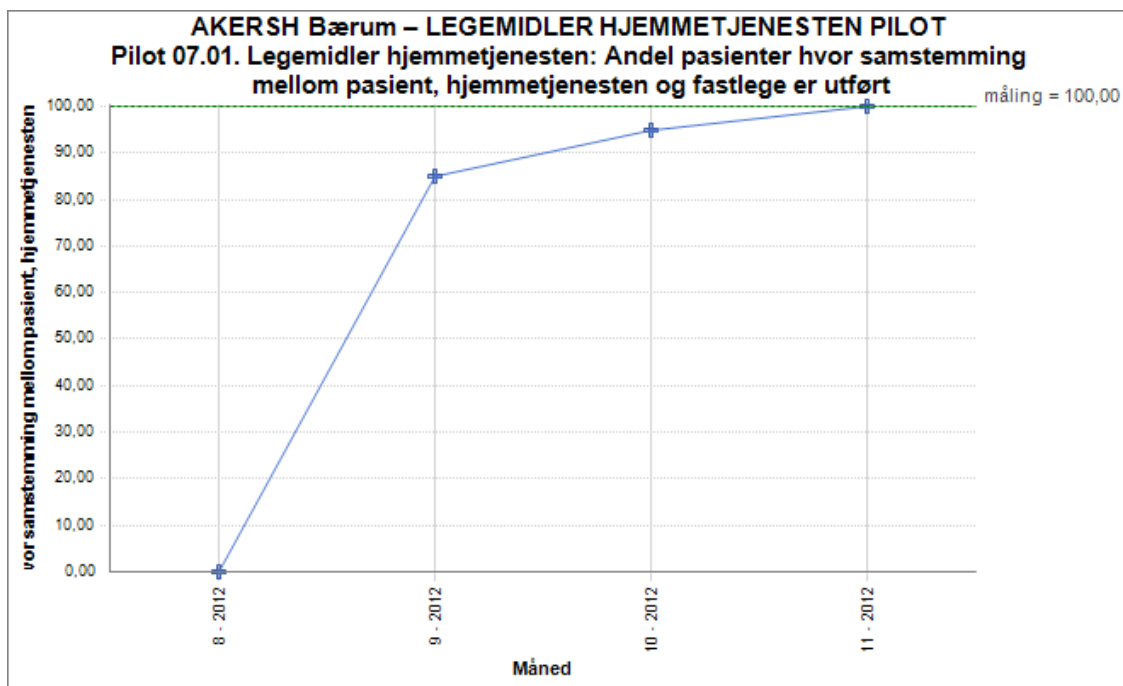
Fastende blodsukker, serum digitoxin, HbA<sub>1c</sub> ved diabetes, TSH/ fritt T<sub>4</sub> ved stoffskiftesykdom, BNP ved hjertesvikt, aktuelle medikamentspeil eller ernæringsprøver.



**Sjekkliste for gjennomføring av legemiddelgjennomganger i hjemmetjenesten.**

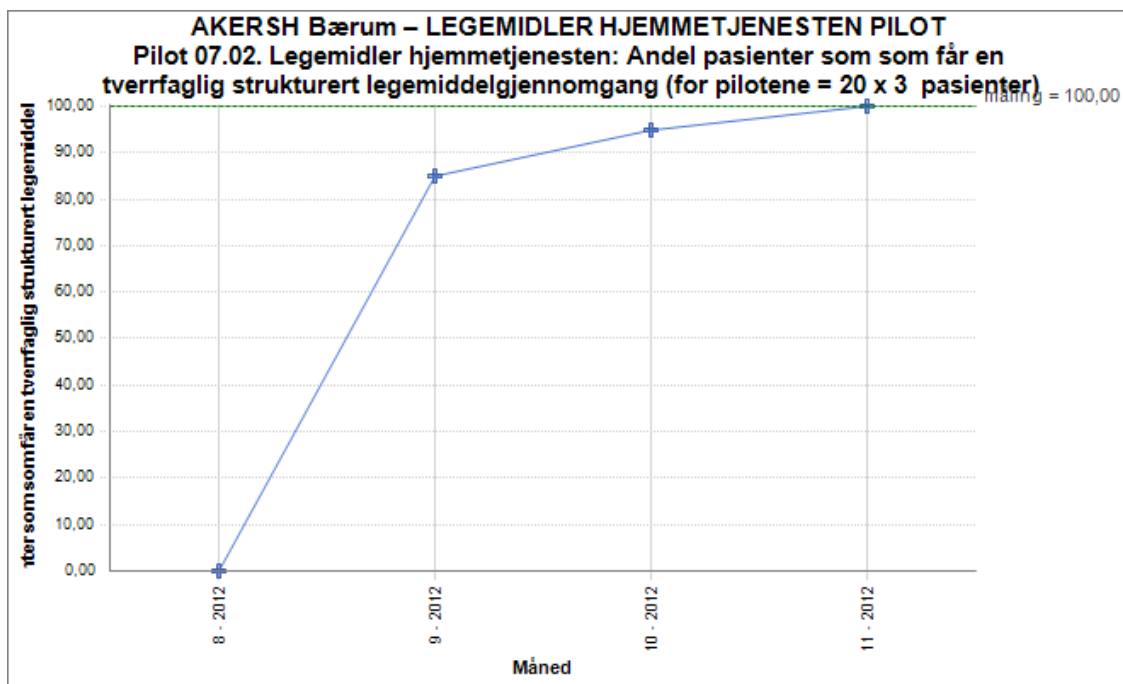
Pasientens initialer _____ født: _____		
<b>FØR LEGEMIDDELGJENNOMGANG(LMG)</b>		
<b>Ansvar</b>	<b>Oppgaver</b>	<b>Utført</b>
Sykepleier/ primærkontakt	Avtalt møtetidspunkt for LMG med lege og farmasøyt.	
	Pasienten og event. pårørende er informert (skriftlig og muntlig). Be om muntlig samtykke til deltakelse av farmasøyt.	
Lege, sykepleier, primærkontakt	Lege har oppdatert legemiddelliste med indikasjon for hvert legemiddel. Hentet av - eller sendt (fax eller brev) sykepleier.	
	Sjekkliste for observasjoner/vurderinger er fylt ut	
	Hjemmesykepleiers legemiddelliste er oppdatert med faste- og eventuelt medisiner pasienten faktisk bruker.	
	Standard laboratorieprøver er ordinert av lege og utført av sykepleier (+ aktuelle tilleggsprøver avhengig av legemiddelbruk og diagnoser/sykdom)	
	Legemiddellistene: Hjemmesykepleiers liste påført de legemidlene pasienten faktisk tar og event. legens liste (dersom listene ikke er samstemte) sendes farmasøyten en uke før LMG	
<b>LEGEMIDDELGJENNOMGANG (LMG)</b>		
Lege, sykepleier/ primærkontakt farmasøyt	Lege/sykepleier har gitt kort sammendrag av pasientens sykehistorie og diagnoser	
	Lege/sykepleier har gitt en kort sammenfatning av funn i kartleggingen liste, bl.pr	
	Systematisk gjennomgang av legemiddellisten er gjort:	
	▪ Indikasjon er satt på alle legemidlene	
	▪ Diagnoselisten er oppdatert slik at det er samsvar mellom denne og legemidlene	
	▪ Brukes det legemidler pasienten ikke tåler? Cavelisten er oppdatert.	
	▪ Er dose (vurder lever og nyrefunksjon) og doseringstidspunkt tilpasset pasienten	
	▪ Er det observert bivirkninger det må tas hensyn til?	
	▪ Finnes det diagnoser som er ubehandlet? Sjekk mot START-kriteriene	
	▪ Er noen av legemidlene uegnet til eldre? Legemidler er sjekket mot STOPP og NorGeP	
	▪ Finnes det interaksjoner? Legemidler er sjekket i Druid	
	▪ Er det problemer knyttet til legemiddelinntak (svelgeproblematikk, sonde) eller administrasjonsteknikk (inhalasjon, injeksjon, øyedråper osv)	
	▪ Er det funksjonssvikt (forvirring, fall, svimmelhet, trøtthet på dagtid) som gir grunnlag for endringer?	
	▪ Finnes det legemidler som krever oppfølging ved monitorering (blodspeil eller liknende)	
▪ Brukes naturpreparater som kan påvirke legemiddelbehandlingen?		
▪ Gis det legemidler som ikke er oppført på legemiddeloversikten (avføringsmidler, kremer/salver/dråper)		
Farmasøyt:	Legemiddelendringene er klassifisert etter nasjonalt klassifiseringssystem	
Sykepleier/primærkont:	Data fra LMG er registrert i eget skjema	

Lege:	Legemiddellisten er oppdatert, samstemt, signert og overlevert til sykepleier	
	Observasjoner av virkning/bivirkning er ordinert. Event. nye undersøkelser avtalt	
	Nye resepter, korrigerings av multidose er avtalt/gjort	
Lege, sykepleier/primærkont:	Det er avtalt hvem som skal informere pasienten.	
	Tidspunkt for evaluering av eventuelle observasjoner er avtalt.	
<b>ETTER LEGEMIDDELGJENNOMGANG (LMG)- OPPFØLGING</b>		
Sykepleier/ primærkontakt	Pasienten og event.pårørende er informert om eventuelle endringer	
	Endringer i legemiddelbehandlingen er rapportert til øvrige personell involvert i behandlingen.	
	Legemiddellisten er oppdatert i legemiddelmodulen i dokumentasjonssystemet.	
	Det er satt inn indikasjon/bruksområde for hvert legemiddel.	
	Diagnosekodene er ført inn i pasientjournalen	
	Istandgjorte legemiddeldoser/dosetter/multidose er korrigeret i henhold til LMG	
	Tiltaksplan i pasientjournal er oppdatert/nye tiltak skrevet i løpet av 48 t.etter LMG	
	Tiltaket legemiddegjennomgang i pasientjournalen under evalering/rapport er oppdatert	
	LMG er registrert under årskontroll i pas.journalen	
	Alle dokumenter fra legen er skannet inn i pasientjournal.	
Alle ansatte	Observasjoner er fulgt opp og dokumentert	
Sykepleier/ primærkontakt, lege	Evaluering av observasjoner er formidlet til legen etter avtale.	
	Avtale om tidspunkt for årlig LMG er gjort	



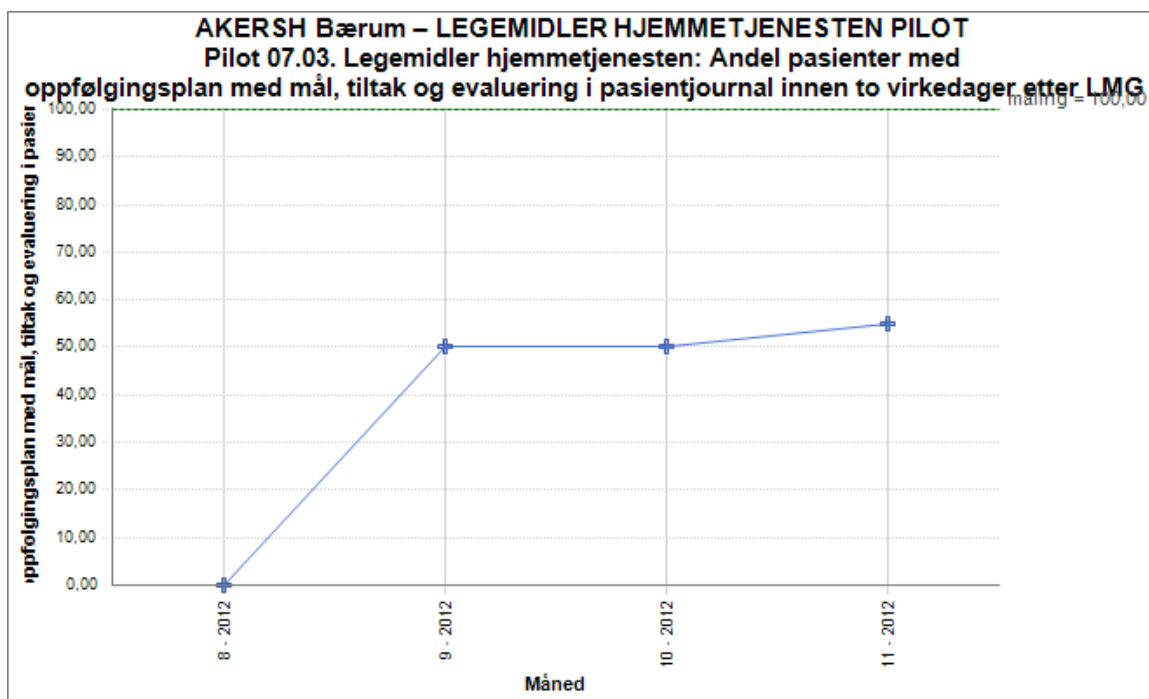
Figur 2 Andel pasienter hvor samstemning mellom pasient, hjemmetjenesten og fastlege er utført.

Det ble totalt utført 20 LMG i prosjektperioden og 50 % av legemiddellistene var samstemte før LMG men alle legemiddellistene ble samstemt i det tverrfaglige møtet.



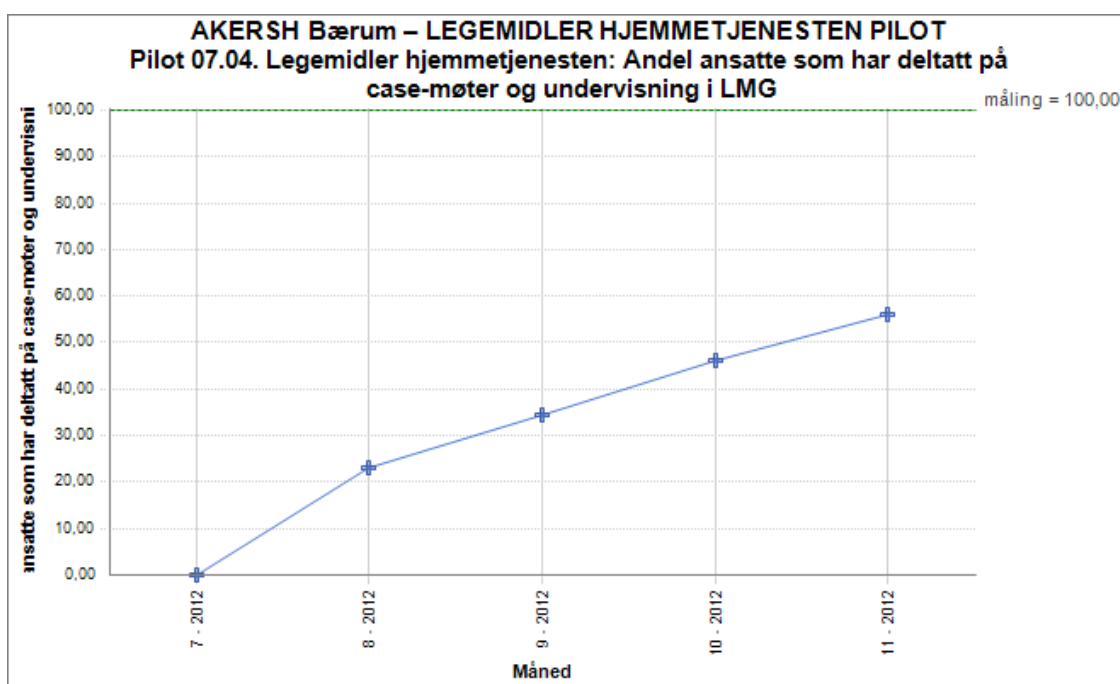
Figur 4 Andel pasienter som får en tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang.

20 pasienter fikk strukturert tverrfaglig LMG hvor 19 ble gjort i tverrfaglig møte med lege, farmasøyt og sykepleier og en med vurdering av farmasøyt.



Figur 5 Andel pasienter med oppfølgingsplan med mål, tiltak og evaluering i pasientjournal innen to virkedager etter LMG

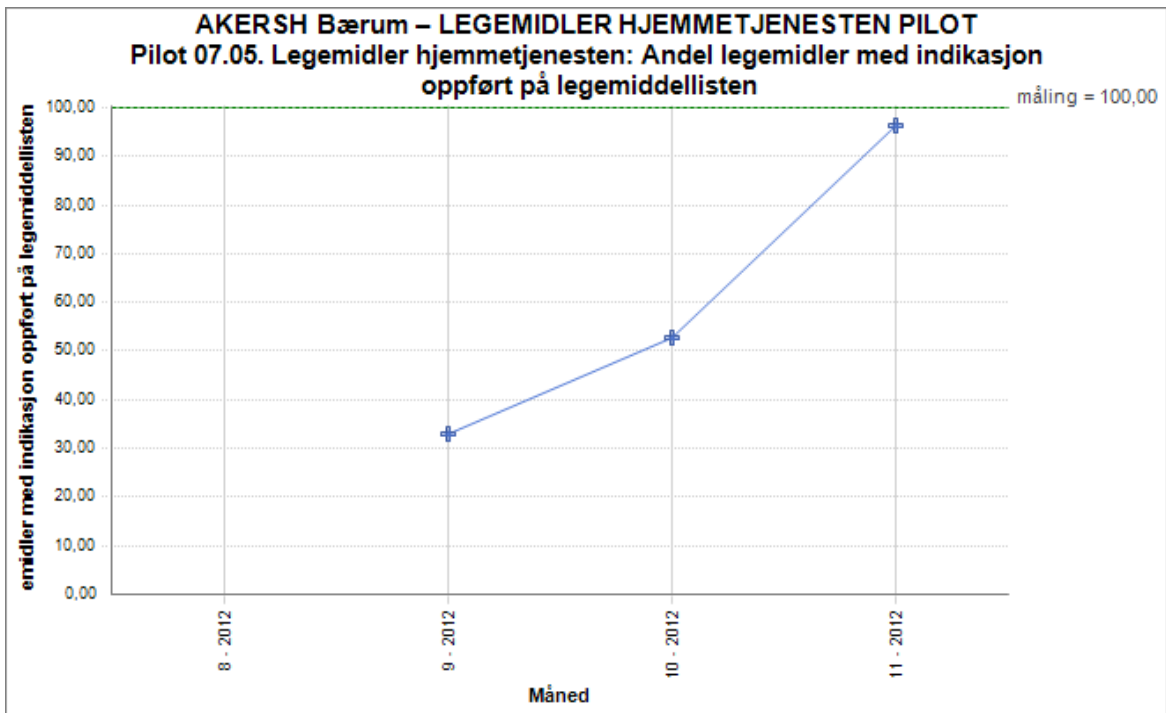
55 % av pasientjournalene ble oppdatert innen 48 timer, men de resterende journaler ble oppdatert innen 3-5 dager. Kritiske endringer i legemiddelbehandlingen og eventuelle observasjoner ble oppdatert omgående, multidosen ble korrigert og andre ansatte informert om endringene.



Figur 6 Andel ansatte som har deltatt på case-møter og undervisning i LMG

Av til sammen 134 ansatte i til sammen seks avdelinger som deltok i piloten har 55,9 % deltatt i undervisning og legemiddelkvarter. Opplæring i legemidler og legemiddelgjennomganger for sykepleiere. "Legemiddelkvarter" er etablert ved en avdeling i Sandvika og for alle avdelinger på Rykkinn. Dette er tiltak for både sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere hvor det enten

undervises i legemidler eller case. Tiltakene har bidratt til faglige diskusjoner og økt fokus på legemidler og observasjon av legemiddelrelaterte problemer som antas å bidra til bedre legemiddelbehandling.



Figur 7 Andel legemidler med indikasjon oppført på legemiddellisten

Før LMG var indikasjoner bak legemidlene mangelfull og det var ikke rutine. LMG har bidratt til en økning av andel legemidler med indikasjoner oppført på legemiddellisten fra 12% til 96,7 %. Hjemmetjenesten vil arbeide for at dette blir rutine og gjennomført for alle legemidler.

Vedlegg 5

**Har du spørsmål eller ønsker mer informasjon, kontakt:**

**Din kontaktperson i hjemmesykepleien er:**

Tlf:

e-postadresse:



**Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten**

Pilotprosjekt for å teste en tiltakspakke for samstemming og riktig legemiddelbruk pågår i Rykkinn og Sandvika distrikt i Bærum kommune høsten 2012.

Pilotprosjektene skal i begynnelsen av januar 2013 dele sine erfaringer med team fra hjemmetjenester og fastleger over hele landet.

*I trygge hender* (2011 – 2013) er en nasjonal kampanje som skal redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. Les mer på [www.pasientsikkerhetskampanjen.no](http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no) Og på Utviklingssenter for hjemmetjenester sine nettsider: [www.baerum.kommune.no/itryggehender](http://www.baerum.kommune.no/itryggehender)

luttrapport for Bærum kommune desember 2012

# Riktig legemiddelbruk



## Riktig medisin – riktig dosering

Bærum kommune ved hjemmesykepleien i Rykkinn og Sandvika distrikt med Helsedirektoratets pasientsikkerhetskampanje "I trygge hender" om riktig legemiddelbruk.

Ved å forbedre våre rutiner for håndtering av legemidler ønsker vi å sikre at brukere av våre tjenester får riktige medisiner i riktige doser.



## Vi tilbyr deg å delta i dette arbeidet

I samarbeid med deg, vil fastlegen din, en sykepleier i hjemmesykepleien og en farmasøyt gå gjennom medisinene du tar. De vil sammen gjøre en faglig vurdering av om dette er riktige medisiner i riktige doser, eller om det skal gjøres justeringer i medisinbruken din. Dette vil sikre deg en samstemt og riktig legemiddelliste og at vi gir deg den best mulig medisinsk behandling.

## Hvordan

Som en forberedelse til gjennomgangen av medisinene vil en sykepleier i hjemmesykepleien be om en samtale med deg for å samle informasjon om din helse og hvilke medisiner du tar. Det tas blodprøver som forordnes av fastlege.

Med bakgrunn i opplysninger om din helse og dine medisiner møtes sykepleieren, fastlegen og farmasøyten og gjør en faglig vurdering av din legemiddelbehandling.



## Oppfølging:

Blir det foreslått store endringer i dine medisiner, kan det være behov for at fastlegen tar kontakt med deg før endringene gjøres.

Sykepleier i hjemmesykepleien vil informere deg om eventuelle mindre endringer i medisinene dine etter gjennomgangen og følge opp hvordan legemidlene virker i samarbeid med deg.

## Frivillig

Det er frivillig å delta i en slik gjennomgang, og vi ønsker at du muntlig gir samtykke til at en farmasøyt kan delta i gjennomgangen av dine medisiner.

Vi ser frem til å samarbeide med deg.



