



**Utviklingscenter
for sykehjem**
Nordland

Rapport publisert 23.06. 2015

Riktig legemiddelbruk i sykehjem i Nordland sør

- fra pilot til læringsnettverk



Ellen Mogård Larsen

Utviklingscenter for sykehjem i Nordland

Rapport 1/2015

Sammendrag

Riktig legemiddelbruk i sykehjem er et nasjonalt satsingsområde. Gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet, et femårig nasjonalt program, skal man redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten.

Programmet startet som Pasientsikkerhetskampanjen i 2011-2012 etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.. Programmets styringsgruppe har besluttet at alle aktiviteter knyttet til tiltak og målinger fra kampanjen skal opprettholdes og spres i programmet. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har fått en oppgave med å veilede kommunene med å implementere tiltakene. På bakgrunn av dette inviterte Utviklingssenter for sykehjem i Nordland kommunene på Helgeland til et **læringsnettverk**¹ innenfor tema Riktig legemiddelbruk i sykehjem. 9 kommuner deltok med sine sykehjem.

Gjennom læringsnettverket Riktig legemiddelbruk i sykehjem i Nordland sør har deltakende forbedringsteam fått økt bevissthet og kunnskap om riktig legemiddelbruk hos eldre pasienter i sykehjem. Gjennom strukturerte legemiddelgjennomganger i tverrfaglig team ser man disse endringene:

- Bedre rutiner for legemiddelgjennomganger og oppfølging av pasienter i sykehjem.
- Bedre oversikt over legemidler
- Økt indikasjon bak forskrivning.
- Økt kunnskap om den enkelte pasients legemiddelbruk.
- Bedre samarbeid mellom sykepleier, sykehjemslege og farmasøyt
- Mere systematiske og bedre legemiddelrelaterte observasjoner
- Bedre kunnskap om kriterier for valg av legemidler
- Større bruk av oppfølgingsplaner av legemiddelbehandlingen

Enkelte sykehjem har i perioden forbedret sine arbeidsforhold i form av bedre lokaler for legemiddelhandtering og redusert forstyrrelser/avbrytelser under legemiddelhandteringen. I tillegg har man fått større fokus på avvik innen legemiddelhandtering og legemiddelbehandling.

¹ Metoden er opprinnelig utviklet av det amerikanske Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, og har i løpet av de siste 15 årene blitt benyttet av Legeforeningen til iverksetting av forbedringsprosjekter under navnet: "Gjennombruddsprosjekter"

Å delta i læringsnettverket Riktig legemiddelbruk i sykehjem oppleves som nyttig, lærerikt og nødvendig for en bedre pasientsikkerhet. Avgjørende for resultatet er om man har hatt god forankring i ledelsen på det enkelte sykehjem. Dette innebærer forståelse for de ansattes kontinuerlige arbeid med forbedringsprosjektet, samt tilrettelegging innenfor den ordinære arbeidstiden.

Innhold	
Forord	7
Innledning	9
Bakgrunn for satsingsområdet "Riktig legemiddelbruk i sykehjem"	
Gjennomføringen ved Leirfjord sykehjem -	
Utviklingscenterets pilot i det nasjonale læringsnettverket	15
Farmasøyten i forbedringsteamet	
Pilotprosjektets organisering	
Strukturerte legemiddelgjennomganger i tverrfaglige team	
Oppgavefordeling i tverrfaglig team	
– Før legemiddelgjennomgang	
– Under legemiddelgjennomgang	
– Etter legemiddelgjennomgang	
Hvordan dokumenterer man forbedringer	
Involvering av kollegaer i forbedringsarbeidet	
Erfaringer fra Leirfjord sykehjem	
Oppsummering fra Leirfjord sykehjem	
Videreføring til Utviklingscenterets øvrige sykehjem	25
Utviklingscenterets pådriverrolle	27
Hensikt med læringsnettverk	
Modell for kvalitetsforbedring	29
Mandat og organisering	33
Overordnet mål for læringsnettverket	
Gjennomføring av læringsnettverket	
Rekruttering og deltakelse	

<ul style="list-style-type: none"> – Forankring i ledelse – Samlingene – Aktivitetsperiodene – Lokalt planarbeid 	
Målinger av forbedringer	41
Veiledning	
Kommunikasjon og spredning	
<ul style="list-style-type: none"> – Involvering på eget sykehjem – Opprettholde og vedlikeholde forbedringer – Spredning av forbedringstiltakene 	
Underveis i læringsnettverket	45
Hva har skjedd på i sykehjemmene gjennom deltakelse i læringsnettverket	47
Oversikt over sykehjem, forbedringsteam og resultat (fra sluttrapportene)	
Tilbakemeldinger fra sykehjemmene om læring og involvering av medarbeidere (fra sluttrapportene)	
Avslutning	57
Litteratur	59
Vedlegg	61

Forord

Læringsnettverk er en metode for kvalitetsforbedring som i korte trekk er samlingsbaserte seminarer med fokus på iverksetting av konkrete tiltak i egen organisasjon mellom samlingene. Deltakere på læringsnettverket introduseres for innsatsområder, forbedringsverktøy og målemetoder. Mellom samlingene følges deltakerne opp med veiledning innenfor tiltak av innsatsområder som de har valgt å jobbe med.

Læringsnettverket har fulgt Pasientsikkerhetsprogrammets opplegg og dette vil bli presentert i rapporten. Målet har vært å redusere pasientskader, samt å bygge strukturer for pasientsikkerhetsarbeid. Sykehjemmene har deltatt med team med 2-6 deltakere, såkalte forbedringsteam. Blant deltakerne var sykepleiere i flertall. I perioden med læringsnettverket ble det arrangert tre læringssamlinger der deltakerne ble presentert for faglige innlegg, samt gitt anledning til å dele erfaringer.

Resultatene fra læringsnettverket presenteres fra sykehjemmenes sluttrapporter. Rapporten beskriver bakgrunn, gjennomføring og resultatoppgåelse av læringsnettverket, som er Utviklingssenterets første læringsnettverk. Dette har vært et samarbeidsprosjekt mellom Utviklingssenter for sykehjem i Nordland, Apotek 1, Institutt for sykepleie ved Høgskolen i Nesna, Sykepleieutdanningen ved Universitetet i Nordland, campus Helgeland og ni sykehjem i Nordland. Jeg ønsker å takke prosjektgruppa for godt samarbeid. Takk for alle gode innspill i planlegging og gjennomføring av læringsnettverket.

En spesiell takk til førsteamanuensis PhD Johanne Alteren, Universitetet i Nordland, campus Helgeland og daglig leder/master i helsefag Anne Serine Fottland, Senter for omsorgsforskning Nord, UiT Norges arktiske universitet for veiledning og oppmuntring gjennom skriveprosessen.

Til ressurspersoner, ledere og personalet på de ni deltakende sykehjem vil jeg si: Takk for at dere ønsket å delta i læringsnettverket og for alle bidrag som gjorde prosjektet mulig. Takk også til Helsedirektoratet som gjorde det mulig å realisere dette læringsnettverket gjennom ekstra tilskudd.

23. juni 2015

Ellen Mogård Larsen

prosjektleder

Innledning

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – en pådriver for fag- og tjenesteutvikling

Helsedirektoratet har opprettet utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i alle landets fylker².

Helsedirektoratets mål med ordningen er en helse- og omsorgstjeneste som setter brukeren i sentrum. Tjenesten har brukere og pasienter i alle aldersgrupper. I sykehjem har vi pasienter som har behov for hjelp i kortere eller lengre perioder. Befolkningsmessige endringer de neste tiårene medfører større etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, samtidig som pasientenes behov og ressurser også er i endring. Vi blir stadig flere eldre, flere lever lengre med sykdom og flere har sammensatte behov for hjelp. For å møte dagens og framtidens utfordringer trenger helse- og omsorgstjenesten kontinuerlig oppmerksomhet på forbedring og utvikling. Dette kan også gjøre det lettere å rekruttere og beholde ansatte i tjenestene.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en viktig nasjonal satsing for helse- og omsorgstjenestene. Visjonen er **"Utvikling gjennom kunnskap"**.³ Helsedirektoratet styrker med denne satsingen det lokale arbeidet med kunnskap og kvalitet som pågår innenfor helse- og omsorgstjenestene.

En sentral ide med satsingen er etableringen av et forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, Fylkesmann, utvalgte kommuner og stat. Et annet viktig aspekt er forpliktelse til erfarings- og kunnskapsdeling på tvers av kommunegrensene.

Fra august 2009 har satsingen med utviklingssentre omfattet to kommunale enheter i hvert fylke. Disse skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i eget fylke.

Utviklingssenter for sykehjem i Nordland er et av få interkommunale utviklingssenter i landet. Utviklingssenteret består av sykehjemmene i Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna, med Alstahaug kommune som vertskommune.

² Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en nasjonal satsing for pleie- og omsorgstjenestene og er forankret i St.meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer" og er et tiltak i delplanen Kompetanseløftet 2015.

³ Helsedirektoratet IS-1858 **"Utvikling gjennom kunnskap"**, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester- en nasjonal satsing. Overordnet strategi 2011-2015

Visjonen og målene i Helsedirektoratets strategidokument gjelder på nasjonalt nivå for alle utviklingssentrene sett under ett. Innenfor rammen av målene og de nasjonale føringene bestemmer eierkommunene og utviklingssenteret egne mål og satsingsområder.

Fra nevnte strategidokument vil jeg nevne noen av målsettingene for alle utviklingssentrene:

Hovedmål:

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er pådrivere for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket.

Delmål:

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er

- 1) Pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte Satsingsområder
- 2) Pådriver for videreutvikling av praksistilbud til elever, lærlinger og studenter.
- 3) Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte
- 4) Tilrettelegger for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene.

Delmål 1 har særlig relevans for læringsnettverket "Riktig legemiddelbruk i sykehjem". Målet med utviklingsarbeid er tjenester med god kvalitet, og i utviklingsarbeid anvendes eksisterende kunnskap sammen med praktisk erfaring. Utviklingsarbeid er en forutsetning for kunnskapsbasert praksis, nødvendig for å implementere nasjonale føringer og forskning i praksis, og for å utvikle kompetanse hos de ansatte.

Utviklingsarbeid kan defineres som systematisk virksomhet rettet mot å utvikle eller videreutvikle modeller, prosesser og systemer med den hensikt å forbedre tjenestene. Med modeller menes beskrivelser og fremstillinger av innholdet i og organiseringen av tjenestene inkludert lokale retningslinjer, prosedyrer, sjekklister osv. Utviklingssenteret skal gjennomføre og være pådriver for utviklingsprosjekter

innenfor lokale og nasjonale satsingsområder i samarbeid med aktuelle aktører og sikre kunnskapsnivået på prosjektet.

Utviklingscenter for sykehjem i Nordland har tatt initiativ til og drevet læringsnettverket "Riktig legemiddelbruk. Rapporten beskriver bakgrunn, gjennomføring og resultatoppnåelse av læringsnettverket, som er Utviklingscenterets første læringsnettverk. Hensikten med rapporten er også å formidle erfaringer med dette arbeidet.

Bakgrunn for satsingsområdet Riktig legemiddelbruk i sykehjem

Feilmedisinering fører hvert år til unødvendige lidelser for mange pasienter. Helsetilsynet har funnet store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem. Optimal legemiddelbehandling for pasienter innlagt til langtidsopphold i sykehjem er vanskelig. Pasientene er ofte i livets slutfase og har mange sykdommer.

Studier viser legemiddelrelaterte problemer hos opptil 80 prosent av pasientene i både sykehjem og sykehus. Minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler⁴

Dette stemmer også med mine egne erfaringer som sykepleier på sykehjem og hjemmetjeneste over en periode på 30 år. Flere av mine pasienter hadde legemiddelrelaterte problemer. Svært ofte var medisinlistene ufullstendige og de viste sjelden hvilke indikasjoner som lå til grunn for medisineringen. Det kunne være rene detektivarbeidet for å få oversikt over aktuelle medisiner etter legebesøk og innleggelses i sykehus, da de ulike behandlingsinstanser hadde dårlige samhandlingsrutiner ved overføring av pasienter. Det foregikk i liten grad gode prosesser rundt vurdering av pasientenes legemidler. Jeg opplevde blant annet at sykehjemsleger svært nødig ville endre medisiner som var initiert av sykehusleger. De mange legevikarer i min kommune førte til liten kontinuitet i legemiddelbehandlingen. Farmasøyten var ikke en del av teamet rundt pasientens legemiddelbehandling, selv om sykehjemmet hadde avtale med farmasøyt. Med

⁴ Rapport Helsetilsynet 7/2010 "Sårbare pasienter - utrygg tilrettelegging"

dette som bakgrunn, har det vært en stor glede å være prosjektleder for læringsnettverket ” Riktig legemiddelbruk i sykehjem”.

Gjennom Legemiddelmeldingen i 2005 , fikk Helsedirektoratet i oppdrag å etablere pilotprosjekter for å bedre legemiddelbehandlingen hos sykehjemspasienter⁵. Etter dette har det blitt gjennomført flere prosjekter på ulike nivå i helsetjenesten (sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie og apotek). Et eksempel på dette er Legemiddelsamtaler i apotek.⁶

I 2011 ga Helsedirektoratet ut rapporten ”Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien”⁷. Denne hadde fokus på legemiddelbruk blant eldre beboere på sykehjem og eldre brukere av hjemmetjenester. Ett av tiltakene som ble foreslått for å kvalitetssikre legemiddelbruk hos eldre, er at pasientenes legemiddelbruk vurderes regelmessig ved hjelp av **legemiddelgjennomganger** En legemiddelgjennomgang er en systematisk og planlagt metode der pasientens legemidler gjennomgås i tverrfaglige team som er sammensatt av ulike helsepersonellgrupper, vanligvis lege, farmasøyt og sykepleier. Målet er å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk, samt å ivareta effekt og sikkerhet. Legen er ansvarlig for den endelige beslutningen om videre legemiddelbehandling av pasienten.

Kvalitetssikring av legemiddelbruk hos eldre følges så opp i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender 24/7”⁸ , nå kalt Pasientsikkerhetsprogrammet. Dette er et femårig, nasjonalt program som skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og har tre, overordnede målsettinger:

- Redusere pasientskader.
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

⁵ Stortingsmelding nr. 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk

⁶ <http://www.apotek.no/Files%2FFiler%2FNaf-bibliotek%2FDiverse%2FPDF%2FLMsamtale-rapport.pdf>

⁷ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienterbeboere-pa-sykehjem-og-i-hjemmesykepleien-forslag-til-tiltak>

⁸ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender>

Ett av de første innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen var Riktig legemiddelbruk i sykehjem. Pilotprosjekter i kampanjeperioden på dette området har resultert i en tiltakspakke (se neste side) som angir hvordan riktig legemiddelbruk i sykehjem skal kvalitetssikres.

Målet har vært å bedre legemiddelbehandlingen og dermed å redusere pasientskader og komplikasjoner som følge av feil bruk av legemidler og mangelfull observasjon, vurderinger, behandling og oppfølging.

Flere kriterier ligger til grunn for valg av innsatsområder. Ett av kravene har vært at områdene skal ha stort potensial for forbedring i Norge. Videre har det vært en forutsetning å benytte tiltak som kan dokumenteres som effektive. Innsatsområdene har også vært nødt til å ha gode data og metoder for evaluering av tiltak. I tillegg har det vært et krav at innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer.⁹

Tiltakspakken¹⁰ vektlegger strukturerte legemiddelgjennomganger (LMG) i tverrfaglige team når pasienten innlegges i sykehjem, ved halvårs- og årskontroller, etter sykehusopphold og der det er behov for ekstra oppfølging. Ved LMG skal det opprettes registreringstype "legemiddelgjennomgang" i pasientjournal og det skal opprettes pleieplan med observasjoner og rapporter innen 24 timer etter endringer (*legemiddelrelatert oppfølgingsplan*). Videre skal man ha fokus på kompetanseheving av sykehjemspersonalet, f. eks. gjennom tverrfaglige undervisnings- og casemøter i avdelingene. Man legger også vekt på å registrere antall legemidler, samt føre opp indikasjon bak forskrivning. Resultatene fra Vestfold viste at legemiddelgjennomgang i team fremmer det tverrfaglige samarbeidet, avdekker legemiddelrelaterte problemer og bidrar i vesentlig grad til endringer i pasientens legemiddelbehandling.

⁹

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/Valg+av+innsatsomr%C3%A5der.204.cms>

¹⁰

http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachment/2503?_ts=14b0691b7f1

Gjennomføringen ved Leirfjord sykehjem – Utviklingssenterets pilot i det nasjonale læringsnettverket

I 2012 deltok Leirfjord sykehjem i et nasjonalt læringsnettverk med sitt forbedringsteam. Teamet besto av sykepleiere og farmasøyt, samt FoU-leder ved Utviklingssenter for sykehjem i Nordland. Piloten baserte seg på **tiltaksapakken** (se over) utviklet av Utviklingssenter for sykehjem i Vestfold.

Farmasøyten i forbedringsteamet

Tidligere hadde Leirfjord sykehjem avtale med farmasøyt som omhandlet undervisning av helsepersonell, samt gjennomgang av medisinlager. Etter ny forskrift for legemiddelhandtering¹¹, ble det ikke lenger et krav om avtale med farmasøyt. Virksomhetsleder ved Leirfjord sykehjem ønsket imidlertid å fortsette denne avtalen og inngikk derfor avtale med Apotek1 etter anbudsavtale Nordland fylkeskommune.

Deltakelse av farmasøyt i forbedringsteamet ble fakturert med timepris. Noe av dette ble dekket av eksterne prosjektmidler. Virksomhetsleder ved Leirfjord sykehjem mener at tverrfaglig samarbeid med farmasøyt var helt avgjørende for resultatet av prosjektet.

Pilotprosjektets organisering

Fagutviklingssykepleier Nina Flakstad hadde det overordnede ansvar for gjennomføring av prosjektet. På første prosjektgruppemøte besluttet sykepleierne å organisere arbeidet i "flat struktur", d.v.s. alle sykepleierne ved sykehjemmet inngikk som likeverdige deltakere i prosjektgruppen der det skjedde en fordeling av ansvar og oppgaver.

¹¹ IS 7/2015 Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Prosjektgruppas medlemmer:

Sykepleier Matilde Sjøset

Sykepleier Line Kristiansen

Sykepleier Nina Fagerdal

Sykepleier Berit Leirvik

Sykepleier Lena Masvie

Fagutviklingssykepleier Nina Flakstad.

Sykehjemslege Jørgen Pedersen

Farmasøyt Stine Mjåvatn Jakobsen, Apotek 1.

Strukturerte legemiddelgjennomganger i tverrfaglig team

Målet med pilotprosjektet var at pasienten skulle oppnå god effekt av legemidlene samtidig som risiko for uheldige virkninger skulle minimaliseres og håndteres. Ved Leirfjord sykehjem ønsket man først å starte med legemiddelgjennomgang (LMG) for alle langtidspasienter. Dette ble gjort i tverrfaglig team bestående av sykehjemslege, sykepleiere og farmasøyt. Sykehjemmet hadde avtale om farmasøyttjeneste fra tidligere, men farmasøyten hadde aldri tidligere blitt tatt med i legemiddelbehandlingen til pasientene ved sykehjemmet.

Teamet fulgte pasientsikkerhetsprogrammets anbefalinger om ansvar og roller i arbeidet med legemiddelgjennomganger. (Viser til oppgavefordeling under)

Før oppstart av prosjektet ble det sendt ut informasjonsbrev til pårørende og pasienter. Aktuelle pasienter fikk også muntlig informasjon før LMG.

Oppgavefordeling i tverrfaglig team

I det følgende presenteres de ulike profesjonenes oppgaver før, under og etter legemiddelgjennomgang ved Leirfjord sykehjem.

– Før legemiddelgjennomgang

Sykehjemslegens ansvar ved Leirfjord sykehjem

Sykehjemslegen rekvirerte blodprøver etter standardisert skjema og evt. andre prøver som var særlig aktuelle for den enkelte pasienten. Dette kunne for eksempel være medikamentspeil (digoxin, litium etc) eller diagnostiske prøver som f. eks HbA1C ved diabetes, TSH/Fritt T4 ved stoffskiftesykdom eller BNP ved hjertesvikt.

Sykepleieres ansvar ved Leirfjord sykehjem.

Sykepleier tok de rekvirerte blodprøvene, utførte målinger og observasjoner og fylte ut sjekkliste¹². Sjekklisten var et hjelpearke ved LMG for å innhente relevant klinisk informasjon om pasienten. Dette kunne være målinger av puls og blodtrykk, observasjon av respirasjon og sirkulasjon, eliminering, ernæring, fysisk og psykisk funksjonsnivå, søvn og funksjonsnivå ved inntak av medisiner. Samtale med pasienten var også viktig. På denne måten kunne sykepleieren få et helhetsbilde av pasienten. Sjekklisten ble arkivert i pasientens journal. Sykepleier sendte legemiddelliste til farmasøyt slik at hun kunne forberede seg til LMG.

Hjelpepleieres/helsefagarbeideres ansvar ved Leirfjord sykehjem

Arbeidet med prøver og undersøkelser som er beskrevet i sjekklista ble fordelt, og hjelpepleiere/helsefagarbeideres utførte viktige oppgaver i forhold til dette arbeidet. Dette kunne være måling av vekt, blodtrykk og puls eller andre observasjoner i forhold til nattesøvn, eliminering og ernæring. De deltok også i de faglige diskusjoner og vurderinger i forkant av utfyllingen av sjekklista.

¹² Sjekkliste Vedlegg 1 s. 62

Farmasøytens ansvar ved Leirfjord sykehjem

Farmasøyten foretok en teoretisk gjennomgang av legemiddellisten og brukte screeningsverktøy som START-/STOPP-kriterier¹³ + NorGeP¹⁴. I tillegg foretok hun interaksjonssøk. Ellers ble andre potensielle legemiddelrelaterte problemer vurdert. Farmasøyten vurderte legemiddelvalg, dosering, bivirkninger/risiko og foretok en risikovurdering av pasientens legemiddelvalg.

– Ved legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang skjedde i møterom med tilgang til elektronisk pasientjournal i tverrfaglig team med sykepleier, sykehjemslege og farmasøyt. Pasienten var ikke til stede, men sykepleier presenterte pasienten for tverrfaglig team, gav en oversikt over pasientens helhetsbilde og var en aktiv deltaker i diskusjon rundt hvert legemiddel. Sykepleier innehadde kunnskap relatert til legemidlenes effekt og bivirkninger. Tverrfaglig team foretok så en strukturert gjennomgang med spørsmål og vurdering av alle faste- og behovslegemidler:

- Hva var indikasjonen for legemiddelvalget?
- Hva sa STOPP-kriterier og NorGeP om legemiddelvalget?
- Dosering: Var denne høy, for lav eller passende i forhold til nåværende situasjon?
- Hadde pasienten optimalt doseringsintervall?
- Legemiddelformulering
- Hadde pasienten evt. problemer med administrasjonen av legemiddelet, f. eks. svelgvansker?
- Bivirkninger/risiko

Hadde pasienten bivirkninger? Hva burde man evt. være oppmerksomme på?

¹³ Screeningverktøy utviklet i Irland 2008 som er oversatt og tilpasset norsk terapitradisjon 2010. Gjelder kun legemidler godkjent i Norge. START: Legemidler som bør vurderes hos personer >65 år ved tilstander som er vanlig hos eldre STOPP: Legemidler som er potensielt uhensiktsmessige hos personer >65 år

¹⁴ NORGEP: The Norwegian General Practice criteria er utarbeidet og validert av 46 spesialister i klinisk farmakologi, geriatri og allmennmedisin og gir 36 kriterier over uhensiktsmessige forskrivninger til eldre >70 år i allmennpraksis

Interaksjoner av klinisk relevans og hvordan skulle disse håndteres?
Doseringsstidspunkt. Skulle man bytte til et annet LM som ikke interagerer?
Hadde pasienten behov for andre legemidler?
Vurdering av START-kriterier ved ev. oppstart av nye legemidler

Sykehjemslege registrerte endringer i medisineringsen fortløpende.

– Etter legemiddelgjennomgang

Sykehjemslegen foretok en detaljert dokumentasjon av hvert legemiddel i legejournalen. Det ble begrunnet hvorfor medikamentet ble forordnet i forhold til diagnose(indikasjon bak forskrivning). Sykehjemslegen hadde det medisinske ansvaret for oppfølging og evaluering av de tiltakene som ble iverksatt. Pasienten fikk informasjon om endringer.

Sykepleier dokumenterte i sykepleiejournal, opprettet evt. problemstilling(er) under tiltaks- og pleieplanen, beskrev mål og tiltak og sørget for at tiltak ble iverksatt og fulgt opp. Sykepleier rapporterte til øvrig helsepersonell og gjorde det klart hvilke tiltak og oppfølginger som skulle iverksettes og hvordan man skulle evaluere ev. endringer. Dersom pasienten ønsket det, gav sykepleier informasjon til pårørende ved endringer i medisineringsen.

Hvordan dokumenterer man forbedring av legemiddelbruken

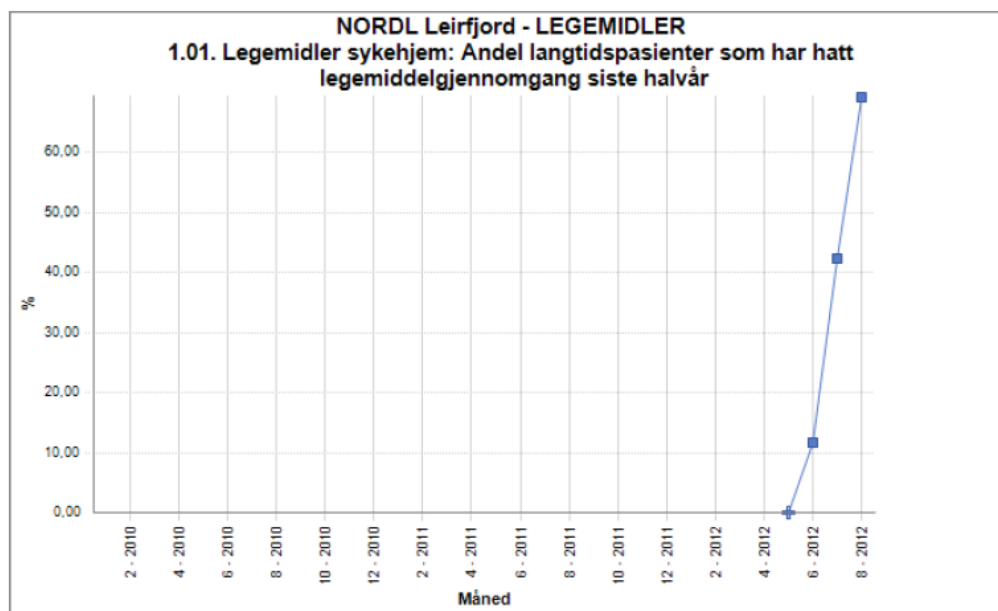
Deltakelse i det nasjonale læringsnettverket la opp til at sykehjemmene skulle dokumentere forbedringer gjennom målinger. Dette skulle skje gjennom Extranett, en webbasert database der man kan registrere og følge resultater av forbedringstiltak, samt utveksle erfaringer med andre som var involvert i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, "I Trygge Hender". Målinger som skulle gjøres var:

- Gjennomsnittlig antall faste legemidler
- Gjennomsnittlig antall behovslegemidler
- Sum av pasientenes faste legemidler med indikasjon

- Sum av pasientenes faste legemidler med ATC- kode¹⁵.
- Andel pasienter med LMG siste halvår
- Andel pasienter med legemiddelrelatert oppfølgingsplan

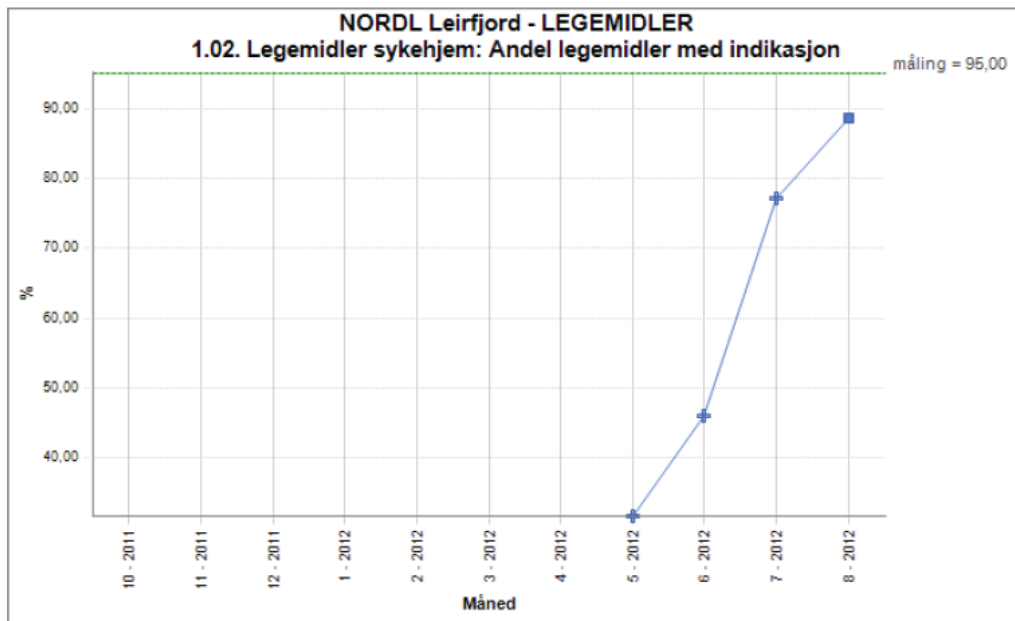
En sykepleier ved sykehjemmet var måleansvarlig og målingene ble utført før oppstart og deretter 1 gang per måned i prosjektiden. Målingene i Extranet fikk fram grafiske framstillinger som viste forbedringer gjennom kurver. I fig 1.01 ser vi at det ikke var noen som hadde legemiddelgjennomganger i april 2012, mens i august samme år hadde 70 % av pasientene hatt en legemiddelgjennomgang. I samme periode hadde 90 % av pasientene fått indikasjon oppskrevet på andel faste legemidler (fig 1.02) og 70 % av pasientene hadde plan for oppfølging av legemiddelbehandlingen med fokus på observasjon og rapportering av virkning og bivirkning (fig 1.03)

1.01. Legemidler sykehjem: Andel langtidspasienter som har hatt legemiddelgjennomgang siste halvår (Andel langtidspasienter som har hatt legemiddelgjennomgang siste halvår)

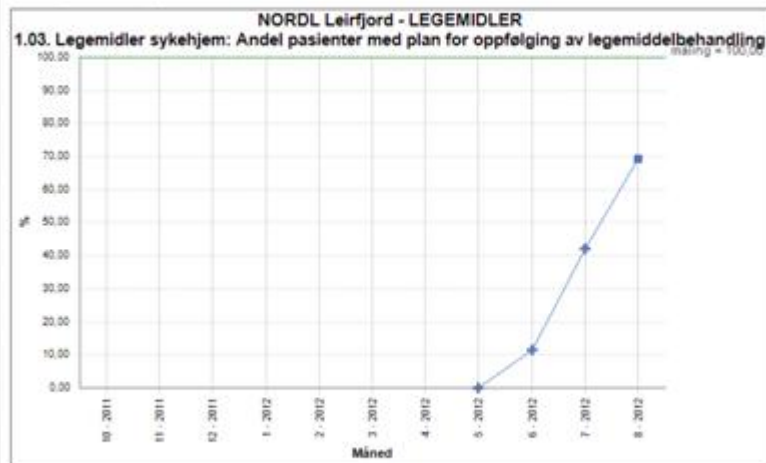


¹⁵ En internasjonal klassifiseringskode for virkestoffer i legemidler og legemiddelgrupper (Anatomisk Terapeutisk Kjemisk kode).

1.02. Legemidler sykehjem: Andel legemidler med indikasjon (Andel faste legemidler med indikasjon oppført bak legemiddelforskrivning)



1.03. Legemidler sykehjem: Andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddelbehandling (Andel pasient med tiltaksplan for oppfølging av legemiddelbehandlingen med fokus på observasjon og rapportering om virkning/bivirkning)



Involvering av kolleger i forbedringsarbeidet

Først ble ansatte ved Leirfjord sykehjem informert om prosjektet på et personalmøte. Når det gjelder involvering i arbeidet for resten av personalgruppa, så ble det gjort gjennom forberedelse til LMG der de ulike punktene på sjekklisten skulle fylles ut. Det var viktig at sykepleierne som kjente prosjektet, informerte og involverte hjelpepleiere og andre som hadde pasientkontakt slik at de kunne se sammenheng mellom de observasjoner som skulle gjøres og LMG. Ansvarlig sykepleier informerte hjelpepleiere ved rapport etter LMG på den aktuelle pasienten og hvilke oppfølginger som skulle gjøres og hva som skulle observeres. Dette kunne eksempelvis være måling av vekt, blodtrykk og puls. Gjennom involvering og god informasjon kunne alle som arbeidet med pasienten se verdien i dette arbeidet og jobbe målrettet for en sikker legemiddelhåndtering i sykehjemmet.

Ledelsen ved sykehjemmet ble inkludert i arbeidet på evalueringsmøter og i e-postkorrespondanse med ledelsen i sekretariatet i Pasientsikkerhetskampanjen. Ledelsen støttet prosjektet hele veien og hadde også en viktig rolle i å tilrettelegge for arbeidet i arbeidstiden.

Erfaringer fra Leirfjord

Det opprinnelige målet på Leirfjord sykehjem var at alle pasienter skulle få legemiddelgjennomgang av tverrfaglig team en gang i året.

Ved Leirfjord sykehjem brukte de den etablerte legevisitten til LMG, og de gjennomførte LMG for to pasienter ved hver visitt. Kontoret de brukte, hadde to pc-stasjoner. Dette gjorde det mulig å ha tilgang til sykehjemmets pasientjournal og legejournal (to ulike journalsystemer) samtidig. På denne måten kunne man sjekke blodprøver og andre undersøkelser mens legemiddellista var åpen. De erfarte at arbeidet var krevende i begynnelsen og at komplekse problemstillinger krevde stor konsentrasjon og ro¹⁶. Særlig gjaldt dette for pasienter med lange legemiddellister med fare for interaksjoner. Til å begynne med brukte de to timer på hver LMG. Etter

¹⁶ Innlegg på Samling 1 i Læringsnettverket Riktig legemiddelbruk i sykehjem Nordland sør av sykehjemslege Jørgen Pedersen

hvert som problemstillingene gjentok seg, gikk tiden de brukte på LMG ned og arbeidet gikk lettere.

Alle sykepleierne ved sykehjemmet var involvert i dette arbeidet og gav uttrykk for at nettopp dette hadde vært en av suksessfaktorene for å lykkes i dette tverrfaglige utviklingsarbeidet¹⁷.

”Tverrfaglig samarbeid har gitt oss ny kunnskap og sykepleiergruppen er blitt faglig sterkere”.

Sykepleierne sier de er blitt styrket som faggruppe og har fått større faglig selvstendighet gjennom prosjektet. Sykepleierne hadde, gjennom deltakelse i det nasjonale læringsnettverket ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem”, lært mye gjennom utveksling av kunnskap og erfaringer i tverrfaglig team av sykepleiere, lege og farmasøyt. På samlingene delte de fortellinger om pasienter som fortalte om forbedret livskvalitet etter endringer i medikasjonen. Et eksempel på dette er fra Nygård sykehjem i Sandefjord (Vestfold). I videoen ”I trygge hender: Riktig legemiddelbruk i sykehjem”¹⁸ møter vi pasient Hans Andersen, en av de første pasientene som deltok i pilotprosjektet ”Sikker legemiddelbehandling i sykehjem”. Han hadde Parkinsons sykdom, var sengeliggende og måtte ha hjelp til det meste av dagliglivets gjøremål. I perioder måtte han mates. Etter gjennomgang av hans medisiner, ble det foretatt endringer. Dette førte til at han ble bedre. I filmen ser vi at han beveger seg uten hjelpemidler og han forteller at han spiser og drikker selv. Etter en tid skriver han seg ut av sykehjemmet og flytter tilbake til sin kone i deres felles hjem. Slike eksempler fra praksis var inspirerende og motiverende for det videre arbeidet.

Utfordringen videre har vært at det gode arbeidet skulle videreføres etter endt prosjektid. Derfor ble det utarbeidet skriftlige retningslinjer for LMG ved sykehjemmet. I ettertid har LMG kommet inn som en del av halvårs/ årskontroll og gjennomføres på alle nye pasienter.

¹⁷ Innlegg på samling 1 i Læringsnettverket Riktig legemiddelbruk i sykehjem Nordland sør av sykepleier Matilde Sjøseth

¹⁸ <https://vimeo.com/34015425>

Oppsummering Leirfjord sykehjem

Arbeidet i tverrfaglig team skapte en felles forståelse for riktig legemiddelbruk i sykehjemmet og grunnlag for godt samarbeid. De ansatte sier at prosjektet har vært lærerikt for alle parter og har gjort arbeidet mer spennende. Sykepleierne mener at samarbeidet med farmasøyten har blitt mye bedre i etterkant av prosjektet:.

Vi ble godt kjent gjennom prosjektet, og det har blitt enkelt å ta en telefon og spørre om legemiddelrelaterte spørsmål når det er noe vi lurer på. Dette er også med på å sikre pasientene! Tidligere var jo farmasøyten bare et nifst besøk på medisinerrommet, en eller to ganger i året.

Gjennom deltakelse i det nasjonale læringsnettverket, har Leirfjord sykehjem optimalisert legemiddelbehandlingen for pasientene ved ¹⁹:

- Tverrfaglig samarbeidsmøter mellom sykepleier, sykehjemslege og farmasøyt.
- Rutiner for strukturerte legemiddelgjennomganger (LMG) ved innkomst, halvårs - og årskontroller.
- Egen registreringstype i pasientjournal i tilknytning til LMG
- Bedre legemiddellister og presisering av indikasjon for legemidler
- Bedre dokumentasjon og oppfølging av legemiddelbruk, både av lege og sykepleier
- Økt kunnskap og bevissthet om riktig bruk av legemidler til eldre
- Mer objektive målinger
- Tettere dialog med pasienter og pårørende om legemidler

Resultater fra Leirfjord sykehjem viser det samme som det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet Riktig legemiddelbruk i sykehjem:

- Indikasjon for forskrivning blir økt
- Diagnoselister blir gjennomgått og revidert,
- Man ser en svak reduksjon i antall legemidler per pasient
- Kunnskap om den enkelte pasients legemiddelbruk øker

¹⁹ Utviklingssenter for sykehjem i Nordland Brosjyre "Sikker legemiddelbruk i sykehjem. Leirfjord viser vei i Nordland"

Videreføring til Utviklingssenterets øvrige sykehjem

Erfaringene fra sykehjemmet i Leirfjord ble videreført til Utviklingssenterets øvrige sykehjem i 2013 (Alstahaug, Herøy og Dønna) gjennom opplæring og ved å utveksle erfaringer. Ansvarlig for opplæringen var sykehjemslege, sykepleier og farmasøyt ved Leirfjord sykehjem. Fra de øvrige sykehjemmene deltok sykehjemsleger og sykepleiere.

Målet var at prosjektet "Riktig legemiddelbruk i sykehjem" skulle implementeres i de tre øvrige sykehjemmene ved Utviklingssenteret og at det skulle utarbeides gode prosedyrer og rutiner for LMG i tverrfaglige team. Leirfjord sykehjem redegjorde for gjennomføringen av prosjektet, formidlet hvilke tiltak de hadde iverksatt og om ansvarsfordelingen mellom partene i det tverrfaglige teamet.

Sykepleierne delte også erfaringer om hva de hadde oppnådd etter deltakelse i prosjektet. De vektla et tett og godt samarbeid med farmasøyt og sykehjemslege. Videre fortalte de at de hadde fått god kunnskap om screeningsverktøyet STOPP og START²⁰ for potensielt uhensiktsmessige legemidler til eldre (vedlegg 7) og fått økt sin kompetanse gjennom samarbeid med lege og farmasøyt om legemiddelbruk blant eldre. De hadde også innarbeidet gode prosedyrer for å forberede legevisittene. Som en følge av dette hadde de også tatt i bruk arbeidsplan i journalsystemet. De trakk fram at de hadde fått større fokus på observasjoner som skal gjøres i forbindelse med endringer og bruk av legemidler, som for eksempel bivirkninger.

²⁰ Screeningverktøy for potensielt uhensiktsmessige legemidler til eldre.

START: Disse legemidlene bør vurderes hos personer ≥ 65 år med følgende tilstander - der ingen kontraindikasjon (mot forskrivning) foreligger.

STOPP: Følgende forskrivninger av legemidler¹ er potensielt uhensiktsmessige hos personer ≥ 65 år.

Utviklingscenter for sykehjem i Nordland sin pådriverrolle

Pådriverrollen medfører å gå foran og få med seg de andre.

Som ledd i formidlingsarbeidet, ble det gjennom Utviklingscenteret for sykehjem i Nordland laget en informasjonsbrosjyre som ble sendt til alle sykehjem i Nordland. Prosjektet ble presentert for helse og omsorgspersonell på Høstkonferansen²¹ 2013 av sykepleiere og farmasøyt fra Leirfjord sykehjem.

Helsedirektoratet hadde en forventning om at de fylkesvise utviklingscenterne skulle ha en pådriverrolle innenfor innsatsområdet Riktig legemiddelbruk. Høsten 2013, ble dette konkretisert gjennom et ekstratilskudd fra Helsedirektoratet. I tilsagnsbrevet står det bl.a.:

Som beskrevet av føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet skal tilleggsbevilgningen blant annet benyttes til etablering av læringsnettverk. De fylkesvise centerne har et særlig ansvar for å drive fag- og kompetanseutvikling i omsorgstjenestene i sitt fylke. Helsedirektoratet vil anbefale at opplæring av læringsnettverk for legemiddelhandtering får særlig oppmerksomhet.

Fag og samarbeidsrådet ved Utviklingscenter for sykehjem i Nordland vedtok derfor oppstart av Læringsnettverk "Riktig legemiddelbruk i sykehjem" i Nordland i 2014.

Vi innhentet råd og veiledning fra andre som hadde gått veien før oss og tok kontakt med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Møre og Romsdal. De hadde gjennomført et læringsnettverk for både hjemmetjeneste og sykehjem. Deres erfaring var at dette ble komplisert og uoversiktlig for deltakerne av læringsnettverket. De anbefalte oss å etablere læringsnettverk for sykehjem i en region i fylket, innhente erfaringer fra dette og så videreføre dette til andre regioner.

²¹ Utviklingscenterets årlige formidlingskonferanse i samarbeid med Fylkesmannen i Nordland

Hensikten med læringsnettverket

Læringsnettverkets hensikt var å bedre legemiddelbehandlingen for pasienter i sykehjem gjennom organisering av læringsnettverk med forbedringsteam fra sykehjem organisert med **tre samlinger** og **arbeidsperiode** mellom samlingene. Forbedringsteamet skulle være tverrfaglig sammensatt og ha som oppgave å drive forbedringsarbeidet i eget sykehjem. Hensikten med læringsnettverk er å spre kompetanse på ulike områder og bedre kvaliteten på tjenestene. Kjernen i læringsnettverk er felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling - og organisasjon.²²

Begrepet læringsnettverk blir brukt i forbedringsarbeid i helse og omsorgstjenesten og baserer seg på Kunnskapssenterets anbefalinger. Kunnskapssenteret, et nasjonalt kunnskapssenter for helse og omsorgssektoren, arbeider aktivt med måling av kvalitet og pasientsikkerhet. Fra 2011 ble meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten flyttet fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret²³. Her blir meldingene behandlet og kunnskap om hvordan uønskete hendelser skal unngås og tiltak som nytter, formidlet tilbake til praksisfeltet og myndighetene. Dette gir en kvalitetssikring for at endringer blir en forbedring med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet.

²² Bakke T, Udness E, Harboe I. Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring. Rapport fra Kunnskapssenteret - Systematisk oversikt nr. 23 - 2011. ISBN 978-82-8121-438-5 ISSN 1890-1298.

²³ Lov St 24. juni 2011 nr 30 (helse- og omsorgstjenesteloven)

Modell for kvalitetsforbedring

Forbedringsmodellen²⁴ er en enkel og praktisk modell for å lykkes i forbedringer og ble brukt i det nasjonale læringsnettverket som Leirfjord deltok i. Derfor var det naturlig å benytte samme modell for kvalitetsforbedring i læringsnettverket "Riktig legemiddelbruk i sykehjem i Nordland". Modellen for kvalitetsforbedring tar utgangspunkt i Demings sirkel og består av to deler

Del 1. Innhente svar på følgende spørsmålene:

1. Hva ønsker vi å oppnå?
2. Hvordan vet vi at en forandring er en forbedring?
3. Hvilke endringer kan vi iverksette for å skape forbedring?

Det enkelte sykehjems forbedringsteam skulle sette eget mål for arbeidet. Tanken er at forbedringsteamet har best kunnskap om hva som trenges å forbedres og hva som er realistisk å få gjennomført innenfor tidsrammen. Vi anbefalte likevel at forbedringsteamene skulle følge tiltakspakken men selv bestemme hvor mange pasienter som skulle tas med i forbedringsarbeidet.

Del 2 Forbedringssirkel

Figur 2 (neste side) viser faser i forbedringsarbeidet. (Plan –Do –Study - Act).

I fasene skal man:

1. Forberede
2. Planlegge
3. Utføre
4. Evaluere
5. Følge opp

Modellen viser piler som peker fremover fra fase til fase. Hver fase i forbedringssirkelen består av forskjellige trinn. Rekkefølgen i disse glir delvis over i hverandre; i praksis arbeider man gjerne med flere trinn parallelt. Ofte kan det være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser i prosessen, slik pilen i midten av figuren

²⁴<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/Forbedringsverkt%C3%B8y/Artikler/Forbedringsmodellen.3008.cms>

illustrerer. Et eksempel på dette er forankringsarbeidet i fase 1, som må følges opp gjennom hele prosessen. Kanskje finner man ut at målene må justeres underveis. Hvis evalueringen viser at forbedringen ikke er tilstrekkelig, kan man prøve ut nye løsninger. Sirkelen illustrerer også at forbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess, hvor fokuset må opprettholdes og nye endringer kan være nødvendig for å opprettholde resultatene. Metodens grunnleggende prinsipp er gjentakelse. Slik repeterende læring er et kjerneprinsipp i kvalitetsforbedringsarbeidet. Det handler om å tenke gjennom sine handlinger for så å korrigere dem på basis av tilgjengelig informasjon og deretter utføre dem igjen. Mulighet for refleksjon og diskusjon er derfor helt nødvendig for å kunne gi best mulig behandling.

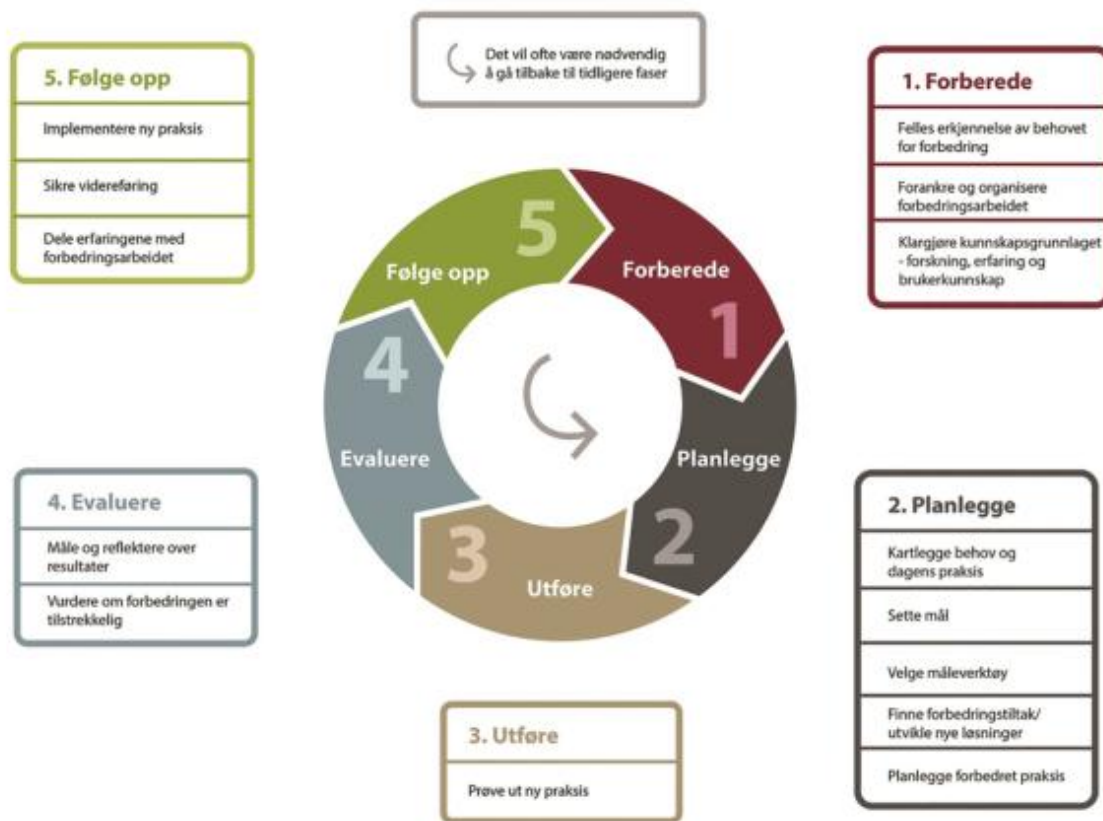


Fig.2 Faser i forbedringsarbeidet..Demings sirkel

Utviklingscenteret ville gi deltakerne innføring i nyttige metoder og verktøy fra Pasientsikkerhetskampanjen (tiltaks pakken) for å iverksette forbedringer på eget sykehjem. Vår rolle var også å skape en arena for å lære systematisk arbeid og

formidle eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring. Gjennom å bidra med overordnet ramme med fastlagte arbeidsformer, tidsfrister, rapporteringer og deltakelse, ville vi være pådriver for teamenes fremdrift og resultater.

Erfaringer, bl.a. fra deltakelse i det nasjonale læringsnettverket, har vist at læringsnettverkene skaper entusiasme og eierforhold til forbedringsarbeidet gjennom påvirkningsmuligheter, erfaringsutveksling, fellesskap, veiledning og støtte.²⁵

Læringsnettverket skulle være sammensatt av tverrfaglige forbedringsteam av tre til fem personer. (sykehjemslege, leder, sykepleier, farmasøyt) fra hvert deltakende sykehjem. Fordi et læringsnettverk baserer seg på lokal progresjon av forbedringsarbeidet, måtte forbedringsteamet forplikte seg til å delta på alle tre samlinger. Alle forbedringsteamene skulle arbeide med utfordringer innenfor temaet "Riktig legemiddelbruk i sykehjem", og inspirere og hjelpe hverandre underveis. Samlingene skulle gi økt kompetanse innen riktig legemiddelbruk for eldre, og deltakerne skulle introduseres for tiltak og forbedringsarbeid. Utveksling av erfaringer skulle også være sentralt på samlingene. Hvert forbedringsteam ble bedt om å utpeke en leder som skulle fungere som kontaktperson for prosjektledelsen. De ble også bedt om å utpeke en måleansvarlig, som skulle ha ansvaret for å foreta målinger og rapportere disse. Leder og måleansvarlig kunne være samme person.

Mellom samlingene skulle forbedringsteamene ha ansvaret for forbedringstiltak i egen virksomhet. Forbedringsteamene skulle selv sette mål og lage framdriftsplan for arbeidet sitt. Her brukte vi en prosjektorientert tilnærming. I framdriftsplanen beskriver og fordeler forbedringsteamet de ulikes ansvar og oppgaver.

Det var opp til de lokale teamene og finne ut hvordan tiltakene kunne integreres i daglig praksis. På denne måten kunne man knytte kunnskap til handling og handling til kunnskap. Et tiltak var legemiddelgjennomganger i tverrfaglige møter mellom sykepleier, farmasøyt og sykehjemslege, der de ulike deltakerne hadde definert klare ansvars- og oppgavefordelinger. Arbeidet innebar også involvering av de øvrige medarbeiderne på sykehjemmene.

²⁵ Pasientsikkerhetsprogrammet
www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Riktig+legemiddelbruk+i+sykehjem.15.cms

Mandat og organisering

Prosjektet Læringsnettverk Riktig legemiddelbruk i sykehjem i Nordland har hatt følgende organisering:

Styringsgruppe

Fag- og samarbeidsrådet er utviklingssenterets rådgivende organ som bidrar med faglig kompetanse, råd og innspill i forhold til forvaltningen av tilskuddsmidlene. Fag- og samarbeidsrådet ved Utviklingssenteret har vært styringsgruppe og godkjente etablering av læringsnettverket ” Riktig legemiddelbruk i sykehjem i Nordland” i sitt møte 2.oktober 2013. Følgende overordnede målsetting skulle gjelde: *Optimalisere legemiddelbehandlingen av alle langtidspasienter på sykehjem og dermed redusere pasientskade.*

Fag og samarbeidsrådet har følgende representanter

- Seniorrådgiver Benthe Westgaard ,Fylkesmannen i Nordland
- Rådgiver Eirik Sundan, Nordland Fylkeskommune
- Rektor Svein Erik Forfang, Høgskolen i Nesna
- Instituttleder Else Lid, Institutt for sykepleie, Høgskolen i Nesna
- Førstelektor Aase Møllersen, Universitetet i Nordland
- Rådgiver Marit Hermstad, Helgelandssykehuset avd. Sandnessjøen
- Sykehjemslege Jørgen Pedersen, Leirfjord
- Ann-Helen Salamonsen, Fagforeningen
- Mette Johnsen, Norsk sykepleieforbund
- Irene Lian, felles representant for Eldreråd i HALD-kommunene
- Daglig leder Anne Serine Fottland,Senter for omsorgsforskning i Nord- Norge
- Helse og omsorgsleder Kjell Olav Lund, fellesrepresentant for kommuneadministrasjonen i HALD-kommunene
- Fagutviklingssykepleier Hilde Johansson, , FoU-avdelingen
- FoU-leder Ellen Mogård Larsen, Utviklingssenter for sykehjem i Nordland

Prosjektgruppe

Prosjektgruppens mandat var:

Planlegge og gjennomføre læringsnettverk innen Riktig legemiddelbruk på sykehjem i Nordland i 2014.

Prosjektgruppens medlemmer:

- Fagutviklingssykepleier Lena Masvie, Leirfjord sykehjem
- Sykehjemslege Kristin Sakshaug, Dønna sykehjem
- Farmasøyt Stine Mjåvatn Jakobsen, Apotek 1, Sandnessjøen
- Lektor Linda Lysfjord, Høgskolen i Nesna
- Førstelektor Lisbeth Nerdal, Universitetet i Nordland Helgeland.
- Prosjektleder Ellen Mogård Larsen, Utviklingscenter for sykehjem i Nordland (leder)

Prosjektgruppa var sammensatt av personer som hadde erfaring fra pasientsikkerhetsprogrammet Riktig legemiddelbruk i sykehjem og andre utviklingsprosjekter vedrørende legemiddelbruk, fra undervisning, fagutvikling i praksis og fagkunnskap innenfor legemidler.

Prosjektgruppa hadde to forberedende møter, samt møter mellom hver læringssamling. Prosjektgruppens primære oppgave var å planlegge innhold i læringssamlingene, samt stå for gjennomføring av samlingene. Prosjektgruppa utarbeidet et kompendium (vedlegg 6) etter modell av det nasjonale læringsnettverket med konkrete endringstiltak som baserte seg på god praksis fra pilotprosjektene. Medlemmer av prosjektgruppa deltok også med foredrag og fungerte som veiledere i gruppeoppgaver på samlingene.

Overordnet mål for læringsnettverket

Pasienter i sykehjem skal ha tverrfaglig legemiddelgjennomgang (LMG) ved innkomst, halvårs- og årskontroller, etter sykehusopphold, og der det er behov for ekstra oppfølging

En legemiddelgjennomgang er en systematisk og planlagt metode der pasientens legemidler gjennomgås i tverrfaglige team som er sammensatt av ulike helsepersonellgrupper, vanligvis lege, farmasøyt og sykepleier.

Målet er å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk; ivareta effekt og sikkerhet. Legen er ansvarlig for den endelige beslutningen om videre legemiddelbehandling av pasienten.

Fra pasientsikkerhetsprogrammet

Delmål

- Sykehjemmets forbedringsteam skal identifisere svikt i kvaliteten på området, samt gjøre forandringer ved å iverksette tiltak for å oppnå forbedringer.
- Sykehjemmets forbedringsteam skal dokumentere resultat i form av målinger, status- og sluttrapporter, samt selvevaluering.

Prosjektgruppen benyttet seg av pasientkampanjens materiell og erfaringer fra Leirfjord sykehjem. Vi hadde et ønske om å benytte oss av den nasjonale kampanjeledelsen for læringsnettverket på samlingene, men dette var av kapasitetsmessige forhold ikke mulig å få til. Derfor påtok prosjektgruppens medlemmer seg ha innlegg og foredrag i tillegg til eksterne forelesere. Vi benyttet kampanjens mal for tidsplan for læringsnettverket med lokale justeringer.

Samlingene var satt til 10. februar, 1. juni og 1. september 2014.

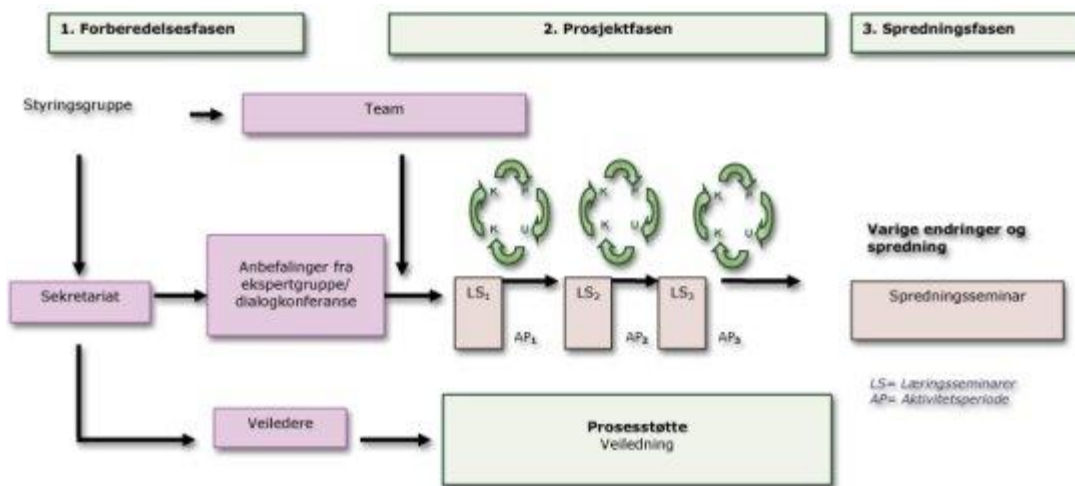


Fig.3 Tidsplan for læringsnettverket (Fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen Riktig legemiddelbruk i sykehjem)

Rekruttering og deltakelse i læringsnettverket

Nordland er et langstrakt fylke med store geografiske utfordringer. Gjennomføring av læringsnettverk ble planlagt gjennomført av Utviklingssenter for sykehjem i Nordland sør i 2014 og i Nordland nord i 2015.

Utviklingssenter for sykehjem (USH) sendte i desember 2013 ut invitasjon til alle sykehjem i Nordland sør (Helgeland) til å delta i læringsnettverket (vedlegg 2).

USH stod ansvarlig for alle tre samlingene og dekket utgifter til reise og opphold for de som hadde behov for dette grunnet lang reisevei. Deltakelse i læringsnettverket medførte ingen kostnader i form av kursavgift.

Læringsnettverket ble søkt og fikk godkjenning som kurs som tellende timer i Den norske legeförening, Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet.

Det kom få påmeldinger innen fristens utløp. Tidspunktet for utsending av invitasjonen var nok uheldig. Flere sykehjemsledere hadde ikke registrert denne i en travel førjulstid. Prosjektleder kontaktet aktuelle sykehjemsledere pr telefon i januar 2014. Våre bykommuner (Vefsn, Rana, Brønnøy og Alstahaug) ønsket ikke å delta i læringsnettverket. De begrunnet dette med kapasitetsvansker grunnet øvrige utviklings- og omstillingsprosjekter

Ved oppstart hadde vi 10 påmeldte sykehjem fra totalt 10 kommuner. Ni sykehjem fullførte læringsnettverket. Av disse var to av Utviklingssenterets fire sykehjem.²⁶ De hadde tidligere nådd målet med å implementere legemiddelgjennomganger i tverrfaglig team. De ønsket likevel å delta i læringsnettverket da de i ettertid hadde tilsatt nye sykepleiere. Disse sykehjemmene hadde i tillegg andre målsettinger med å være med i læringsnettverket, som å bedre arbeidsforhold rundt legemiddelhandtering samt minske forstyrrelser i arbeid på medisinerrommet.

Disse kommunene deltok i Læringsnettverket med sine sykehjem:

Nesna, Lurøy, Rødøy, Dønna, Herøy, Sømna, Vega, Hattfjelldal og Hemnes.

Hver kommune stilte med et forbedringsteam hver, med unntak av Rødøy kommune som stilte med to, et forbedringsteam fra Rødøy omsorgssenter og et fra Tjongsfjord Alderstun.

Forbedringsteamene var sammensatt av sykepleier, sykehjemslege og farmasøyt. I noen tilfeller var ikke farmasøyten fast medlem i forbedringsteamet, men ble brukt som konsulent. I disse tilfellene ble legemiddellister oversendt for vurdering og sykehjemslege og sykepleier la disse til grunn i sitt arbeid med LMG. For å få flyt i arbeidet, ble den enkeltes rolle og ansvarsområde avklart. F. eks. måtte sykepleier utføre en del forberedelser i form av samtale med pasient, observasjoner og undersøkelser (eks. BT, vekt, blodprøver) før LMG.

Antall deltakere i forbedringsteamene varierte fra to til seks. Totalt antall deltakere var 35. Disse fordelte seg på fire sykehjemsleger, tre farmasøytter, en hjelpepleier og 27 sykepleiere, der 12 av sykepleierne hadde en lederfunksjon. 7 av forbedringsteamene hadde med seg en eller flere ledere, enten avdelingsleder eller enhetsleder.

Prosjektfasen varte fra februar- september 2014.

I prosjektfase arrangerte vi tre samlinger (læringssamlinger). Mellom samlingene, i

²⁶ Utviklingssenter for sykehjem i Nordland eies av kommunene Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna.

aktivitetsperiodene, arbeidet teamene aktivt med kvalitetsutvikling og forbedring av eksisterende praksis innenfor legemiddelbruk på eget sykehjem.

– Forankring i ledelse

For å få et godt forbedringsarbeid, er forbedringsteamene avhengige av en god forankring i ledelsen ved sykehjemmet. Virksomhetsleder måtte forplikte seg gjennom skriftlig avtale å støtte oppunder arbeidet med læringsnettverket "Riktig legemiddelbruk i sykehjem" (Vedlegg 3). Likeledes måtte ledelsen forplikte seg til seg å påse at sykehjemmets forbedringsteam ble representert på alle tre samlingene som inngikk i læringsnettverket. Det var et uttalt ønske at virksomhetsleder deltok på en eller flere av de tre samlingene. Dette for å sikre vedvarende resultater i sykehjemmet.

Lederne ble gjort oppmerksom på at deltakelse i læringsnettverket innebar at forbedringsteamene startet opp og kontinuerlig arbeidet med forbedringsprosjektet mellom de tre samlingene. Det ble også forutsatt at gruppemedlemmene skulle få avsatt tid til å jobbe med forbedringsarbeidet innenfor den ordinære arbeidstiden. Utviklingssenteret forpliktet seg til å bistå med råd og veiledning i perioden med læringsnettverket.

– Samlingene

Alle samlingene ble holdt i Sandnessjøen, som er et naturlig geografisk midtpunkt i regionen.

Innholdet på samlingene hadde følgende tema (Vedlegg 4 Program samling 1-2-3):

- Erfaringer fra Leirfjord sykehjem. Alle deltakere i forbedringsteamet (sykehjemslege, sykepleier og farmasøyt) delte sine erfaringer med tverrfaglig samhandling og om legemiddelgjennomganger på sykehjemmet.
- Gode læringseksempler fra Utviklingssenterets fire sykehjem
- Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke; Innføring i metoder og verktøy.
- Forbedringsarbeid i praksis
- Legemidler og eldre: Polyfarmasia hos eldre, Vurdering av risiko i legemiddelbruk av eldre pasienter

- Legemiddelhandtering i sykehjem. Gjennomgang av ulike tilsyn ved Fylkesmannen
- Prosessarbeid, med planlegging av forbedringsarbeid på eget sykehjem.
- Utviklingsprosjekt i regi av Universitetet i Nordland og praksisfeltet om tiltak for å redusere feil i håndtering av legemidler i sykehjem
- Formidling av forbedringsteamenes erfaringer i kommunene til de øvrige deltakerne gjennom muntlige framlegg (statusrapportering) og utstilling av veggavis. Erfaringsutveksling om suksessfaktorer og utfordringer, samt deling av råd og tips i smågrupper.

– Lokalt planarbeid

Forbedringsteamene fra sykehjemmene skulle selv sette seg mål og lage realistiske framdriftsplaner for arbeidet sitt. Dette skjedde under veiledning på læringssamlingene. Målene varierte fra det ene sykehjemmet til det andre. Ett sykehjem kunne f. eks ha mål om at alle pasientene skulle ha legemiddelgjennomganger, et annet hadde målsetting om fem pasienter i samme perioden.

– Aktivitetsperiodene

Aktivitetsperiodene er tiden mellom nettverkssamlingene. Teamene arbeidet med endringstiltak lokalt, og hadde mulighet for støtte og veiledning av prosjektleder. En viktig forutsetning for å kunne få til endringer lokalt, var at de øvrige ansatte på sykehjemmet fikk informasjon og opplæring og ble involvert i arbeidet.

Målinger av forbedringer

Kvalitetsforbedringer i helsetjenesten baserer seg på fagkunnskap, og dokumentasjon om forbedringer kan gjøres på flere måter. Hvordan kan vi vite at forandring fører til forbedringer? Vi benyttet oss av en del målinger som kunne beskrive **her - og nå - situasjonen** både før oppstart og gjennom hele prosjektiden.

I det nasjonale læringsnettverket var det lagt opp til at målinger skulle rapporteres i en nasjonal database, Extranett. Hensikten var å kunne få en nasjonal oversikt over forbedringsarbeidet. Denne rapporteringen opplevdes vanskelig, også på grunn av tekniske utfordringer på sykehjemmene. Vi ville gjøre det enklere for sykehjemmene i læringsnettverket og besluttet derfor at måleskjema skulle skrives ut og fylles inn for hånd, deretter legges inn i Excel og rapporteres direkte inn til prosjektleder. Det skulle utføres ulike målinger (se under). Dette skulle gjøres FØR oppstart og deretter hver måned. Farmasøyten i prosjektgruppa utarbeidet Excel-skjema for målingene som samsvarer med målingene som ble rapportert via Extranett- målingene i pilotprosjektet.

Gjennom målinger kan man synliggjøre endringer. Ved å gjøre målinger over tid, ville vi synliggjøre hvordan målingene kunne endre seg underveis. Det var forventet at teamene skulle levere månedlige målinger, samt statusrapport før samling 2 og 3. Her skulle de også foreta en selvevaluering i forhold til egne målsettinger. Utfyllingen skulle skje på eget skjema. (Vedlegg 6 Kompendium)

Forbedringsteamene fikk følgende informasjon om hvilke målingene som skulle gjøres:

Gjennomsnittlig antall faste legemidler med ATC-kode²⁷

Denne målingen ville gi svar på om pasientene sto på unødvendige legemidler (seponeringer etter LMG ville redusere antall faste legemidler) eller om det ble avdekket behov for nye legemidler.

²⁷ **Anatomisk terapeutisk kjemisk (ATC) klassifisering** brukes for å inndelegge legemidler i ulike grupper etter hvilke organsystemer de påvirker og deres terapeutiske og kjemiske egenskaper. Dette klassifikasjonssystemet reguleres av WHO's Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology og ble publisert første gang i 1976.

Hensikten med målingen var å sikre at pasientene fikk riktige og nødvendige faste medisiner og dermed forebygge pasientskade som følge av feil- og over/undermedisinering. Samtlige faste legemidler med ATC-kode skulle inkluderes i målingen.

Gjennomsnittlig antall behovslegemidler med ATC-kode

Denne målingen ville gi svar på om pasientene sto på unødvendige legemidler (seponeringer etter LMG ville redusere antall faste legemidler) eller om det ble avdekket behov for nye legemidler.

Hensikten med målingen var å sikre at pasientene fikk riktige og nødvendige behovsmedisiner og dermed forebygge pasientskade som følge av feil- og over/undermedisinering. Samtlige behovslegemidler med ATC-kode skulle inkluderes i målingen

Andel legemidler med indikasjon oppført bak forskrivning

Hensikten med målingen var å øke andelen legemidler hvor indikasjon er oppført bak forskrivning. Indikasjon bak forskrivning krever kjent diagnose, og en slik oppføring ville bidra til bedre oversikt over behandlende leges forskrivning. Utgangspunktet for målingen er den legemiddellisten som sykehjemmet administrerte legemidler fra.

Andel pasienter som har hatt LMG siste halvår

Hensikten med målingen var å øke andelen pasienter som fikk en strukturert LMG hvert halvår for å redusere antallet legemiddelrelaterte problemer. Målet var at alle langtidspasienter skulle få en LMG hvert halvår.

Andel pasienter med legemiddelrelatert oppfølgingsplan i elektronisk pasientjournal

Hensikten med målingen var å bidra til en økning av andel pasienter som skulle få en oppfølgingsplan i etterkant av LMG som viser behov og tiltak med faglige observasjoner, vurderinger og evaluering av legemiddelbehandlingens virkning og eventuelt utilsiktede bivirkninger. Faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon er viktig for at behandlende lege, sykepleier og annet helsepersonell kan følge opp legemiddelbehandlingen på en god måte.

Fig.4 Eksempel på måleskjema fra et av sykehjemmene (LM= legemidler)

Måleskjema 1 før LMG (februar 2014)

Antall pasienter totalt	22	Gj.snittlig ant. Faste LM	7,7
Antall faste LM totalt	169	Gj.snittlig ant. Behovsmed	4,4
Antall behovsLM totalt	96	Andel LM med indikasjon bak forskrivning	57 %
Antall LM med indikasjon	152	Andel pasienter med LMG siste halvår	0
faste + behov			
Antall LMG i.l.a siste halvår	0		

Måleskjema august 2014

Antall pasienter totalt	22	Gj.snittlig ant. Faste LM	7
Antall faste LM totalt	154	Gj.snittlig ant. Behovsmed	4,5
Antall behovsLM totalt	100	Andel LM med indikasjon bak forskrivning	98 %
Antall LM med indikasjon	249	Andel pasienter med LMG siste halvår	63,6 %
(faste+behov)			
Antall LMG i.l.a siste halvår	14		

Måleskjema forteller at det ikke har vært strukturerte legemiddelgjennomganger før. I perioden februar til august 2014 har det vært gjennomført 14 LMG (63,6 % av alle pasienter). Antall faste legemidler for alle pasienter ved dette sykehjemmet er blitt redusert fra 169 til 154, men eventueltmedisin har økt totalt fra 96 til 100 . Gjennomsnittlig har antall faste legemidler pr pasient blitt redusert fra 7,7 til 7 i perioden, mens behovsmedisiner er blitt økt. Andelen legemidler som har fått påført indikasjon har økt fra 57 % til 98%.

Underveis i læringsnettverket

Veiledning

Forbedringsteamene ved sykehjemmene hadde mulighet til å få veiledning av prosjektledelsen og enkelte av prosjektgruppemedlemmene underveis i prosessen med forbedringsarbeidet. Disse hadde godt kjennskap til tiltakspakken og hvordan man kunne få fremdrift i prosjektene. Det ble gitt orientering om muligheter til veiledning på læringssamlingene, samt i e-postkorrespondanse med kontaktperson for forbedringsteamene.

Forbedringsteamene ble bedt om å legge fram veiledningsbehov på e-post eller telefonisk. I liten grad ble veiledning etterspurt. Prosjektleder tok derfor kontakt med kontaktpersoner av forbedringsteamene pr telefon og e-post og gav råd og veiledning på denne måten.

Kommunikasjon og spredning

Ved påmelding til læringsnettverket fikk Utviklingssenteret informasjon og kontaktinformasjon om deltakere i forbedringsteamene, hvem som var leder og hvem som var måleansvarlig. Måleansvarlig hadde ansvar for å fylle ut sende inn måleresultater mens leder skulle sende inn statusrapporter. All videre informasjon ble sendt pr e- post til disse.

Det ble utarbeidet et kompendium som ble delt ut og gjennomgått på første samling og sendt ut på e-post etter første samling. I kompendiet fant man informasjon om læringsnettverk, tiltakspakken, måleskjema og rapporter. Før hver samling ble det sendt ut program. Det ble også sendt ut påmeldingsskjema for hver samling.

Prosjektleder tok kontakt med måleansvarlig når det var behov for å purre på målinger og med leder av forbedringsteamet når det var behov for å purre på rapporter.

– Involvering på eget sykehjem

På læringssamlingene var det fokus på at forbedringsteamene skulle informere og involvere øvrige medarbeidere i sykehjemmet. Tilbakemeldingene var at dette skjedde oftest på personalmøter og avdelingsvise møter. Medarbeidere ble også involvert under praktiske forberedelser til legemiddelgjennomganger, som prøvetaking, observasjoner og samtaler med pasienter og pårørende. Dette gjaldt både hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere.

Sykepleier i forbedringsteamet dokumenterte i sykepleiejournal og informerte også ved rapport etter legevisitt, for eksempel endringer, tiltak og hvilke observasjoner som skulle gjøres.

– Opprettholde og vedlikeholde forbedringer

Lederne i forbedringsteamene og ledelsen ved det enkelte sykehjem ble på siste læringssamling oppfordret til å lage en plan for å opprettholde og videreutvikle forbedringene. Planen burde inneholde ansvarsfordeling og tidsplan, samt videre målinger av forbedringer. Forbedringsteamene ble oppfordret til å drøfte resultatene av læringsnettverket på hele sykehjemmet, både med ledere og medarbeidere. Vi hadde en forventning om at forbedringstiltakene skulle bli implementert i daglig drift i hele sykehjemmet

– Spredning av forbedringsarbeidet

Lederne i forbedringsteamene og lederne ved det enkelte sykehjem skulle ta stilling om forbedringstiltakene bare skulle gjelde innad i egen avdeling/eget sykehjem eller gjelde flere målgrupper (f. eks hjemmetjenesten). De ble oppfordret til å ha en plan for hvor og hvordan spredning skulle foregå i egen kommune og hvem som eventuelt skulle ha ansvaret for dette.

Fra Leirfjord sykehjem, som var vårt pilotsykehjem, fikk vi eksempel på at legemiddelprosjektet fikk positiv omtale i lokalpresse.(Vedlegg 5)

Hva har skjedd på i sykehjemmene gjennom deltakelse i læringsnettverket

Før siste samling i læringsnettverket ble forbedringsteamene bedt om å sende inn en sluttrapport (Vedlegg 6 Kompendium). Rapporten skulle være en sammenfatning av forbedringsarbeidet og gi refleksjon over de som hadde blitt gjort i løpet av hele prosjektperioden. I dette kapitlet trekker jeg ut og beskriver en del av dette.

Legemiddelgjennomganger (LMG)

Gjennomføring av LMG var målsettingen i sju av ni kommuner. I perioden februar-september 2014 ble det gjennomført 90 legemiddelgjennomganger. Antallet i sykehjemmene varierte, fra en legemiddelgjennomgang til 30. Noen av sluttrapportene beskriver hvordan legemiddelgjennomgangene foregikk i praksis. På ett sykehjem gjennomførte de alle legemiddelgjennomgangene konsentrert over en kort periode. Sykehjemslegen i forbedringsteamet skulle flytte og de øvrige deltakerne ønsket å utnytte hans kompetanse innen riktig legemiddelbruk i sykehjem før han forlot kommunen.

Flere av sykehjemmene forteller at de ser at bevisstheten om pasientenes medikamenter er blitt større etter første legemiddelgjennomgang. Dette gjelder særlig i forhold til behov, samt bivirkninger og interaksjonen med andre medikamenter.

Indikasjon bak forskrivning

På fem av sykehjemmene har de fått dokumentert en klar indikasjon på hvorfor legemiddelet blir benyttet. Indikasjon bak forskrivning krever en kjent diagnose og vil bidra til en bedre oversikt over behandlende leges forskrivning. De øvrige sykehjemmene var godt i gang med å få indikasjon bak legemiddelforskrivningen.

På to av sykehjemmene sier de at personalet er positive til at indikasjoner står på medisinkortet. Dette gir bedre oversikt over forordnede medikamenter.

Helsefagarbeidere som deler ut medisin fra dosett får med dette en bedre kunnskap

om hvorfor pasienten får legemiddelet. Flere sier at ansattes kunnskapsnivå om pasientenes medikamenter har økt. De har bl.a. lært om uhensiktsmessige legemidler til eldre og hva man skal observere ved bruk av de ulike legemidlene. Et av disse sykehjemmene fremhever at dette bidrar til økt pasientsikkerhet.

Fra et sykehjem erfarer de at lege er blitt mer observant på innføring av indikasjoner på nye medikamenter/til nye pasienter.

Fra et annet sykehjem erfarer de at begrunnelsen for å starte eller slutte med et medikament er blitt tydeligere og viktigheten med å knytte diagnose til medikamentet blir også klarere.

ACT- kode

Fra fire av sykehjemmene rapporterte de at de ikke hadde registrert ACT- kode i legemiddellistene. To av sykehjemmene oppgav at alle legemidlene hadde ACT- kode. De øvrige var godt i gang med denne oppdateringen.

Plan for oppfølging av legemiddelbehandling

Etter LMG og endringer i legemiddelbehandlingen, skal det opprettes en tiltaksplan for legemiddelbehandlingen i pasientjournalen. Dette for å følge opp med nødvendige observasjoner, evaluere tiltakene og eventuelt korrigere legemiddelbehandling.. Alle sykehjemmene hadde opprettet slike planer for oppfølging av legemiddelbehandling i tiden med læringsnettverket. Antallet varierte fra alle pasienter til fire pasienter.

Rutiner for legemiddelgjennomgang

På seks av sykehjemmene hadde de kommet godt i gang med utarbeidelse av rutiner for legemiddelgjennomgang. De øvrige sykehjemmene ønsker å prioritere dette framover.

På et av sykehjemmene beskriver de en farbar vei ved å gjennomføre LMG på en pasient hver legevisitt. I tillegg har de innarbeidet gode rutiner som gjør at de mottar blodprøvesvar og har fylt ut sjekklister før legevisitt.

Endringer av medikamenter

På et av sykehjemmene ser de endringer på antall medikamenter og bedre oppfølging ved medisinendringer. De kunne fortelle om en pasient som hadde fått forordnet medikamentet Losec som profylakse mot NSAID²⁸ - assosiert magesår flere år tidligere. Etter seponering av NSAID- preparat fortsatte pasienten å ta Losec. Ved LMG ble det ikke funnet indikasjon for at pasienten skulle ha dette medikamentet. Denne ble da seponert og antall medikamenter totalt ble redusert for denne pasienten.

På et annet sykehjem fremhever de at LMG fører til flere gode tiltak for pasientene. Et eksempel på dette er bedre og enklere behandling mot obstipasjon. Noen LMG fører til seponering av legemidler. Det hender at disse må re-innsettes. Dette kan gjelde psykofarmaka til pasienter som har vært behandlet i årevis. Også ved endringer av medikamentdoser kunne det hende at man måtte endre til det opprinnelige igjen. Sykepleieren sier også at hun oftere enn før kommer med forslag/spørsmål til sykehjemslegen om reduksjon eventuelt seponering av medikamenter.

Andre faktorer som påvirker resultatet

På to av sykehjemmene i læringsnettverket hadde de allerede gjennomført LMG av sine pasienter og hadde derfor andre målsettinger. På det ene sykehjemmet satte de fokus på avvik innen legemiddelhandtering og legemiddelbehandling. De hadde også et ønske om å forbedre inneklima på medisinerrommet og redusere avbrytelser under legemiddelhandteringen. På det andre sykehjemmet gjennomførte de en undersøkelse av forstyrrelser i forhold til legemiddelhandtering. Personalet ble informert om undersøkelsen i etterkant og resultatet ble mindre forstyrrelser. Begge

²⁸ Losec er et saltsyrehemmende preparat

disse forbedringsteamene ble direkte inspirert på samling 1 av Lisbeth Nerdal, UiN. Gjennom hennes foredrag "Rett medikament til riktig pasient til riktig tid" fikk deltakerne i læringsnettverket kjennskap til tiltak for å redusere feil i handtering av legemidler i sykehjem, gjennomført som et prosjekt med sykepleiestudenter i praksis.²⁹

Et tredje sykehjem fikk i tillegg til å innføre LMG, et nytt og hensiktsmessig medisinrom i løpet av perioden.

Pårørende

På de aller fleste sykehjemmene hadde de sendt ut informasjonsbrev til pårørende om læringsnettverket "Riktig legemiddelbruk i sykehjem" og forbedringsarbeidet i eget sykehjem. Bare på et av sykehjemmene nevner de at de har fått bedre kontakt med pårørende gjennom arbeid med LMG og annet forbedringsarbeid. Det kan synes som om at samarbeid med pårørende bør vektlegges mer i forbedringsarbeidet.

Dokumentasjon

Et av forbedringsteamene rapporterer om mer systematisering og bedring i observasjoner (BT, puls, vekt osv.) og dokumentasjon ved oppretting av journaltype LMG.

Et annet forbedringsteam rapporterer at sykehjemslegen er blitt bedre til å følge opp pasientjournalene i sykehjemmets elektroniske journalsystem.

Samarbeid med farmasøyt og lege i tverrfaglig team

Sju av sykehjemmene hadde avtale med farmasøyt. Måten tverrfaglig samarbeid med farmasøyt foregikk på, varierte. Et av sykehjemmene gjennomførte LMG ved at sykehjemslege og sykepleier reiste til regionssenteret og møtte farmasøyten der. På forhand hadde de sendt legemiddelliste og nødvendig pasientinformasjon. På andre

²⁹ <https://www.nsf.no/Content/1225036/nytt%20medisinrom%20ga%20f%C3%A6rre%20feil.pdf>

sykehjem var farmasøyten en del av forbedringsteamet og deltok på faste møter. På to av sykehjemmene benyttet man seg av farmasøyt ved enkelte LMG der pasienten hadde mange faste medikamenter. Erfaringene fra dette møtet ble så benyttet ved andre LMG. Samarbeid med farmasøyt blir fremhevet som svært nyttig og lærerikt av alle sykehjemmene som hadde tverrfaglig samarbeid med farmasøyt. Et av sykehjemmene oppgir uforutsette utgifter til farmasøyt.

Samarbeidet med sykehjemslegene ble rapportert som godt. På to av sykehjemmene var det langvarige vakanser i stillingen som sykehjemslege. Stadig skiftende legevikarer gjorde gjennomføringen av LMG og arbeidet med å oppdatere legemiddellister vanskelig.

Utfordringer i forbedringsarbeidet

Ferieavvikling oppgis som årsak til at man ikke gjennomførte LMG i sommermånedene på et sykehjem. Manglende elektronisk kommunikasjon mellom legekantor og sykehjem nevnes som en årsak at meldinger om legemiddelendringer ikke blir sendt fra legekantor. Vansker med å få hjelp fra systemansvarlig med å opprette registreringstype LMG blir oppgitt fra to sykehjem.

På et av sykehjemmene bestod forbedringsteamet bare med to deltakere. De erfarte at dette var for lite; De skulle vært flere i forbedringsteamet, men informasjon om læringsnettverk og invitasjonen nådde dem ikke før læringsnettverket startet. De sier også at prosjektarbeidet på eget sykehjem burde vært bedre strukturert og informasjonen til kollegaer kunne vært bedre.

Ingen av forbedringsteamene nevner tidsressurs som en utfordrende faktor for forbedringsarbeidet, og bare på et sykehjem er sykemelding av deltaker i forbedringsteamet nevnt som faktor som kan ha påvirket resultatet.

Teamene på sykehjemmene leverte i varierende grad målinger, og prosjektleder måtte ofte purre på disse. Bare to av sykehjemmene rapporterte som forventet hver måned.

Oversikt over deltakende sykehjem/kommuner, forbedringsteam og resultat

Sykehjem/ Kommune	Team	Antall pasienter	Gjennomført antall LMG	ACT-kode og indikasjon bak forskrivning	Andre tiltak
Dønna omsorgssenter avd. sykehjem	<u>4 deltakere:</u> 4 sykepleiere	22	22 100% (gjennomført tidligere)	Dette er gjort tidligere.	Fokus på avvik på avdelingsmøter, personalmøter og sykepleiermøter har ført til reduert mengde avvik. Tiltak under arbeid: Bedring av innelima på medisinrom
Nesna sykehjem	<u>4 deltakere:</u> avdelingssykeplei er fagansvarlig sykepleier sykepleier sykehjemslege	22 Ikke tallfestet mål	(11) 50 %	ACT-kode:100 % Indikasjon: 98 %	Nytt medisinrom Info til kollegaer, pasienter og pårørende
Herøy omsorgssenter avd sykehjem	<u>3 deltakere:</u> 2 fagansvarlige sykepleiere sykehjemslege	18	18 100 %	ACT-kode:0 Indikasjon: 100 %	Gjennomført egen undersøkelse av avbrytelser under medikament- handtering..Ser positive endringer og det er mindre forstyrrelser
Sømna omsorgssenter avd. sykehjem	<u>4 deltakere:</u> avdelingssykepl eier 2 sykepleiere	35 15/35 var tallfestet mål	80 %	ACT-kode: 0 Indikasjon: 82 %	Plan for LMG for resterende 20% Personalet positiv til

	sykehjemslege				indikasjon. Bedre oppfølging ved medisinendring Bedre kontakt med pårørende
Sykehjem/ Kommune	Team	Antall pasienter	Gjennomført antall LMG	ACT-kode og indikasjon bak forskrivning	Andre tiltak
Vega omsorgssenter avd. sykehjem	<u>3 deltakere:</u> Sykehjemsleder Avdelingssykepleier Avdelingssykepleier	33 33/33 var tallfestet mål	100 %	ACT-kode: 100 % Indikasjon: 100 %	
Hattfjelldal sykehjem	<u>5 deltakere:</u> Sykehjemsleder Sykepleier Sykepleier Fagsykepleier sykehjemslege	15 7/15 var tallfestet mål	(3) 43 %	ACT-kode: 0 Indikasjon: 0	Plan for oppfølging av LMG:6
Hemnes sykehjem	<u>3 deltakere:</u> Avdelingssykepleier/ farmasøyt Sykepleier 1 Sykepleier1	32 Ikke tallfestet mål	1	ACT-kode: Usikker Indikasjon: 100 %	Plan for oppfølging av LMG: 4
Lurøy omsorgssenter	<u>2 deltakere:</u> Sykepleier Sykehjemslege	13 Ikke tallfestet mål	9	ATC-kode: Ikke oppgitt Indikasjon: 95 %	Plan for oppfølging av LMG: 10

Sykehjem/ Kommune	Team	Antall pasienter	Gjennomført antall LMG	ACT-kode og indikasjon bak forskrivning	Andre tiltak
Rødøy Rødøy omsorgssenter	<u>2 deltakere</u> Sykepleier Hjelpepleier	17 Ikke tallfestet mål	3	Sum av pasientenes faste legemidler med.ATC- kode: 113 Sum av pasientenes faste legemidler med indikasjon:124	Antall pasienter med plan for oppfølging av LMG 14

Fig 5. Oversikt over sykehjem, forbedringsteam og resultat

Tilbakemeldinger fra sykehjemmene om læring og involvering av medarbeidere (fra sluttrapportene)

I sluttrapporten skulle forbedringsteamene skrive om hva de hadde lært, om fagkunnskap og forbedringskunnskap. De ble oppfordret til å skrive om hva som hadde vært givende og hva som hadde vært vanskelig å arbeide med. Oppsummert skulle det fortelle oss litt om deres erfaringer med å være med i læringsnettverket.

Forbedringsteam Dønna omsorgssenter	Vi har lært at mye kan gjøres med enkle grep. Vi har stort sett bare involvert sykepleiergruppen. Ellers har det vært flotte samlinger, og aktuelle tema som det har vært forelest om. Det gjenstår fremdeles en del arbeid med legemiddelhåndtering, men det kan se ut som vi er på rett vei. Selvfølgelig er det ønske om årlig samling i dette nettverket
Forbedringsteam Nesna sykehjem	Vi har lært masse gjennom å gå så grundig gjennom pasientens sykdomsbilde og medikamenter. Det er mer fokus på legemidler og legemiddelhåndtering blant pleierne. Vi synes det har vært meget nyttig å være en del av læringsnettverket, og deltar gjerne på samlinger videre.
Forbedringsteam Herøy	Personalet ser nytten av endringene som er gjort i forhold til LMG og gir tilbakemelding om at de føler at pasientene blir mer sett enn før. Personalet er involvert i den grad at de er

omsorgssenter	<p>informert om prosjektet og får rapport etter gjennomført LMG.</p> <p>Når det gjelder avvik i forhold til medikamenter, ble personalet informert om undersøkelsen som ble gjort og resultatene lagt frem. Vi ser en endring hos hele personalet, og har også fått positive tilbakemeldinger i form av at alle nå har større fokus på at kun en person skal ha ansvar under medisindeling og at denne personen ikke skal forstyrres under oppgaven.</p> <p>Vi ser nytten av å kunne møtes i et nettverk for å utveksle erfaringer og idèer rundt dette temaet. Vi ser nytten av det og synes det er et viktig prosjekt.</p>
<p>Forbedringsteam</p> <p>Sømna omsorgssenter</p>	<p>Vi har gjennomført ett personalmøte og ett sykepleiermøte med gjennomgang og informasjon av prosjektet.</p> <p>Sykepleiere som er med i prosjektgruppen har «drevet» gjennomgangene, med hjelp fra personale fra sin stue. Legen har deltatt, og følger opp de utarbeidede rutiner for LMG, stor fordel</p> <p>Farmasøyt har vært med i prosjektet, stor fordel</p> <p>Ferietid kan redusere gode resultater dersom rutiner for legemiddelhandtering ikke er godt nok integrert.</p>
<p>Forbedringsteam</p> <p>Vega omsorgssenter</p>	<p>Dokumentasjon og gode rutiner vedrørende legemidler er veldig viktig. Viktig at legen fører på indikasjon ved ordinerer av medisiner. Personalet får økt kunnskap om virkning, bivirkning og interaksjoner. Det er viktig at alt personell får økt kunnskap om legemidler/rutiner.</p> <p>Tverrfaglig samarbeid mellom lege, farmasøyt og sykepleiere er svært viktig og lærerikt.</p>
<p>Forbedringsteam</p> <p>Hattfjelldal sykehjem</p>	<p>Personalet har fått informasjon muntlig og skriftlig om prosjektet. De har også hatt ansvar for å ta målinger og fylle ut sjekklister.</p> <p>Etter å ha gjennomført LMG første gang ble vi ennå mer overbevist om hvor viktig dette er.</p>
<p>Forbedringsteam</p> <p>Hemnes sykehjem</p>	<p>Sykepleierne og andre helsearbeidere er informert om prosjektet, og sykepleierne har fått opplæring. Vi har lært hvordan vi skal gjennomføre LMG og knyttet nyttige kontakter gjennom læringsnettverket. Vi fortsetter jobben fram til alle har langtidspasienter har fått LMG og prøver å få satt i system halvårlig oppfølging i etterkant av dette.</p> <p>Vi jobber videre med prosjektet til vi har nådd målet vårt, selv om det tok noe lengre tid enn planlagt. Vi ønsker gjerne en årlig oppfølging for å bevare kontakten man har knyttet og for å få hjelp underveis til vi har alle rutiner på plass og at de fungerer i avdelingene.</p>

Lurøy omsorgssenter	<p>Bedre oppfølging av journalene til pasientene i CosDoc (av lege).</p> <p>Mer observant på innføring av indikasjoner på nye medikamenter/til nye pasienter</p> <p>Mange gode tiltak som kom frem i LMG.</p> <p>Jeg som sykepleier <i>kommer oftere med forslag/spørsmål om reduksjon ev sep av medikamenter på legevisitt</i></p> <p>Ting tar tid! Mye jobbing før man virkelig kommer i gang. Prosjektarbeidet burde vært bedre strukturert. Burde vært flere medlemmer i gruppa.</p> <p>Personalet var involvert både i for- og etterarbeidet av LMG, men informasjonen om LMG kunne fortsatt vært bedre.</p> <p>Det er veldig nyttig, lærerikt og ikke minst nødvendig med grundig gjennomgang av pasientens medisiner.</p> <p>Det kan være nyttig å prøveseponere medikamenter, men det er ikke bestandig at det blir et permanent tiltak. Av og til må medikamentet reinnsettes.</p> <p>Indikasjoner bak hvert legemiddel er nyttig! Gode prosedyrer er nødvendig</p> <p>Nyttig læring om de ulike medikamentene</p>
<p>Forbedringsteam</p> <p>Rødøy omsorgssenter</p>	<p>Kursene har vært utrolig lærerikt, personalet mottar informasjonen med positivitet, alle innser at dette er nødvendig.</p> <p>Vi jobber med å få kommet oss i gang, vi har samarbeid med en av vikar legene.</p> <p>En samling i læringsnettverket pr år er ønskelig</p>

Fig. 5 Tilbakemelding fra sykehjemmene om læring og involvering av medarbeidere

Avlutning

Gjennom læringsnettverket Riktig legemiddelbruk i sykehjem i Nordland sør har deltakerne fått økt bevissthet og kunnskap om riktig legemiddelbruk hos eldre pasienter i sykehjem. Dette har etter min mening, stor betydning og medfører at pasienter i sykehjem får en bedre kvalitet på sykehjemstilbudet.

Forbedringsteamene har gjort en stor innsats på eget sykehjem og fortjener ros for sitt arbeid.

Deltakerne i forbedringsteamene sier at samarbeidet mellom faggruppene er blitt styrket gjennom dette arbeidet. Et tverrfaglig samarbeid om legemiddelbehandling hos eldre har gitt alle faggruppene økt kunnskap. Denne kunnskapen som anvendes i praksis gir trygghet. Dette kommer også helsepersonell til gode.

De av forbedringsteamene som har hatt fokus på arbeidsforhold rundt legemiddelhandtering har gitt oss god innsikt i hvor viktig også dette er for pasientsikkerheten rundt legemiddelhandtering.

Tilbakemeldingene fra deltakerne i læringsnettverket har vært utelukkende positive. En av dem sa det slik:

Jeg har alltid vært bekymret over eldres medisinbruk. Så kommer jeg til dette læringsnettverket sammen med andre som er like opptatt av dette. Og så får vi dette flotte opplegget for å forbedre legemiddelbruk hos eldre: Det er jo rene julegaven!"

Dette var Utviklingssenter for sykehjem i Nordland sitt første læringsnettverk. Etter at læringsnettverket ble avsluttet, har jeg innhentet sykepleieres erfaring med å delta i læringsnettverket gjennom intervju. Disse vil bli publisert i en ny rapport på et senere tidspunkt.

Litteratur

Bakke T, Udnæss E, Harboe I Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring. Rapport fra Kunnskapsforlaget nr 23/2011

Helsedirektoratet (2011) Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Forslag til tiltak. IS 1887

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienterbeboere-pa-sykehjem-og-i-hjemmesykepleien-forslag-til-tiltak>

Helsedirektoratet Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008)

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/942/Rundskriv%20Legemiddelh%C3%A5ndteringsforskriften%20IS-7%202015.pdf>

Helsedirektoratet IS-1858 Utvikling gjennom kunnskap, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester- en nasjonal satsing. Overordnet strategi 2011-2015

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvikling-gjennom-kunnskap-utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-20112015>

Helsetilsynet (7/2010) Rapport fra Helsetilsynet: Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem

https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetsrapport_7_2010.pdf

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (2011)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Pasientsikkerhetsprogrammet

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender>

Meld. St. nr. 10 God kvalitet – trygge tjenester.

Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten.

<http://www.regjeringen.no/pages/38154897>

Meld. St. nr 18 Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk (2004-2005)

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-18-2004-2005-/id406517/>

Meld. St. nr 25 Mestring, mulighet, mening (2005-2006)

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>

Kunnskapssenteret (2013) Håndbok i Læringsnettverk.

<http://www.kunnskapssenteret.no/h%C3%A5ndbok-i-l%C3%A6ringsnettverk>

Screeningverktøyet START og STOPP

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/attachment/929?ts=13640005354>

NORGEP Klassefiseringskode for virkestoffer i legemidlr og legemiddelgrupper

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413187/>

I trygge hender: Riktig legemiddelbruk i sykehjem- video

<https://www.youtube.com/watch?v=A7ihpQGp0nY>

Utviklingscenter for sykehjem i Nordland -brosjyre

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Erfaringer+fra+praksis+-+riktig+legemiddelbruk+i+sykehjem/attachment/1442?ts=13b04d0dc99>

Vedlegg

Vedlegg 1 Sjekkliste for legemiddelgjennomgang i sykehjem

Vedlegg 2 Invitasjon til Læringsnettverk Riktig legemiddelbruk i sykehjem

Vedlegg 3 Avtale om deltakelse i læringsnettverket

Vedlegg 4 Program for læringssamlingene 1-2-3

Vedlegg 5 Presseoppslag Leirfjord sykehjem

Vedlegg 6 Kompendium

Vedlegg 7 START- og STOPP-kriterier

Vedlegg 8 Prosedyre for legemiddelgjennomgang for pasienter i sykehjem

Vedlegg 1 Sjekkliste-Legemiddelgjennomgang i sykehjem

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

Funksjonsområde/ Utredning	Observasjon/vurderinger/ forordninger	Anmerkninger
Pasientens initialer _____	Legemiddelgjennomgang ved: Innkomst <input type="checkbox"/> Halvårskontroll <input type="checkbox"/> Årskontroll <input type="checkbox"/>	
Samtykkekompetanse	Har samtykkekompetanse ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>	
Sirkulasjon/ respirasjon	Puls: _____/min BT: _____mm/Hg	
	Dyspnoe: Ingen <input type="checkbox"/> O2 metning <input type="checkbox"/> Ved aktivitet <input type="checkbox"/> I hvile <input type="checkbox"/>	
	Ødemer: Ingen <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Store <input type="checkbox"/>	
Eliminasjon	Vannlating: Permanent kateter <input type="checkbox"/> Inkontinent <input type="checkbox"/> Urinretensjon <input type="checkbox"/>	
	Avføring: Diaré <input type="checkbox"/> Obstipasjon <input type="checkbox"/>	
Ernæring	Vekt: ____kg KMI: ____ Kvalme <input type="checkbox"/> Munntørret <input type="checkbox"/>	
Fysisk funksjonsnivå	Går uten hjelpemiddel <input type="checkbox"/> Går med støtte/ ganghjelpemiddel <input type="checkbox"/> Rullestol <input type="checkbox"/> Fallrisiko <input type="checkbox"/> Svimmelhet <input type="checkbox"/>	
Psykisk funksjonsnivå	Uro/forvirring <input type="checkbox"/> Virker nedstemt <input type="checkbox"/> Engstelse <input type="checkbox"/> Agitasjon <input type="checkbox"/> Hallusinasjoner <input type="checkbox"/>	
Søvn	Trøtthet på dagtid <input type="checkbox"/> Søvnforstyrrelser <input type="checkbox"/> Innsøvningsvansker <input type="checkbox"/>	

Funksjonsnivå i forhold til inntak av legemidler.	Kan svelge tabletter <input type="checkbox"/> Svelgvansker <input type="checkbox"/> Tabletter må knuses <input type="checkbox"/> Vil ikke ha/motsetter seg legemidler <input type="checkbox"/>	
Aktuelle lab. prøver fordnet av lege i forkant av LMG som er relevante i forhold til sykdom og legemiddelbruk	Se standard blodprøver (eget skjema) + i tillegg for eksempel Fastende blodsukker, serum digitoxin, HbA1C ved diabetes, TSH/Fritt T4 ved stoffskiftesykdom, BNP ved hjertesvikt, Aktuelle medikamentspeil Standard blodprøver ved årskontroll <input type="checkbox"/> Standard blodprøver ved demensutredning <input type="checkbox"/>	
Dato og signatur		



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester
 Vestfold

Vedlegg 2 Invitasjon til sykehjemmene

	Utviklingscenter for sykehjem Nordland Sykehjemmene i Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna
Til ledere, sykepleiere og sykehjemsleger på sykehjem på Helgeland (Nordland sør)	Dato 18.12.2013

Invitasjon til deltakelse i læringsnettverket "Riktig legemiddelbruk i sykehjem" med første samling 10. februar 2014 i Sandnessjøen.

Mål:

Bedre legemiddelbehandlingen og dermed å redusere pasientskader og komplikasjoner som følge av feil bruk av legemidler og mangelfull observasjon, vurderinger, behandling og oppfølging.

Hvorfor riktig legemiddelbruk i sykehjem?

Feilmedisinering fører hvert år til unødvendige lidelser for mange pasienter. Helsetilsynet har funnet store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem (Rapporten "Sårbare pasienter - utrygg tilrettelegging" Helsetilsynet 7/2010.)

Optimal legemiddelbehandling for pasienter innlagt til langtidsopphold i sykehjem er vanskelig. Pasientene er ofte i livets slutfase og har mange sykdommer. Studier viser legemiddelrelaterte problemer hos opptil 80 prosent av pasientene i både sykehjem og sykehus. Minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler.

Utviklingscenter for sykehjem ved Leirfjord sykehjem har deltatt i det nasjonale læringsnettverket. Ved hjelp av tiltakene har sykehjemmet optimalisert legemiddelbehandlingen for pasientene. Dette har man oppnådd gjennom:

- Tverrfaglig samarbeidsmøter mellom sykepleier, sykehjemslege og farmasøyt.
- Rutiner for strukturerte legemiddelgjennomganger (LMG) ved innkost, halvårs- og årskontroller.
- Egen registreringstype i legejournal i tilknytning til LMG
- Bedre legemiddellister med indikasjon for legemidler
- Bedre dokumentasjon og oppfølging av legemiddelbruk, både av lege og sykepleier
- Økt kunnskap om sykdommen til pasienten
- Økt kunnskap og bevissthet om riktig bruk av legemidler til eldre
- Mer objektive målinger
- Tettere dialog med pasienter og pårørende om legemidler

Vi ønsker å videreføre dette arbeidet med å invitere helsepersonell i sykehjem på Helgeland til læringsnettverk om temaet.

Om læringsnettverket

Læringsnettverket vil være et arbeidsseminar med tre samlinger, spredt over 8 måneder. Deltakerne introduseres for tiltakene og forbedringsarbeid. Det legges vekt på erfaringsdeling på samlingene.

Fokus vil være iverksetting av konkrete tiltak ved eget sykehjem mellom samlingene. Samme deltakere forplikter seg til å delta på alle tre samlinger. Hensikten med læringsnettverket:

- Sykehjemmet kommer i gang med systematisk og regelmessig gjennomgang av pasientenes legemidler i tverrfaglig team.
- Deltakerne får innføring i nyttige metoder og verktøy for å iverksette forbedring på eget sykehjem

Samlingene vil gjennomføres **10. februar, 10. juni og 1. september 2014** i Sandnessjøen.

Hvem kan melde seg på?

sykehjemmene melder på tverrfagligteam på 3-5 personer. (sykehjemslege, leder, sykepleier, farmasøyt).

Vi ønsker at

Engasjement og forpliktelse fra ledelsen

sikre forankring, støtte og spredning i organisasjonen forventes avdelingsledere å delta. Øvrige representanter fra ledergruppen ønskes også velkommen til læringsnettverket.

For å

Erfaringer fra prosjekter av denne typen viser at et godt resultat er avhengig av at ledelsen i virksomheten engasjerer seg i gjennomføringen av prosjektet, blant annet ved å støtte opp om teamet som skal drive prosessen lokalt. Teamet må få avsatt tid til å planlegge, innføre og følge opp tiltakene man ønsker å gjennomføre lokalt.

Læringsnettverket søkes godkjent som kurs som tellende timer i Den norske legeforening, Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet.

Praktisk informasjon

Kostnad:

Reise og lunsj dekkes av Utviklingscenteret. For de som er avhengig av å komme dagen før av kommunikasjonsmessige årsaker, dekker vi også overnatting. (Programmet vil gjennomføres i tidsrommet 09.30-16.15)

Tid: 10. februar

Sted: Rica hotell, Sandnessjøen

Frist for påmelding: 8. januar 2014

Påmeldingsskjema (vedlagt) sendes til ush.helgeland@alstahaug.kommune.no

Påmeldingen er bindende.

NB: Det er krav om en felles påmelding fra hvert sykehjem.
Eventuelle spørsmål rettes til undertegnede, mobil tlf 90680552

Med vennlig hilsen

Ellen Mogård Larsen. FoU-leder, Utviklingscenter for sykehjem i Nordland

Avtale om deltakelse i Læringsnettverk for Riktig legemiddelbruk i sykehjem på Helgeland

Bakgrunn:

Utviklingssenter for sykehjem i Nordland har deltatt i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på innsatsområdet "Riktig legemiddelbruk i sykehjem" der det har vært fokusert på strukturerte legemiddelgjennomganger i tverrfaglig team. Dette har bidratt til en kvalitetsheving av praksis. Utviklingssenteret viderefører arbeidet med å spre dette arbeidet med et læringsnettverk for sykehjem på Helgeland.

Om læringsnettverket:

Formålet med læringsnettverket er å sette i gang et forbedringsarbeid i riktig legemiddelbruk i sykehjem. Forbedringsarbeidet er basert på en modell utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI), Boston, og som tidligere er benyttet av Den norske Legeforening i nasjonale prosjekter.

Om deltakelsen:

Virksomhetsleder forplikter seg med dette å støtte oppunder arbeidet med læringsnettverk "Riktig legemiddelbruk i sykehjem". Likeledes forplikter ledelsen seg å påse at sykehjemmets forbedringsteam er representert på alle tre samlingene som inngår i læringsnettverket. Det er et ønske at virksomhetsleder deltar på en eller flere av de tre samlingene. Dette for å sikre vedvarende resultater i sykehjemmet.

Deltakelse i læringsnettverket Riktig legemiddelbruk i sykehjem innebærer at forbedringsteamene starter opp og kontinuerlig arbeider med forbedringsprosjekter mellom de tre samlingene. Det forutsettes derfor at gruppemedlemmene får avsatt tid til å jobbe med forbedringsarbeidet innenfor den ordinære arbeidstiden. Utviklingssenteret vil også bistå med råd og veiledning i perioden med læringsnettverket.

Utviklingssenter for sykehjem i Nordland er ansvarlig for alle tre samlingene og dekker utgifter til reise og ev. overnatting.

Avtalen følger under. Vi ser fram til samarbeidet.

Vedlegg 4 Program samling 1-2-3

Program Læringsnettverk "Riktig legemiddelbruk i sykehjem"

10. februar 2014 på Rica Hotell, Sandnessjøen

Samling 1

- Kl. 09.00-09.30 Kaffe og registrering
- Kl. 09.30 Velkommen. Om Pasientsikkerhetskampanjen og Læringsnettverk, ved FoU-leder Ellen Mogård Larsen, Utviklingssenter for sykehjem
- Kl. 09.40-10.00 Forbedring i praksis ved fagutviklingssykepleier Hilde Johansson,,Alstahaug sykehjem
- Kl.10.00 - 10.30 "Rett medikament til riktig tid."
Tiltak for å redusere feil i håndtering av legemidler i sykehjem ved førstelektor Lisbeth Nerdal, Universitetet i Nordland
- Kl.10.30 - 11.30 Tverrfaglig team for sikker legemiddelbehandling i sykehjem
Erfaringer fra legemiddelbehandling ved Leirfjord sykehjem ved/ sykehjemslege Jørgen Pedersen og fagutviklingssykepleier Lena Synnøve Masvie
- Kl. 11.30 - 12.15 Lunsj
- Kl. 12.15 - 13.30 Innføring i metoder og verktøy
ved farmasøyt Stine Mjåvatn Jakobsen og fagutviklingssykepleier Lena Synnøve Masvie
- Kl. 13.30 -14.15 Gode læringseksempler fra sykehjemmene ved Utviklingssenteret.
Ved fagutviklingssykepleier Bente Karlsen Moe, Elin Johansen, Hilde Johansson og sykehjemslege Kristin Sakshaug.
- Kl. 14.15 - 15.15 Teamene fra sykehjemmene setter mål for eget arbeid og diskuterer
Iverksetting i grupper – (veiledning av arrangørene)

fremlegg og diskusjon i plenum

Kl 15.15 – 15.45 Veien videre – hva forventes og viktige milepæler.
Orientering om målinger av forbedringsarbeidet.

Kl 15.45 – 16.00 Oppsummering og vel heim.

Program Samling 2 Læringsnettverk ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem”

10. juni 2014 på Rica Hotell, Sandnessjøen

Kl. 09.00-09.30 Kaffe og registrering .

Utstilling av poster fra alle kommunene henges opp i lokalet

Kl. 09.30-11.30 Polyfarmasia hos eldre v/ sykehjemslege Kristin Sakshaug, Dønna

Kl. 11.30-12.15 Lunsj

Kl. 12.15-13.45 Introduksjon til smågrupper. Presentasjon fra teamene i smågrupper. Gruppene velger selv sine gruppeledere. Erfaringsdeling.

- Suksessfaktorer
- Utfordringer
- Deling av gode råd og tips

Kl. 13.45-14.15 Oppsummering i plenum v/gruppeledere

Kl 14.15-14.45 Arbeide i eget team – utarbeidelse av fremdriftsplan

Kl 14.45-15.00 Oppsummering, veien videre.

Program Samling 3 Læringsnettverk ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem”

1.september 2014 på Rica Hotell, Sandnessjøen

Kl. 09.00 Kaffe og registrering . Vi monterer postere og ser på disse.

Kl. 09.30-10.00 Forbedringsteamene presenterer arbeidet på eget sykehjem
(10 min. framlegg) Dønna- Herøy-Rødøy

Kl. 10.00-11.00 Legemidler i sykehjem. Gjennomgang av tilsyn.
Hvorfor blir det merknader og avvik?

God praksis v/ senorrådgivere Benthe Westgaard og

Grethe Ellingsen

Fylkesmannen i Nordland

- Kl. 11.00 -12.00 Forbedringsteamene presenterer arbeidet på eget sykehjem
(10 min. framlegg)
Hemnes-Hattfjelldal-Lurøy-Nesna-Vega- Sømna
- Kl. 12.00-13.00 Lunsj
- Kl 13.00-14.30 Vurdering av risiko ved legemiddelbehandling av eldre
pasienter
ved Hege Kersten, Cand pharm, Phd , Aldring og helse
- Kl.14.30-15.00 Læringsnettverket Riktig legemiddelbruk i sykehjem i
Nordland sør.
Hva har vi oppnådd og hvor går veien videre?

Vedlegg 5 Presseoppslag

Leirfjord sykehjem viser vei i Nordland

Feilmedisinering i sykehjem er svært utbredt. Leirfjord sykehjem setter nå i verk ferske tiltak for å sikre riktig medisinering av pasientene. I neste omgang skal sykehjemmet arbeide for å spre tiltakene i hele Nordland.

Bakgrunn

Leirfjord sykehjem er Nordlands representant i et nasjonalt læringsnettverk for å sikre riktig legemiddelbruk i sykehjem. Leirfjord sykehjem har status som utviklingscenter for sykehjem i Nordland og skal nå teste og spre tiltak som er utviklet av Nasjonal pasientsikkerhetskampanje.

Tiltakene involverer rutinemessige legemiddelgjennomganger, som er tverrfaglige gjennomganger av de medisinene som pasientene til en hver tid står på, og skal sikre at pasientene ikke får mange medisiner, ikke får dårlige og ikke medisiner som er uheldige i kombinasjon. Legemiddelgjennomganger vil optimalisere medisineringen av alle langtidspasienter på sykehjem og redusere pasientskader.

Feilmedisinering fører årlig til unødvendige lidelser for mange pasienter. Helsetilsynet har funnet store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem (7/2010.) Andre undersøkelser har funnet legemiddelrelaterte problemer hos opptil 80 prosent av pasientene i både sykehjem og sykehus. Minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler.

Eldre (over 65 år) står for nesten halvparten av den totale legemiddelbruken, til tross for at de bare utgjør femten prosent av befolkningen. Risiko for feilmedisinering øker i takt med antall legemidler.

Erfaringer fra pasientsikkerhetskampanjens pilotprosjekt i Vestfold viser at tiltak for riktig legemiddelbruk i sykehjem gir trygge pasienter med bedre helse, fornøyde pårørende, motiverte ansatte og dedikerte ledere, leger og farmasøyter. 3 av 4 av pasientene som var med i pilotprosjektet fikk endret sin medisinliste som et resultat av legemiddelgjennomganger. En pasient ble så frisk at han kunne flytte hjem og fungere som normalt etter endring i sin medisinliste. Slike resultater illustrerer hvor virkningsfullt legemiddelgjennomganger er som tiltak for å sikre riktige medisinbruk.

Kommentarer

Anne-Grete Skjellanger, sekretariatsleder for Nasjonal pasientsikkerhetskampanje, 408 54 891, ask@kunnskapssenteret.no:

- Vi er veldig glade for at Leirfjord sykehjem går foran og viser vei for resten av sykehjemmene i sitt fylke. Det arbeidet som Leirfjord sykehjem nå legger ned, vil komme sykehjemspasienter i hele Nordland til gode.

Kontaktperson

Ellen Mogård Larsen, FoU-leder ved utviklingscenteret, 906 80 552, ellen.mogard.larsen@alstadaug.kommune.no.

Informasjon om riktig legemiddelbruk i sykehjem

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Riktig+legemiddelbruk+i+sykehjem.15.cms>

Video om riktig legemiddelbruk i sykehjem

<http://vimeo.com/34015425>



**Utviklingscenter
for sykehjem**
Nordland

Læringsnettverk Helgeland

Riktig legemiddelbehandling i sykehjem

Kompendium til forbedringsteamene

Februar 2014

Innholdsfortegnelse

	Side
Velkommen til læringsnettverk	3
Hva det innebærer å delta i et læringsnettverk	
Oversikt over prosjektperioden	
Hvorfor Riktig legemiddelbruk i sykehjem	4
Krav til målformuleringer	6
Noen gode råd til arbeidsgruppene ved formulering av mål	
Tiltaksskjema (skjema 1)	7
Brukes av arbeidsgruppene til å beskrive målet, problemene og endringstiltakene	
Fremdriftsplan (skjema 2)	8
Brukes av arbeidsgruppene til å beskrive hvem, hvor og når gjøre hva i forbedringsarbeidet	
Statusrapport (skjema 3)	9
Brukes til å beskrive prosjektarbeidet mellom LN 1 og LN2 .	
Fungerer som delrapport.	
Selvevaluering	10
Brukes av arbeidsgruppene til å evaluere prosjektets utvikling	
Utforming av veggavis/poster	11
Noen gode råd om posterens utseende og innhold	

Mal for veggavis/poster	12
Fremdriftsplan for perioden fra LN 2 til LN 3 (skjema 4)	13
Brukes av arbeidsgruppene til å beskrive hvem, hvor og når gjøre hva i forbedringsarbeidet	
Sluttrapport (skjema 5)	14
Mal for sluttrapportens omfang og innhold	
Vedlegg Start/stopp-kriterier	16
Vedlegg Prosedyre for LMG	26
Vedlegg Standard blodprøver	27
Vedlegg Målinger	28

Velkommen til læringsnettverk!

Læringsnettverk – hva er det?

Utviklingssenter for sykehjem i Nordland tilbyr læringsnettverk for å hjelpe kliniske team med å sette i gang forbedringstiltak i praksis. Konseptet er opprinnelig utviklet av det amerikanske Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, og har de siste tretten årene blitt brukt av Legeforeningen til iverksetting av forbedringsprosjekter – under navnet "Gjennombruddsprosjekter".

Et læringsnettverk består av et fast opplegg på tre samlinger spredt over ni måneder. Mellom samlingene skal deltakende team arbeide med forbedringstiltak i egen virksomhet, og på læringsnettverkene utveksler de erfaringer og lærer av hverandre.

Hva er spesielt med læringsnettverk?

Erfaring viser at læringsnettverkene skaper entusiasme og eierforhold til forbedringsarbeidet gjennom påvirkningsmuligheter, fellesskap, konkurranseånd, resultatmåling, veiledning og støtte.

Utover samlinger med fastlagte tiltak og målinger, er det opp til teamene å finne ut av hvordan endringene best kan integreres i daglig praksis. Alle teamene jobber med de samme utfordringene, og inspirerer og hjelper hverandre underveis. Ved å bidra med overordnet ramme med fastlagte arbeidsformer, tidsfrister, rapporteringer og deltakelse, driver læringsnettverket frem teamenes fremdrift og resultater.

Fordi et læringsnettverk baserer seg på lokal progresjon av forbedringsarbeidet, kreves det at samme team deltar på alle tre samlingene.

Veiledning

Utviklingssenteret bistår deltakerne i arbeidet. Strukturert arbeid med ambisjoner og målbevissthet er ikke ukjent blant helsearbeidere. Veilederne vil hjelpe og støtte fremdriften av prosjektet når det gjelder arbeidsmetoder, verktøy og teknikker og vil være pådrivere overfor arbeidsgruppene.

Gjennom læringsnettverket får deltakerne hjelp til å iverksette konkrete forbedringer som vil bidra til å redusere pasientskader på arbeidsplassen. I tillegg vil de lære en ny arbeidsmodell for å få til endring i praksis, som vil kunne brukes på andre forbedringsprosjekter i virksomheten.

Læringsnettverket vil ha tre samlinger, alle på Rica hotell i Sandnessjøen.

10. februar 2014:

Forbedringsprosjekt

Måldefinering

Problemdefinering

Fremdriftsplan

Selvevaluering

Mellom samlinger: Veiledning på telefon

Innsending av måleskjema, statusrapport og selvevaluering

10.juni 2014

Fagtema

Presentasjoner fra kommunene

Problemdefinering

Fremdriftsplan

Selvevaluering

Mellom samlinger: Innsending av måleskjema, sluttrapport og selvevaluering

1.september 2014

Fagtema

Presentasjon

Hvorfor riktig legemiddelbruk i sykehjem?

Mål : Redusere komplikasjoner i forbindelse med legemiddelbehandling i sykehjem.

Feilmedisinering fører hvert år til unødvendige lidelser for mange pasienter. Helsetilsynet har funnet store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem (7/2010.) En tredjedel av sykehjemspasientene bruker minst ett uhensiktsmessig legemiddel (Halvorsen, 2012). Minst én av ti sykehusinnleggelse av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler (St. meld nr. 18 (2004-2005)).

Eldre (over 65 år) står for nesten halvparten av den totale legemiddelbruken, til tross for at de bare utgjør femten prosent av befolkningen (Folkehelseinstituttet 2009). Risiko for feilmedisinering øker i takt med antall legemidler.

Avvik i legemiddelbehandling kan bestå av feil i oversikten over pasientens medisiner, svikt i kommunikasjon mellom behandlere, og manglende oppfølging av helsetjenesten. Dette kan føre til at pasientene får feil type legemiddel, for få, for mange eller feil dose, eller kombinasjoner som fører til skade.

Innsatsområde

Pasientsikkerhetsprogrammet / trygge hender 24-7 valgte riktig legemiddelbruk i sykehjem som ett av innsatsområdene.

Tiltakene som er innført skal optimalisere legemiddelbehandlingen av alle pasienter på sykehjem og dermed redusere pasientskade. Leirfjord sykehjem har vært vår pilot for innsatsområdet. Ved hjelp av tiltakene har sykehjemmet optimalisert legemiddelbehandlingen for pasientene. Tiltakene er også tatt i bruk ved Utviklingssenterets øvrige sykehjem i Alstahaug, Dønna og Herøy.

De har etablert rutiner for:

- 1) strukturerte legemiddelgjennomganger (LMG) ved innkomst, halvårs- og årskontroller,
- 2) et eget registreringsark i legejournal i tilknytning til LMG,
- 3) legemiddelrelaterte pleieplaner innen 24 timer etter endring i forskrivning,
- 4) tverrfaglige case møter og farmasøyt undervisning i avdelingene.

Strukturerte legemiddelgjennomganger ble gjennomført av tverrfaglig team. Tiltakene gir lovende resultater. Tiltakene har bidratt til å øke pasientsikkerheten hos sykehjem som har deltatt i det nasjonale læringsnettverket på dette innsatsområdet.

Forbedringene har blant annet bestått i:

- **Bedre legemiddellister og bedre diagnoselister**
- **Dokumentasjon i pasientjournal har høyere kvalitet**
- **Bedre dokumentasjon og oppfølging av legemiddelbruk.**
- **Økt kunnskap om sykdommen til pasienten**
- **Økt kunnskap og bevissthet om riktig bruk av legemidler til eldre**
- **Mer objektive målinger**
- **Bedre tverrfaglig samarbeid, tettere kontakt med farmasøyt**
- **Tettere dialog med pasienter og pårørende om legemidler**

(Pasientsikkerhetskampanjen)

Krav til målformuleringer

Spesifikt

Klar, konkret, entydig, tallfestet angivelse av forventet resultat.

Målbart

Man skal kunne vite når målet er oppnådd.

Ansporende

Være utfordrende, gi mulighet for egenutvikling, inspirere til nytenkning.

Realistisk

Oppnåelig i forhold til andre oppgaver og ressurser.

Tidsbestemt

Angi når resultatet skal være nådd.

Enighet

Enighet om målet, forankring i gruppen og hos problemeier.

Tiltaksskjema (skjema 1) (en kopi leveres inn på samling 1)

Deltakende enhet:

Gruppeleder:

Hovedmål.....

Overordnede målinger.....

Utfordringer	Hvilke tiltak vil vi iverksette?
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Selvevalueringstall pr 10.februar 2014 (etter LN 1): Se s.11

Fremdriftsplan for perioden fra LN 1 til LN 2 (skjema 2)

Deltakende enhet:

.....

Gruppeleder:

Tiltak nr.:	Hva skal gjøres?	Ansvarlig	Februar, Mars ,April , Mai, Juni
1.			
2.			
3.			
4.			

En kopi leveres inn etter gruppearbeid

Statusrapport (skjema 3)

sendes Ellen Mogård Larsen innen 9. mai 2014: ellen.mogard.larsen@alstahaug.kommune.no

Deltakende enhet:	
Tallfestet mål:	
Gruppeleder:	
Måleansvarlig:	
Gruppemedlemmer:	
Veileder:	

Kopier malen og skriv rett inn i den, mens du sletter ledetekstene (alt som har vanlig skrift) etter hvert og behold overskriftene. Statusrapporten skal være på max. 3 sider . Rapporten skal være et sammendrag av gruppens arbeid og gi anledning til refleksjon over det som er gjort til nå.

Beskrivelse av sykehjemmet (type avdeling, antall sengeplasser, antall stillinger for leger, pleiepersonale, sekretær osv. - maks. 5 linjer):

1. Plan: (Redegjør for mål og planer)

- Hva er hensikten med den endringen som skal prøves ut? Beskriv kort hvorfor dette målet ble valgt, og hvordan dere i planleggingsfasen tenker å nå målet.
- Hvordan vil dere vite at en endring av nåværende arbeidsmåte er en forbedring? Hvilke målinger kan vise dette? Sørg for at målet og målingene passer sammen
- Ansvarsfordeling: Hvem gjør hva, hvor, hvordan og når?

2. Tiltak: (Beskriv hva som har skjedd så langt)

- Hvilke tiltak ble iverksatt
- Har dere prøvet ut forbedringene i liten skala før dere innførte dem over alt? Fortell kort hvordan det gikk.
- Hendte det noe uforutsett da dere prøvde ut/innførte forbedringene?

3. Målinger: (Redegjør for og tolk registrerte data.)

- Hva viser målingene? På hvilken måte skilte seg fra det dere antok?
- Har dere gjennomført endringer som har vist seg å være signifikante forbedringer med mindre variasjon i prosessen?
- Hva har dere lært av de erfaringene og målingene dere har gjort så langt?

4. Resultat: (Hvilke konsekvenser får resultatene av arbeidet så langt?)

- Hva vil dere korrigere i veien videre? Skal tiltakene beholdes og videreføres eller forkastes? Er det spesielle hindringer dere må ta hensyn til?
- Finnes det ressurser – personer eller annet – som kan fremme selve endringsarbeidet?
- Hvilke andre tiltak skal prøves?

5. Hva har gruppen lært så langt

- Muligheter og barrierer i avdelingens forbedringsprosesser?
- Hva har prosjektgruppen lært i forhold til forbedringsarbeid?
- Hva har prosjektgruppen lært i forhold til fagkunnskap?
- Prioriterte innsatsområder frem til neste rapport?

Selvevaluering

Bruk kun hele tall (1, 2, 3, 4 eller 5) ved selvevaluering!

Selvevalueringstall

etter LN 1

**Selvevalueringstall
etter LN 2**

--

Selvevalueringstall LN 3

For å måle og følge opp hvordan nettverket skrider frem både som gruppe og for de enkelte team brukes en skala der trinnene 1 – 5 innebærer:

Selvevalueringstall 1: Teamet har ikke kommet i gang

Planer og ideer, men ingen aktivitet.

Selvevalueringstall 2: Aktivitet uten forbedring

Møter, kartlegging, utarbeidelse av skjemaer, gjennomgang av historiske data, diverse målinger etc., men ingen endret praksis.

Selvevalueringstall 3: Enkelte forbedringer har kommet frem

Endret praksis i forhold til tidligere.

Selvevalueringstall 4: Påtagelige forbedringer er målt.

Endringene har ført til målbare forbedringer sammenliknet med tidligere praksis.

Selvevalueringstall 5: Påtagelige forbedringer er målt, og forbedringene har fått gjennomslag i systemet

Endringene er standardisert i systemet, og forventes å bestå også etter at prosjektet er avsluttet.

Målsettingen er at så mange team som mulig skal forflytte seg til trinn 5 i løpet av prosjektperioden.

Utforming av veggavis/poster

En veggavis eller poster, skal inneholde data og erfaringer fra hva dere har gjort.

En av hensiktene med posteren er å dele problemer, ideer, og løsninger med andre arbeidsgrupper – inspirasjon og erfaringsutveksling. I tillegg vil selve fremstillingen gi dere mulighet for refleksjon over hva som har hendt underveis, og hva dere har oppnådd. Posterne tar dere med til LN 2 og LN 3 henger dem opp i lokalet. Dette vil bli brukt som diskusjonsmateriale.

Hensikten med å standardisere posteren er å gjøre også andres postere lett gjenkjennelige og leselige for deg.

Endringsarbeide krever blant annet at ditt budskap fremføres på en overbevisende, lett forståelig og kraftfull måte. Her er en fin måte å trene seg på!

Veiledning

- Det skal fremgå hvilke mål som har vært satt.

- Posteren skal være lettlest og lett å forstå, dvs. korte tekster. Dette er et meget viktig punkt, og bør gis stor betydning!
- Beskriv kortfattet de utprøvinger og tiltak dere har gjort.
- Redegjør for resultatene ,
- Konklusjon på gruppens arbeid – så langt.
- Gi en refleksjon over hva dere har oppdaget eller lært av arbeidet deres.
- Presenter planene for det videre forbedringsarbeidet.

For å utforme posteren kan dere f. eks. bruke en kartongplate med skrift, grafikk etc. eller dere kan lage flere Powerpoint-ark som dere monterer sammen.

På neste side følger en mal for fremstilling av poster.

Har dere spørsmål, ta kontakt med gruppens veileder.

Mal for poster

Tittel

Arbeidsgruppe:

- **Introduksjon**

Kort introduksjon om bakgrunnen for prosjektet samt enkle data som belyser problemstillingen.

- **Målet med deltakelsen i Læringsnettverket**

Beskriv kort hensikten med prosjektet samt det overordnede mål dere har satt.

- **Utprøvnings og foreløpige resultater.**

Redegjør med noen få ord de tiltak dere har gjennomført. De som har hatt spesiell betydning forklares mer inngående.

Resultatene fremstilles (Excel-målinger)

- **Kommentarer til målinger**

Marker tidspunkter for de forskjellige tiltak samt eventuelle hendelser som dere vil kommentere.

- **Planlagt fortsettelse når vi kommer hjem.**

Beskriv i noen få setninger videre planlagte tiltak.

- **Sammendrag og refleksjon.**

Hva har dere lært - så langt?

Statusrapport og fremdriftsplan for perioden fra LN 2 til LN 3 (skjema 4)

Deltakende enhet:

Gruppeleder:

Tiltak nr.:	Hva skal gjøres?	Ansvarlig	Juni- Juli-August
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

En kopi leveres inn etter gruppearbeid

Sluttrapport (skjema 5)

Deltakende enhet:	
Tallfestet mål:	
Gruppeleder:	
Måleansvarlig:	
Gruppemedlemmer:	
Veileder:	

Sluttrapporten skal være på maks 3 sider. Rapporten skal være en sammenfatning av gruppens arbeid og gi anledning til refleksjon over det som er gjort i løpet av hele prosjektperioden. Kopier malen og skriv rett inn i den mens du sletter ledetekstene (alt som har vanlig skrift) etter hvert og beholder overskriftene.

Beskrivelse av avdelingen (type avdeling, antall sengeplasser, antall stillinger for leger pleiepersonale, sekretær osv. - maks. 5 linjer)

Hensikten med prosjektet og mål (Plan)

Hvorfor: Forklar kort hvorfor dere ville endre det dere har endret. Gi eventuelt en kort beskrivelse av den situasjonen dere ønsket å oppnå ved endringene.

Hva: Resultatmål, tiltaksmål og balanserende mål beskrives her.

Tiltak

Hvordan: Beskriv kort (eventuelt punktvis) alle tiltak og endringer som dere har prøvet ut og innført, med en kort kommentar om hva dere lærte.

Målinger

Beskriv kort målemetoden(e) dere har benyttet, på en slik måte at andre kan forstå hvordan dere har målt. Nevn også målgruppe, og eksklusjons/ inklusjonskriterier der det er aktuelt.

Resultat

Beskriv resultatene av prosjektet, både det dere har målt og andre resultater dere har observert. Fortell hvorvidt dere har oppnådd signifikante forbedringer, og om prosessen varierer mindre etter intervensjon enn før prosjektet startet.

Læring

Beskriv rammer og vilkår for teamets arbeid i prosjektperioden (f.eks. hyppigheten og tid til teammøter, fristilling av personale). Har det blitt vesentlige endringer i organisasjonen i prosjektperioden (f.eks. personale, bruk av tid og andre ressurser)?

Beskriv kort det viktigste dere har lært av fagkunnskap og forbedringskunnskap.

Hva har vært mest givende og mest vanskelig ved å arbeide med forbedringskunnskap?

Hva er deres samlede erfaringer med Læringsnettverksmetoden?

Veien videre

Beskriv hvilke planer det er lagt for videre arbeid med kvalitetsutvikling. Er det inngått avtaler med ledelsen om dette? Hvis ikke, beskriv ønskene teamet har for det fremtidige arbeid.

Selvevalueringstall (se s. 11):

Sluttrapporten sendes Ellen Mogård Larsen innen 15. august 2014:

ellen.mogard.larsen@alstahaug.kommune.no

Vedlegg 7 START OG STOPP-kriterier

1. **START** (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment)
2. **STOPP** (Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions)
3. Forslag til prosedyre for legemiddelgjennomganger i sykehjem, utviklet av Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold.
(Inkludert sjekklisten for legemiddelgjennomgang i sykehjem)

START Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment

Oversatt til norsk av Marit Stordal Bakken, Anne Gerd Granås, Sabine Ruths, Anette Hylén Ranhoff (2011).

Disse legemidlene bør vurderes hos personer ≥ 65 år med følgende tilstander - der ingen kontraindikasjon (mot forskrivning) foreligger:

Hjerte- og karsystemet

1. Warfarin ved kronisk atrieflimmer [Hart et al. 1999, Ross et al. 2005, Mant et al. 2007].
2. Acetylsalisylsyre ved kronisk atrieflimmer, der warfarin er kontraindisert, men ikke acetylsalisylsyre [Hart et al. 1999, Ross et al. 2005].
3. Acetylsalisylsyre eller klopidogrel ved kjent arteriosklerotisk koronar, cerebral eller perifer karsykdom hos pasienter med sinusrytme [Smith et al. 2006].
4. Antihypertensiv behandling ved vedvarende systolisk blodtrykk > 160 mmHg [Williams et al. 2004, Papademetriou et al. 2004, Skoog et al. 2004, Trenkwalder et al. 2005].
5. Statinbehandling ved kjent koronar, cerebral eller perifer karsykdom dersom pasienter er uavhengig i dagliglivets aktiviteter og levetidene er mer enn 5 år [Brown og Moussa 2003, Amarenco et al. 2004, Smith et al. 2006].
6. Angiotensin converting enzyme (ACE)-hemmer ved kronisk hjertesvikt [Hunt et al. 2005].
7. ACE-hemmer etter akutt hjerteinfarkt [ACE Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group 1998, Antman et al. 2004].
8. Betablokker ved kronisk stabil angina pectoris [Gibbons et al. 2003].

Luftveiene

1. Regelmessige inhalasjoner av beta-2-agonist eller antikolinergikum ved mild til moderat astma eller KOLS [Buist et al. 2006].
2. Regelmessige inhalasjoner av steroider ved moderat/alvorlig astma eller KOLS, der forventet FEV1 $< 50\%$ [Buist et al. 2006]. 3. Kontinuerlig oksygenbehandling i hjemmet ved dokumentert kronisk type 1 respirasjonssvikt ($pO_2 < 8,0$ kPa, $pCO_2 < 6,5$ kPa) eller type 2 respirasjonssvikt ($pO_2 < 8,0$ kPa, $pCO_2 > 6,5$ kPa) [Cranston et al. 2005, Buist et al. 2006].

Sentralnervesystemet

1. L-DOPA ved Parkinsons sykdom med funksjonshemming og som resulterer i uførhet [Kurlan 1998, Danisi 2002].
2. Antidepressiva ved moderate/alvorlige depressive symptomer som varer i minst tre måneder/av minst tre måneders varighet [Lebowitz et al. 1997, Wilson et al. 2006].

Fordøyelsessystemet

1. Protonpumpehemmer med alvorlig gastroøsofageal reflukssykdom eller peptisk betinget striktur som krever dilatasjon [Hungin og Raghunath 2004].
2. Fibertilskudd ved kronisk, symptomatisk divertikulose med obstipasjon [Aldoori et al. 1994].

Muskel- og skjelettsystemet

1. Sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemiddel (DMARDs) ved aktiv moderat/alvorlig revmatisk sykdom som varer > 12 uker [Kwoh et al. 2002].
2. Bisfosfonater hos pasienter som får vedlikeholdsbehandling med kortikosteroider [Buckley et al. 2001].

3. Kalsium og vitamin D hos pasienter med kjent osteoporose (tidligere lavenergi-brudd, ervervet dorsal kyfose) [Gass og Dawson Hughes 2006].

Hormonsystemet

1. Metformin ved type 2 diabetes ± metabolsk syndrom (der det ikke er nedsatt nyrefunksjon*) [Mooradian 1996, Johansen 1999].
2. ACE-hemmer eller angiotensin reseptorblokker (ARB) ved diabetes med nefropati, der urinprøve viser proteinuri eller mikroalbuminuri (> 30 mg/24 timer) ± serologisk biokjemisk påvist nedsatt nyrefunksjon* [Sigal et al. 2005].
3. Platehemmende behandling ved diabetes mellitus dersom samtidig/også betydelige kardiovaskulære risikofaktorer (hypertensjon, hyperkolesterolemi, røyking) [Sigal et al. 2005].
4. Statinbehandling ved diabetes mellitus dersom samtidig/også betydelige kardiovaskulære risikofaktorer [Sigal et al. 2005].

* Serum kreatinin > 150 mikromol / l, eller estimert GFR <50 ml / min [BNF 2006].

STOPP (Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions)

Screeningverktøy for potensielt uhensiktsmessige legemidler til eldre

De følgende forskrivninger av legemidler¹ er potensielt uhensiktsmessige hos personer ≥ 65 år.

Oversatt til norsk av Marit Stordal Bakken, Anne Gerd Granås, Sabine Ruths, Anette Høyen Ranhoff (2010)

A. Hjerne- og karsystemet

1. Langtidsbehandling med digitoksin i doser som gir s-digitoksin utenfor anbefalt nivå (økt risiko for digitoksinforgiftning)².
2. Slyngediuretikum som furosemid (Diural, Furix, Lasix) og bumetanid (Burinex) ved isolert ankelødem, dvs ingen kliniske tegn til hjertesvikt (ikke evidens for effekt, kompresjonsstrømper er vanligvis mer hensiktsmessig).
3. Slyngediuretikum som førstevalg monoterapi ved hypertensjon (tryggere og mer effektive alternativer tilgjengelige).
4. Tiazid (Centyl, Esidrex) ved urinsyregikt i sykehistorien (kan forverre urinsyregikt).
5. Betablokker ved kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) (risiko for økt bronkospasme).
6. Betablokker i kombinasjon med verapamil (Isoptin, Verakard) (risiko for symptomgivende ledningsblokk).
7. Bruk av diltiazem (Cardizem) eller verapamil ved hjertesvikt NYHA klasse III eller IV (kan forverre hjertesvikt).
8. Kalsiumantagonister ved kronisk obstipasjon (kan forverre obstipasjon).
9. Bruk av acetylsalisylsyre (Albyl-E) og warfarin (Marevan) i kombinasjon uten samtidig histamin-2 reseptorantagonist eller protonpumpehemmer (PPI) (høy risiko for gastrointestinal blødning).
10. Dipyridamol (Persantin) i monoterapi ved kardiovaskulær sekundærforebygging (ikke evidens for effekt).
11. Acetylsalisylsyre ved ulcussykdom i sykehistorien uten samtidig histamin-2 reseptorantagonist eller PPI (risiko for blødning).
12. Acetylsalisylsyre i dose >150mg daglig (økt blødningsrisiko, ikke evidens for økt effekt)
13. Acetylsalisylsyre uten symptomer på koronar, cerebral eller perifer karsykdom eller okkluderende hendelse i sykehistorien (ikke indisert).

14. Acetylsalisylsyre til behandling av svimmelhet uten holdepunkter for cerebrovaskulær sykdom (ikke indisert).
15. Warfarin i mer enn 6 måneder ved førstegangs ukomplisert dyp venetrombose (ikke evidens for økt nytte).
16. Warfarin i mer enn 12 måneder ved førstegangs ukomplisert lungeemboli (ikke evidens for nytte).
17. Acetylsalisylsyre, klopidogrel (Plavix), dipyridamol eller warfarin ved samtidig blødningsforstyrrelse (høy risiko for blødning).

B. Sentralnervesystemet og psykofarmaka

1. Tricykliske antidepressiver (TCA, f.eks. Sarotex, Noritren, Anafranil) ved demens (*risiko for forverring av kognitiv svikt*).
2. TCA ved glaukom (*kan forverre glaukom*).
3. TCA ved ledningsforstyrrelser i hjertet (pro-arytmisk effekt).
4. TCA ved obstipasjon (*kan forverre obstipasjon*).
5. TCA sammen med opiat eller kalsiumantagonist (*risiko for alvorlig obstipasjon*).
6. TCA ved prostatisme eller urinretensjon i sykehistorien (*risiko for urinretensjon*).
7. Langtidsbehandling (>1 måned) med langtidsvirkende benzodiazepiner, dvs nitrazepam (Apodorm, Mogadon), flunitrazepam (Flunipam) og benzodiazepiner med langtidsvirkende metabolitter, f.eks. diazepam (Stesolid, Vival, Valium) (*risiko for forlenget sedasjon, konfusjon, svekket balanse og fall*).
8. Langtidsbehandling (>1 måned) med nevroleptika (feks. Nozinan) som sovemiddel (*risiko for konfusjon, hypotensjon, ekstrapyramidale bivirkninger, fall*).
9. Langtidsbehandling med nevroleptika (>1 måned) hos pasienter med parkinsonisme (*kan forverre ekstrapyramidale symptomer*).
10. Fentiaziner (høydose nevroleptika; Nozinan, Trilafon, Stemetil) til pasienter med epilepsi (*kan senke krampeterskelen*).
11. Antikolinergika til behandling av ekstrapyramidale bivirkninger fra nevroleptika (*risiko for antikolinerg toksisitet*).
12. Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI, f.eks. Cipramil, Cipralext, Zoloft) ved klinisk betydningsfull hyponatremi (ikke-iatrogen hyponatremi <130mmol/l i løpet av de to siste månedene) i sykehistorien.
13. Langtidsbruk (>1 uke) av førstegenerasjons antihistaminer, f.eks. syklizin (Marzine), prometazin (Phenergan) (*risiko for sedasjon og antikolinerge bivirkninger*).

C. Fordøyelsessystemet

1. Loperamid (Imodium) eller kodeinfosfat (i Paralgin forte og Pinex Forte) til behandling av diaré av ukjent årsak (*risiko for forsinket diagnose, kan forverre obstipasjonsdiaré, kan utløse toksisk megacolon ved inflammatorisk tarmsykdom, kan forsinke bedring av gastroenteritt som ikke er erkjent*).
2. Loperamid eller kodeinfosfat til behandling av alvorlig infeksjøs gastroenteritt, dvs med blodig diaré, høy feber eller systemisk toksisk påvirkning (*risiko for forverring eller forlenget infeksjon*).
3. Proklorperazin (Stemetil) eller metoklopramid (Afipran) ved parkinsonisme (*risiko for forverring av parkinsonisme*).
4. PPI ved ulcussykdom i full terapeutisk dose i >8 uker (*dosereduksjon eller tidligere seponering er indisert*).
5. Antikolinerge spasmolytika (butylskopolamin og skopolamin) ved kronisk obstipasjon (*risiko for forverring av obstipasjon*).

D. Luftveiene

1. Teofyllin i monoterapi ved KOLS (*tryggere og mer effektive alternativer; risiko for bivirkninger på grunn av smalt terapeutisk vindu*).
2. Systemiske kortikosteroider i stedet for inhalasjonssteroider i vedlikeholdsbehandling av moderat/alvorlig KOLS (*unødig langtidseksponering for systemiske steroidbivirkninger*).
3. Ipratropiuminhalasjon (Atrovent) ved glaukom (*kan forverre glaukom*).

E. Muskel- og skjelettsystemet

1. Ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs) ved ulcussykdom eller gastrointestinal blødning i sykehistorien, unntatt ved samtidig histamin-2 reseptorantagonist, PPI eller misoprostol (Cytotec) (*risiko for tilbakefall av ulcussykdom*).
2. NSAID ved moderat/alvorlig hypertensjon (moderat: 160/100mmHg – 179/109mmHg; alvorlig: $\geq 180/110$ mmHg) (*risiko for forverring av hypertensjon*).
3. NSAID ved hjertesvikt (*risiko for forverring av hjertesvikt*).
4. Langtidsbruk av NSAID (>3 måneder) mot milde leddsmerter ved artrose (*paracetamol foretrekkes og er vanligvis like effektiv mot smerter*).
5. Warfarin og NSAID samtidig (*risiko for gastrointestinal blødning*).
6. NSAID ved kronisk nyresvikt* (*risiko for forverring av nyrefunksjon*).
7. Langtidsbruk av kortikosteroider (>3 måneder) i monoterapi ved revmatoid artritt eller artrose (*risiko for alvorlige systemiske bivirkninger*).
8. Langtidsbruk av NSAID eller kolkisin ved kronisk behandling av urinsyregikt der det ikke er kontraindikasjon for allopurinol (Allopur, Zyloric) (*allopurinol førstevalg ved profylaktisk behandling av urinsyregikt*).

* estimert GFR 20-50ml/min.

F. Urogenitalsystemet

1. Blærespesifikke antimuskarine legemidler, (tolterodin (Detrusitol), solifenazin (Vesicare) mfl.), ved demens (*risiko for økt konfusjon, agitasjon*).
2. Antimuskarine legemidler ved kronisk glaukom (*risiko for akutt forverring av glaukom*).
3. Antimuskarine legemidler ved kronisk obstipasjon (*risiko for forverring av obstipasjon*).
4. Antimuskarine legemidler ved kronisk prostatisme (*risiko for urinretensjon*).
5. Alfa-1-reseptorantagonister (alfuzosin (Xatral), doxazosin (Carduran), tamsulosin (Cepalux, Omnic), terazosin (Sinalfa)) hos menn med hyppig inkontinens, dvs en eller flere episoder med inkontinens daglig (*risiko for hyppig vannlatning og forverring av inkontinens*).
6. Alfa-1-reseptorantagonister ved langtidsbruk av urinkateter, dvs mer enn 2 måneder (*legemidlet er ikke indisert*).

G. Hormonsystemet

1. Glibenklamid (Euglucon) ved diabetes mellitus type 2 (*risiko for forlenget hypoglykemi*).
2. Betablokker hos diabetikere med hyppige hypoglykemiske episoder, dvs ≥ 1 episode per måned (*risiko for maskering av hypoglykemiske symptomer*).
3. Østrogener ved brystkreft eller dyp venetrombose i sykehistorien (*økt risiko for tilbakefall*).
4. Østrogener uten progesteron hos pasienter med intakt uterus (*risiko for endometriekreft*).

H. Legemidler som øker fallrisiko hos personer med falltendens (≥ 1 fall siste tre måneder)

1. Benzodiazepiner (*sederende, kan gi svekkede sanser, sviktende balanse*).
2. Nevroleptika (*kan gi gangvansker, parkinsonisme*).
3. Førstegenerasjons antihistaminer (*sederende, kan svekke sansene*).
4. Vasodilaterende legemidler som er kjent for å gi hypotensjon hos pasienter med ortostatisk hypotensjon, dvs >20 mmHg fall i systolisk blodtrykk ved gjentatte målinger (*risiko for synkope, fall*).
5. Langtidsbruk av opiatier hos pasienter med falltendens (*risiko for dødsighet, ortostatisk hypotensjon, svimmelhet*).

I. Analgetika

1. Langtidsbruk av sterke opiatier, f.eks. morfin (Dolcontin), buprenorfin (Norspan), oxycodon (OxyContin, OxyNorm), fentanyl (Durogesic) eller kodeinfosfat (Paralgin Forte, Pinex Forte), som førstevalg ved mild/moderat smerte (*WHO's smertetrapp ikke etterfulgt*).
2. Fast bruk av opiatier i mer enn 2 uker ved kronisk obstipasjon uten samtidig bruk av laksantia (*risiko for alvorlig obstipasjon*).
3. Langtidsbruk av opiatier hos personer med demens unntatt når det er indisert for lindrende behandling eller for kontroll av moderat/alvorlig kronisk smertesyndrom (*risiko for forverring av kognitiv svikt*).

J. Dobbeltforskrivning

Enhver forskrivning av flere legemidler fra samme klasse, f.eks. to opiatier, NSAIDs, SSRIer, slyngediuretika, ACE-hemmere (*optimalisering av monoterapi innen én legemiddelklasse skal forsøkes før man introduserer en ny legemiddelklasse*).

¹³⁰Legemidler som ikke er godkjent for bruk i Norge er utelatt.

²Digitoksin er valgt og omtalt i henhold til legemiddelets egenskaper i den norske oversettelsen (digoksin i originalversVedlegg 3:)

Vedlegg 8 Prosedyre for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem

Prosedyre for legemiddelgjennomgang (LMG) av pasienter i sykehjem		
.....kommune-.....sykehjem – Legemiddelgjennomgang (LMG)		
Utarbeidet i samarbeid med og godkjent av virksomhetsleder: Vedtatt av kommuneoverlegen:	Iverksetting:	Siste revisjon: Neste revisjon:

1. Definisjon

”Legemiddelgjennomgang er en strukturert og planlagt systematisk metode med gjennomgang av legemiddellisten til pasienten av et tverrfaglig team for å sikre at pasienten får nødvendig og riktig legemiddelbehandling”

2. Omfang

Prosedyren omfatter medisinskfaglig ansvarlig og ansvarlig sykepleier for pasienter i sykehjem. Alle ansatte i avdeling med pasienter med langtidsvedtak i sykehjem skal være kjent med prosedyren.

Prosedyren omfatter:

- Legemiddelgjennomgang ved innleggelse i sykehjem.
- Legemiddelgjennomgang ved det videre oppholdet i sykehjem.
- Legemiddelgjennomgang ved utskrivelse/overflytting.

Prosedyren gjennomføres ved:

- Legemiddelgjennomgang foretas ved første legevisitt etter innleggelse/ankomst og senest innen 4 uker
- Legemiddelgjennomgang foretas ved årskontroll, og halvt år etter årskontroll (se prosedyre for årskontroll).
- Legemiddelgjennomgang etter overføring mellom to nivåer foretas ved første visitt og senest innen 1 uke.

3. Hensikt

- Beboer/pasient får nødvendig og riktig legemiddelbehandling.
Beboer/pasient får rett medisin til rett tid i riktig dose.

4. Lovhjemmel

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)

Forskrift om Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 (FOR 2003-06-27-792)

Forskrift om legemiddelhåndtering (FOR 2008-04-03-320)

Forskrift om internkontroll (FOR-2002-12-30-1731)

Forskrift om pasientjournal (FOR 2000-12-21 nr 1385)

Veileder for legemiddelgjennomgang 06/2012

Rundskriv IS-9/2008 Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

5. Ansvar

Sykehjemslegen har det medisinskfaglige ansvaret for legemiddelbehandling av pasientene.

Virksomhetsleder og kommuneoverlege har det administrative og faglige ansvar for at lover, forskrifter og vedtatte prosedyrer blir fulgt.

6. Kompetansebehov

Virksomhetsleder må sikre at helsepersonell har nødvendige kunnskap i forhold til oppgavens art. Med kunnskap menes både kjennskap til prosedyre og praktisk gjennomføring. Virksomhetsleder må sørge for opplæring av personalet og fortløpende vurdere behov for kunnskapshevende tiltak.

7. Beskrivelse

Ansvar	Oppgaver
Lege Sykepleier Primærkontakt	Forberedelse <ul style="list-style-type: none">Innhenter relevant klinisk informasjon fra samarbeidende helsepersonell, pasienten og pårørende om pasientens sykehistorie, funksjonsnivå, og aktuelle medisinske situasjon.
Sykepleier Primærkontakt	Kartlegger status ved bruk av sjekklister (vedlegg 1): <ul style="list-style-type: none">Kognitiv funksjonSirkulasjon/respirasjonEliminasjonErnæringFysisk funksjonsnivåPsykisk funksjonsnivåSmerterFunksjonsnivå i forhold til inntak av legemidler.
Lege	<ul style="list-style-type: none">Ordinerer standard laboratorieprøver (se vedlegg) + prøver avhengig av aktuell medikasjon og sykdom/diagnose.

<p>Lege, sykepleier og farmasøyt</p>	<p>Gjennomføring</p> <p>Gjennomgår legemiddelliste i henhold til klassifisering av legemiddelrelaterte problemer, både for faste legemidler og behovslegemidler med følgende spørsmål til hvert legemiddel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det indikasjon for legemiddelet? • Er det behov for andre legemidler? • Er doseringen passende? • Er det observert uheldige bivirkninger eller er det stor risiko for bivirkninger? • Er det legemidler pasienten ikke tåler? (oppdatere CAVE-listen). • Er det uønskede interaksjoner? (jmf. Druid-databasen på interaksjoner.no) • Er det funksjonssvikt som gir grunnlag for endringer? • Er det behov for å søke råd hos farmasøyt eller geriater?
<p>Sykepleier</p>	<p>Registrerer data for hver pasient ved LMG på registrerings ark</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall faste medisiner (alle med ATC-kode) • Antall naturpreparater (alle uten ATC-kode) • Antall behovsmedisiner • Andel legemidler med indikasjon • Om pasienten har oppfølgingsplan for legemidler i elektronisk journal (ja=1, nei=0) • Leverer samlet registrering for avdelingen på den første mandagen i måneden til måleansvarlig
<p>Lege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oppdaterer og signerer legemiddellisten. • Setter inn indikasjon/bruksområde for hvert legemiddel der det mangler • Oppdaterer diagnoselisten slik at det blir samstemmighet mellom denne og legemidlene. • Ordinerer relevant observasjon av virkning/bivirkning av legemidlene. • Dokumenterer gjennomført LMG i pasientens journal (registreringstype 205 i CosDoc).
<p>Lege og sykepleier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informerer pasienten og pårørende ved vesentlige endringer, eksempelvis ved innføring av nytt legemiddel eller ved seponering av legemiddel.
<p>Lege Sykepleier</p>	<p>Umiddelbar oppfølging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videreformidler endringer i legemiddelbehandlingen til øvrig personell involvert i pasientbehandlingen.
<p>Sykepleier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Korrigerer istandgjorte legemiddeldoser/dosetter i henhold til LMG. • Kartlegger behov for sykepleie og dokumenterer problem/behov, mål og tiltak i pasientens journal innen 24 timer etter LMG. <p>Videre oppfølging:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Følger opp og evaluerer virkning og eventuelt bivirkning av legemiddelbehandlingen etter instruks fra lege. • Kontakter lege ved observasjon av bivirkninger for pasient.

8. Avvik

Avvik fra prosedyren meldes gjennom kommunens eget avvikssystem.

9. Referanser

Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommunene: Shdir, IS-1436.

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00015/IS-1436_15221a.pdf

Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.
Nasjonal veileder: Shdir, IS-1691.

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/nasjonal_veileder_for_beslutningsprosesser_f_or_begrensning_av_livsforlengende_behandling_hos_alvorlig_syke_og_d_ende_400374

Ruths S, Viktil KK., Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskrift for Den norske Legeforening. Nr. 23, 2007;127:3073-6.

Sårbare pasienter- utrygg tilrettelegging. Rapport fra Helsetilsynet 7/ desember 2010. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008-2010.

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport7_2010.pdf

10. Vedlegg

Sjekkliste til prosedyren for legemiddelgjennomgang

Standard prøver ved legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang i sykehjem – sjekkliste

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

Funksjonsområde/	Observasjon/vurderinger/ forordninger	Anmerkninger
Utredning		
Pasientens initialer _____	Legemiddelgjennomgang ved: Innkunst <input type="checkbox"/> Halvårskontroll <input type="checkbox"/> Årskontroll <input type="checkbox"/>	
Samtykkekompetanse	Har samtykkekompetanse ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>	
Sirkulasjon/ respirasjon	Puls: _____/min	
	BT: _____mm/Hg	
	Dyspnoe: Ingen <input type="checkbox"/> O2 metning <input type="checkbox"/> Ved aktivitet <input type="checkbox"/> I hvile <input type="checkbox"/>	
	Ødemer: Ingen <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Store <input type="checkbox"/>	

Eliminasjon	Vannlating: Permanent kateter <input type="checkbox"/>	
	Inkontinent <input type="checkbox"/> Urinretensjon <input type="checkbox"/>	
	Avføring: Diaré <input type="checkbox"/> Obstipasjon <input type="checkbox"/>	
Ernæring	Vekt: ____ kg KMI: ____ Kvalme <input type="checkbox"/> Munntørrhet <input type="checkbox"/>	
Fysisk funksjonsnivå	Går uten hjelpemiddel <input type="checkbox"/> Går med støtte/ ganghjelpemiddel <input type="checkbox"/> Rullestol <input type="checkbox"/> Fallrisiko <input type="checkbox"/> Svimmelhet <input type="checkbox"/>	
Psykisk funksjonsnivå	Uro/forvirring <input type="checkbox"/> Virker nedstemt <input type="checkbox"/> Engstelse <input type="checkbox"/> Agitasjon <input type="checkbox"/> Hallusinasjoner <input type="checkbox"/>	
Søvn	Trøtthet på dagtid <input type="checkbox"/> Søvnforstyrrelser <input type="checkbox"/> Innsøvningsvansker <input type="checkbox"/>	
Funksjonsnivå i forhold til inntak av legemidler.	Kan svelge tabletter <input type="checkbox"/> Svelgvansker <input type="checkbox"/> Tabletter må knuses <input type="checkbox"/> Vil ikke ha/motsetter seg legemidler <input type="checkbox"/>	
Aktuelle lab. prøver forordnet av lege i forkant av LMG som er relevante i forhold til sykdom og legemiddelbruk	Se standard blodprøver (eget skjema) + i tillegg for eksempel Fastende blodsukker, serum digitoxin, HbA _{1c} ved diabetes, TSH/Fritt T ₄ ved stoffskiftesykdom, BNP ved hjertesvikt, Aktuelle medikamentspeil Standard blodprøver ved årskontroll <input type="checkbox"/> Standard blodprøver ved demensutredning <input type="checkbox"/>	
Dato og signatur		

Utviklingscenter for sykehjem i Nordland

ush.helgeland@alstahaug.kommune.no

www.utviklingscenter.no