

Pasientsikkerhetskampanjen – i trygge hender

Kompendium med sluttrapporter

Læringsnettverk- samling nr 3

10. mai 2012

Riktig legemiddelbruk i sykehjem

Andebu Sluttrapport

Deltakende enhet:	Andebu sykehjem
Tallfestet mål	5-7 Legemidler
Gruppeleder	Ferri Adloo
Måleansvarlig	Karina Holand
Gruppemedlemmer	Jorun Andreassen, Karina Holand, Ferri, Adloo
Veileder	Vibeke Bostrøm, farmasøyt: Eva Sundby, Alfhild Hov



Beskrivelse av avdelingen:

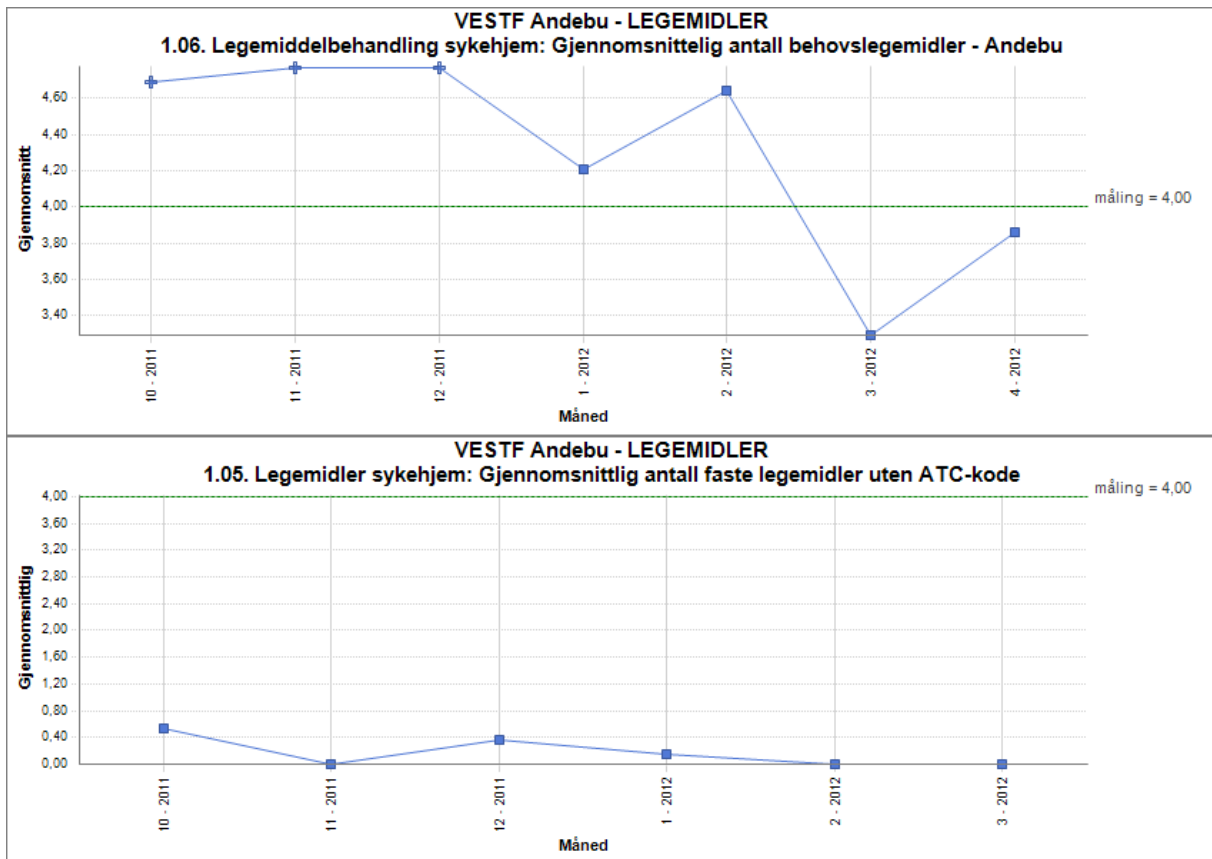
Sykehjemmet består av 3 avdelinger, langtidsavdeling, med 14 sengeplasser, kortids/rehabiliterings avdeling med 9 døgn sengeplasser og 3 dag/akutt plasser, samt dement avdelingen med 12 sengeplasser.

8,4 sykepleier årsverk og 23,2 hjelpepleier/helsefag arbeider årsverk, 10 timers tilsynslege fordelt i 2 dager i uken

Hensikten med prosjektet og mål

Målet med prosjektet er å forbedre brukerens livskvalitet med tanke på trygt legemiddel behandling dvs. optimal helse og livskvalitet.

Vi ønsket å redusere antall legemidler fordi vi syntes at brukere hadde stått på mange medikamenter lenge uten at disse ble revurdert av legen og uten at det var noe oppfølgingsplan.



Tiltak

Tiltak som er satt i verk.

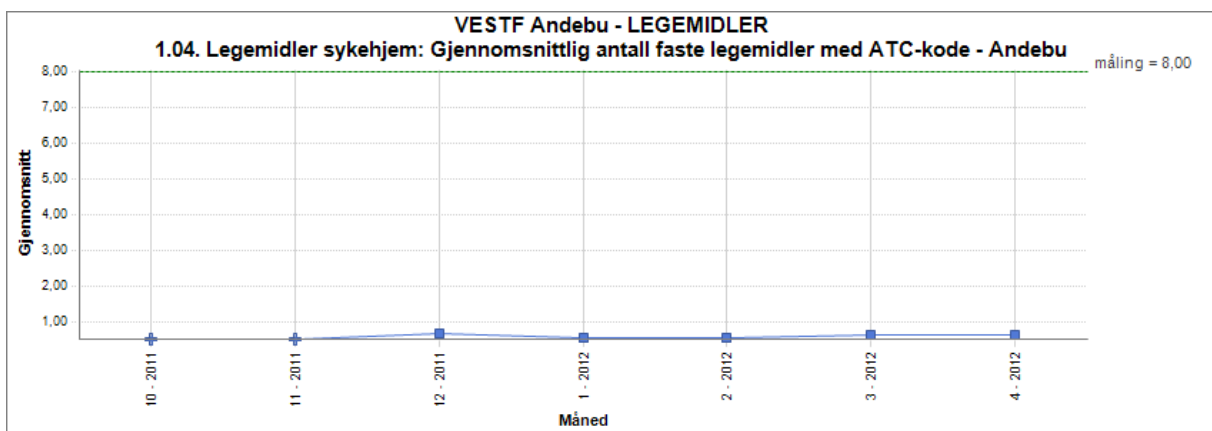
Måling av legemidler månedlig.

Gjennomgang av flere medisinskark sammen med legen.

Endret sjekklister/ standard sjekklister, bruk av STOPP og START kriteriene.

Føre til indikasjoner på medisinsk ark og analysere interaksjonen ved hjelp av DRUID.

Vi har blitt mer bevis over våre rutiner og fokuset på samstemning av medikamenter er blitt forsterket.

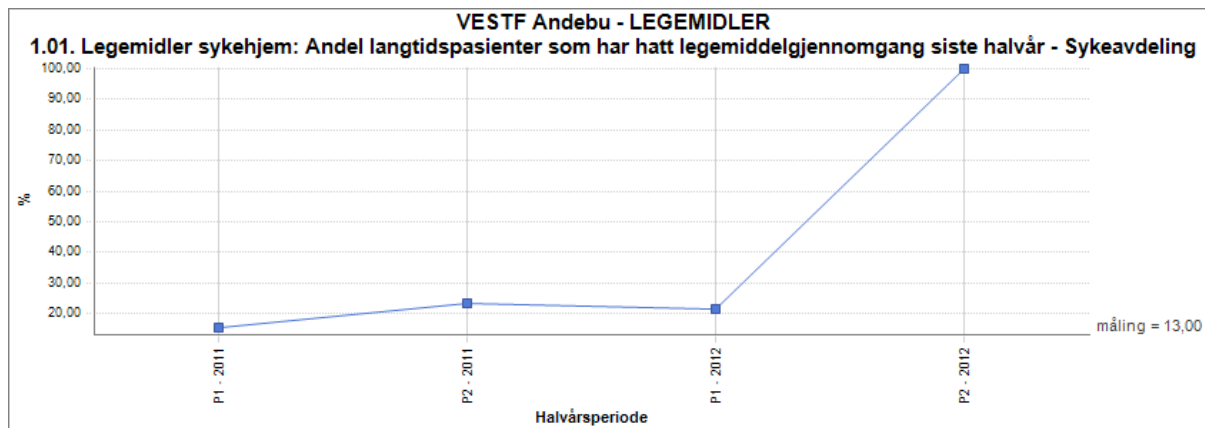


Målinger

Målgruppen er brukere med langtids vedtak på syke avdelingen og demens avdelingen.

Metoden som har blitt valg til måling, var det enkleste måte, det vil si å telle legemidler med og uten ACTnr, medikamenter ved behov, å finne ut om eksisterer oppfølgingsplan.

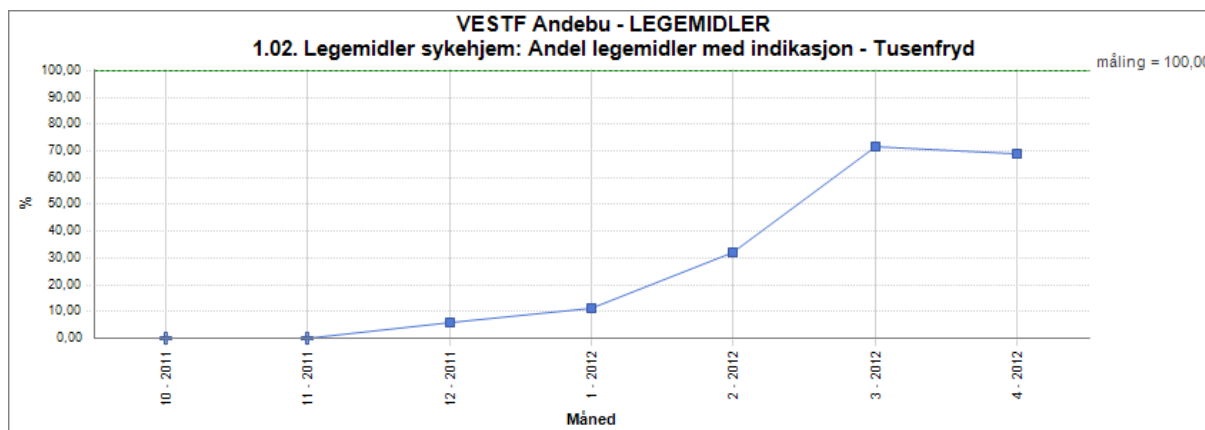
Målingene viser forbedring i flere områder i forhold til legemidler forbruk.



Resultat

Resultatene/ diagram viser forbedring i 5 tilfell av målingene, dvs. at vi har oppnådd 5 av 6 målene. Men det viser seg at hovdemålet var ikke realistisk i forhold til mengde av preparat.

I forhold til endringer på rutiner og systemer, medarbeidere har tatt godt imot endringer, siden resultatet er forbedring og optimal helse for brukere. Hjelpepleiere har vært delaktig og motivert i forhold til målinger og observasjoner.



Læring

Teamets samarbeid fungerte bra i prosjektperioden. Det var ikke behov for mange ekstra arbeidstimer. Vi var samstemte med endringspsykologien. Vi har klart å sette faget på dagsorden/ løfte faget et hakk opp. Medarbeiderens interesse i forhold til medikament behandling av brukere har blitt betydelig økt, og ikke minst det er en personlig tilfredsstillende å få konkrete forbedringer.

Veien videre

Samarbeid med tilsynslegene, jobbe systematisk med å bygge opp kompetansen/ utvikle kompetansen, kvalitetssikre medikamentell behandlingen, involvere/motivere primær kontakter i legevisitten.

Selvevaluering.

Vi mener at vi har jobbet jevnt og godt, så står på en sterk 5, hvis 6

Borre- sluttrapport

Deltakende enhet: Borre Sykehjem, Horten Kommune

Tallfestet mål:

Gruppeleder: Linn Johannessen

Måleansvarlig: Linn Johannessen

Gruppedlem: Linn Johannessen, Maricel Milje , Aud Brua Hansen og Gerda U. Lea.

Beskrivelse av sykehjemmet:

Langtidsavdeling, demens og somatikk. 48 plasser. To avdelinger fordelt på 6 poster. Legen er på huset en dag i uken, ca 20 % stilling.

Sykepleiere i 100 % stilling; 4, 75-90 % stilling; 5, 50-75 %; 3 (2 ubesatt) og 1 sykepleier i helgestilling.

På dagtid er avdelingene bemannet med 2,5 – 3 pleiere og på kveldstid og helg med 2 – 2,5 pleiere.

1. Plan

Hensikten med endringen som skal prøves ut er at alle pasienter skal ha optimal legemiddelbehandling ved å følge legemiddelgjennomgang. Endringene skjer også av sikkerhetshensyn og at pasientene ikke skal stå på mer medisiner enn det de har behov for. Eldre står ofte på altfor mye medisiner, det er viktig å se på interaksjoner og manglende forståelse for de medikamentene man står på (compliance).

Vi har ikke valgt så mange mål, men har stort fokus på de målene vi har satt opp.

Vi ser at mål og målinger passer sammen. Vi har som mål at pasientene skal stå på færrest mulige medikamenter, men samtidig må de få de medikamentene de trenger. Akkurat det er vanskelig å måle, men vi holder et øye med antall medikamenter pr avdeling og snittet av medikamenter pr pasient. Medisinbehandlingen er slik at pasienten skal ha god helse og ha det bra.

Sykepleier på hver post teller over medikamentene en gang i måneden. Det er godt samarbeid blant sykepleierne og legen ved visitt.

2. Do

Vi fikk et nytt kardexsystem fra 01.12.11. Systemet ble jobbet med fra juni – november 2011. Valgte å starte med nye kardexer på hele huset med en gang for å få et gjennomført system. Noen av de ansatte jobber på flere forskjellige poster. I CosDoc er det å føre på indikasjoner mer integrert i systemet og har sett en stor forbedring på måling av indikasjoner. Det har vært økning i antall indikasjoner hele veien, spesielt de siste målingene.

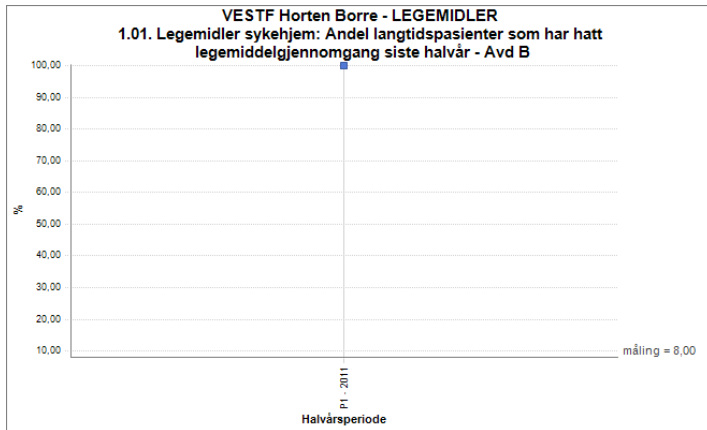
I januar manglet litt opplæring i å legge inn medikamenter i CosDoc blant sykepleierne. I mai er dette mye bedre, flere sykepleiere kan dette nå.

3. Study

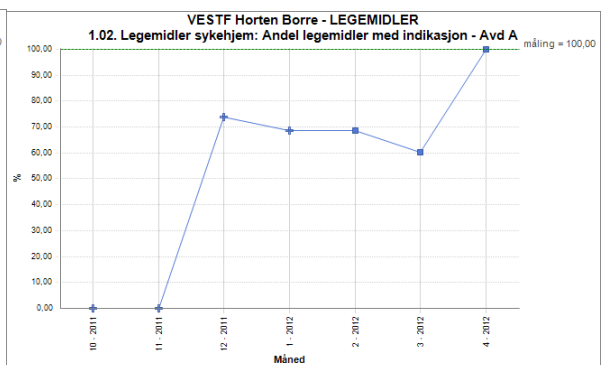
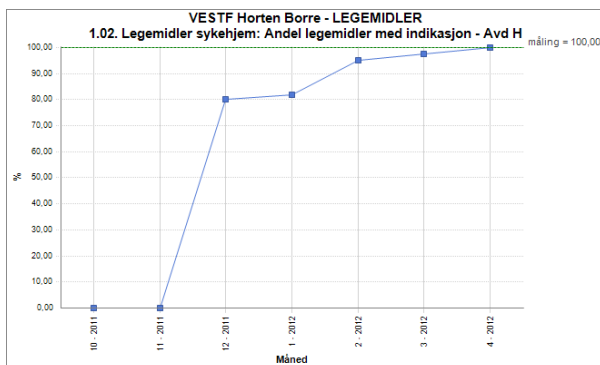
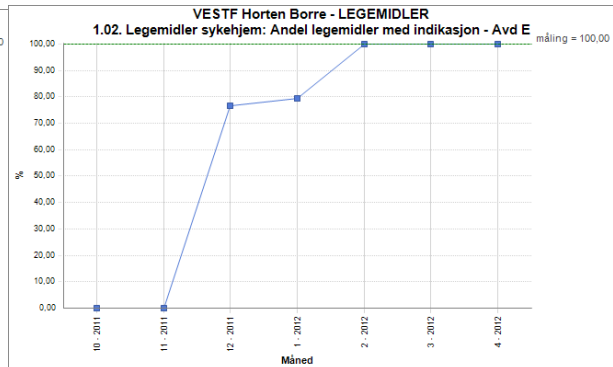
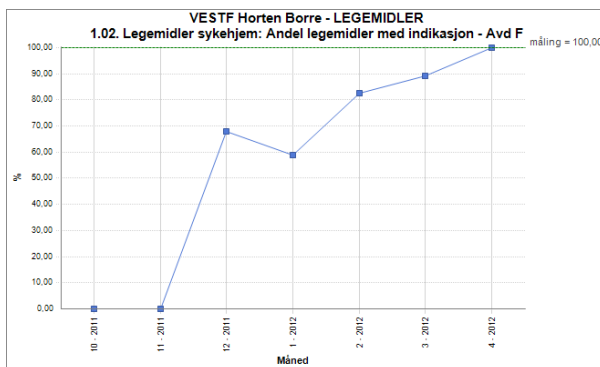
Våre målinger viser både økning og nedgang av antall medikamenter. Dels pga utskiftning av pasienter, og postoperativ behandling med Klexane /Fragmin eller antibiotikakurer. Dette gir noen variasjoner i antall.

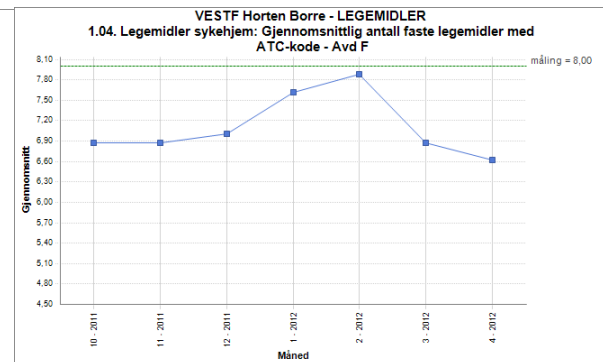
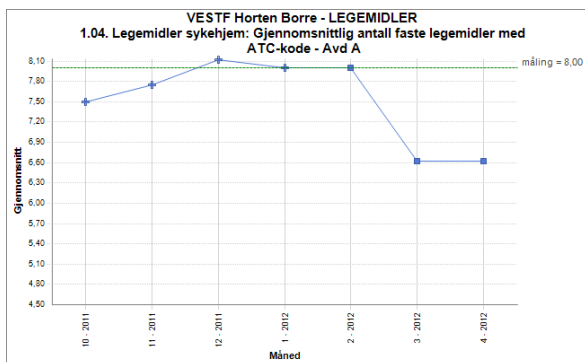
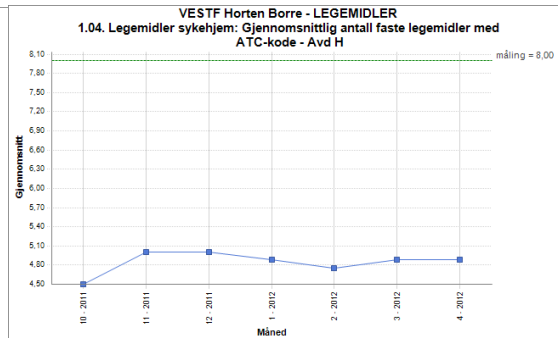
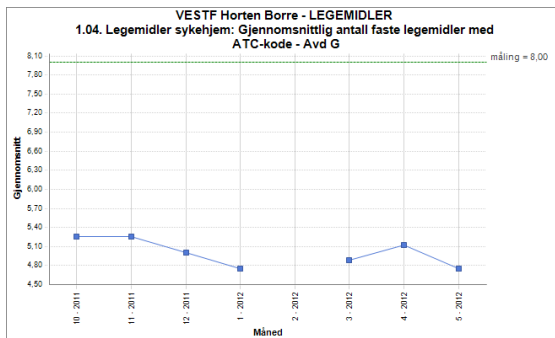
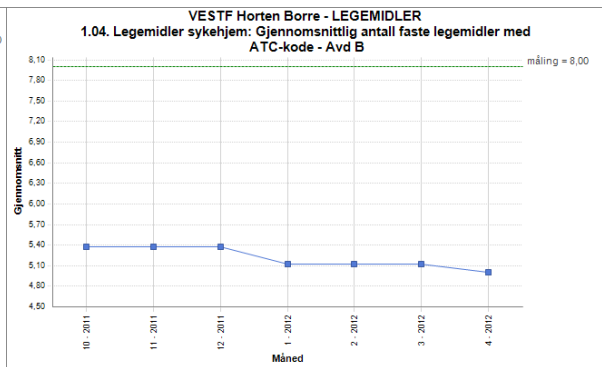
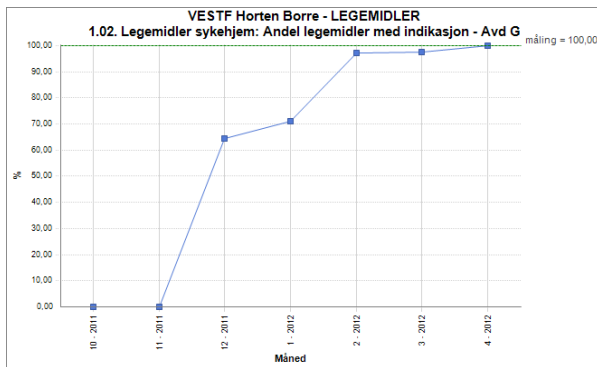
Ser en meget stor forbedring i antall legemidler med oppført indikasjon, fra 0-80 %. Hadde selvfølgelig 100 % som mål, målet ble nådd for hele sykehjemmet ved 7 måling (april).

Underveis i dette prosjektet ser vi klart viktigheten av at de som deler ut medisiner vet hva medikamentene er for/mot. Da er det også lettere å holde øynene åpne for virkning og bivirkning.



Borre sykehjem ved avdeling B har gjort 8 av 8 legemiddelgjennomganger i prosjektperioden.





4. Act

Ved hjelp av malen for kartlegging av pasienter blir man mer bevisst på hva en innkomstsamtale skal dreie seg om. Det er en viktig påminnelse. Vi bruker nå skjemaet som mal for disse samtalen. Vi vurderer å utforme et standardisert skjema med punkter som pårørende kan forvente at blir tatt opp under en innkomstsamtale. Dette tenkes å bli utlevert i forkant av samtalen. På denne måten blir pårørende forberedt på spørsmål som f. eks HLR minus og behandlingsavklaring. Det hender at det er spørsmål som er vanskelige å ta opp. Fagsykepleieren og tjenestestansvarlig har med tiden fått en større rolle i prosjektet. Vi jobber med å inkludere alle sykepleierne i prosjektet.

5. Hva har gruppen lært av prosjektet?

Fokuset på medikamenter har gitt økt bevissthet og vi har blitt mer oppmerksomme på bl.a. interaksjoner, virkning og bivirkning. Faglige diskusjoner mellom lege og

sykepleier, og sykepleierne i mellom, gir og har gitt økt bevissthet og kunnskap. Det har blitt et økt engasjement blant alle ansatte i sykehjemmet, ikke minst vår sykehjemslege. Andre ansatte/medisinansvarlige har etterspurt indikasjon der det har manglet. Det synes tydelig at opplysningen om indikasjon gir trygghet for andre ansatte også.

Vi vil ha fokus på at pasientene skal ha det antallet medikamenter som er riktig for den enkelte, individuell vurdering. Riktig antall medikamenter gir økt velvære. I noen tilfeller er miljøterapi den rette medisin, ikke tablett.

I januar hadde vi som mål å øke prosenten for antall medikamenter med indikasjon fra 80 – 100 %. Nå er målet nådd, vi har 100 % på hele sykehjemmet.

6. Selvevalueringstall

Vi vurderte oss selv til 4,5 i januar, nå føler vi oss trygge på **en 5**. Vi er nærmere en standardisering , men ikke helt i mål.

Spredning – det er påbegynt.

Pleieplaner, i forhold til tiltak – påbegynt.

Telling av årskontroller – Ufullstendig. Vet at en avdeling har 100 %, men er usikker på hvordan resten av sykehjemmet ligger an, da det mangler oversikt og tellinger på dette. Det er grunnen til manglende registrering av dette på Extranet.

Gipø BBS – sluttrapport

Deltakende enhet:	Avd.2, avd.3, avd.4, avd.5 og H15 Gipø bo-og behandlingssenter
Tallfestet mål:	Prosjektmål fra pilot
Gruppeleder:	Avd.2: Kåre Rogne Eriksson (avd. leder) Avd.3: Trine Fritzøe(avd. leder) Avd.4: Janne Hamre(avd. leder) Avd.5: Hanne Malik(avd. leder) Avd.H15: Anne Berit Dalen(avd. leder) Felles aktiviteter og koordinering: Renate Solstad
Måleansvarlig:	Renate Solstad
Gruppemedlemmer:	Avd.2: Anette Wilhelmsen(spl), Elin Hov(hj.pl) Avd.3: Benedikte Rødseth(spl), Diana Thurling(spl) Avd.4: Torbjørg Vikingsdal Andersen(spl) Avd.5: Lotte Henriksen(spl), Oddny Torgersen(hj.pl) Avd.H15: Bjørg Lysnie Garaas(spl), Zelkja Pinjusic(hj.pl)
Veileder:	Vibeke Bostrøm

Beskrivelse av avdelingene

Avdeling 2, 3, 5 og H15 er avdelinger for pasienter med langtidsvedtak med henholdsvis 26,25,20 og 19 pasienter. Avd.4 er en kombinert langtids/korttidsavdeling med totalt 24 plasser, kun pasienter med langtidsvedtak er inkludert. Sykehjemmet disponerer 2,2 årsverk leger, samt ca.150 årsverk til ledelse, pleie og omsorgspersonell og kokk i avdelinger. Totalt antall plasser ved sykehjemmet er 147.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan)

Institusjonen ønsket å få et verktøy for arbeid med pasientsikkerhet i legemiddelbehandlingen til pasienter innlagt i sykehjem. Igjennom flere ulike prosjekter har Gipø hatt fokus på kjente risikoområder for eldre pasienter innlagt i sykehjem, men hadde et behov for å samle data som grunnlag for videre arbeid og sammenligning med andre tilsvarende institusjoner. Gjennom bred deltagelsen skulle alle avdelinger sammen få verktøy og drahjelp til oppstart i arbeidet på den enkelte avdelingen. Systematisk LMG med bruk av sjekklister skal være gjennomført for alle pasienter innen juni 2012. Vi valgte å måle på alle 6 målepunktene fra pilotprosjektet.

Tiltak (Do)

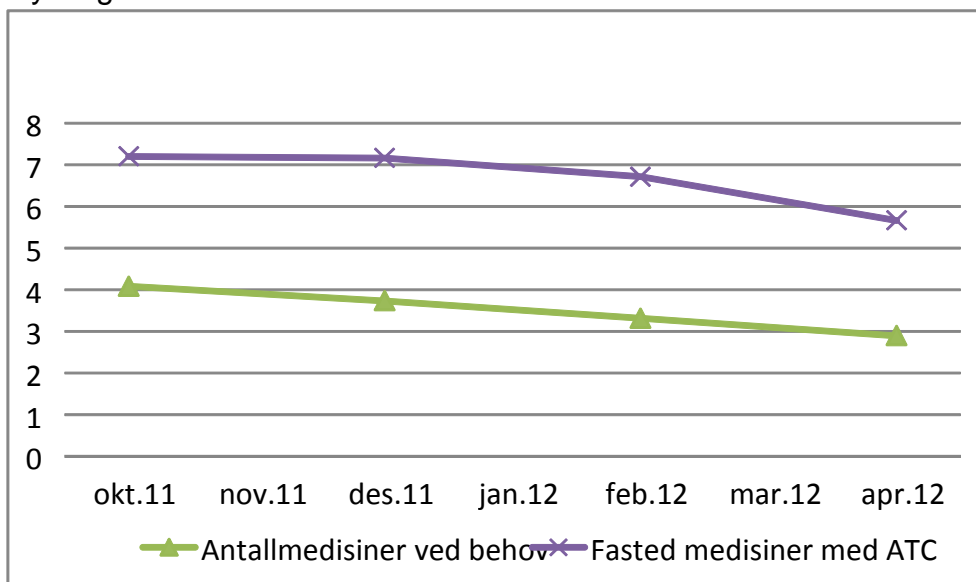
- Felles deltagelse med leger, avdelingsleder, sykepleier og hjelpepleier på 1.læringsnettverk for å sikre felles opplæring og forankring.
- Modifisering av sjekklister da kognitive funksjoner manglet. Imidlertid kommet med i en senere versjon av sjekklister fra pilot.
- Utarbeide prosedyre for LMG i kvalitetssystemet, lagt på leseliste til alle sykepleiere. Sjekklister ligger elektronisk tilgjengelig sammen med denne.

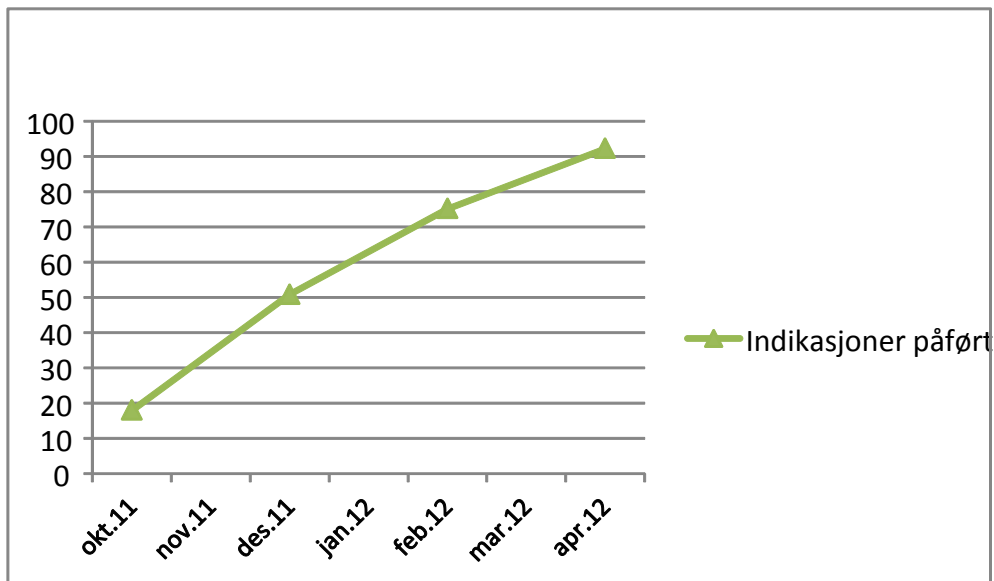
- Internundervisning for Gipø og tatt opp på avdelingsmøter
- Deltakelse i kampanjen og fortløpende nyheter publiseres på Gipøs facebookside
- Målt på alle målepunkter hver 2.måned fom. okt 2011, lagt inn i Extranet
- Team uten avdelingsledere og leger deltatt på 2.læringsnettverk
- Utarbeidet mappe i en avdeling for LMG , ved sjekklisen
- Innkjøp av tavler til alle avdelinger for presentasjon av resultater
- Legene fått tilbud om assistanse av farmasøyt, de vil avvente

Målinger (Study)

Registrert på alle delmål i kampanjen på enkelt ark for telling fra pilot, måleansvarlig har lagt inn i Extranet for alle avdelinger. Sykepleier i LMG-teamet har stått for selve tellingen, påminning om telling sendt ut i forkant av ass.inst.leder.

Målepunkter på alle mål i tiltakspakken, ikke satt resultat mål for antall medisiner, men mål om 100 % indikasjoner, tiltaksplaner og LMG siste halvår. Noe ujevne målinger sees innimellom pga usikkerhet rundt selve tellearket som oppleves som utydelig.





Resultat (Act)

Ulikt hvordan det jobbes i de ulike avdelingene. Ser en sammenheng mellom både legedekning, men også avdelingsleders engasjement. For øvrige resultater etter målinger se forrige punkt.

Ser generell nedgang i legemiddelbruk som faste medisiner og eventuelt medisiner. Ved baseline store forskjeller mellom sammenlignbare avdelinger, dette er nå mer utjevnet. Betydelig forbedring for markering av indikasjoner på medisinark.

Gjennomført øvrige tiltak for implementering etter planen.

Læring

Fokus på å gjøre det så enkelt som mulig, og ikke til merarbeid i arbeidshverdagen. Sykepleierne i avdelingen har kun levert telleark til registrering i ekstrasnett til måleansvarlig, rapportering til kampanjen og telefonkonferanser gjort av avdelingslederne.

Fellesmøte for alle avdelingsledere x1 og alle team x1 for å sikre felles forståelse av målingene og resultater så langt. Avdelingsleder har hatt ansvar for å sikre tid til telling.

Sikker legemiddelbehandling som et av fokusområdene for økt pasientsikkerhet. Fokus på legemiddelbruk gir reduksjon i forbruk av dette, og økt fokus spesielt på miljøbehandling som alternativ. Liste redigert i 2010 over medikamenter som sykepleiere kan gi uten kontakt med lege opprettholdes med ingen mulighet til å gi psykofarmaka uten individuell forordning av lege.

Noen avdelinger har gjennomført mange LMG'er og har oppdaterte tiltaksplaner, andre avdelinger har kommet mindre i gang. Ser at avdelingene som er kommet godt i gang har hatt mer stabil legedekning, mulig sammenheng. Alle avdelinger har imidlertid fokus på LMG og deltar i tellinger og følger opp resultater med fokus på riktig legemiddelbruk.

Veien videre

Frem til sommeren settes fokus på LMG i driften i avdeling som ikke er kommet ordentlig i gang. Fra høsten også mål om implementering i avdeling som er inkludert på Gipø etter omorganisering etter prosjektsstart. alle avdelinger og ikke noe som utføres kun i prosjekt. Skal være en naturlig del av kvalitetssikringen.

Må jobbe mer med innhold i tiltaksplanene. Bruk av sjekklister og DRUID skal gjennomføres for at det skal være tellende som LMG.

Selvevalueringstall:5

Nygård sykehjem – USHT Vestfold – sluttrapport

Deltakende enhet:	Nygård sykehjem, 1.etg, Sandefjord
Tallfestet mål:	100 % LMG
Gruppeleder:	Jorun Andersen
Måleansvarlig:	Henriette
Gruppemedlemmer:	Dr Ragnhild Bøhm, Britt Mari Berthling og Jorun Andersen
Veileder:	Vibeke og Henriette

Beskrivelse av sykehjemmet

Nygård sykehjem består av 6 avdelinger, kort- og langtid, totalt ca 160 plasser. 1.etg på Nygård sykehjem består av en avdeling med 11 sengeplasser, avd. G, hvorav alle i utgangspunktet er korttidsplasser. Flere av pasientene får imidlertid langtidsvedtak under oppholdet, og kan ha lang ventetid i avdelingen i påvente av langtidsplass.

1. Plan:

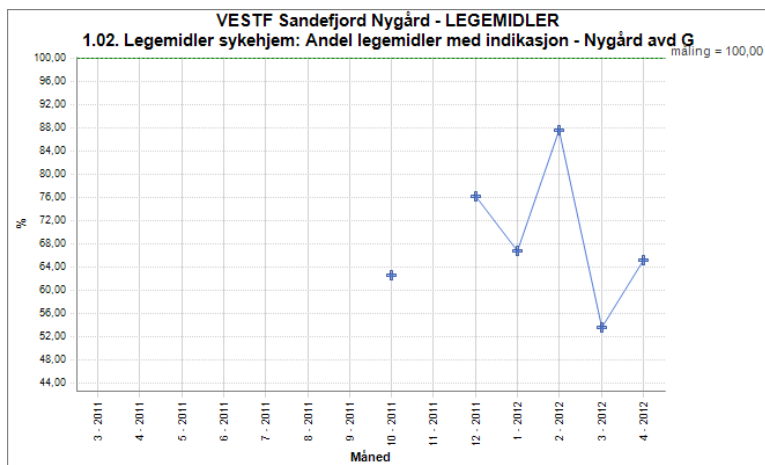
Målet for 1.etg er at det skal gjøres LMG på alle langtidsbeboere minimum 2 ganger i året, og at dette blir etablert som en standard innen utgangen av 2012. Hensikten er å optimalisere og kvalitetssikre legemiddelbehandlingen som gis til langtidsbeboerne. Vi vil kunne følge med på forbedringer og utviklingen gjennom tabeller og grafer som lages på bakgrunn av månedlige opptellinger og med utgangspunkt i baseline, samt i den kliniske observasjonen av pasientene og diskusjoner i avdelingen.

2. Do:

Baseline ble gjort i oktober 2011. Etter dette har vi hatt opptellinger første virkedag i hver måned. Det ble lagt opp til 2 ganger med internundervisning for hele Nygård i begynnelsen av desember 2011, men ingen møtte. Det har vært møter med de andre teamene på huset der vi har kunnet utveksle erfaringer og avklare uklarheter. Dette har vært nyttig.

3. Study:

Få pasienter (har variert fra 1 til 6), gjør at enkelthendelser som terminal pleie/mors, eller endring av pasienter som er inkludert i LMG, får store utslag i statistikken. For eksempel viser grafen over andel legemidler med indikasjon store svingninger, se tabellen under. Allikevel mener jeg at bevisstheten rundt dette er stigende, og at det er økt bevissthet rundt observasjoner ved medisinendringer.



4. Act:

I forrige rapport beskrev vi at gruppen av pleiepersonalet burde ha vært mer involvert i arbeidet med LMG. Enkelte primærkontakter har vært involvert ved utfylling av sjekklister i forkant av LMG. Da har sjekklister blitt lagt fram ca 1 uke før avtalt LMG med lege. Det har fungert fint av primærkontakter eller andre sykepleiere i avdelingen har fylt ut disse listene. Noe av grunnen til at spredningen ut i personalgruppen ikke har vært bedre, kan være at ingen møtte til internundervisning. Hovedårsaken er nok likevel at det er mer krevende å inkludere flere, når det i forhold til for eksempel sjekklister fungerer tilfredsstillende med de som er involvert. Siden forrige nettverkssamling har vi vært to sykepleiere med i LMG-prosjektet, og dette har vært positivt. Vi trenger fortsatt å jobbe med å synliggjøre prosjektet bedre i avdelingen for ansatte, pårørende og pasienter.

Det er behov for å jobbe mer med pleie- og tiltaksplanene i forhold til observasjoner i tilknytning til LMG. Det gjøres lite registreringer også der det finnes punkter i pleieplanen.

Etter jul har samtlige langtidspasienter fått utført LMG, og det vil vi fortsette med.

5. Hva har gruppen lært så langt

Grafene fra målingene viser store svingninger for alle målingene, av årsaker nevnt under punkt 3. Positive erfaringer har vært økt bevissthet rundt legemiddelbehandling, både når det gjelder indikasjon, interaksjoner og bivirkninger. Økt tverrfaglig samarbeid har også vært lærerikt og positivt. Hyppigere og mer bruk av indikasjoner for legemidler gir bedre informasjon til alle ansatte og til pasient og pårørende.

6. Selvevalueringstall: 3

Nygård 2.etg.- Sluttrapport

Deltakende enhet: Nygård 2. etg.

Tallfestet mål: Optimal legemiddelbehandling på Nygård.

Gruppeleder: Kirsti Freberg og Lise Mathisen.

Måleansvarlig: Henriette Ruud

Gruppemedlemmer: Lege Rahele Hamedi/Ragnhild Bøhm og Bjørn Schreiner.
Spl. Kirsti Freberg og Lise Mathisen

Veileder: Vibeke Bostrøm

Beskrivelse av sykehjemmet:

Avd. A: Langtidsavdeling med 21 pasienter. Har legevisitt x 1 pr. uke og tilgjengelig legeressurs

Ved behov. 5 Sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og assistenter.

Avd. B: Delt i to. En korttidsenhet og en langtidsenhet. 21 pasienter. Legevisitt x 2 pr. uke og tilgjengelig legeressurs ved behov. 5 sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og assistenter. Har siste måneder gradvis gått over til bare langtidsavdeling med legevisitt x 1 pr. uke.

Do:

Baseline ble gjort i oktober-11 og det er gjort målinger månedlig (4 stk).

Internundervisning og opplæring iforh. Til sjekklister for andre faggrupper har vært gjennomført. Dette har det vært stor interesse for dette.

Det har vært ført målinger på: Antall faste medisiner med ATC-kode?
Antall naturpreparater(alle uten ATC-kode)?
Antall behovsmedisiner?
Andel legemidler med indikasjon?
Om pasientene har oppfølgingsplan for legemidler

i Cos doc?

Det vises her til grafer siste side i rapporten.

Disse målingene gjorde det nødvendig å fokusere på:

Er det behov for legemiddelet?

Er doseringen passende??

Er det indikasjon for dette legemidlet?

Er det legemidler pasienten ikke tåler (cape)?

Er det observert eller er det risiko for bivirkninger?

Er det uønskede interaksjoner?

Er det funksjonssvikt som gir grunnlag for endring?

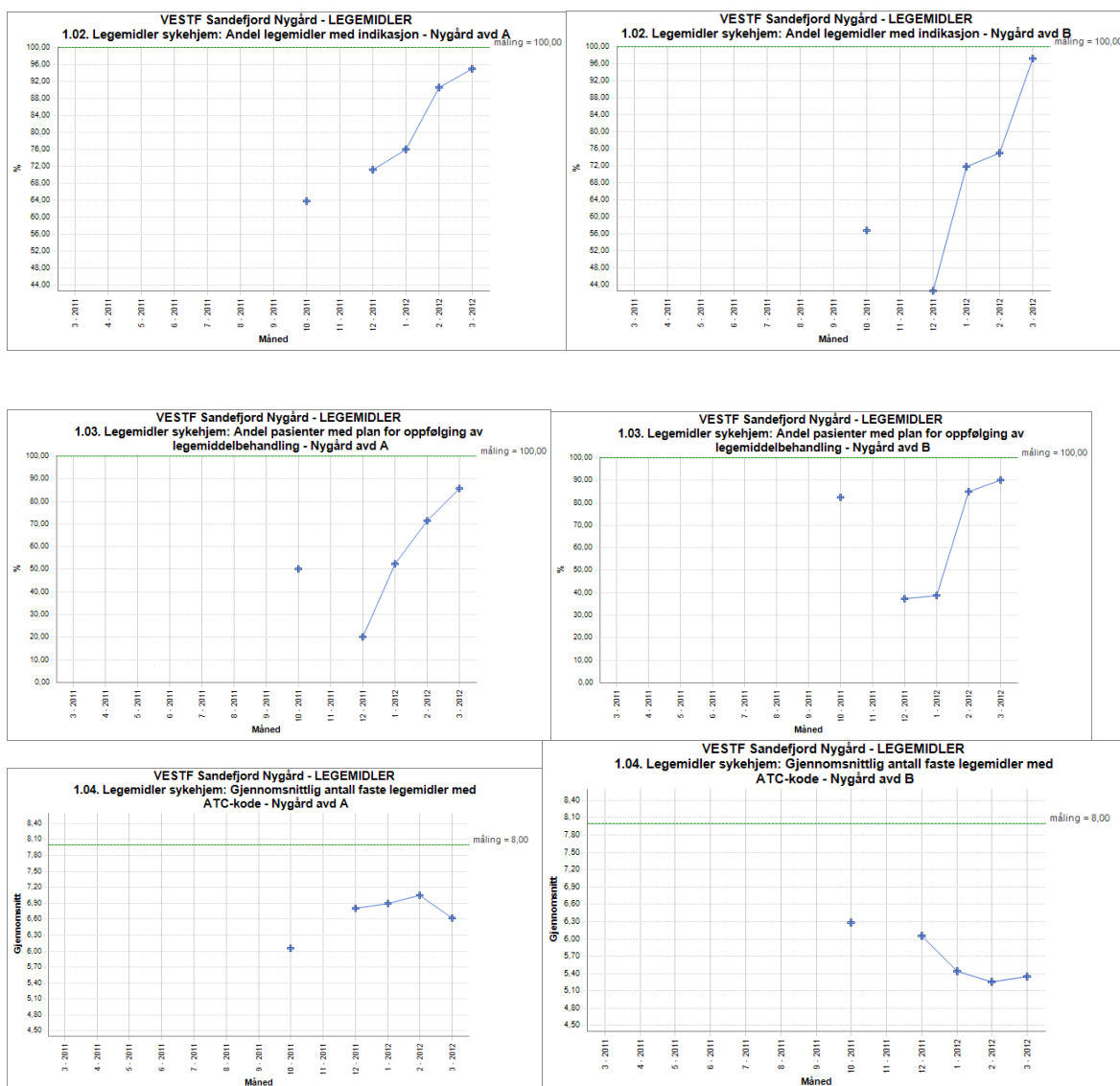
Er det behov for å søke råd hos geriater eller farmasøyt?

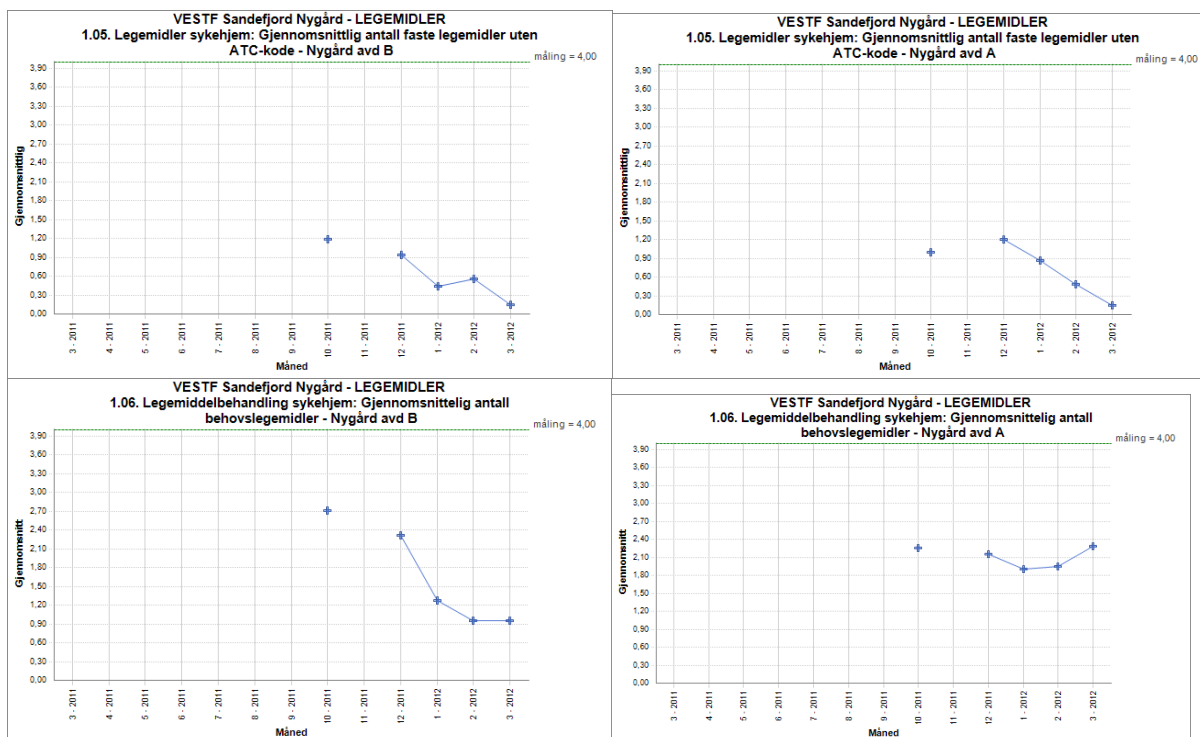
Ang. dette er det blitt tatt kontakt for å få en vurdering av to pasienter av Granli senter.

Det er blitt gjort mange forandringer og seponeringer av medisiner. Panodil og Paracet har blitt fast medisiner for mange, fordi forskning har vist at gamle og demente har smerter uten at de kan si ifra.

Study:

Resultatet av målingene viser i stor grad at antall LMG gjort på avd. A og avd. B gjenspeiler hvilken avdelingstype de var de første månedene. En enhet på avd. B skulle ikke måles p.g.a. korttid likevel har vi nådd målet for den nye avd. B som har blitt langtidsavd. Alle har fått tatt LMG også nye pasienter som en rutine ved innkomst.





ACT:

Sykepleiere opplever god læring iforh. til dette prosjektet. Faglig sett er dette en stor forbedring og bevisstgjøring for og kvalitet sikre god pleie og behandling iforh. til diagnoser.

Hjelpepleiere og primærkontakter er lite involvert. Det må derfor gjennomføres raske tiltak her.

Års- og halvårskontroller må bli avtalt i god tid og gjennomført så likt som mulig LMG. Pleieplan og enkelte tiltak skal bli lik for alle avdelinger dvs. som en slags mal.

Det er helt nødvendig og ansvarliggjøre andre faggrupper iforh til dokumentasjon, men da kreves det oppfølging, opplæring og tid. Det blir utarbeidet en plakat som viser og informerer om dette prosjektet og hvilke mål som er nådd og hva som er målt. Denne skal henges opp på hver avdeling.

Når det gjelder informasjon til pårørende er de blitt kontaktet hvis forandringene har vært vesentlig og at det har vært et behov for pasienten.

Læring og Veien videre

Baseline ble tatt på samme tidspunkt for flere av pasientene og det ble planlagt legemiddelgjennomgang (LMG) iforh. til legevisitt. Farmasøyt var ikke til stede, men burde vært konferert med på forhånd som en del av rutinen. Det å møte opp var ikke lett å planlegge fordi flere legemiddelgjennomganger ble utsatt av forskjellige årsaker (mest på avd. b). Legevisitten her ble brukt på korttidspasienter i starten og de skulle ikke måles.

Legen innhentet mye av opplysningene fra tidligere journalnotat og noe sammen med sykepleier eks. sjekklister. Andre faggrupper ble lite brukt noe som er nødvendig ved evaluering av tiltak og nye LMG. Medisinlister ble gjennomgått ved hjelp av start-stopp og det er ønskelig med noe mer opplæring i forhold til dette. Det ble seponert

medisiner og lagt plan for oppfølging og evaluering. Hvis det hadde vært prøvd å forandre og seponere medisiner tidligere ble det for enkelte pasienter ikke gjort noe nytt forsøk.

Opplæring og informasjon for personalet ble nok mest gjort i starten. Det er noe vi må vi bli bedre på.

På noen av pasientene har det blitt tatt ny LMG p.g.a. mange forandring og uklare diagnoser ellers er det bestemt å ta halvårskontroll.

Utfordringen nå er å få alle grupper til å bli gode og trygge på å bruke pleieplan som et viktig redskap/kunnskapshevende tiltak for å vise hvor viktig og nødvendig det er å dokumentere. LMG er kvalitetssikring og gir trygghet iforh. til riktig behandling for den enkelte pasient og for ansvarlig pleier. Når det er forandring på medisiner til pasienter må alle i pleiegruppen informeres slik at overføring og implementering til pleieplan blir helt naturlig og gjør det oss enda bedre på gode observasjoner.

Nygård 3. Etg - sluttrapport

Deltakende enhet:	Nygård Sykehjem, 3 etg., Sandefjord
Tallfestet mål:	
Gruppeleder:	Kjersti
Måleansvarlig:	Kjersti
Gruppemedlemmer:	Ellen, Maren, Kjersti og Rahele
Veileder:	Vibeke

Beskrivelse av avdelingen

3. etg. på Nygård Sykehjem består av to avdelinger; C og D. Avdeling C har 27 sengeplasser hvorav 5 er avklaringssenger (oppstart 2012), 16 langtidsplasser og resten korttidsplasser (pr. 19/4-12) Det er knyttet 2 leger til avdelingen, samt 1 lege kun opp mot avklaringssengene. Det er 9 sykepleiestillinger i avdelingen (utenom leder).

Avdeling D har 27 sengeplasser og er i prinsippet en rein langtidsavdeling. Det er knyttet 1 lege og 4 sykepleiere (utenom leder) til avdelingen. Avdelingen er i disse dager midt i en omorganisering, slik at vi i en overgangsfase har noen korttidspasienter, men at det mot slutten av måneden vil det være 16 langtidsplasser igjen, som skal reduseres med ytterligere 3 plasser på sikt. Disse tre plassene skal da være avlastningsplasser.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan)

Målet for "team 3.etg." er at det skal gjøres LMG på alle langtidsbeboere i 3 etg. minimum 2 ganger i året, og at dette blir etablert som en standard innen utgangen av 2012. Hensikten er å optimalisere og kvalitetssikre legemiddelbehandlingen som gis til langtidsbeboerne. I dette ligger følgende delmål:

1. 20 % reduksjon av antall faste legemidler pr. beboer (gjennomsnitt)
2. Alle legemidler som forskrives skal ha indikasjon (dvs. 100 %)
3. Alle beboere med legemiddelbehandling skal ha en plan for oppfølging (Dette målet har endret seg noe fra første læringsnettverk)

Tiltak (Do)

Baseline ble gjort i oktober-11. Etter dette har vi hatt 5 opptellinger (hver 1. i mnd.) Det er sendt ut informasjonsbrev til pårørende og laget en tidsplan for gjennomføring av LMG i avdelingene. På avd. C er det pr. 19/4-12 gjort 3 LMG. På avd. D er det gjort 15 LMG. (Oppstart ble allerede i november-11, mot planlagt oppstart januar-12 jfr. Fremdriftsplanen vi lagde på første nettverkssamling).

Vi valgte å gå rett på sak, og startet med LMG i full skala, fordi flere av deltagerne (både sykepleier og leger) allerede hadde vært med i piloten. Vi ser at tross gode (og etter vår mening realistiske) intensjoner oppstår det situasjoner i avdelingen (for eksempel bemanningsproblemer og pasientrelaterte utfordringer) som gjør at tidsplanen ikke er mulig å følge, verken for lege eller sykepleier.

Det ble lagt opp til 2 ganger med internundervisning for hele Nygård i begynnelsen av desember-11, men ingen møtte. Vi planlegger å kjøre en ny runde med internundervisning til høsten, og har laget en bestilling på hva den bør inneholde. Dette fordi vi helt tydelig ser behovet for at det er flere som har mer kunnskap om LMG og engasjerer seg i det rutinemessige arbeidet i forhold til dette.

Vi har regelmessige møter med de andre teamene på huset og veileder, der vi har kunnet utveksle erfaringer og avklare uklarheter. Disse møtene har også vært en viktig faktor for å holde oppe motivasjonen og engasjementet for arbeidet med LMG.

Målinger (Study)

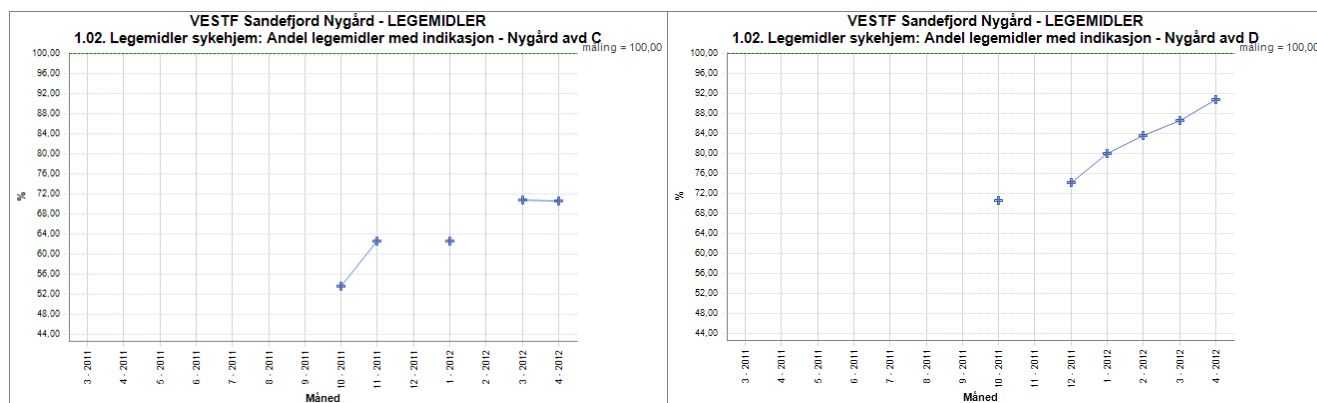
Vi har brukt tellemetoden; Telleansvarlig for hver avdeling tar utgangspunkt i månedlige utskrifter (hver 1. mnd.) av legemiddellister og pleieplaner for alle langtidsbeboere på begge avdelingene.

Vi har målt på følgende punkter:

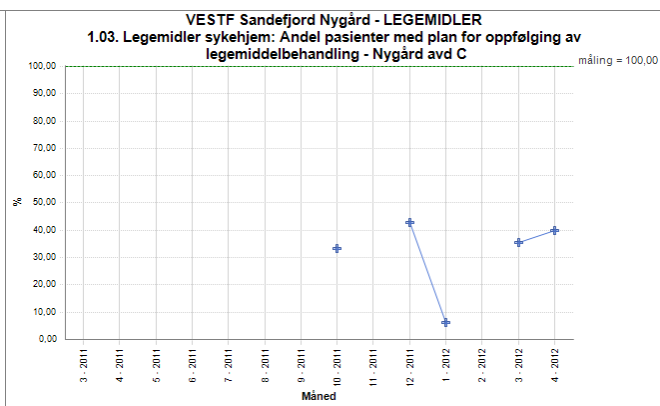
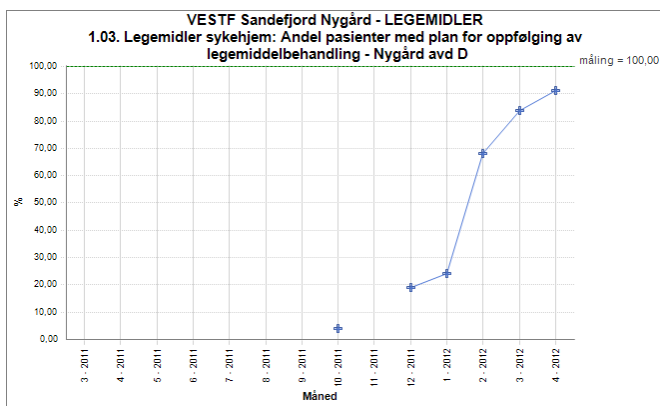
- Andel legemidler med indikasjon.
- Andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddelbehandlingen
- Gjennomsnittlig antall legemidler med ATC-kode
- Gjennomsnittlig antall preparater uten ATC-kode
- Gjennomsnittlig antall behovslegemidler

Målingene er gjort en gang pr. måned etter baseline. Avd. C mangler en måling i februar, derfor har man ingen heltrukken graflinje.

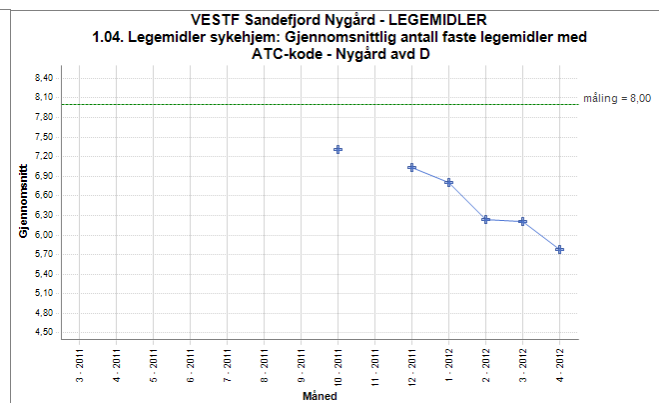
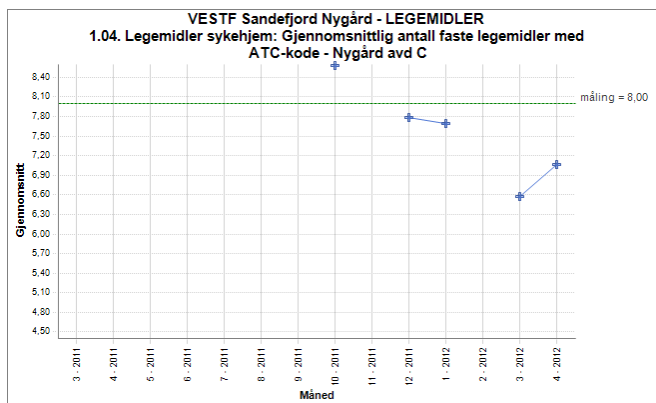
Resultat (Act)



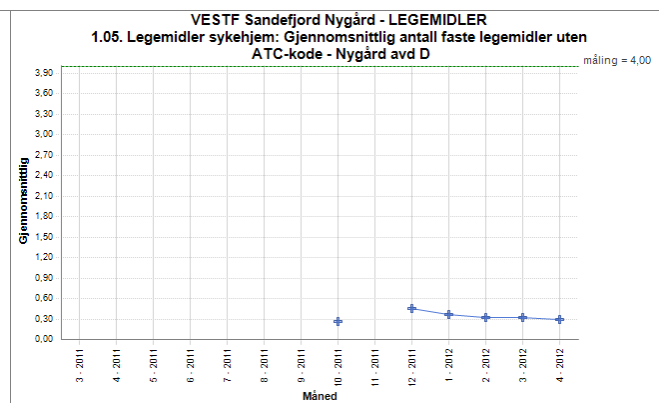
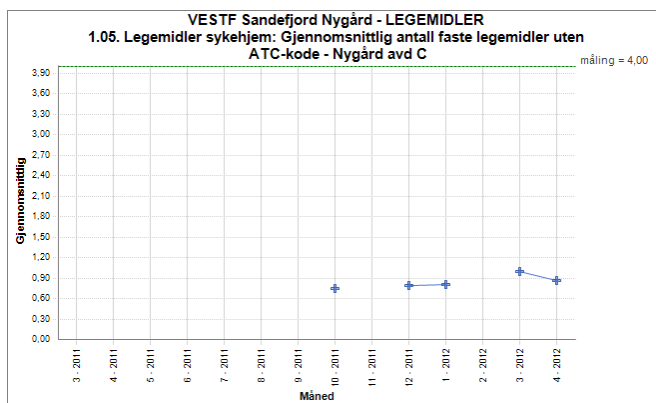
Når det gjelder antall legemidler med indikasjon ser vi en helt klar positiv tendens i begge avdelinger, med en stigning fra (baseline) 53 til 71 % på avd. C og 71 % til 91 % på avd. D.



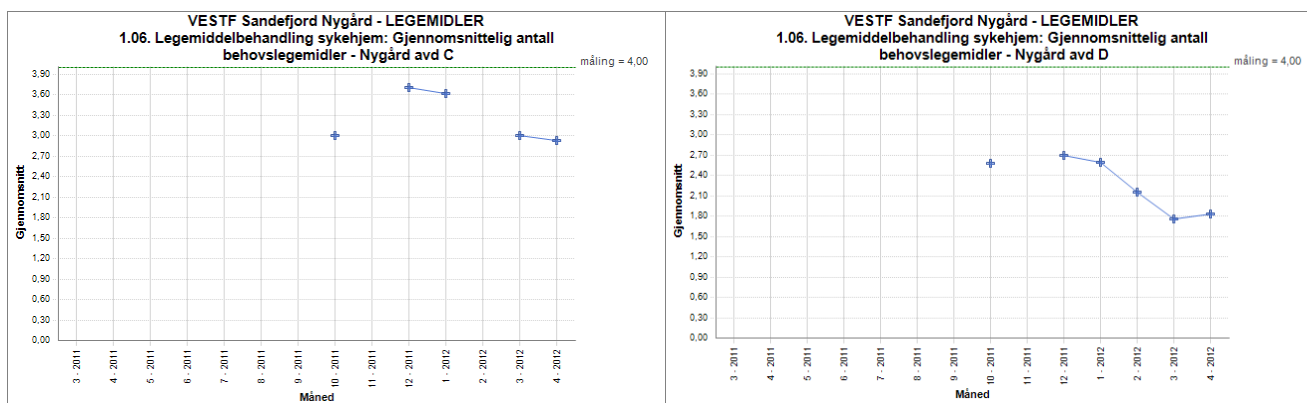
Når det gjelder plan for oppfølging av legemiddelbehandling spiker resultatene noe. avd. C har en svak stigning fra 32 % til 40 % ved siste måling. Avd. D har økt fra 4 % -91 %. Her har avd. C å gjøre en ekstra innsats videre.



Når det gjelder gjennomsnittlig antall faste legemidler med ATC-kode har det vært en klar nedgang på begge avdelinger. På avd. C ble det redusert fra 7,8 i baseline til 7,1 ved siste måling. Tilsvarende tall for avd. D er 7,3 i baseline til 6,1 på siste måling.



Når det gjelder faste preparater uten ATC-kode viser målingene ingen signifikant tendens.



Når det gjelder faste behovsmedisiner har det en klar synkende tendens på begge avdelinger. Gjennomsnittet ved siste måling er 2,9 for avd. C og 1,8 for avd. D

Vi ser at resultatet av målingene i stor grad gjenspeiler både antall LMG gjort på hver avdeling samt avdelingstype. Avd. C er en avdeling med stadige utskiftninger, også av pasienter med langtidsvedtak. Måleresultatene er dermed omtrent som forventet og noen av resultatene er vi veldig stolte av.

Sykepleierne på avd. D er etter hvert godt involvert i prosjektet. De ser LMG som en god læringsarena, der bevisstgjøring rundt interaksjoner trekkes fram som et av aspektene. Læringen er dessuten praksisnær og umiddelbart relevant.

Vi ser at hjelpepleierne (primærkontaktene) fortsatt har blitt for lite involvert. Mye av grunnen til dette er at opplæringen ikke ble slik vi hadde tenkt, i og med at det ikke møtte noen på internundervisningen. Vi tenker oss som nevnt en ny runde med internundervisning til høsten, da med obligatorisk oppmøte og registrering. Vi tenker fortsatt at det er behov å knytte til oss 1-2 hjelpeleiere pr. avdeling, som har interesse for denne typen forbedringsarbeid og kan være ressurspersoner i tillegg til resten av sykepleiergruppa. Vi mener at det vil kunne sikre videreføring av implementeringsarbeidet, slik at dette ikke bare blir et tidsbegrenset prosjekt, men en del av avdelingenes etablerte rutiner.

Et annet aspekt er at vi også må fortsette synliggjøringen av resultatene, for å holde motivasjonen og fokus oppe. Dette har vi ikke vært så gode på underveis i prosjektet, men vi ønsker å forbedre oss på dette punktet framover.

LMG som en del av legevisitten/årskontrollene er godt etablert på avd. D, der legen var med i piloten og allerede i stor grad har dette "under huden". På avd. C er det imidlertid et stykke igjen før LMG har blitt en del av rutinen. Den ene legen tilknyttet avd. C, som også var med i piloten, er nå tilbake etter permisjon, og det mener vi vil føre til at det blir gjort flere LMG'er på avdelingen i tiden framover.

En av ringvirkningene dette prosjektet har hatt til nå, er at det har meldt seg et tydelig behov for å jobbe mer med utforming/optimalisering/strukturering/standardisering av pleie/tiltaksplanene. (Hvordan skal en god pleieplan se ut og brukes?) Dette er et arbeid som bør gjøres felles på hele Nygård, og det er nå satt ned konkrete planer for dette. Det er flere av oss som nå engasjerer seg i dette arbeidet.

Læring

Vi har sett at det trengs flere engasjerte og interesserte medarbeidere med på teamet for å drive endringsarbeid. I tillegg må vi bli flinkere til å motivere oss selv med de resultatene vi faktisk oppnår. Dette må vi også synliggjøre i avdelingene våre, i håp om at motivasjonen og entusiasmen vil smitte over på kollegaene våre.

Det er helt nødvendig å prioritere tid til å sette seg inn i tiltakspakken og til implementering, og av og til må vi kunne få lov til fysisk å trekke oss *helt* ut av avdelingen for i det hele tatt å klare å jobbe med prosjektet. Regelmessige møter på tvers av etasjeteamene har som nevnt også vært viktig for oss.

Det har til tider vært vanskelig å fristilles for å drive endringsarbeidet i praksis, i en allerede presset avdeling med utilstrekkelig sykepleierressurser. I tillegg er begge avdelinger i endring (funksjonsmessig) slik at det er store ting som skjer parallelt, og som tar både tid og energi fra personalet.

Når det gjelder læringsnettverk som metode, må vi si at det har vært veldig positivt. Det stilles visse krav og forventninger underveis, samtidig som man får anledning til å trekke seg tilbake og se på hva man faktisk har oppnådd underveis og det blir tydelig hva man trenger å jobbe videre med. Det at man møter andre som er samme sted i prosessen og kan lære av hverandre og utveksle erfaringer er svært nyttig og inspirerende. Det har helt klart gitt oss ny giv underveis.

Veien videre

Vi forsetter med implementeringsarbeidet uavhengig av at prosjektperioden med læringsnettverk er over. Vi fortsetter også, i likehet med de andre etasjeteamene på Nygård, med de månedlige målingene fram til vi ser at rutinene rundt LMG er fullstendig implementert i avdelingene, dvs. til vi oppnår selvevalueringstall 5. Avd C ønsker ikke å vente til høsten med ny runde med internundervisning. Vi trenger en ny "kick off" og ny giv. Avdelingsleder er koblet inn, og det planlegges en kveldsundervisning for alle sykepleierne ved avdelingen inkl. lege. 2 av sykepleierne innehar sykepleie 1 funksjon og vil derfor være pådrivere i dette arbeidet videre, sammen med LMG-teamet.

Det vi har lært av kvalitetsarbeidet i prosjektperioden ser vi stor nytte av, og ønsker å overføre til bl.a. arbeidet med forbedring av pleieplaner og til rutinemessig kartlegging/oppfølging av trykksår.

Selvevalueringstall: 4

Nygård 4 etg. - sluttrapport

Deltakende enhet:	Nygård 4. etg
Tallfestet mål:	Optimal legemiddelbehandling på Nygård
Gruppeleder:	Solfrid H Lie
Måleansvarlig:	Henriette Ruud
Gruppemedlemmer:	Lege: Bjørn Schreiner Spl: Solfrid H Lie, Line V Bjønnes, Robert Amundsen, Birgitte Gustavsén
Veileder:	Vibeke Bostrøm, Henriette Ruud

Beskrivelse av avdelingen

Avd F: Langtidsavdeling, 25 pasienter. Vi har legevisitt en gang i uka og har tilgjengelig legeressurs ved behov. 4 sykepleiere. Hvorav to har vært involvert i prosjektet. Ellers hj.pl, omsorgsarbeidere og assistenter.

Avd E: Avdelingen er delt i to. En lindrende enhet og en langtidsavdeling. Langtidspasientene er med i prosjektet. Legevisitt mot langtidspasientene er en gang i uka og ellers ved behov. Det er 6 spl, mest mot lindrende. To spl har vært involvert i prosjektet. Ellers hj.pl, omsorgsarbeidere og assistenter.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan)

Avd F var med på pilotprosjektet i forkant av dette læringsnettverket. I piloten ble det gjennomført 16 LMG på avd. F. Det ble avholdt en rekke tverrfaglige møter og gjort et stort forarbeid med å lage prosedyre og rutiner for LMG.

Det har naturlig nok ført til at avd. F har kommet lenger enn de andre avd. med LMG.

Vårt mål i læringsnettverket er: Optimal legemiddelbehandling ved at det gjennomføres systematiske LMG.

Vi ønsker å skape trygghet for pasient, pårørende og personalet ved å bedre kvaliteten på legemiddelbehandling og observasjoner i forhold til virkning/bivirkning.

I forkant av prosjektet hadde ikke sykehjemmet noen prosedyre for LMG. Vi hadde mangelfulle medisinlister og det var ingen faste rutiner for gjennomgang av medisinlisten. Det ble ikke systematisk sjekket om pas hadde bivirkninger eller interaksjoner.

I prosjektet ønsket vi å fokusere på å følge LMG prosedyren, informere og implementere.

I tiden etter siste læringsnettverk har vi i stor grad fokusert på dokumentasjon i pleieplan og opplæring/involvering av øvrig pleiepersonell.

Tiltak (Do)

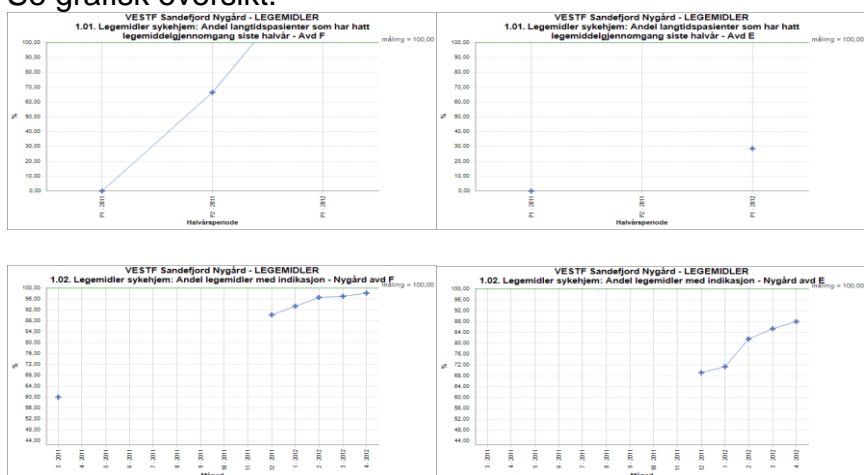
- Tverrfaglig team
- Involvering av ledelsen
- Informasjonsbrev til personal, pasient og pårørende
- Alle ansatte har fått tilbud om internundervisning om LMG.
- Infotavle med bilder og informasjon
- Forbedret dokumentasjonssystemet (CosDoc) opp mot LMG
- Jobbet med dokumentasjonsrutiner i avdelingen. Fokus på bedre kvalitet på pleieplaner.
- Forbedre observasjoner vedr pas i etterkant av LMG
- Teller faste målepunkter den første i hver mnd.
- Fulgt prosedyren for LMG. Dvs. sjekklister, rekvirere blodprøver, grundig gjennomgang av medisinalisten, interaksjoner.no, START/STOPP kriteriene, fokus på indikasjon bak legemiddelet, seponering, observasjoner, pleieplan, informasjon til pleiepersonalet, evaluering, forberede neste ukes LMG.

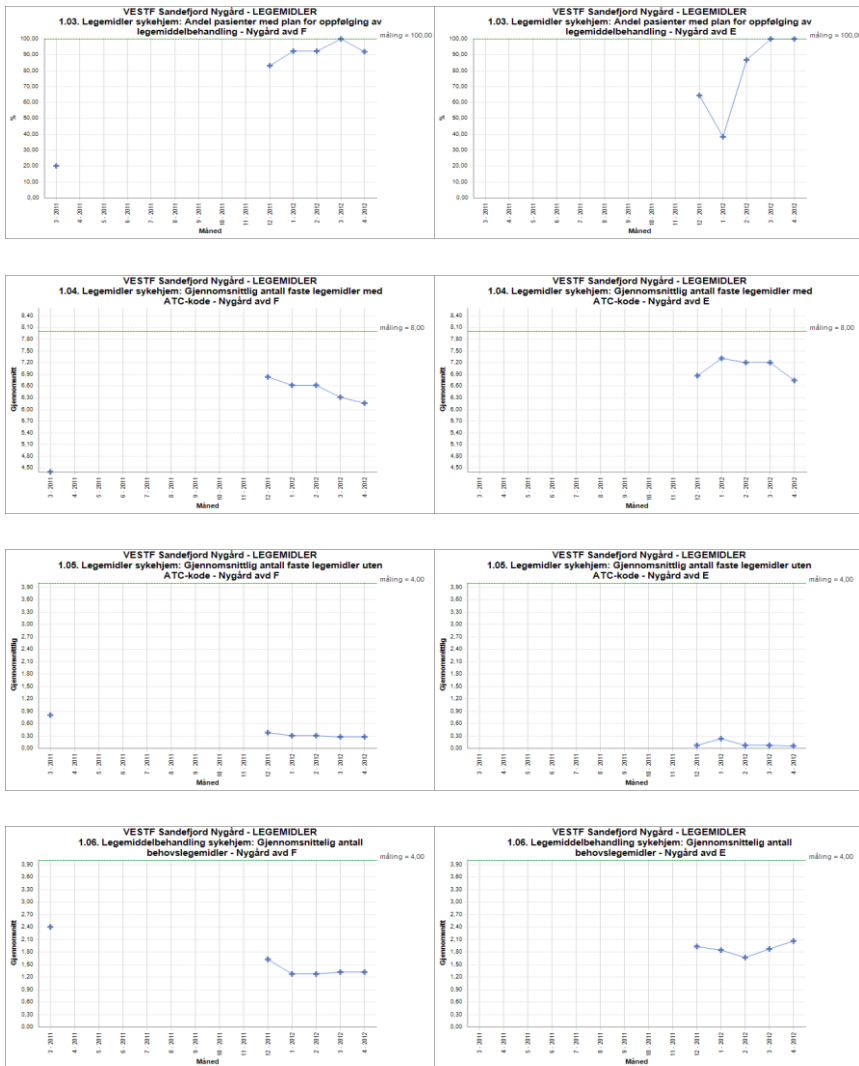
Målinger (Study)

Vi har laget statistikk over følgende målepunkter hver mnd.

- Andel langtidspasienter som har hatt LMG
- Faste medisiner med ATC-kode
- Faste medisiner uten ATC-kode
- Behovsmedisiner
- Faste medisiner med indikasjon
- Pasienter med pleieplan over legemiddelrelaterte problemer.

Se grafisk oversikt.





Resultat (Act)

Resultatene viser en stor forbedring i forhold til sikker legemiddelbehandling. Grafene viser en klar forbedring på alle målepunkter.

LMG har blitt en rutine i avdelingene.

Læring

Prosjektet har blitt gjennomført innen normale rammer. Sykepleier har i liten grad blitt fristilt, men har prioritert prosjektet. Dette har gitt mindre tid til andre prosjekter.

Teamet har hatt faste møter hver mnd. Her har vi hatt fokus på framdriftsplan og prioritert oppgavene videre. Dette har vært veldig positivt. Det har gjort teamet mer samlet og oppgavene har blitt konkrete. Problemene/utfordringene har blitt diskutert og vi har funnet gode løsninger.

USH har innkalt til fellesmøter. Det er nyttig å dra veksel på hverandres erfaringer. Veilederne har hatt et helhetlig fokus på prosjektet og har bidratt til å drive prosjektet framover. Veileder har vært målansvarlig og hatt en god oversikt over framdriften i de forskjellige avdelingene.

Vi sitter igjen med positive erfaringer fra LMG prosjektet:

- Kunnskapen og bevisstheten om riktig bruk av legemidler er økt.
- Det tverrfaglige samarbeidet og felles faglig fokus er styrket.
- Legemiddelbehandlingen er kvalitetssikret ved strukturerte og regelmessige legemiddelgjennomganger.
- Dokumentasjon i pasientjournal har bedre struktur og høyere kvalitet.
- Kunnskapen om forbedringsarbeid er økt og stimulerer til fagutvikling.

Vi ser en klar forbedring av legemiddelbehandling hos pasientene. Det oppleves trygt at pasientenes medisinlister gjennomgås systematisk

LMG prosessen har gitt nyttig læring/forbedringskunnskap i avdelingene.

Vi har hatt fokus på dokumentasjon og faglige observasjoner/rapporteringer i pleieplan. Dette er et arbeid som krever kontinuerlig oppfølging. Det er tidkrevende å involvere hele pleiegruppen.

Utfordringer i arbeidet videre:

- Bruk av farmasøyt. Vanskelig å gjennomføre LMG til planlagt tid.
- Involvere primærkontakten i teamet.
- TID
- Oppfølging av pleieplan. Pleieplanen skal "leve"

Det å være med i et læringsnettverk har tvunget oss til å arbeide systematisk. Kravet om innlevering av skriftlige rapporter og å måtte forholde oss til en fremdriftsplan, har ført til stor involvering fra alle i teamet. Det har vært spennende men tidkrevende.

Selvevalueringstall: 5

Kamfjord - sluttrapport

Deltakende enhet:	Kamfjord bo- og behandlingssenter. Avd 1 A-B
Tallfestet mål:	
Gruppeleder:	Bente R. Hildre
Måleansvarlig:	Turid B. Midtkanal og Bente R. Hildre
Gruppemedlemmer:	Bente R. Hildre, Turid B. Midtkanal og vikarierende tilsynslege.
Veileder:	Vibeke Bostrøm

Beskrivelse av avdelingen

En langtidsavdeling for personer med demens og demens adferd. 16 beboere (enerom). Tilsynslege 3,5 timer i uka. Avdelingen på dagtid er bemannet med 5 pleiere, hvor den ene er sykepleier 1. Pleierne er fordelt på to enheter med 8 beboere på hver. To pleiere morgen og kveld på 1 B og tre pleiere på 1 A (skjermet avd.). En nattevakt på hver enhet pga beliggenheten. En sekretær som sørver 1etg, to avdelinger, 34 beboere.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan)

Gjennomføre strukturerte legemiddelgjennomganger på alle beboerne innen utgangen av mars. Piloten blir brukt som veileder i arbeidet, sjekklistene. Vi har en sårbar beboergruppe hvor medisinerer kan være en stor utfordring derfor mener vi at en optimalisering av legemiddelbehandling er av stor betydning. Vi tar for oss en og en beboer på legevisitten og går gjennom medisinalister, daglige rapporter for å se om det er behov for endringer på medisiner og tiltak/pleieplan. Samt at vi setter opp indikasjoner på medisiner. Da våres beboere i utgangspunktet står på relativt få faste medikamenter har behovet for farmasøyt ikke vært stort. Vi har valgt å henvende oss til farmasøyt når vi mener behovet er der. Dette og for å få brukt tiden vi har til rådighet mest mulig effektivt. Ved å telle hver mnd ser en aktuelle endringer på fastmedikasjon osv. Legemiddelgjennomgang tas på legevisitten.

Tiltak (Do)

Vi informerte på personalmøte i november 2011 om LMG. Videre pratet om prosjektet i enhetene når det har vært naturlig. Vi startet med to beboere ved oppstart prosjekt. Dette gjorde vi tre i gruppa for å finne en fremgangsmåte som fungerer for vår avdeling. På nyåret har vi startet med de resterende beboere en for en. Da har vi tatt med primær (helefagarbeider) ved gjennomgang av aktuelle beboer.

Vi valgte som tidligere nevnt to beboere som oppstart, for nå og ta for oss de resterende beboerne etter tur. Vi mener dette er en god måte og implementere dette i avdelingen.

Ingen uforutsette hendelser da vi prøvde ut forbedringene.

Ved å gjennomføre legemiddelgjennomgang har en sett at når vi har satt beboer på nye medikamenter og laget tiltaksplan, har observasjonene av beboeres respons på medikamentet blitt skriftlig dokumentert, ikke bare muntlig rapportering.

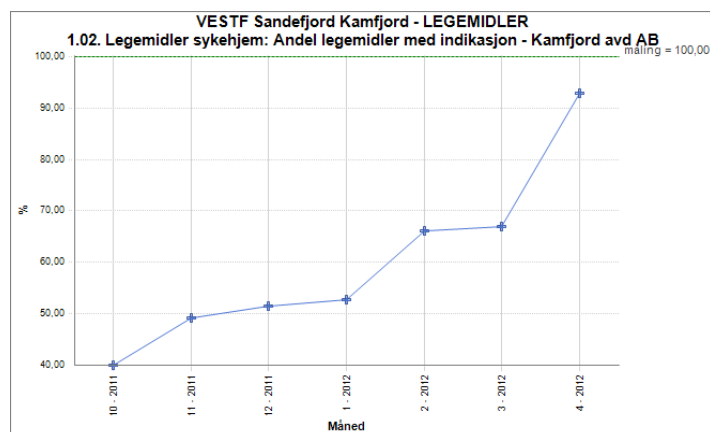
Målinger (Study)

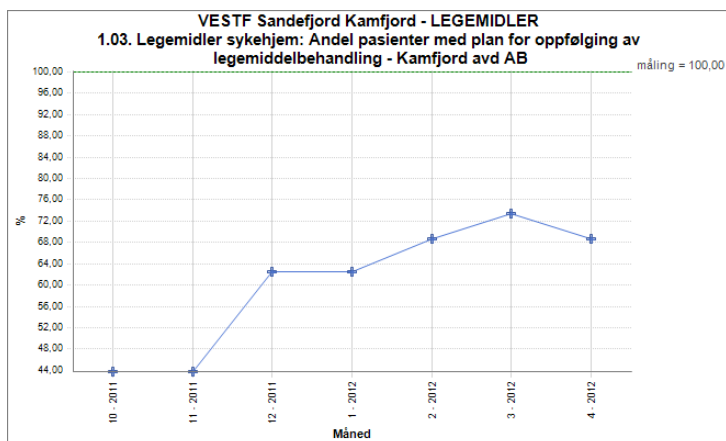
Målingen viste først og fremst at de fleste beboeres medisinalister var uten indikasjoner. Flere har stått på faste medisiner lenge uten en gjennomgang (flere år). Her ble det seponert/ redusert med god effekt.

En av de synlige forbedringene viser seg ved indikasjoner på legemidler. Dette har ført til at helsefagarbeiderne har fått en annen forståelse for hvorfor medikamentet blir gitt. De kan gi svar når beboer / pårørende spør hva slags medikamenter som blir gitt.

En av de tingene vi har lært er viktigheten av nøye gjennomgang av medikamenter for hver enkel beboer. En annen ting er at det har blitt synligere hvor viktig det er med god dokumentasjon i CosDoc for at legen skal kunne gjøre gode og riktige tiltak / avgjørelser.

Målinger gjennom prosjektperioden så langt har vist en betydelig fremgang ang indikasjoner. I forhold til tiltaksplan har og dette blitt bedre, men pga variabel legedekning (nye leger ofte og bare i en til to visitter) har LMG ikke blitt gjennomført som planlagt.





Resultat (Act)

Vi mener vi har funnet en fremgangsmåte som fungerer for vår avdeling. Den største utfordringen er tid, vi ser at noen ganger strekker ikke tiden helt til på legevisittene. Som nevnt ovenfor har vi møtt på store utfordringer på å få gjennomfør LMG slik det var planlagt.

Vi holder fast ved at LMG er med på og kvalitetssikre arbeidet rundt hver enkel beboer på flere måter. Beboeren kommer mer i fokus og viktigheten av dokumentasjon blir synligere.

Det som til nå har vært mest fremtredende er at indikasjon etter på legemiddelark har ført til en større trygghet for helsefagarbeidere når de har ansvar for å dele ut medisiner.

Læring

Vi har lært viktigheten av samarbeid på tvers av faggrupper (lege, sykepleier og helsefagarbeider og farmasøyt).

Viktigheten av god dokumentasjon har og blitt tydeligere.

Utfordringen har vært og nå ut til aktuelle pårørende fortløpende om endringer på medisiner. Vi har svært langtkommende demente som det kan bli noe prøving og feiling på ang å finne rett medikament som har ønsket effekt. Vi har jobbet med dette og stort sett klart å informere pårørende ved store endringer som kan medføre reaksjoner hos beboer.

Veien videre

LMG skal implementeres til alle avdelingene på huset. Nå er vi i en ny oppstart periode for 2 A-B. Vi skal i samarbeide med Lunden ha en felles informasjon/ opplæring ang LMG. Noe usikker på når dette blir da Lunden og Kamfjord venter på fast tilsynslege. Vi ser at en fast lege som kjenner beboerne er meget viktig. På avd. 1A-B jobbes det kontinuerlig så godt det lar seg gjøre med de ressurser en har.

Selvevalueringstall: 4

Lunden senter for demensomsorg - sluttrapport

Deltakende enhet:	Lunden senter for demensomsorg avd. A2 og B2
Tallfestet mål:	100 % innen utgangen av 2012.
Gruppeleder:	Inger A.
Måleansvarlig:	Nina F. J. og Camilla W.
Gruppemedlemmer:	+ Nina E. A. og Reidun H.
Veileder:	Henriette R. og Vibeke B.

Beskrivelse av avdelingene

Lunden består av fire avdelinger, A1, A2, B1 og B2. Avdeling A1 har ikke startet ennå grunnet nyansatt vernepleier 1 og B1 er korttids-/utredningsavdeling og derfor utelatt av prosessen pr. nå.

Deltakende avdelinger A2 og B2 er enhet for pasienter med langtkommet demens. A2 med 12 og B2 med 9 sengeplasser. Avdeling B2 er en skjermet. Det er stor variasjon i pasientenes sykdomsforløp, de fleste er nå uten evne til å uttrykke seg adekvat i forhold til egen helsetilstand og er avhengige av personalets observasjoner for å få nødvendige tiltak iverksatt. Legevisitt has ca. 30 min. i uken.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan)

Da Lunden har utfordringer i forhold til legedekning er det vanskelig å beskrive endringer. B2 fikk gjennomført to LMG før legestillingen ble sagt opp. Vi har i dag en midlertidig stedfortreder og vet ikke med sikkerhet når ny fast lege tiltrer. Dette har vært til hinder for kontinuitet og måloppnåelse med antall gjennomganger samt spredning til avd. A2 og A1. På tross av denne situasjonen har vi via læringsnettverk og egenstudie mestret å oppnå de mål mulige. Indikasjon, plan, tellinger og for B2 er de gjennomførte LMG samt oppfølging og evalueringer av disse utført som planlagt.

Tiltak (Do)

Mye her er hentet fra første evaluering. For å oppnå målene; optimal legemiddelbehandling og innføring av pilotprosjektet har vi innhentet informasjon på egenhånd og deltatt på flere læringsnettverk og konferanser. (Vi deltok ikke på første læringsnettverk.)

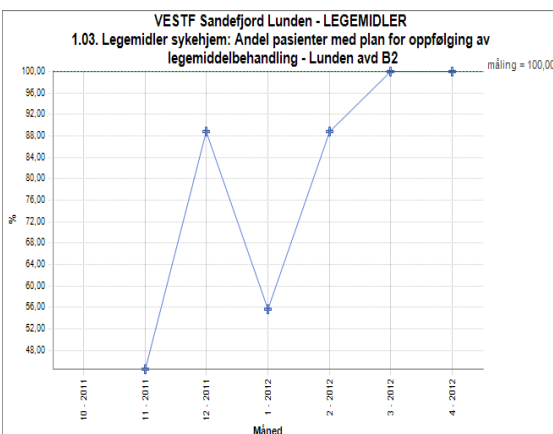
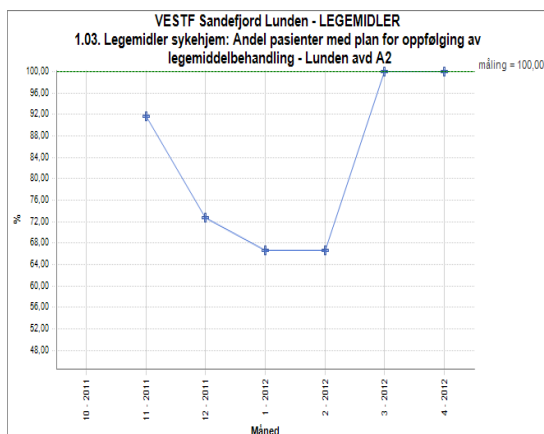
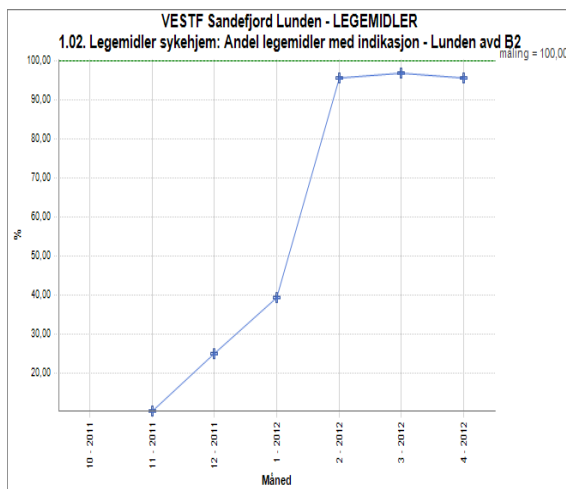
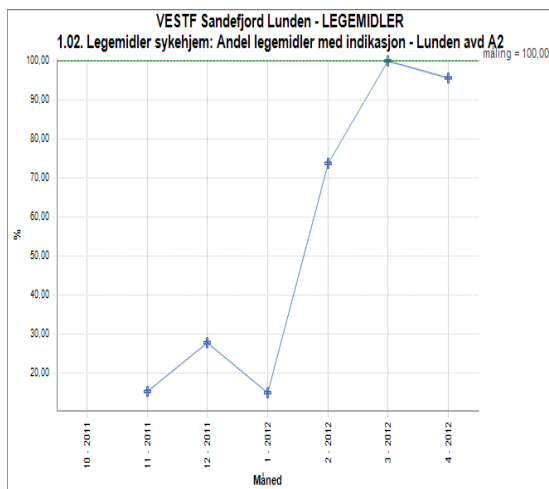
B2 har fullført to LMG. A1 deltok på den ene med tanke på spredning til dem. Vi erfarte her at grundig forberedning rundt LMG i forkant av gjennomføringen er viktig, samt at gjennomføringen er nyttig og lærerik. I etterkant av LMG skal tiltakene føres inn i tiltaksplanen – dette er meget tidkrevende!

Avd. A1 og B1 som har satt seg inn i LMG forventer at fortsettelsen skal gå fint.

Vi har valgt å ta med uroskjema, NPI og KDV i prosessen. Pr. nå opplever vi uroskjema som meget beskrivende og nyttig. NPI og KDV evaluerer vi når vi har mer erfaring.

Målinger (Study)

Vi satt som mål å ha fullført LMG på alle pasientene innen utgangen av året. Legedekningen ser ut til at dette kan bli utfordrene. Tellemålingene har vi utført månedlig, B2 legger nå disse inn selv. Vi har ut fra situasjonen vi er i lagt hovedvekt på indikasjoner og plan, noe vi føler å ha mestret bra.



Resultat (Act)

Vi anser resultatet av målingene som oppnådd på de utvalgte punktene. Vi har i tillegg erfart at både dokumentasjon og den verbale refleksjonen rundt legemidler er betydelig bedre. Alle yrkesgrupper deltar og føler dette nyttig.

Læring

Vi har ikke utnyttet rammene optimalt, vi kunne med fordel fristilt ett personal to til tre timer ca. hver 14. dag helt i starte samt i etterkant av de første gjennomførte LMG. Dette ville gitt rom for refleksjon, endringer og en tydeligere innføring av nye rutiner.

Hovedutfordringen for oss opp mot organisasjonen, er som nevnt legedekningen.

I starten var det kun en fra Lunden som deltok med tanke på å innføre LMG til en avdeling om gangen. Dette fungerte ikke. Det ble vanskelig å spre den nylærte kunnskapen videre alene. Dette fungerer bedre nå da to avdelinger med to personal på hver er representert i tillegg til leder.

Veien videre

Leder skal innføre obligatorisk undervisning om prosjektet for fagpersonellet på Lunden. Det forventer vi at skal ha god effekt opp mot forståelsen av prosessen, viktigheten av denne samt observasjoner og dokumentasjon. Vi er godt på vei, men trenger drahjelp for at alle skal bli inkludert.

Selvevalueringstall: 4

Sandetun sykehjem - sluttrapport

Deltagende enhet: Sandetun sykehjem
Tallfestet mål:
Gruppeledere: Kate Paulsen og Mette Lersbryggen
Gruppemedlemmer: Kate Paulsen
Mette Lersbryggen
Njål Standal
Tilsyns- lege Abdul Madjid Abdaly
Turnuslege

Beskrivelse av sykehjemmet: Totalt 54 Sengeplasser

Hus C 2 avdelinger for demente	12 plasser	
Hus D Langtidsavdeling	10	"
Hus G Langtidsavdeling	3	"
Hus E Langtidsavdeling	10	"
Hus F Langtidsavdeling	10	"
Rehabiliterings avdeling	9	Ikke med i prosjektet

Lege: 2 dager/uke (Tilsyns- lege 1 dag og turnus- lege 1 dag).

1. PLAN

HOVEDMÅL:

Det skal gjøres regelmessig, systematisk gjennomgang av ordinasjonskort for legemidler opp mot diagnoser for alle pasientene med langtidsopphold.

Målet ble valgt for å kvalitetssikre og dokumentere at pasientene får optimal legemiddelbehandling, mest mulig reduksjon av bivirkninger og derved økt livskvalitet.

Endringer i antall legemidler knyttet opp mot indikasjoner/ diagnoser, vil vises i grafer.

Når det gjelder virkning / bivirkning av legemidler og økt livskvalitet vil dette dokumenteres via observasjoner i oppfølgingsplanene til hver enkelt pasient.

Tiltak for å nå målet:

Danne tverrfaglige team.

Internundervisning av alle ansatte.

Måleansvarlig.

Velge pasienter.

En gang i måneden å telle legemidler og indikasjoner for disse.

Kontinuerlig å sjekke indikasjoner opp mot diagnoser.

Kontinuerlig opprette planer for oppfølging av legemiddelbehandling med fokus på observasjoner av virkning / bivirkning.

Regelmessig legemiddelgjennomgang: 1 mnd etter innkomst, deretter hvert halvår hvor registrerings skjema brukes bevisst.

2. Tiltak:(DO).

10. og 11.10.11 Kate og Mette fikk innføring i prosjektet ved deltagelse på Læringsnettverket i Sandefjord.

14.10.11 Valgte at ALLE pasientene med langtidsopphold skulle delta i .

	Valgte å telle alle legemidler - både de som var ordinert fast og ved behov.
17.10.11	Opprettet elektroniske ordinasjonskort i Gerica.
21.10.11	E- ordinasjonskortene ble gjennomgått (LMG) og signert av tilsynslege.
08.11.11	Innføring av elektronisk legemiddelkabinett for A- og B-preparater. Systemet i kabinettet er bygd opp av Kate og Mette.
16.11.11	Deltok på telefonkonferanse.
18.11.11	Strategimøte med tilsyns- lege, fagansvarlig, avdelingssykepleier og oss to gruppeledere.
23.11.11	Møte med farmasøyt Marjon Øyen, Apotek 1, Holmestrand.
30.11.11	Internundervisning om prosjektet. Tilbud til ALLE ansatte.
11.01.12	Deltok på telefonkonferanse.
18.01.12	Registrerte oss som brukere av Extranet, med lynkurs
31.01.12	Kate og Mette deltok på Læringsnettverk i Sandefjord.
28.03.12	Deltok på telefonkonferanse.

Fortløpende er det gitt informasjon til alle samarbeidspartnere inklusiv pårørende. Utført månedlige tellinger. Utarbeidet plan for halvårig LMG for alle pasienter på langtidsavdelingene. Opprettet et eget tiltak for legemiddel- observasjon i Gerica.

UFORUTSETT:

Ved innføringen til elektronisk ordinasjonskort, ble mange av indikasjonene utelatt. Dette ble rettet opp for samtlige legemidler ved februarregistreringen.

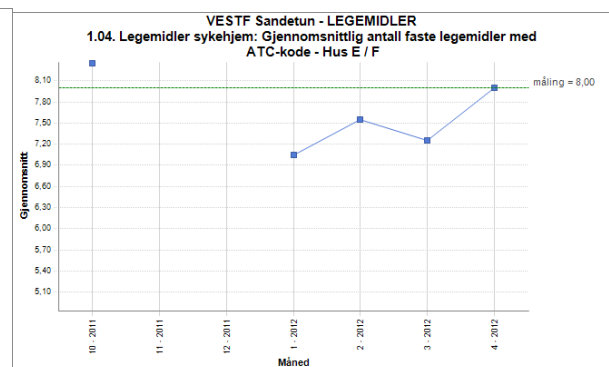
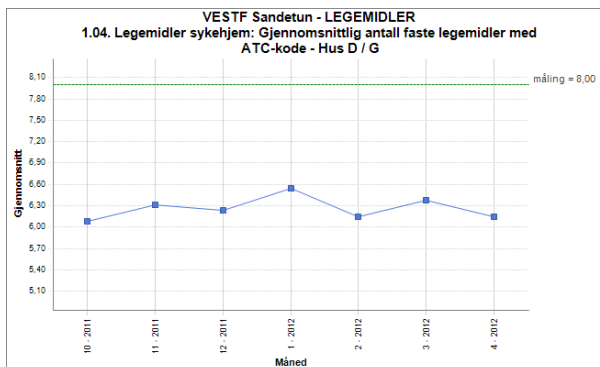
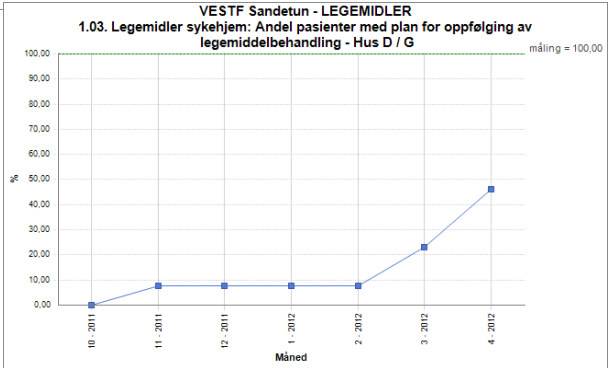
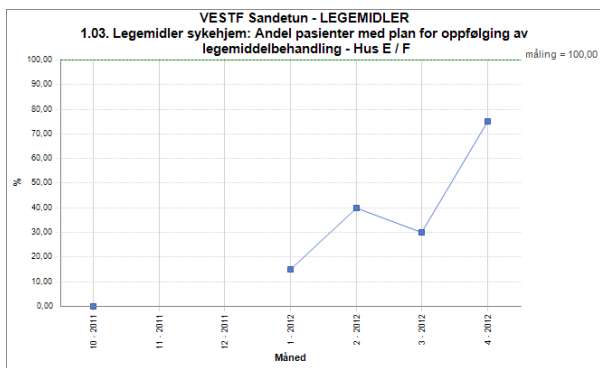
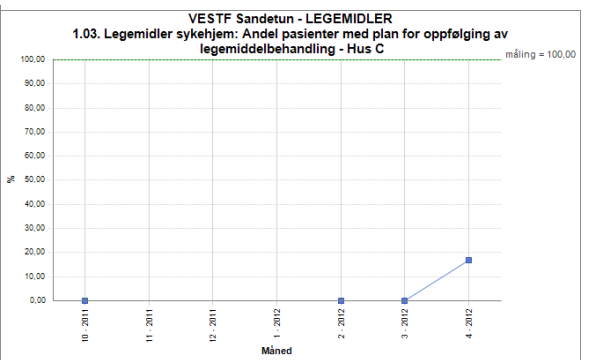
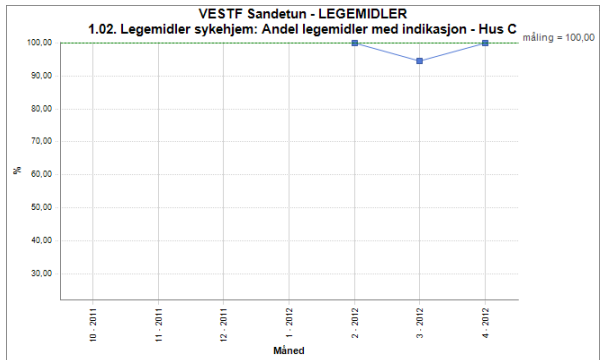
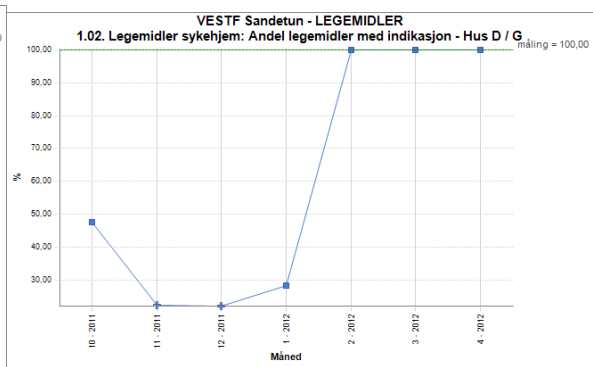
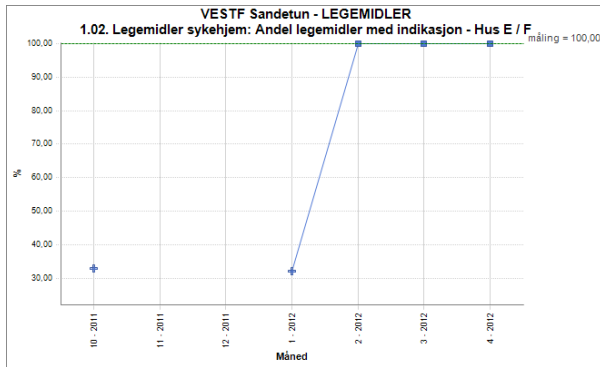
3. STUDY

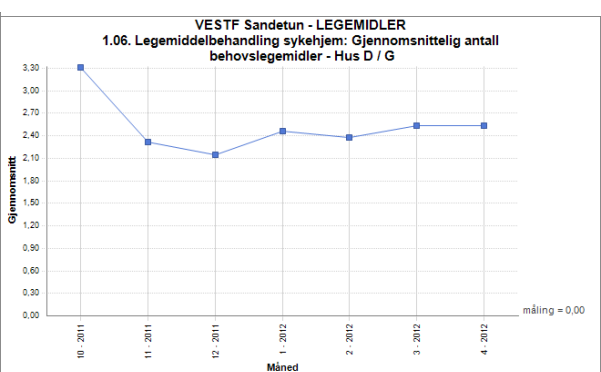
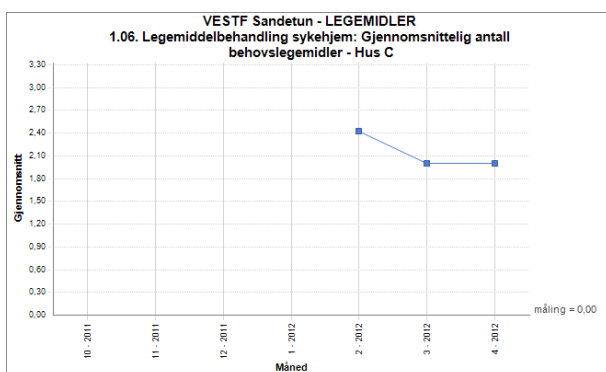
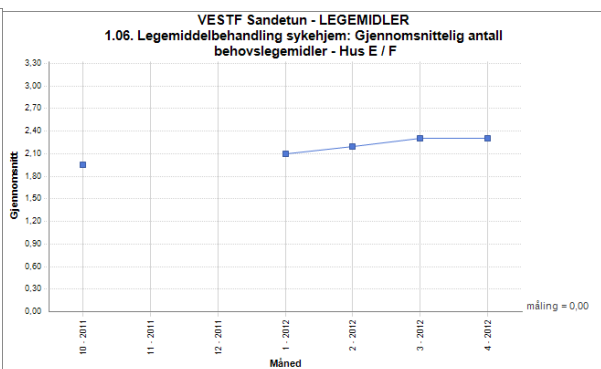
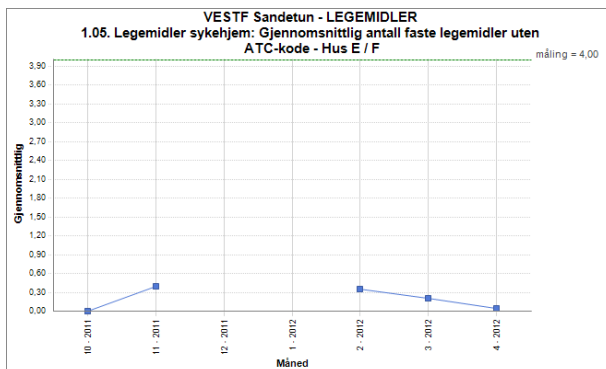
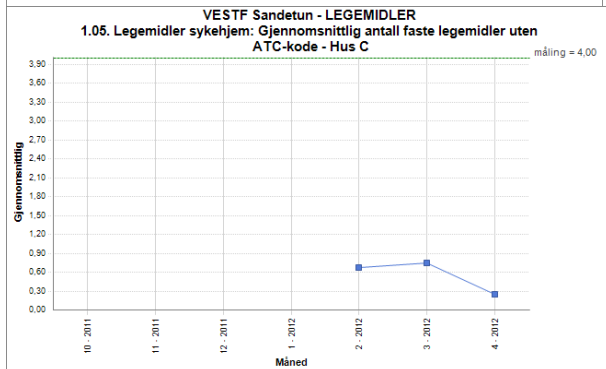
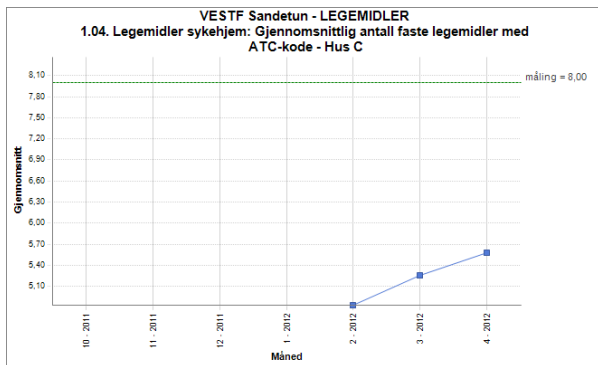
Målinger:

Her på sykehjemmet har vi utført målinger ut fra følgende 6 definerte områder i Extranet,

1. Registrering av hvilke pasienter som har hatt LMG i løpet av siste halvår.
2. Antall faste legemidler med ATC kode.
3. Antall faste preparater uten ATC kode.
4. Antall legemidler ved behov.
5. Antall legemidler med indikasjon.
6. Antall pasienter med oppfølgingsplan for legemidler.

Målingene ble i oppstarten utført på samtlige pasienter ved de 4 somatiske langtidsavdelingene, og fra februar 2012 deltok samtlige pasienter ved demensavdelingen i registreringene.





4. ACT

LMG er satt i system.

Vi har opprettet egne tiltak for legemiddel- observasjon i Gerica, alle typer, inklusiv hudbehandling.

Målingene for antall legemidler har ikke så store utslag på statistikken. Årsaken til dette er at tilsynslegen hadde "tjuvstarta". Han har gjennom flere år hatt et bevisst forhold til LMG inklusiv interaksjoner, og utført dette regelmessig.

Det som har gitt utslag på statistikken, er at målsettingen om 100 % indikasjoner for samtlige legemidler er nådd! Dette har både ansatte ved sykehjemmet og apoteket gitt positiv tilbakemelding om.

Et annet resultat av prosjektet er at pasientenes diagnoser er ajourført i Geric, slik at indikasjonene samsvarer med disse.

LMG blir nå gjennomført 2 ganger i året for samtlige pasienter. Nye pasienter har LMG innen 1 måned. Skjema fra prosjektet benyttes.

Alle ansatte har gjennom prosjektet fått et bevisst forhold til å observere og dokumentere virkninger / bivirkninger av legemidler.

HVA HAR GRUPPEN LÆRT SÅ LANGT:

Vi har lært mye om systematisk jobbing. Bevisste målsettinger og fokus gir resultater. Vi er en liten gruppe, og lederne i prosjektet er avdelingssykepleiere og har dagarbeidstid. Det betyr at vi kan prioritere arbeidsoppgaver og det er enklere å møtes.

Vi som er prosjektledere ser en klar fordel at vi er i lederstillinger. Dette har bidratt til at prosjektet har fått økt fokus og gjennomslagskraft blant de ansatte.

LMG har lært oss mye om viktigheten av kompetanse om de ulike legemidlene (virkning, bivirkning og interaksjoner). Vi har erfart viktigheten av indikasjoner for alle legemidler.

Vi vet at virkningsmekanismen for legemidler er ulik hos eldre. Målsetting er å lære mer om dette.

Prosjektet har vært morsomt og lærerikt fordi gruppa har hatt et godt samarbeid og det har vært enkelt å finne tid til oppgavene.

Samlingene og telefonkonferansene i prosjektet har vært både motiverende og interessante.

Vibeke har alltid vært på tilbudssiden, og kommet med mange gode forslag og ideer.

Utrolig hva man kan få til, hvis man bare vil!

5. SELVEVALUERINGSTALL: 5

Statusrapporten er utarbeidet av
Kate Paulsen og Mette Lersbryggen

Soletunet sykehjem - sluttrapport

Deltakende enhet:	Soletunet
Tallfestet mål:	
Gruppeleder:	
Måleansvarlig:	Dorota
Gruppemedlemmer:	Dorota, Britt, Sissel
Veileder:	

Sluttrapporten skal være på maks 3 sider inkludert grafer. 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:

Tatt utgangspunkt i 2 avdelinger på Soletunet. Solstua 1, dementavd, Soltoppen; somatisk langtidsavdeling. 12 sengeplasser på Soltoppen (8 pas med i prosjektet) og 7 sengeplasser på Solstua 1. Tilsynslege tilstede x3 pr. uke, og turnuslege tilstede 1x pr. uke.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan)

Vi har hatt som mål å ha LMG for 15 pasienter, av ulike grunner er det nå med 6 pasienter fra hver avdeling. (dødsfall og tomme rom)

Har også hatt som mål å få 100 % legemidler med indikasjon, og 100 % pleieplaner med oppfølging..

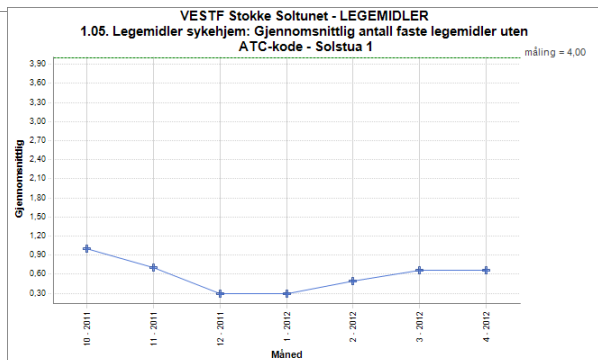
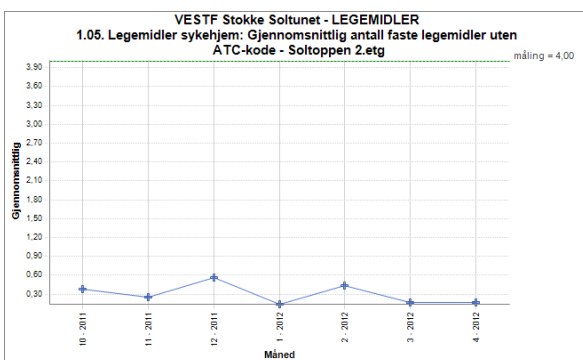
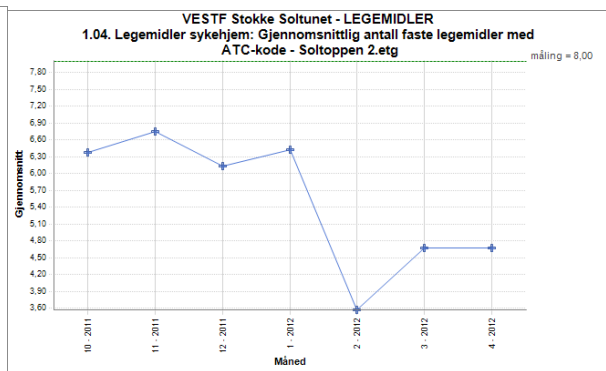
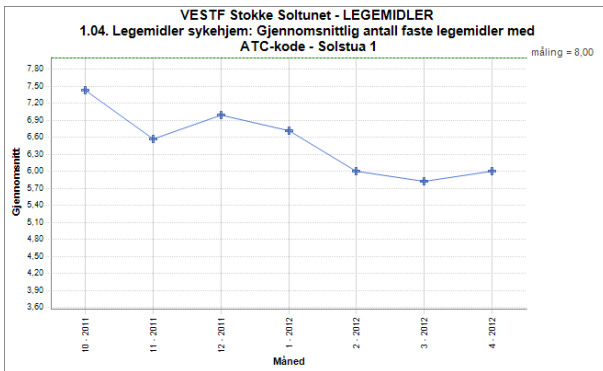
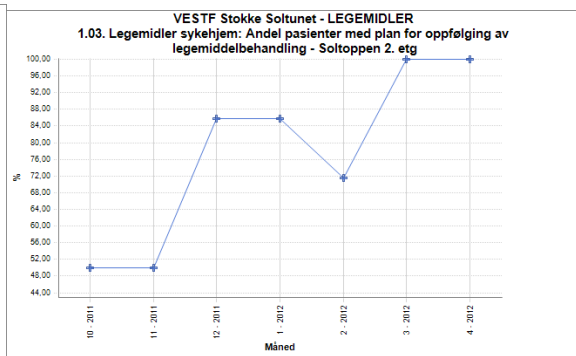
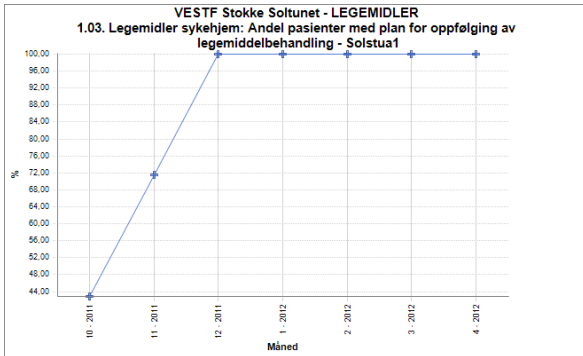
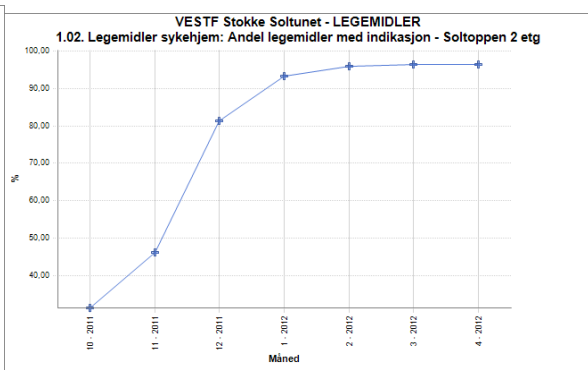
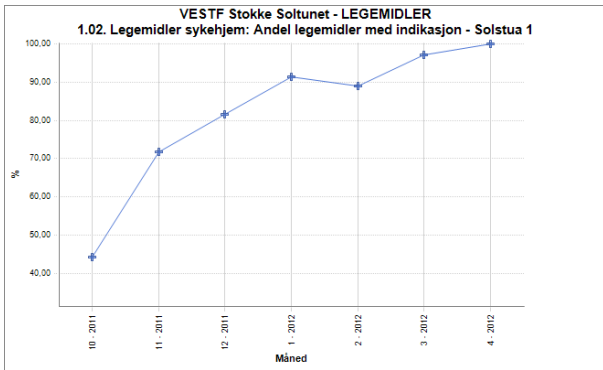
Tiltak (Do)

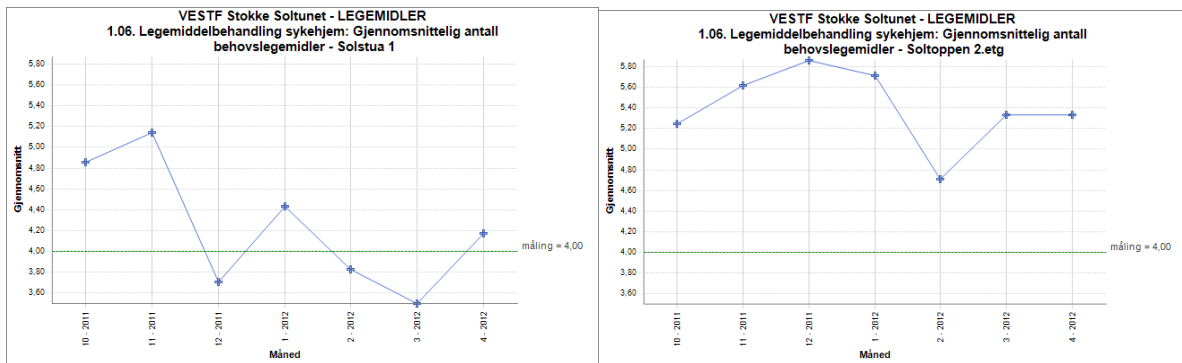
vi har hatt LMG på til sammen 15 pasienter, og det var målsettingen før vi gikk i gang med prosjektet. (har hatt LMG på flere pasienter enn disse, da det har kommet nye pas underveis på de rommene vi har valgt ut til å delta i prosjektet.)

Spl har sammen med tilsynslegen gått gjennom medisiner, sammen satt på indikasjoner, lege har vurdert behovet, samt innhentet informasjon diagnoser dersom dette ikke var kjent.

Målinger (Study)

Soltunet har gjort 10 legemiddelgjennomganger på til sammen 7 pasienter.





Resultat (Act)

Vi har hatt LMG på alle de utvalgte pasientene. Ser at hj.pl er fornøyde med at indikasjoner står bak hvert enkelt legemiddel.

- Vi opplever også at vår nye tilsynslege ikke er like ivrig på LMG som forgjengeren, og at arbeidet med å innføre det på andre avdelinger har stoppet noe opp.
- Solstua har gitt de 2 andre dement avdelinger sjekklister, og det er tatt bl.prøver av beboerne samt at spl har hentet inn journaler i papirform fra arkivet, slik at alt ligger til rette for å innføre det på disse avdelingene også.
- Spl på korttidsavdelingen har etterspurt et tilsvarende opplegg for dem, så vi skal i alle fall prøve å få til indikasjoner bak alle faste legemidler.

Læring

Læringnettverksmetoden var en ny erfaring for oss begge, det var spennende og delta, og føler at vi har blitt godt fulgt opp.

Vi har ennå ikke spurt om noe ekstra hjelp, men er trygge på at det hadde vi fått hvis behovet for det kommer.

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: 5

Tjøllingvollen sykehjem - sluttrapport

Deltakende enhet:	Tjølling sykehjem, avdeling Vollen
Tallfestet mål:	
Gruppeleder	Henriette Kongsteien
Målsansvarlig:	Gry Beate Øksenholdt
Gruppemedlemmer:	Kari Lysebo, Wenche Sandmo, Tove Doris Langeid, Gry Beate Øksenholt, Henriette Kongsteien
Veileder:	Vibeke Bostrøm

Beskrivelse av avdelingen:

Avdeling Vollen består av hjemmetjeneste, og en somatisk sykehjems avdeling med 14 langtidsplasser og 3 korttidsplasser.

Sykehjemsavdelingen består av:

Tilsynslege i 20 % stilling og 1,5 årsverk sykepleier

4 pleiere på dagtid

3 pleiere på kveld

Hensikten med prosjektet (Plan)

Hensikten er å oppnå optimal Legemiddelbehandling på Tjølling Sykehjem, avd. Vollen. Senere ønsker vi å bidra til spredning av prosjektet ut i kommunen.

Vi ønsker en kvalitetsforbedring i våre rutiner for oppfølging og observasjoner av pasienter i den medisinske behandlingen.

Overordnet mål:

Optimal legemiddel behandling av 8 langtidspasienter ved Tjølling sykehjem innen april 2012, ved å utføre legemiddelgjennomganger.

Tiltak	Mål
Utsendelse av informasjonsbrev til 8 pasienter og deres pårørende	Samtykke fra pasienter / pårørende
Lage sjekklister for LMG	Observasjonsliste som er godkjent av lege og farmasøyt til bruk i LMG
Utføre LMG	Sikre optimal legemiddelbehandling
Grafisk måling av LMG	Se utvikling i - indikasjon bak forskrivning - antall faste medisiner - antall planer i forhold til et legemiddelrelatert problem
Lage informasjonsplakat/poster	Spre informasjon om prosjektet

Etter læringsnettverk 2, fant vi det mer hensiktsmessig å utvide målplanen. Vi var i rute med den opprinnelige kjøreplanen og så at vi hadde kapasitet til å utvide prosjektet

**Det overordnede målet er derfor utvidet til å gjelde alle pasienter i avdelingen.
Utvidet mål plan:**

Tiltak:	Mål:
Sende informasjonsskriv til ytterligere 6 pasienter i avdelingen	Samtykke fra pasienter/pårørende
Utføre LMG på 6 pasienter	LMG som arbeidsmetode og integrert i all legemiddelbehandling i avdelingen.
Informere leder teamet i kommunen	Spredning
Innlemme Huseby i prosjektet	Spredning

Tiltak (Do):

- Vi har sendt ut informasjonsbrev til totalt 14 pasienter og deres pårørende.
- Det er utarbeidet en sjekklister for LMG, til bruk i avdelingen.
- Det er utført LMG på samtlige 14 pasienter i avdelingen.
- Teamet har informert avdeling Vollen og hjemmesykepleien om prosjektet LMG på våre felles personalmøter.
- Laget poster.
- Teamet har informert om LMG-prosjektet på ledermøte for pleie og omsorg i Larvik Kommune.
- Henriette har informert om prosjektet på veilederstudiet, i forbindelse med forbedringsarbeid.
- Det har blitt opprettet en kontakt innenfor IT, for å innlemme LMG i dokumentasjonssystemet. (Møte satt til 22.mai)
- Teamet har bedt om et orienteringsmøte på avd. Huseby på Tjølling Sykehjem, for å informere om LMG-prosjektet.
- Det er utført 6 målinger som er lagt inn i Extranet.

Da tid og ressursmangel er en stor utfordring, har vi måtte legge LMG til en annen dag enn legevisitten. Dette gjør at LMG- arbeidet har vært litt tungvint å integrere i legevisitt umiddelbart. Fordelen har likevel vært at vi har hatt bedre tid til å konsentrere oss om hver enkelt case.

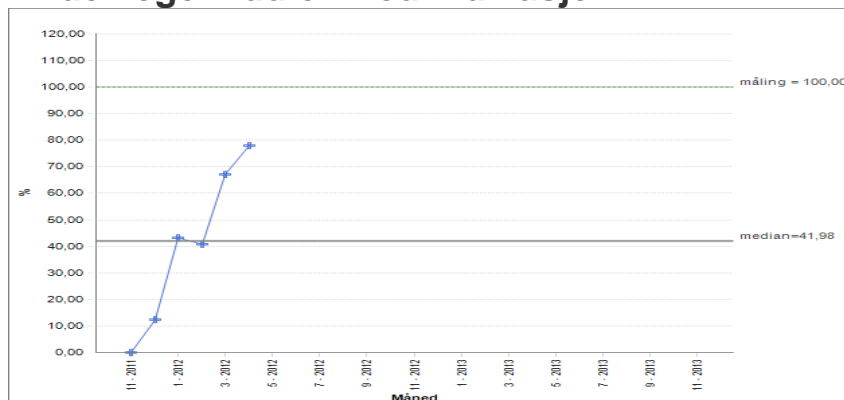
Målinger (Study):

Målemetoder: Tjølling Sykehjem har målt endringer én gang i måneden. Det telles:

- Antall pasienter der det er utført LMG.
- Antall faste legemidler med ATC kode pr pasient.
- Antall faste legemidler uten ATC kode.
- Antall behovsmedisiner pr pasient.
- Andel faste legemidler med indikasjon bak forskrivning.
- Andel pasienter med plan for oppfølging av LMG, med fokus på observasjoner og rapportering om virkning, bivirkning og livskvalitet.

Disse målingene har vi ført inn i Extranet. På den måten får vi en grafisk oversikt over endringer som er utført.

Andel legemiddler med indikasjon:

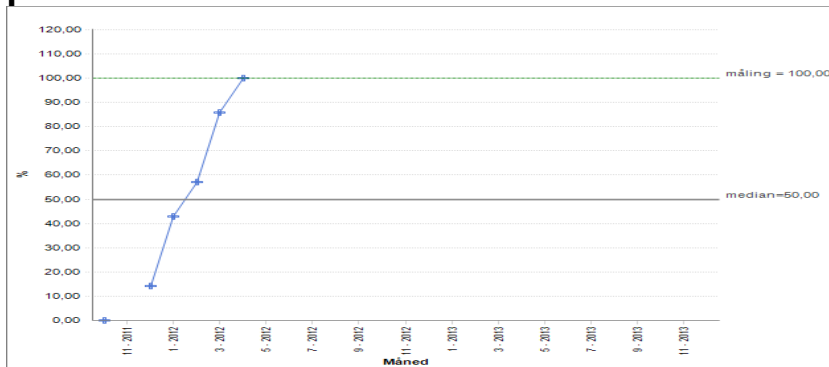


Resultat (Act)/ Læring:

- Ved å studere målingene ser vi at det er en stor forbedring av indikasjon bak forskrivning, dette området har økt fra 0 til 77,88 %.
- Antall faste legemidler med ATC kode kun har små endringer, målingene ligger på gjennomsnittlig 6,5 tablett pr pasient
- Antall pasienter med plan for oppfølging av legemiddelrelatert problem har økt med 100 %.
- Det er kun små variasjoner i antall behovslegemidler, gjennomsnittlig 3 tabletter pr pasient.
- *Fokus på observasjoner:* Fagkompetent personell opplever økt forståelse for LMG og innser behovet for observasjoner/oppfølging av fokusområder hos den enkelte pasient. Dette har gitt et løft i avdelingen blant ansatte. Vi opplever også at vi blir forespurt av sykepleiere i hjemmetjenesten angående legemiddelhåndtering i deres hverdag.
- *Fokus på rapportering:* Personalet er mer faglige om hva som skal rapporteres – og ser nødvendigheten av at fokusområder føres i pasientens pleieplan.
- *Fokus på bivirkninger:* Vi har fått en bedre oversikt over ulike medikamenters bivirkninger i forhold til den enkelte pasients medisinske behandling
- *Fokus på interaksjoner:* Dette fokuset inngår i rapportsammenheng og under observasjoner som vi opplever implementert i avdelingen.

Samlede erfaringer: Vi har blitt mer bevisst pasientenes reelle behov for medikamentell behandling og forbedringsarbeidet som bør ligge i forkant av dette.

Andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddelrelatert problem:



Evaluering:

Dette har vært en interessant og spennende erfaring for avd. Vollen som vi i høyeste grad har hatt stort utbytte av. Strukturert legemiddelgjennomgang har gitt oss, som tidligere nevnt, meget gode resultater. Vi ønsker å jobbe videre med dette og ser for oss at vi gjennomfører LMG, i første omgang, ved årskontroller og ved innkomst. Samtidig som at tankegangen er med oss på den ukentlige legevisitten, der vi nå vil bli mer fokusert på observering av virkning/bivirkning, interaksjoner og indikasjoner. Jobbe i læringsnettverk har også gitt oss bedre kunnskap om forbedringsarbeid, som vil komme avdelingen til nytte på mange områder. Når prosjektet er ferdig skal forbedringsteamet legge fram de endelige resultatene på et fellesmøte for lederne i pleie og omsorg.

Selvevalueringstall: 5

Tjøme sykehjem - Sluttrapport

Deltakende enhet:	Tjøme sykehjem
Tallfestet mål:	1.01. Legemidler sykehjem: Andel langtidspasienter som har hatt legemiddelgjennomgang siste halvår 1.02. Legemidler sykehjem: Andel legemidler med indikasjon 1.03. Legemidler sykehjem: Andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddelbehandling 1.04. Legemidler sykehjem: Gjennomsnittlig antall faste legemidler med ATC-kode 1.05. Legemidler sykehjem: Gjennomsnittlig antall faste legemidler uten ATC-kode 1.06. Legemiddelbehandling sykehjem: Gjennomsnittlig antall behovslegemidler
Gruppeleder:	Sissel I. Høisæther
Måleansvarlig:	Lisbeth Olsen
Gruppemedlemmer:	Sissel I. Høisæther, Lisbeth Olsen, Toril Sagen, Søren B. Nissen
Veileder:	Vibeke Bostrøm

Beskrivelse av avdelingen

Avd A: Demensavdeling. Totalt 7 plasser

Avd B: Somatisk (bl.a. plasser for lindrende behandling) og demens; langtid og somatisk korttidspl. Totalt 11 plasser

Avd C: Somatisk langtid og rehabilitering, korttidspl. Totalt 9 plasser

Avd Furulund: 2 langtidspl og resterende (av 33 sykehjemsplasser) i omsorgsboliger.

Sykehjemsplasser: 33, tilsynslege i 50 % st, 52 personer i pleien (32, 9 årsverk), 4 virksomheter (enheter) deler 20 % sekretærstilling.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan)

Hensikt med LMG- prosjektet er å bli bedre på oppfølging av pasientene, ivareta deres sikkerhet på legemiddelområde, god informasjon og godt samarbeid med pårørende, kvalitetssikre personalets arbeid og få til utvidet læring.

Vi vil se endring i hverdagen, der personalet trygges på handlinger og økt kunnskap i møte med pasient, pårørende og medarbeidere.

Tiltak (Do)

Vi var godt i gang fra før via innføring av EPJ for 1 år siden, med ATC- reg. og Anvendelses-påskrivning på medisinliste. Det ble ny skjerping etter oppstart med LMG.

Alle avdelingene startet opp raskt, etter informasjonsmøte med avdelingssykepleierne.

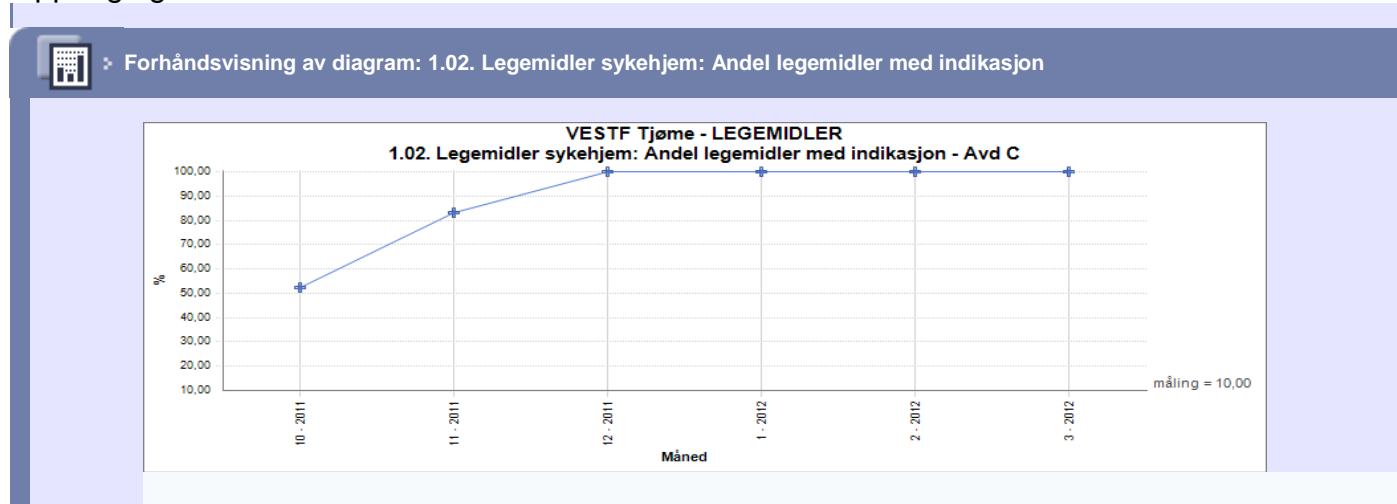
Vi har hatt en gjennomgang sammen med farmasøyt, og skal ha ny i mai.

Vi bruker interaksjons- verktøy ved LMG og usikkerhet.

Intet uforutsett hendte.

Målinger (Study)

Målingene så langt viser innskjerping av å være presise, følge opp legen ved utfylling av anvendelsesområde. Vurderer nok nøyere om medisinene er viktige for pasienten fortsatt. Vi har tettere oppfølging og gjennomgang av legemidler, og er mer bevisst på å sjekke interaksjoner. Fokus er mer rettet inn på LM- Oppfølging



Resultat (Act)

Vi har i løpet av vinteren/våren startet med de to resterende målpunktene. Vi har omfordelt noen av oppgavene, grunnet fravær av 1 gruppelem.

Telling, skriving og framfor alt gjennomføring av LMG hel og halvår med pårørende tar mye tid, og det er mye logistikk grunnet lege bare 2 dager i uka, og at avdelingssykepleier skal ha hovedansvar, samt at pårørende ikke alltid kan, eller melder fravær. Tar tid å skrive referat fra møtene, skrive punkter på oppfølging i EPJ (Profil). Ikke like lett å få alle til å følge opp. Skal derfor ha nytt lærings- og infomøte med praktiske eksempler ifør sommeren. Mye nytt for ansatte (I EPJ) på andre områder også).

Vi har gode resultater ved fokus på indikasjonspunktet. Vi stopper oftere opp for LMG ved visitter og andre endringer av medisiner. Vi er flinke til å bruke interaksjons- verktøy.

Læring

Mer og bedre informasjon til alle i virksomheten, for og at alle har samme fokus og at alle forstår at dette er viktig, men at det også tar tid å være med i prosjektarbeid.

Størst merarbeidsmengde er lagt på avdelingssykepleierne, som ikke alltid er "fristilt" til å få dette arbeidet gjort. Se pkt foran.

Når en setter fokus på områder og er flere til å gjøre dette, så blir det lettere å følge opp. Når vi ser resultater raskt er det mer gøy å gjøre/ følge opp.

Vi har lært mer om bruke dataverktøy ift interaksjoner. Det er lettere å ta fortløpende kontakt med farmasøyt. God oppfølging fra Læringsnettverket i Sandefjord (veileder). Lett å ta kontakt, blir godt ivaretatt og hjulpet. Metoden er god, men krever en del ekstra av tid og fagressurser.

Innsatsområder framover:

- Måle på alle 6 målpunkter
- Få laget plankategori, tiltaksområder for LMG – måling på Profil, der både pleiere og legen samsnakker i EPJ.

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.

Fortsette med påføring av indikasjon for hvert medikament, ATC-nr kommer automatisk ved vær føring i Profil-systemet.

Fortsette som før med Årssamtaler og gjennomgang av medikamenter, men nå med større fokus på dette.

Fortsette å slå opp i på interaksjoner når vi er i tvil.

Bruke farmasøyt i større grad ved LMG.

Fortsette med fokus på informasjon både til pasient og pårørende ved endringer, bivirkninger mv.

Stor forståelse i ledelsen for arbeidet som gjøres.

Selvevalueringstall: ?

Træleborg BBS - sluttrapport

Deltakende enhet:	Langtidsavdeling, 2-2 og 2-3, 2.etg og avd. B, Træleborg
Tallfestet mål:	3
Gruppeleder:	Tor Tallaksen
Måleansvarlig:	Tor Tallaksen
Gruppemedlemmer:	Tor Tallaksen, Lotte Bogre, Line Sigurdsen, Marianne Erstad
Veileder:	Vibeke Bostrøm

Beskrivelse av avdelingen:

Vi har jobbet parallelt i 2 avdelinger og flere enheter.

Det er 8 sengeplasser på avd. B, 8 sengeplasser på ene enheten og 10 på andre i 2.etg,

Vi har pr avd. B tilsynslege 2 timer pr uke, på langtidsavdeling 2.etg:2 timer pr uke pr. 34 pasienter. Når det gjelder pleiepersonale: Avd B: dagvakt:2 – 3 pleiere, kveld: 2 pleiere. 2.etg: 10 /11 dagvakt, og 6/7 kveld på 34 pasienter. Har ikke sekretær knyttet til avdelingen.

Hensikten med prosjektet og mål (Plan):

For oss er hensikten at hver pasient står på den medisinen vedkommende har glede og nytte av. Ønsker at vi har laget oss rutiner som gjør at dette blir gjennomført. På sikt håper vi også en sikker elektronisk føring av legemidler.

Tiltak (Do)

Vi er fortsatt i kartleggingsfase / legemiddelgjennomgangsfase

Målinger (Study)

Har ført inn veldig lite så langt.

Resultat (Act)

Som sagt – ikke kommet så langt i prosjektet, men det vi kan si er at med det vi HAR gjort, ser vi en bevissthet av medikamentbruken hos pasientene. Tilsynslegen knyttet til avdelingen mer bevisst og positive.

Vi opplever at dette er noe vi vil gjennomføre, ikke bare som prosjekt.

Læring

Vi har ikke fått flere ressurser, ingen fristilling av personale. Vi har lagt opp til arbeidsmøter, og det er alltid utfordrende og finne tid som passer 4 der 3 er i turnus. Prosjektarbeidet skal gå parallelt med og ikke utover andre arbeidsoppgaver.

Vi har hatt 3 møter a 1,5 timer, veileder har vært her en gang og farmasøyt har vært på ene avdelingen en gang.

Veien videre

Vi ønsker å fortsette dette "prosjektet" til alle våre pasienter står på den medikasjonen de skal, og til vi har sikre rutiner i gjennomføringen av dette, og i legemiddelhåndteringen generelt.

Selvevalueringstall= ?