

Tiltakspakke for Samstemming av legemiddellister



IS-0455

I trygge hender
pasientsikkerhetsprogrammet.no





Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsprogrammet / trygge hender 24-7

Pasientsikkerhet defineres av Verdens helseorganisasjon som *vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser* (1). Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet / trygge hender 24-7 skal bidra til å redusere pasientskader i Norge. Dette gjøres med målrettede tiltak på utvalgte områder i helsetjenesten.

Forbedringskunnskap, brukerorientering og kunnskapsbasert praksis er grunnleggende forutsetninger for programmets arbeid. For hvert innsatsområde er det utviklet en tiltakspakke som inneholder de antatt viktigste tiltakene for å unngå pasientskader. Tiltakspakkene er utarbeidet i samarbeid med ekspertgrupper og relevante fagmiljøer, og bygger på forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens/brukerens ønsker og behov. Programmet tilbyr også ulike forbedringsverktøy for å redusere pasientskader.

Mer om programmet: pasientsikkerhetsprogrammet.no

Kontaktinformasjon

Sekretariatet er plassert i Helsedirektoratet og er ansvarlig for utvikling og daglig drift av programmet. Mer informasjon om sekretariatet finner du på pasientsikkerhetsprogrammet.no

Generelle henvendelser: post@pasientsikkerhetsprogrammet.no

Sekretariatets telefon: 464 19 575

Alle helseforetak har programledere som skal bidra med veiledning ved innføring av programmet lokalt. Regionale programledere er ansvarlige for programmet i regionene og er kontaktpersoner for de lokale programlederne.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester har en tilsvarende funksjon med å veilede i kommunene: usht.no

ISBN-nummer 978-82-8081-354-1

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram / trygge hender 24-7

Helsedirektoratet, Oslo, 2015



Innhold

Innledning.....	4
Hva er legemiddelsamstemming?	5
Hvorfor samstemme legemiddellister?	6
Tre tiltak for å sikre legemiddelsamstemming	7
Tiltak 1: Innhent legemiddelinformasjon og samstem legemiddellisten i samråd med pasienten.....	7
Tiltak 2: Inkluder samstemt legemiddelliste i henvising og epikrise.....	11
Tiltak 3: Gi en samstemt legemiddelliste og informasjon om endringer til pasienten	13
Krav i lovverket.....	14
Ansvar og kompetanse.....	14
Kom i gang - forbedring i praksis.....	15
Tiltakspakkens målinger	18
Ressurser og verktøy.....	21
Endringslogg	22
Referanser	23
Vedlegg 1 IKT-verktøy og legemiddelsamstemming	27
Vedlegg 2 Legemiddelinformasjon i kjernejournal og e-resept.....	30
Vedlegg 3 Skåringsverktøy for kvalitet på legemiddelavsnittet i epikrisen	33

Forkortelser:

EPJ	elektronisk pasientjournal
LIB	legemidler i bruk
LMG	legemiddelgjennomgang
LMS	legemiddelsamstemming
PLO	pleie og omsorg
RF	reseptformidleren



Innledning

Formålet med denne tiltakspakken er å beskrive de viktigste tiltakene som sikrer at pasienten alltid har en samstemt legemiddelliste. De tre tiltakene som er valgt ut er basert på anbefalinger fra pasientsikkerhetsprogrammets ekspertgruppe for legemiddelsamstemming og kunnskapsbasert praksis.

Legemiddelsamstemming går ut på at man i samarbeid med pasienten lager en nøyaktig og fullstendig liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker. Denne listen kalles «Legemidler i bruk» og må følge pasienten i hele behandlingsskjeden for å oppnå sikker legemiddelbruk.

Tiltakspakken er generell og gjelder uavhengig av om pasienten behandles i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Forbedringsmodellen er en av de mest brukte metodene for forbedringsarbeid og anbefales for å innføre tiltakene. Tiltakspakken inneholder også et sett med målinger som skal hjelpe forbedringsteam til å se om innføring av tiltakene fører til forbedringer.

De tre tiltakene som beskrives i tiltakspakken er:

Tiltak 1: Innhent legemiddelinformasjon og samstem legemiddellisten i samråd med pasienten

Tiltak 2: Inkluder samstemt legemiddelliste i henvising og epikrise

Tiltak 3: Gi en samstemt legemiddelliste og informasjon om endringer til pasienten



Hva er legemiddelsamstemming?

Pasientsikkerhetsprogrammet har oversatt og bearbeidet Verdens helseorganisasjons definisjon (5) av legemiddelsamstemming til norsk:

Legemiddelsamstemming er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten sikrer fullstendig informasjon om pasientens legemiddelbruk.

Legemiddelsamstemming går i praksis ut på at man samarbeider med pasienten om å lage en nøyaktig og fullstendig liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker. Denne listen kalles «Legemidler i bruk» som forkortes LIB.

Pasienten er den viktigste kilden til egen legemiddelinformasjon. God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er derfor viktig ved legemiddelsamstemming. I samtalen med pasienten er det nyttig å ta utgangspunkt i en tilgjengelig, skriftlig kilde til pasientens legemidler. Pasienten skal bekrefte, korrigere og supplere innholdet i kilden.

Ved legemiddelsamstemming tar man ikke stilling til hvilke legemidler pasienten medisinsk sett bør bruke. Dette gjøres når legemiddelsamstemming er fullført, for eksempel ved behov for seponeringer, ordinasjoner og dosejusteringer ved innleggelse i sykehus eller ved en planlagt legemiddelgjennomgang (LMG) hos fastlegen. Den endrede listen blir da pasientens oppdaterte LIB.

Det er viktig å sørge for at den samstemte legemiddellisten følger pasienten i hele behandlingsskjeden. Derfor skal den inngå som en obligatorisk del av alle henvisninger og epikriser. Helsepersonell kan likevel ikke stole blindt på skriftlig legemiddelinformasjon, men må gjenta legemiddelsamstemming når de overtar behandlingsansvar for en pasient.

Pasienter må oppfordres til å etterspørre en oppdatert legemiddelliste og alltid ha den med i møte med helsetjenesten. Arbeidet med legemiddelsamstemming går lettere og raskere når både helsepersonell og pasienter føler et felles ansvar for å kvalitetssikre innholdet i LIB.



Hvorfor samstemme legemiddellister?

Legemidler er en viktig del av moderne medisinsk behandling. Brukt riktig er legemidler med på å bedre helse, livskvalitet og leveutsikter til mange pasienter. Men det er også store utfordringer knyttet til riktig bruk av legemidler. Legemiddelfeil er en av de hyppigste årsakene til uønskede hendelser og pasientskader i helsetjenesten (2-9).

Pasienter og helsepersonell mangler ofte en fullstendig oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk (9-13). Manglende eller feilaktig legemiddelinformasjonen gjør det vanskelig for legen å vurdere pasientens kliniske tilstand og risikabelt å gjøre endringer i legemiddelbehandlingen. For å unngå feil og skader må legemiddellisten derfor samstemmes regelmessig. En samstemt legemiddelliste er viktig for alle pasienter som bruker legemidler, men særlig for eldre og pasienter med flere kroniske sykdommer. Disse gruppene bruker ofte mange legemidler, konsulterer flere spesialister i tillegg til fastlegen og skifter ofte omsorgsnivå.

Begrepet *etterlevelse* brukes for å beskrive om legemidler tas som foreskrevet. I praksis vil det si om pasienten henter ut legemidlet på apoteket, tar det til riktig tid, i rett dose og fullfører behandlingen (13). Variabel etterlevelse av er en kjent utfordring. I følge en rapport fra Verdens helseorganisasjon i 2003 følger 30 - 50 prosent av pasientene med kroniske sykdommer ikke anbefalt legemiddelbehandling (3). Lav etterlevelse kan medføre at det er forskjell mellom hvilke legemidler helsepersonell *tror* pasienten bruker og hva pasienten *faktisk* bruker. Legemiddelsamstemming er viktig for å kartlegge pasientens etterlevelse.



Tre tiltak for å sikre legemiddelsamstemming

Her beskrives de tre viktigste tiltakene som skal sikre at pasienten alltid har en samstemt legemiddelliste.

Tiltak 1: Innhent legemiddelinformasjon og samstem legemiddellisten i samråd med pasienten

Samtale med pasienten, innhenting av legemiddelinformasjon og dokumentasjon er de sentrale elementene i dette tiltaket. Hvis pasienten selv ikke kan gjøre rede for sin legemiddelbruk, må legemiddelsamstemming gjøres i samarbeid med den/de som hjelper pasienten med legemidlene.

▪ Samtal med pasienten om hvilke legemidler hun/han bruker

Samtalen med pasienten om legemidler i bruk er viktigst. Skriftlige kilder til legemiddelinformasjon kan gjerne benyttes som utgangspunkt for samtalen, men det er viktig at pasienten forteller mest mulig fritt om hvilke legemidler han/hun bruker. Pasienten kan glemme eller utelate å fortelle om legemidler. Derfor må informasjon aktivt etterspørres. Det anbefales å bruke en sjekkliste ved gjennomføring av samtalen for å få med seg alle viktige punkter.

Eksempler på slike sjekklister finnes på

www.pasientsikkerhetsprogrammet.no under innsatsområde «samstemming av legemiddellister».

▪ Innhent tilstrekkelig legemiddelinformasjon

Ofte vil det foreligge en skriftlig kilde til pasientens legemiddelinformasjon eller være mulig å innhente en slik kilde. Den beste, tilgjengelige, skriftlige kilden kan være et godt utgangspunkt for samtalen med pasienten.

Det er ikke hensiktsmessig å bruke mye tid på å skaffe seg flere kilder for å sammenligne innholdet i disse, med mindre den første man får tak i er av dårlig kvalitet. Husk at skriftlige kilder kan ha variabel pålitelighet og være utdaterte.

Pasienten skal bekrefte de opplysningene som er riktige, korrigere de som er feil og supplere med opplysninger som mangler.



Eksempler på kilder til legemiddelinformasjon (ikke rangert) er:

- legemiddelliste fra fastlege, sykehjem eller hjemmetjeneste
- reseptformidleren i e-resept
- dialogmelding fra pleie og omsorgstjenesten
- epikrise
- henvisning fra fastlege
- pasientens egen liste over legemidler i bruk
- kjernejournal
- legemiddelliste (LIB-meldingen) i e-resept (for pasienter i pleie og omsorg)
- ordinasjonskort multidose

Noen av IKT-verktøyene som bør brukes ved legemiddelsamstemming er nærmere beskrevet i vedlegg 1 og 2.

▪ **Dokumenter samstemt liste over legemidler i bruk i journal med angivelse av kilder**

I journalen skal det angis om samstemmingen er fullført eller må følges opp senere pga. usikkerhet knyttet til kilde, situasjon eller pasientens tilstand. Opplysningene må signeres og dateres. I sykehus eller helseinstitusjon må tilsvarende opplysninger synliggjøres i kurven slik at man ved et raskt blick kan se om legemiddelsamstemming er fullført eller må følges opp. Vær oppmerksom på at LIB som føres inn i kurven, ofte vil være endret etter fullført legemiddelsamstemming fordi pasientens tilstand kan kreve ordinerings av nye legemidler og seponering eller dosejustering av tidligere brukte legemidler.

LIB skal inneholde opplysninger om:

- produktnavn¹
- virkestoff
- legemiddelform
- styrke
- dosering
- bruksområde/indikasjon

LIB må føres slik at det tydelig fremgår om hvert legemiddel skal brukes:

- daglig, evt. til spesielle tidspunkt

¹ Ved generisk forskrivning kan produktnavn utgå i LIB



- sjeldnere enn daglig (for eksempel hver mandag eller hver 3. måned)
- ved behov
- for en begrenset periode med sluttdato

LIB må oppdateres når:

- behandling med et legemiddel startes
- et legemiddel seponeres
- dose, styrke eller legemiddelform endres
- doseringsfrekvensen endres

Legemidler pasienten ikke tåler må oppgis i LIB. Det er vanlig å føre slike legemidler under overskriften CAVE.

Dersom bruksområde/indikasjon ikke er kjent, bør dette oppgis som «ukjent».

Kosttilskudd og naturmidler som er anbefalt av lege bør også oppgis i LIB.

Anbefalinger til tiltak 1:

I sykehus bør legemiddelsamstemming gjøres så raskt som mulig etter innleggelse. Det bør være et mål at det er gjort senest innen 24 timer fra pasientens ankomst til sykehuset. Ved poliklinisk konsultasjon i sykehus eller spesialisthelsetjenesten gjøres legemiddelsamstemming hvis konsultasjonen omfatter endringer i pasientens legemiddelbruk.

Hos fastlegen bør legemiddelsamstemming gjøres med ny pasient som bruker legemidler. LIB må holdes oppdatert ved endring i behandlingen og ved mottak av epikriser. Hvis fastlegen mottar uklar legemiddelinformasjon fra andre, må ny legemiddelsamstemming gjøres sammen med pasienten. Oppdatert legemiddelliste skal leveres til pasienten og de som eventuelt hjelper pasienten med legemidlene (pårørende eller hjemmesykepleie) og sendes til apotek for pasienter som bruker multidose. Dessuten må reseptformidleren i e-resept oppdateres slik at gyldige resepter samsvarer med pasientens LIB.

For nye pasienter i sykehjem og for brukere med vedtak om legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten må legemiddelsamstemming gjøres så raskt som mulig. I hjemmetjenesten gjøres dette i praksis vanligvis ved at sykepleier innhenter legemiddelinformasjon og samtaler med



brukeren. Legemiddelopplysningene skal avklares og bekreftes av pasientens fastlegen så snart som mulig. Når pasienten har vært hos fastlege/legevakt eller mottatt behandling på et annet omsorgsnivå, må liste over legemidler i bruk oppdateres hvis det er gjort endringer i legemiddelbehandlingen. Ved uklarheter i mottatt legemiddelinformasjon, må legemiddelsamstemming utføres på nytt. Vær oppmerksom på at pasienter i hjemmetjenesten kan være ansvarlig for enkelte av sine legemidler selv. Disse skal også inkluderes i LIB.

Legemiddelsamstemming for brukere i hjemmetjenesten og for pasienter på korttidsopphold på sykehjem må gjøres i tett samarbeid med fastlege. Det bør etableres gode, tverrfaglige rutiner med klare ansvarsforhold. Det er fastlegens ansvar å sikre samstemt legemiddelliste.



Tiltak 2: Inkluder samstemt legemiddelliste i henvising og epikrise

Lege og annet helsepersonell som overtar ansvar for pasientens legemiddelbehandling, trenger oppdatert informasjon om hvilke legemidler som brukes. For å sikre god legemiddelbehandling av pasienten i hele behandlingsskjeden må nøyaktig og fullstendig legemiddelliste inkluderes i alle henvisninger og epikriser. I epikriser gis i tillegg begrunnelse for endringer og eventuelle råd om oppfølging.

- Henvisning og epikrise må inneholde liste over legemidler i bruk og opplysninger om eventuelle legemidler som pasienten ikke tåler (cave). For oppsett av LIB - se tiltak 1.
- Epikrisen skal i tillegg inneholde informasjon om endringer i legemiddelbehandlingen og medisinsk begrunnelse for endringene. Endringer merkes med følgende forkortelser for å få rask oversikt over endringer som er gjort:
 - Ny
 - Endret
 - Kur

Avsluttede legemidler oppgis i eget avsnitt under legemiddellisten.

Hvis det ikke er gjort endringer i legemiddelbehandlingen, er dette også viktig informasjon. Oppgi da aktuell liste over legemidler i bruk og for eksempel følgende kommentar: «Det er ikke gjort endringer i pasientens LIB under oppholdet i sykehuset/sykehjemmet/behandlingsinstitusjonen».

For pasienter med flere sykdommer og polyfarmasi, kan epikrisen gjerne oppfordre fastlegen til å gjennomføre en legemiddelgjennomgang².

- Beskriv kilder som er brukt ved innhenting av legemiddelinformasjon i epikrisen.
- Det er svært viktig at informasjonen i reseptformidleren (RF) til enhver tid er oppdatert. Behandlende lege skal derfor sende inn nye resepter og tilbakekalle uaktuelle resepter ved endring av behandling. Informasjonen i reseptformidleren deles med andre behandlere, er tilgjengelig for pasienten via www.mineresepter.no og er kilde til legemiddelinformasjon i kjernejournal.

² En legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk, for å ivareta effekt og sikkerhet i følge Veileder om legemiddelgjennomgang (18).



- Ved endringer i LIB for pasienter med multidose må det bestilles ny levering. Det må avklares om endringer i legemiddelbehandlingen skal iverksettes umiddelbart eller om endringene kan vente til neste pakking. Dersom endringene må iverksettes før ny levering, må pasienten få utlevert alle legemidler i henhold til samstemt legemiddelliste mens man venter på ny multidose-levering. Praktisk kan dette skje ved å fylle en doseringseske med riktige legemidler for dagene frem til ny levering av multidose. Dette er en kritisk samhandlingsutfordring der sykehus og kommune må utarbeide gode rutiner og bli enige om fordeling av ansvar og utgifter. Det er fastlegens (LIB-ansvarlig leges) ansvar å oppdatere multidosebestillingen.

Legemiddellisten er samstemt ved innkomst. Kilder: samtale med pasient og opplysninger i reseptformidler.

CAVE:

Karbamazepin

Legemidler i bruk ved utskrivelse:

Faste legemidler:

Cozaar (losartan) tabl 50 mg. 1 tablett morgen. Blodtrykksmedisin

SeloZok (metoprolol) depottabl 100 mg. 1 tablett morgen. Hjertemedisin

Marevan (warfarin) tabl 2,5 mg. Følg eget dosekort. Forebygger blodpropp. NY

Atorvastatin tabl. 40 mg. 1 tablett kveld. Kolesterolenkende. ENDRET

Amoxicillin tabl 500 mg. 1 tablett 3 ganger daglig. Mot luftveisinfeksjon tom. 23. mai. KUR

Legemidler ved behov:

Imovane (zopiclone) tabl 5 mg. 1 tablett ved behov. Sovemedisin

Legemidler avsluttet:

Furix (furosemid) tabl 40 mg. 1 tablett morgen. Vanndrivende

Begrunnelse for endringer under oppholdet:

Warfarin er innført pga kronisk atrieflimmer.

Atorvastatin er økt fra 20 mg til 40 mg pga LDL > 2,0 og kjent koronarsykdom.

Furosemid er seponert pga usikker indikasjon.

Oppfølging av legemidler

Marevan doseres i hht. til INR verdi (mål INR 2,5 (2,0-3,0)).

Effekten av doseøkning av atorvastatin følges opp ved kontroller av LDL 8 (+/-4) uker etter doseendring inntil behandlingsmål (behandlingsmål LDL < 1,8 mmol/L og eller ≥50 % reduksjon i LDL dersom behandlingsmål ikke kan oppnås). Kontroller CK dersom muskelbivirkninger oppstår.

Figur 1: Anbefalt oppsett for legemiddelavsnitt i epikrise



Tiltak 3: Gi en samstemt legemiddelliste og informasjon om endringer til pasienten

Pasienten selv og/eller de som hjelper pasienten med håndtering av legemidler, skal alltid ha en oppdatert liste over legemidler i bruk (LIB). Det er tatt politisk initiativ til utvikling av en felles nasjonal legemiddelliste (4). Inntil en slik løsning er utviklet og tatt i bruk, må alle pasienter få sin egen legemiddelliste som de kan fremvise i møte med helsetjenesten.

- Oppdater pasientens legemiddelliste ved endringer og lever listen til pasienten og/eller de som hjelper til med håndtering av legemidler.
- Gi en oppdatert legemiddelliste til andre som behandler pasienten når det er nødvendig for å sikre forsvarlig behandling.
- Gjennomgå legemiddellisten med pasienten (eventuelt pårørende) og forklar hvorfor og hvordan hvert legemiddel brukes. Vær særlig nøye med å informere om nye, avsluttede og endrede legemidler. Forsikre deg om at pasienten har oppfattet informasjonen.
- I innkallingsbrev bør pasienten oppfordres til å be om en oppdatert legemiddelliste fra sin fastlege og medbringe denne.



Krav i lowerket

Flere forskrifter angir krav som er relevante for tiltakene i dette dokumentet.

- Legemiddelhåndteringsforskriften § 5 angir at «en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå»
- Fastlegeforskriften § 25 angir at «fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen. Når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er endret, skal legemiddellisten oppdateres», og videre at «fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til pasienten og andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud til listeinnbyggeren».
- Journalforskriften § 9 angir at «ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Tilsvarende gjelder ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist. Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Dersom annet ikke opplyses eller fremgår, sendes epikrise til innleggende/henvisende helsepersonell og pasientens faste lege».

Ansvar og kompetanse

Den som overtar behandlingsansvaret for en pasient må skaffe seg riktig informasjon om alle legemidler pasienten faktisk bruker. Det er et nødvendig grunnlag for å kunne vurdere pasientens kliniske tilstand og ta forsvarlige beslutninger om videre behandling. Behandlende lege har ansvar for legemiddelsamstemming, men innhenting av informasjon kan delegeres til sykepleier eller farmasøyt. De ulike virksomhetene må selv definere hvem som skal utføre oppgavene i arbeidsprosessen og utforme rutiner i henhold til dette. Når flere aktører er involvert i legemiddelsamstemmingsprosessen, f.eks. for brukere i hjemmetjenesten, må det utarbeides gode, tverrfaglige rutiner med klare ansvarsforhold.

Gjennomføring av legemiddelsamstemming med tilfredsstillende kvalitet krever kompetanse innen kommunikasjon, legemiddelkunnskap, teknisk kunnskap om legemiddelinformasjonskilder og dokumentasjon av



legemiddelbruk. Det bør gis opplæring som er tilpasset de ulike yrkesgruppenes rolle og oppgaver ved legemiddelsamstemming.

Opplæringen bør omfatte:

- forståelse av begrepet legemiddelsamstemming
- struktur, innhold og gjennomføring av samtale med pasient
- valg av kilder og kildevurdering (tolkning og begrensninger)
- dokumentasjonsrutiner
- kommunikasjon og videreformidling

Praktisk opplæring og flere innfallsvinkler til temaet kan forsterke budskapet. Forelesninger, gruppearbeid, pasienthistorier, refleksjonsmøter og praktiske øvelser med bruk av sjekklister, verktøy og tilbakemelding er eksempler på nyttige undervisningsformer. Opplæring i legemiddelsamstemming bør inngå i introduksjonskurs for nyansatt helsepersonell i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Teoretisk og praktisk opplæring i legemiddelsamstemming bør være en obligatorisk del grunnutdanningen av leger, farmasøyter og sykepleiere.

I tillegg til opplæring, viser erfaring at målbevisst ledelse og definerte ansvarsforhold er nødvendig for å lykkes.

Kom i gang - forbedring i praksis

Erfaring viser at endring av praksis er krevende og tar tid.

Forbedringsmodellen er en enkel og praktisk metode for å lykkes med varig forbedring.

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen (Model for Improvement) er en anerkjent metode for å drive systematisk forbedringsarbeid. Modellen er svært egnet til å tilpasse tiltak til lokale forhold og for å skape raske forbedringer. Ved å redusere avstanden mellom det vi vet (beste praksis) og det vi gjør, har den vist seg å være sentral for å oppnå forbedring i helsetjenesten. Forbedringsmodellen er utviklet av Institute for Healthcare Improvement (15), og har vært brukt både i Norge og internasjonalt i mange år.



Forbedringsmodellen er todelt. Først planlegges forbedringsprosjektet, deretter testes det ut i liten skala til den kan implementeres.

I første del skal tre grunnleggende spørsmål besvares.

1. Hva vil vi oppnå? (Mål)
2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring? (Målinger)
3. Hvilke endringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer? (Tiltak)

Målene beskriver hvor stor forbedringen som skal oppnås lokalt, innen når. Den enkelte enhet definerer målene sammen med leder.

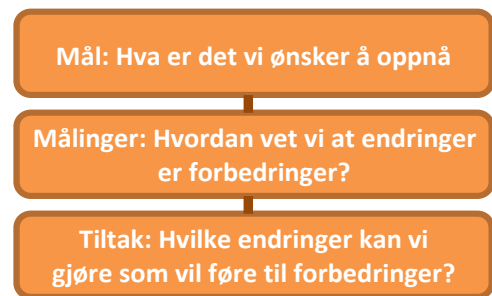
De lokale målene må tallfestes for å være målbare. De bør også være utfordrende og inspirerende, realistiske, tidsbestemte og godt forankret. Et eksempel på et godt mål kan være «30 prosent reduksjon av fall på sengepost A innen utgangen av året».

På bakgrunn av målsettingene, defineres konkrete målinger som kan gi svar på om en endring fører til forbedring. Alle tiltakspakkene inneholder anbefalte målinger og tiltak for de ulike innsatsområdene.

I forbedringsmodellens andre del testes og implementeres tiltakene som er definert i første del. Gjentatte tester av tiltak i praksis er svært viktig for å lykkes i forbedringsarbeidet. PDSA-sirkelen er en systematisk metode for småskala-testing. PDSA står for Plan (planlegg); Do (utfør); Study (studer) og Act (standardiser/korriger) (15).

Forbedringstiltak testes først i svært liten skala, på én enkelt eller noen få tilfeller (f.eks. to pasienter). Erfaringen fra testen diskuteres og tiltakene justeres ved behov før nye tester gjennomføres.

Ved hjelp av småskalatestingen finner man den beste, mulige løsningen tilpasset lokale forhold. Først da kan forbedringstiltaket spres til resten av enheten.





Hvorfor måle

For å lykkes med forbedringsprosjekter er det avgjørende å måle. Innsamlede data er viktige for å dokumentere om tiltakene blir implementert og om de gir resultater. Ved å måle kontinuerlig før, under og etter forbedringsprosessen skaffes informasjon som sier noe om endringene skaper ønsket forbedring, og om endringen er varig.

Målinger er også nyttige for å kunne reflektere over egen praksis og kan være et godt utgangspunkt for faglige diskusjoner. I forbedringsarbeid følges endring og forbedring løpende over tid, og det stilles derfor lavere krav til datamengde enn for eksempel ved forskning.

Det er i hovedsak to typer målinger som brukes i forbedringsarbeid, resultatmålinger og prosessmålinger. For noen av innsatsområder er det lagt til rette for å måle begge.

En resultatindikator beskriver direkte gevinst for pasientene i form av for eksempel overlevelse, infeksjonsrater eller fysisk tilstand. En prosessindikator er nyttig for å si noe om hvor godt tiltakene er implementert i praksis. Den kan for eksempel beskrive forebygging, diagnostikk og hvor vidt pasienter har mottatt en behandling eller tiltak.

Extranet - et verktøy for måling

Extranet er en database som gjør det enklere å følge forbedringsarbeidet i egen praksis. Den er gratis og fritt tilgjengelig på pasientsikkerhetsprogrammet.no. Her ligger også veiledning.

Extranet inneholder alle målingene i programmet slik at teamene lett kan legge inn egne data og få opp resultatene sine i form av diagrammer og tidsserier (se under). For tilgang, send henvendelse til post@pasientsikkerhetsprogrammet.no

Hvordan analysere måledataene

For at registrerte data skal kunne gi et bilde på hvordan man ligger an og om innsatsen gir forbedring, er det viktig at det måles jevnlig og at hyppigheten av målingene opprettholdes før, under og etter innføring av tiltak, til målepunktene ligger stabilt ved ønsket nivå. Deretter holder det med



jevnlige stikkprøver for å sikre at nivået opprettholdes selv om man slutter å måle jevnlig.

Dataene analyseres i tidsserier som gir oversikt over utviklingen over tid. Til dette brukes statistisk prosesskontroll (SPC). SPC er et verktøy som egner seg godt til forbedringsarbeid fordi man får tilgang til data raskt og man kan trekke statistiske konklusjoner med bakgrunn i små datamengder. Brukertilgjengeligheten for SPC er lav og resultatene fremstilles visuelt og enkelt (16). Extranet benytter SPC for å visualisere og analysere data for teamene.

Baseline er et viktig prinsipp for analyse av data i tidsserie for å kunne si statistisk sikkert om en endring er en forbedring. En baseline er en løpende måling i forkant som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeidet.

For mer informasjon om statistisk prosesskontroll se pasientsikkerhetsprogrammet.no

Hvor lenge skal vi måle?

En tommelfingerregel er at man måler til etablerte rutiner er på plass og stabile resultater på mellom 90 - 100 % måloppnåelse i en periode på minst seks måneder. Når dette er oppnådd kan endringer i målefrekvens planlegges. Det vil si at man lager en plan for når og hvordan man skal gjøre stikkmålinger, for å sikre at man ikke drifter tilbake til gammel praksis. Det anbefales da å gjøre stikkmålinger to - tre ganger per år for å kontrollere at legemiddelsamstemming fremdeles utføres. Det bør da også gjøres måling av kvalitet på epikriser. Ved måleresultat under 90 prosent må man gå tilbake til månedlige målinger frem til man på ny oppnår stabilitet på minst seks måneder

Tiltakspakkens målinger

Nedenfor beskrives tre prosessmålinger for legemiddelsamstemming. Det er ikke definert resultatmålinger i denne tiltakspakken. Merk at nummerering på målingene tilsvarer nummer i databasen Extranet som kan brukes for å registrere målingene.

Formålet med målingene er å vise om tiltakene som innføres gir forbedringer. I noen tilfeller vil det være aktuelt å måle på et utvalg av pasienter for å forenkle arbeidet med målingene, for eksempel på en avdeling med mange innleggelses i måneden. Et utvalg må bestå av *tilfeldig* valgte pasienter.



I tidligere versjoner av tiltakspakken for samstemming av legemiddellister har det vært fire målinger. Tidligere måling 04.04. *Andel pasienter med legemiddelliste TOTALT ved innleggelse i sykehus* er fra og med versjon 4 fjernet fra tiltakspakken.

Prosessindikatorer - samstemming av legemiddellister

Tittel	04.01 Andel nye pasienter hvor det er dokumentert utført samstemming av legemiddelliste
Definisjon	<p>Målingen viser andel pasienter hvor legemiddelsamstemming er utført og dokumentert i EPJ. Hensikten med målingen er å øke andelen av pasienter som får samstemt sin legemiddelliste. Med nye pasienter menes:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> I sykehus: ved innleggelse<input type="checkbox"/> I hjemmetjenesten: ved overtakelse av ansvar for nye pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering. Samstemming må gjøres i tett samarbeid med fastlegen<input type="checkbox"/> I sykehjem: ved innleggelse på korttidsavdeling eller langtidsavdeling<input type="checkbox"/> Hos fastlegen: ved ny pasient som bruker legemidler <p>Virksomhetene må selv sette tidskrav for hvor raskt LMS skal utføres for nye pasienter. I sykehus bør LMS være gjennomført innen 24 timer fra pasientens ankomst til sykehuset. I kommunal helse- og omsorgstjeneste bør LMS bør gjennomføres så snart det er praktisk mulig.</p>
Inklusjonskriterier	<p>I denne målingen inngår pasienter som bruker ett eller flere legemidler fast eller ved behov. Dette inkluderer også legemidler som gis ved regelmessige tidsintervaller, for eksempel injeksjoner hver 3. eller hver 6. mnd.</p>
Teller	<p>Antall nye pasienter i valgt periode hvor det er dokumentert utført samstemming av legemiddelliste. (Hvis utvalget er benyttet: av pasienter i utvalget).</p>
Nevner	<p>Antall nye pasienter i perioden. Det kan også benyttes et tilfeldig utvalg på for eksempel 15 - 25 pasienter med gyldige inklusjonskriterier.</p>
Frekvensen av målingen	<p>Det anbefales å fremstille data hver 14. dag. Ved få pasienter i avdeling/enhet kan dette gjøres hver måned.</p>



Tittel	04.02. Andel pasienter hvor det er dokumentert utført samstemming av legemiddelliste ved utskrivelse
Definisjon	Måler andel pasienter som har samstemt legemiddelliste ved utskrivelse dokumentert i EPJ. Hensikten med målingen er å øke andelen pasienter som får med seg samstemt legemiddelliste personlig og i epikrisen. Målingen er relevant for sykehus og korttidsavdelinger i kommunal helse- og omsorgstjenesten.
Inklusjonskriterier	I denne målingen inngår pasienter som bruker ett eller flere legemidler fast eller ved behov. Dette inkluderer også legemidler som gis ved regelmessige tidsintervaller, for eksempel injeksjoner hver 3. eller hver 6. mnd.
Teller	Antall pasienter i valgt periode hvor det er dokumentert utført samstemming av legemiddelliste ved utskrivelse. (Hvis utvalget er benyttet: av pasienter i utvalget).
Nevner	Antall pasienter som utskrives i perioden. Det kan også benyttes et utvalg på for eksempel 15 - 25 pasienter med gyldige inklusjonskriterier.
Frekvensen av målingen	Det anbefales å fremstille data hver 14. dag. Ved få pasienter i avdeling/enhet kan dette gjøres hver måned.

Tittel	04.03. Evaluering av legemiddelsamstemming og kvalitet på legemiddelavsnittet i epikrise ved utskrivelse
Definisjon	Måler kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikriser. Hensikten med målingen er å bedre kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikriser. Hver epikrise gis poeng ut i fra krav i dokumentet " Skåringsverktøy for kvalitet på legemiddelavsnittet i epikrisen, se vedlegg 3. Poengsummen for hver enkelt epikrise registreres som eget målepunkt i Extranet.
Inklusjonskriterier	I denne målingen inngår pasienter som bruker ett eller flere legemidler fast eller ved behov. Dette inkluderer også legemidler som gis ved regelmessige tidsintervaller, for eksempel injeksjoner hver 3. eller hver 6. mnd. Det kan være behov for lokale tilpasninger - se eget avsnitt senere.
Frekvensen av målingen	Målingen anbefales gjort kvartalsvis på 10-15 epikriser. I perioder med økt oppmerksomhet på å øke kvaliteten på epikrisen kan man gjøre månedlige målinger på færre epikriser.



Behov for lokale tilpasninger av målingene

Innen forbedringsarbeid vet vi at det som fungerer ett sted, nødvendigvis ikke fungerer så godt et annet sted. Det kan derfor være nødvendig med lokale tilpasninger for de foreslåtte målingene.

- For små enheter, sykehjem og hjemmetjenester hvor det gjøres samstemming på færre enn 20 pasienter per måned anbefales det å gjøre målinger en gang per måned. Avhengig av antall pasienter inkluderes alle i målingen eller et mindre utvalg på 10 pasienter.
- For kvalitetsmålinger av epikriser kan det i en periode hvor man iverksetter spesifikke forbedringstiltak være ønskelig med hyppigere målinger. Det anbefales da å gjøre målinger en gang per måned på et færre antall pasienter, for eksempel fem-ti per måned over en periode.

Ressurser og verktøy

Alle ressurser og verktøy blir lagt ut på www.pasientsikkerhetsprogrammet.no under innsatsområde «Samstemming av legemiddellister». Her finnes ressurser som:

- Eksempler på sjekklister ved samtale med pasienter om legemidler i bruk
- Eksempler på prosedyrer
- Sjekkliste for legemiddelgjennomgang
- Medisinlisteplakat til legekantor, sykehus og apotek
- Informasjon om samstemmingsverktøy i EPJ for fastleger
- Pilotrapport fra Vestre Viken HF
- Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag for tiltakspakken



Endringslogg

Versjon	Dato	Endringer	Utført av
Versjon 1	8.2.2013	Endringer i samråd med arbeidsgruppen for legemiddelsamstemming	Sekretariatet og arbeidsgruppen for legemiddelsamstemming
Versjon 2	23.4.2013	Endringer i samråd med arbeidsgruppen for legemiddelsamstemming	Sekretariatet og arbeidsgruppen for legemiddelsamstemming
Versjon 3	17.10.2014	Større endringer på design og innhold. Tilpasset avsluttede læringsnettverk. Ikke endret tiltak eller målinger. Måledokument integrert i tiltakspakken	Sekretariatet
Versjon 4	20.11.2014	Revisjon av tiltakspakken. Endringer i tiltakstekst og måletekst. Små justeringer i definisjon for legemiddelsamstemming. Tilpasset både primær- og spesialisthelsetjenesten	Sekretariatet i samarbeid med ekspertgruppen for legemiddelsamstemming



Referanser

- 1) World Health Organization (2015), Patient Safety, Tilgjengelig fra: http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
- 2) Helse og omsorgsdepartementet (2005), St. meld nr. 18 (2004-2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-18-2004-2005-/id406517/>
- 3) Helse og omsorgsdepartementet, St. meld nr. 10 (2012), God kvalitet -trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i omsorgstjenesten, Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- 4) Helse og omsorgsdepartementet, St. meld nr. 28 (2014-2015), Legemiddelmeldingen - Riktig bruk - bedre helse, Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>
- 5) World Health Organization, The High 5s project Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation, Tilgjengelig fra <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>
- 6) Deilkås E., Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2013, Oslo, 2014, Tilgjengelig fra http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/L%C3%A6rom+programmet/_attachment/2924?_ts=146d6e9bb3c
- 7) Saastad E, Flesland Ø, Årsrapport 2014 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, Notat 2015, Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015
- 8) Statens helsetilsyn. Rapport fra Helsetilsynet 4/2012: Meldesentralen - oppsummeringsrapport 2008-2011. Tilgjengelig fra: <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2012/Meldesentralen-oppsummeringsrapport-2008-2011/>
- 9) Nilsson N et al. (2015), Medication discrepancies revealed by medication reconciliation and their potential short-term and long-term effects: a Norwegian multicentre study carried out on internal medicine wards, Eur J Hosp Pharm doi:10.1136/ejhpharm-2015-000686
- 10) Aag T, Garcia B, Viktil K (2014), Should nurses or clinical pharmacists perform medication reconciliation? A randomized controlled trial, Eur J of Clin Phar, Nov 2014, Volume 70, Issue 11, pp 1325-1332



- 11) Frydenberg K, Brekke M (2012), Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggesskriv og epikriser, Tidsskr Nor Lægeforen. 2011 mai 20;131(9- 10):942-5.
- 12) Bakken et al (2007), Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten, Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1766 - 9
- 13) Rognstad S, J Straand (2004), Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:810 - 2
- 14) Hov I. et al (2012), Tas legemidler som forskrevet? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132:418 - 22
- 15) Langlely GL et al (2009), The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance, 2. Utg. San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Publishers; 2009
- 16) Carey RG, Improving healthcare with control charts. Basic and advanced SPC methods and case studies". ASQ Quality Press, 2003
- 17) Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 7 - 2015, Oppsummering av systematiske oversikter om effekt av samstemming av legemiddellister, Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/oppsummering-av-systematiske-oversikter-om-effekt-av-samstemming-av-legemiddellister>
- 18) Helsedirektoratet (2015), Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998, Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-legemiddelgjennomganger>
- 19) Institute for Healthcare Improvement (2011), How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation, Tilgjengelig fra <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>
- 20) NICE guidelines (2015), Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes, Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>
- 21) Finckenhagen M (2011), Evaluering av pilot - samstemming av legemiddellister, Pasientsikkerhetskampanjen, Tilgjengelig fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/attachment/519?ts=1335e7a8729>
- 22) Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 (2014), Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7 2011 - 2013, Tilgjengelig fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/L%C3%A6rom+programmet/attachment/2925?ts=146d6eb36d2>



- 23) Sjetne IS, Skudal KE, Haugum M, Bjertnæs ØA, Lindahl AK, Nylenna M (2014), Commonwealth Funds undersøkelse i 2014 blant personer i aldersgruppe 55 år eller eldre: Resultater fra Norge og ti andre land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 21–2014, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ISBN 978-82-8121-908-3 ISSN 1890-1298
- 24) Holmboe O, Bjertnæs ØA, Pasienterfaringer med norske sykehus i 2014. Lokale rapporter og nasjonale resultater. PasOpp-rapport nr. 2 - 2015. ISBN 978-82-8121-961-8 ISSN 1890-1565
- 25) Bjerkan AM, Holmboe O, Skudal KE, Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2013, PasOpp-rapport nr. 2 - 2014 - 2014. ISBN 978-82-8121-874-1 ISSN 1890-1565
- 26) Bjerkan AM, Holmboe O, Skudal KE, Bjertnæs ØA, Pasienterfaringer med norske sykehus, Nasjonale resultater i 2012, PasOpp-rapport nr. 1 - 2013, ISBN 978-82-8121-633-4 ISSN 1890-1565
- 27) Engh, E, Ranhoff A. H og Viktig, KK. Norsk legemiddelhandbok, G24 Legemiddelgjennomgang (LMG), Tilgjengelig fra <http://legemiddelhandboka.no/>
- 28) Helsedirektoratet (2011). Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien, IS-1887. Tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter/Sider/default.aspx>
- 29) Statens Helsetilsyn. Rapport fra Helsetilsynet 11/2002: Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester. 2002. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2002/sikrere_legemiddelhaandtering_pleie_omsorgstjenester_rapport_112002.pdf
- 30) Djønn B (2014): Kvaliteten på legemiddelinformasjon i epikriser ved Helselandssykehuset Mo i Rana, Masteroppgaver i farmasi, UiT, Tilgjengelig fra <http://hdl.handle.net/10037/7420>
- 31) Ellevseth C (2014): Kvaliteten av legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer fra sykehus og legers mening om legemiddelinformasjonen, Norges Arktiske Universitet, Tilgjengelig fra <http://hdl.handle.net/10037/7416>
- 32) Wathne JS (2012) Quality of written information on patients' medicines for emergency patients an elective surgical patients on admission and discharge in a Norwegian university hospital, The Robert Gordon University
- 33) Fagervoll K-AS, Lim S, Liaaen ED, Seljeseth YM, Holst L, Major A-LS (2013): Kvalitet av legemiddelanamnese tatt opp ved innleggelse på sykehus. Norsk farmaceutisk tidsskrift. 2013 23.10;10:38-42.



- 34) Helse og omsorgsdepartementet, St. meld nr. 9 (2012-2013), Én innbygger – én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren, Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
- 35) Kontaktpunkt for tverrfaglig legemiddelinformasjon (2015), Rapport innspill til legemiddelmeldingen, Tilgjengelig fra <http://legemiddelverket.no/Nyheter/Andre/Sider/Innspill-til-legemiddelmeldingen-2015.aspx>
- 36) Holler J, Helgesen K, Aarset M, Major A L S (2015): Legemiddelsamstemming: Et tiltak som virker, Sykepleien Forskning 2015 10 (1):34-42
- 37) Helsedirektoratet (2015), Nasjonal veileder for henvisning til spesialisthelsetjenesten, Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/henvisningsveileder>
- 38) Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-2015-05-22-32, Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- 39) Forskrift om fastlegeordning i kommunene, FOR-2013-06-27-80, Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- 40) Forskrift om pasientjournal, FOR-2000-12-21-1385, Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=journalforskrift>
- 41) Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, FOR-2014-11-23-1455, Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- 42) Helsedirektoratet (2015), Rundskriv IS 7-2015, Legemiddelhandteringsforskriften, Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/942/Rundskriv%20Legemiddelhandteringsforskriften%20IS-7%202015.pdf>
- 43) Helsedirektoratet.no, Kjernejournal, informasjon hentet fra <https://helsedirektoratet.no/kjernejournal>
- 44) Helsedirektoratet.no, E-resept, informasjon hentet fra <https://helsedirektoratet.no/e-resept>



IKT-verktøy og legemiddelsamstemming

Legemiddelsamstemming er en utfordrende oppgave som stadig må gjentas. Nye IKT-verktøy kan gjøre arbeidet med legemiddelsamstemming lettere og sikrere, men vil aldri kunne erstatte dialogen med pasienten om hvilke legemidler som brukes. I påvente av en felles nasjonal, elektronisk legemiddelliste, er e-resept og kjernejournal blant de viktigste elektroniske kildene til legemiddelinformasjon.

E-resept

E-resept er innført hos alle fastleger, de fleste legevakter og avtalespesialister og er under innføring i helseforetakene. E-resepter sendes til en nasjonal database kalt reseptformidleren (RF). Her finnes informasjon om alle pasientens aktive e-resepter, det vil si resepter som er gyldige og som man kan hente ut legemidler på. Informasjonen er tilgjengelig for alle pasientens behandlende leger med pasientens samtykke. E-resept er en elektronisk samhandlingskjede og det er enkelt for behandlende lege å gjenbruke informasjonen. Apotek har også tilgang til reseptformidleren. Pasienten selv har tilgang gjennom tjenesten *Mine resepter* på www.helsenorge.no. Det er begrenset legemiddelhistorikk i reseptformidleren. Når siste utlevering på resepten er foretatt på apoteket, eller resepten er tilbakekalt av en lege, er resepten synlig i reseptformidleren de påfølgende fire ukene. Når resepten går ut på dato forsvinner den umiddelbart.

Legemidler i bruk i reseptformidleren (LIB i RF)

Frem til nylig har reseptformidleren kun inneholdt pasientens e-resepter. I forbindelse med ny funksjonalitet i e-resept, vil reseptformidleren i tillegg til e-resepter også inneholde pasientens legemiddelliste (LIB i RF). Dette gjelder imidlertid bare for pasienter som mottar kommunal pleie- og omsorgstjeneste (uavhengig av om de får multidose). Listen eksisterer uavhengig av om pasienten har tilhørende gyldige resepter. Oppdatering av listen skjer automatisk når fastlegen, som i e-resept er definert som LIB-ansvarlig, endrer forskrivningen. Listen kan kun sendes inn til reseptformidleren av fastlegen. Siden legemiddellisten ligger i e-resept vil den være tilgjengelig i elektronisk format og kan lastes ned og gjenbrukes av multidoseapotek og alle behandlere pasienten er i kontakt med (forutsatt at de har tilgang til e-resept). I listen får man også tilgang til kritisk informasjon om legemidler pasienten ikke tåler (cave).

Kjernejournal

Kjernejournal er en elektronisk løsning som samler viktig medisinsk informasjon om pasienten. Informasjon om legemidler hentes fra reseptformidleren. I kjernejournal finnes det en legemiddeloversikt med pasientens aktive resepter, samt informasjon om alle utleveringer som er foretatt på e-resepter og



papirresepter. Det vises informasjon også om utleveringer av handelsvarer på resept. Her er det inntil tre års historikk på legemiddelinformasjon, men kjernejournal begynner å hente inn utleveringer først fra den dato pasienten har fått opprettet kjernejournal. Den nye legemiddellisten, «LIB i RF», vil også bli tilgjengelig. Kjernejournal inneholder kritisk informasjon, inkludert legemiddelallergier. Helsepersonell med tjenstlig behov og nødvendige tilganger kan benytte kjernejournal som kilde til legemiddelinformasjon med pasientens samtykke. Dette gjelder alle helsepersonellgrupper på alle omsorgsnivå. Helsepersonell på legevakt, sykehus og legesentre har tilgang til kjernejournal uten å innhente samtykke fra pasienten. Andre grupper helsepersonell enn de som er nevnt må ha pasientens samtykke for å få tilgang til kjernejournalen. I akuttsituasjoner, såkalte blålyssituasjoner, kan helsepersonell likevel få tilgang til pasientens kjernejournal uten samtykke.

Kjernejournal skal videreutvikles slik at helseinstitusjoner kan laste ned strukturert legemiddelinformasjon og på sikt også kritisk informasjon fra kjernejournal i egne journalsystemer. Mer informasjon finnes på www.helsedirektoratet.no/kjernejournal (for helsepersonell) og på www.helsenorge.no/kjernejournal (for innbyggere).

Andre IKT-verktøy

PLO-meldinger:

Kommunal pleie- og omsorgstjeneste kan kommunisere med samarbeidspartnere via elektroniske meldinger. Meldinger kan utveksles både ved kommunikasjon med fastleger og annenlinjetjenesten. De enkelte journalsystemer har noe varierende støtte for meldingene og man bør forsikre seg om mottagers mulighet for kommunikasjon før sending til ny part. PLO-meldingene kan også omfatte formidling av legemiddelinformasjon mellom partene og benyttes i samstemming av egen legemiddelliste.

Elektronisk kurve:

Det jobbes med anskaffelse og innføring av forskjellige elektroniske kurveløsninger i spesialisthelsetjenesten. Disse kan gi nye, forbedrede verktøy til bruk i samstemming og sikre riktig overføring av legemiddelinformasjon ved innleggelse, overføring og utskrivning av pasient.

Samstemmingsverktøy i EPJ for fastleger:

Fastleger har tilgang til et program for som kan gjenkjenne legemiddelinformasjon i en epikrise og gjøre denne om til en strukturert legemiddelliste som settes opp ved siden av den eksisterende LIB i eget journalsystem. Begge lister er ordnet etter



ATC-koder slik at identiske virkestoffer kan sees på samme linje i begge lister. Fastlegen kan på denne måten enkelt oppdatere LIB i eget EPJ gjennom seponeringer og tillegg i tråd med epikrisens legemiddelliste. Mer informasjon om verktøyet finnes på <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/EPJ-loftet/>.



Legemiddelinformasjon i kjernejournal og e-resept

	Kjernejournal	E-resept
Forskrift	Reservasjonsrett for innbygger. Krav om samtykke fra pasient for oppslag i kjernejournal. Fastlege samt lege/sykepleier i spesialisthelsetjeneste/ sykepleier i kommunal tjeneste med legemiddelansvar er unntatt fra krav om samtykke for tilgang til kjernejournal.	Obligatorisk register. Samtykke fra pasient for at lege kan gjøre oppslag i reseptformidleren for å se andre legers resepter.
Legemiddelhistorikk:		
Forskrift	Legemiddelinformasjon kopieres automatisk fra reseptformidleren til kjernejournal	Dersom legen har funksjonalitet for e-resept i sin EPJ har legen meldeplikt til reseptformidleren ved forskrivning. - Lege har plikt til å sende e-resepter. - Pasienter kan ikke reservere seg mot e-resepter. - Pasienten kan ikke kreve å få forskrevet på papirresept.
Historikk	Legemiddelinformasjonen lagres i 3 år etter siste utlevering av legemidlet fra apotek eller 3 år etter reseptens gyldighet	Regler for lagring av reseptinformasjon i reseptformidleren: 1. Resepten har ikke passert gyldighetsdato (resepter er normalt gyldig i 1 år) 2. Resepten er ikke ferdigekspedert for mer enn 1 mnd. siden 3. Resepten er ikke tilbakekalt for mer enn 1 mnd. siden
Praktiske konsekvenser	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om gyldige resepter vil være sammenfallende i løsningene • Informasjon om resepter som ikke lenger er gyldige vil kun finnes i kjernejournal • Informasjon om utleveringer på papirresepter vil kun finnes i kjernejournal 	
Utleveringshistorikk:		
Forskrift	Utleveringsmeldinger hentes automatisk fra reseptformidleren til kjernejournal. Helsepersonell med tjenstlig behov kan se utleveringer og uavhentede e-resepter for de siste tre år (forutsatt at innhenting av informasjon har pågått så lenge). Gjelder også for papirresepter (forutsatt at fødselsnummer er utfylt fra apotek).	I reseptformidleren er gyldighet for utleveringsmeldinger lik gyldighet for resepter. For sykehuslegen betyr dette at han får tilgang til hvilke utleveringer som er gjort på aktuell resept fra andre leger/institusjoner, så sant resepten er tilgjengelig i reseptformidleren. Utleveringsmeldinger fra apotek sendes via reseptformidleren til forskrivende lege, samt fastlege (så sant pasienten har samtykket til dette).
Låst resept		
Funksjonalitet	Informasjon om låst resept er tilgjengelig i kjernejournal som «sperrert informasjon».	Å få forskrevet en vare på låst resept er en forskriftsfestet rett pasienten har.
Praktiske konsekvenser	Låst resept vises i Legemidler for helsepersonell med tilgang til kjernejournal. Låst resept kan åpnes med pasientens samtykke eller fordi en av følgende situasjoner foreligger: <ul style="list-style-type: none"> • Det er alvorlig fare for pasientens liv • Det er ikke tid til å hente samtykke fra pasienten • Pasienten på grunn av sin fysiske eller psykiske tilstand ikke er i stand til å gi sitt samtykke 	For at resepten skal vises for rekvirent som gjør oppslag i reseptformidleren må man ha tilgang til reseptens referansenummer. Forekomst av reelt låste resepter er lav - litt i overkant av én promille.
Samstemmingsfunksjonalitet		
Tilgjengelig funksjonalitet:	All informasjon i kjernejournal kan tas ut i tekstformat og ved bruk av klipp og lim-funksjonalitet kan den settes inn som fritekstbasert legemiddelinformasjon i EPJ notater og epikriser.	Legemiddelementer fra reseptformidleren og lokal LIB kan samstemmes i ett felles skjermbilde. Elementene fra reseptformidleren importeres strukturert inn i lokal LIB. Kan gjenbrukes i en rekke ulike maler og systemer.
Praktiske utfordringer:	Noen pasienter vil ha historisk legemiddelinformasjon i kjernejournal som ikke er å finne i e-resept, og dette må pr i dag manuelt registreres inn i EPJ.	



Anbefalt bruk av kjernejournal og e-resept

Uansett om en pasient ankommer sykehuset for en planlagt eller akutt innleggelse, er det viktig for mottagende helsepersonell å få oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Det er for de færreste pasientene tilgjengelig en korrekt og kvalitetssikret legemiddelliste, og helsepersonellet må ofte benytte skriftlige kilder for å skaffe seg oversikt over pasientens legemidler. Med kjernejournal og e-resept har helsepersonell fått to nye kilder til legemiddelinformasjon. Legemiddelinformasjon som er tilgjengelig i e-resept og kjernejournal, er hovedsakelig reseptinformasjon. Verken e-resept eller kjernejournal gir en komplett oversikt over pasientens legemidler i bruk (LIB), men begge er et godt utgangspunkt for legemiddelsamstemming. Ved en legemiddelsamstemming skal pasienten medvirke ved å bekrefte, korrigere og supplere innholdet i den skriftlige eller elektroniske kilden som brukes. Hvis pasienten ikke kan bidra, skal tilsvarende opplysninger gis av den eller de som hjelper pasienten med legemidlene.

Når pasienten forlater sykehuset, er det viktig at både pasient og helsepersonell kjenner til hvilke legemidler pasienten skal bruke videre. Aktuelle e-resepter må forskrives, og e-resepter pasienten ikke lenger skal ha, må tilbakekalles, slik at reseptformidleren er oppdatert når pasienten forlater sykehuset.

Råd for bruk av kjernejournal og e-resept når pasienten kommer til sykehus

for å sikre at legemiddelinformasjonen ved mottak av pasient blir korrekt:

- Helsepersonell må bruke de kilder de har tilgjengelig for å utføre en legemiddelsamstemming; både elektroniske og ikke-elektroniske. Innhentet informasjon må fortolkes og verifiseres med pasient, evt. pårørende, hvis mulig.
- E-resept og kjernejournal kan begge brukes for å hente legemiddelinformasjon. Om man velger å bruke en eller begge avhenger av flere faktorer:
 - o Dersom det skal etableres en elektronisk lokal LIB, vil det være arbeidsbesparende å bruke den kilden der legemiddelinformasjonen kan gjenbrukes strukturert i lokalt EPJ. Legemiddelinformasjon fra e-resept er strukturert. En helseregion er i gang med prosjekt for også å kunne hente legemiddeldata strukturert fra kjernejournal
 - o Har pasienten hatt kjernejournal mer enn 3-6 mnd., har denne kilden lenger legemiddelhistorikk og viser alle resepter som er ekspedert på apotek i Norge, også de som ikke lenger er gyldige. Kjernejournal viser også utleveringer basert på papirresepter samt låste resepter.
 - o Kritisk informasjon i kjernejournal kan inneholde informasjon om overfølsomhet for legemidler

Råd for bruk av kjernejournal og e-resept når pasienten forlater sykehuset

for å sikre at reseptformidleren er oppdatert med nødvendige gyldige resepter og at legemiddelliste i lokalt EPJ er oppdatert:

- E-resept funksjonalitet i EPJ (/Forskrivningsmodul) må benyttes for å etablere en lokal liste over legemidler i bruk (LIB) basert på informasjon som finnes i reseptformidleren. Denne LIB gjenbrukes i epikrise etc. Hvis samtykke fra pasient til å gjøre oppslag i reseptformidleren ikke er innhentet ved innkomst, må dette gjøres før pasienten forlater sykehuset og oppslag i reseptformidleren må utføres.
- E-resept brukes til å forskrive nødvendige resepter



- E-resepter for legemidler som pasienten ikke lenger skal bruke, må tilbakekalles fra reseptformidleren uansett hvilken lege som har sendt reseptene til reseptformidleren.

Råd for bruk av kjernejournal og e-resept i omsorgstjenesten

- Når pleie- og omsorgstjenesten får tilgang til e-resept og kjernejournal, så vil de samme prinsippene for legemiddelinformasjon i verktøyene gjelde som for sykehus.

Råd for bruk av kjernejournal og e-resept for fastlege

For fastlege vil e-resept være førstevalg for kilde til legemiddelinformasjon.

Fastlegene får tilsendt utleveringsmeldinger fra reseptformidleren på egne og andre legers forskrivninger, både e-resepter og papirsepter. Utleveringsmeldinger på andre legers forskrivninger krever samtykke, og dette står ved lag til pasienten trekker det tilbake eller bytter fastlege. Fastlegene har således god oversikt over hva pasientene har mottatt av legemidler, også fra andre leger. Oppslag i reseptformidleren vil kunne gi ytterligere informasjon. Når fastleger skal gjennomføre legemiddelsamstemming, f.eks. etter et sykehusopphold, er det hensiktsmessig å benytte utleveringsmeldinger og oppslag i reseptformidleren. Disse elektroniske meldingene har korrekt struktur slik at de enkelt kan gjenbrukes i lokal EPJ. Andre kilder som epikriser og utskrivningsnotater er også nødvendige for å kunne samstemme pasientens LIB.

Lege må seponere legemidler pasienten ikke lenger skal bruke og tilbakekalle tilhørende uaktuelle resepter fra reseptformidleren. Enhver behandlende lege har ansvar for å tilbakekalle uaktuelle resepter fra reseptformidleren. Dette gjelder også resepter fra andre leger.

Når fastlegen skal etablere lokal LIB-liste på en ny pasient som han ikke har i sitt EPJ-system fra før, kan oppslag i reseptformidleren og informasjon i kjernejournal være nyttig som kilder til legemiddelinformasjon. Kjernejournal har tre års historikk på tidligere utleverte legemidler som ikke finnes i reseptformidleren. Utløpte resepter (e-resepter og papirsepter) vises også i kjernejournal. Legemiddelopplysningene i kjernejournal kan gjenbrukes tekstlig. I tillegg til informasjon fra pasienten selv, kan det være nødvendig å bruke andre kilder, som epikriser og utskrivningsnotater, for å kunne bruke opplysningene i reseptformidleren og kjernejournal til å samstemme pasientens legemiddelliste.



Skåringsverktøy for kvalitet på legemiddelavsnittet i epikrisen

Hensikten med skåringsverktøyet

Hensikten med dette skåringsverktøyet er å følge med på om kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikriser forbedres og om epikrise og kurve inneholder lik legemiddelinformasjon ved utskrivelse (se måling 04.03 i tiltakspakken for legemiddelsamstemming). Flere studier i Norge har vist stort behov for forbedring på dette området.

Veiledning i bruk av verktøyet

Journaldokumentene kurve/journal og epikrise gjennomgås systematisk. Hvert av spørsmålene skal besvares og skåres i henhold til angitt gradering i tabell 1. Poeng for "delvis" gis hvis kriteriet er oppfylt for minst ett av legemidlene på listen. For de to første spørsmålene gjelder ikke kategorien "delvis".

Veiledning til hvert spørsmål:

- 1) 3 poeng for sikker dokumentasjon i kurven for gjennomført legemiddelsamstemming ved innleggelse. Ingen dokumentasjon: 0 poeng.
- 2) 2 poeng dersom legemiddellisten i epikrisen stemmer overens med legemiddelkurven ved utskrivning.
Stemmer ikke: 0 poeng.
- 3) 2 poeng hvis epikrisen beskriver kilden(e) til legemiddelopplysningene ved innleggelse.
- 4) Legen skal begrunne alle endringer i Legemidler i bruk (LIB) fra innleggelse til utskrivelse. 3 poeng hvis alle endringer er begrunnet eller det er kommentert «ingen endringer», 1 poeng hvis minst én er begrunnet og 0 poeng hvis begrunnelse mangler helt.
- 5) 2 poeng hvis virkestoffnavn er angitt for alle legemidler i LIB, enten som tillegg til produktnavnet eller identisk med dette. Delvis: 1 poeng hvis virkestoff er angitt for minst ett legemiddel. Mangler: 0 poeng
- 6) 2 poeng hvis legemiddelform (eks: tablett, depottablett, kapsel) er angitt for hele LIB.
Delvis: 1 poeng hvis legemiddelform er angitt for minst ett legemiddel. Mangler: 0 poeng
- 7) 2 poeng hvis styrke (ofte angitt i g, mg eller µg) er angitt for hele LIB. Delvis: 1 poeng hvis styrke er angitt for minst ett legemiddel. Mangler: 0 poeng
- 8) 2 poeng hvis dosering (eks: 1 tablett hver morgen) er angitt for hele LIB. Delvis: 1 poeng hvis dosering er angitt for minst ett legemiddel. Mangler: 0 poeng.
- 9) 3 poeng hvis bruksområde/indikasjon (eks: Blodtrykksmedisin) er angitt for hvert legemiddel i LIB. Delvis: 1 poeng hvis bruksområde/indikasjon er angitt for minst ett legemiddel. Mangler: 0 poeng
- 10) 3 poeng hvis status ved utskrivelse for hvert legemiddel på LIB er angitt med Ny/Endret/Kur (eller tilsvarende) kategorier. Delvis: 1 poeng hvis status er angitt for minst ett legemiddel. Mangler: 0 poeng.



Praktisk gjennomføres målingen ved at hver epikrise gis poeng ut i fra krav spesifisert i tabellen under. Poengsummen for hver enkelt epikrise registreres som eget målepunkt i databasen Extranet. Det anbefales å evaluere 10 – 15 epikriser hvert kvartal. Måleansvarlig henter frem epikriser i sykehusets EPJ og gir hver epikrise poeng etter kriterier beskrevet under. Utvalget skal være tilfeldig. Måledataene legges inn i Extranet-databasen så snart alle måledata for den pågående måleperiode er samlet inn. I perioder med økt oppmerksomhet på å øke kvaliteten på epikrisen kan man gjøre månedlige målinger på færre epikriser. Læring og forbedring oppstår når resultater fra målingene studeres og drøftes i fellesskap.

Anbefalt oppsett av legemiddelavsnittet i tiltakspakken finnes i tiltakspakken under tiltak 2.

Tabell 1: Skåringstabell

Spørsmål 1-2 er relatert til <i>Kurve/journal</i> Spørsmål 3-10 er relatert til <i>Epikrise</i>	JA	DELVIS	NEI
1. Er samstemming ved innleggelse dokumentert i kurve/journal?	3	-	0
2. Er epikrise samstemt med legemiddelkurven ved utskrivelse?	2	-	0
3. Er kilden(e) til legemidler (LIB) ved innleggelse beskrevet?	2		0
4. Er endringer i legemidler (LIB) ved utskrivelse begrunnet?	3	1	0
5. Er virkestoff angitt?	2	1	0
6. Er legemiddelform angitt?	2	1	0
7. Er styrke angitt?	2	1	0
8. Er dosering angitt?	2	1	0
9. Er bruksområde/indikasjon angitt?	3	1	0
10. Er endringskategori angitt? (Ny, Kur, Endret)	3	1	0

Mulig totalskår er 24 poeng

Behov for lokale tilpasninger:

Innen forbedringsarbeid vet vi at det som fungerer ett sted, nødvendigvis ikke fungerer så godt et annet sted. Det kan derfor være nødvendig med lokale tilpasninger av skåringsverktøyet. Verktøyet er laget for å brukes i forbedringsarbeid og er derfor ikke validert/ for bruk i forskning.