

Tiltakspakke for Riktig legemiddelbruk i sykehjem



Sekretariat for nasjonalt pasientsikkerhetsprogram

Sekretariatet er plassert i Helsedirektoratet og er ansvarlig for utvikling og daglig drift av programmet. Oversikt over sekretariatet finner du på programmets nettsider

www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/

Generelle henvendelser: post@pasientsikkerhetsprogrammet.no,

Sekretariatstelefon: 464 19 575.

Alle helseforetak har programledere som bistår og veileder iverksettingen av programmet lokalt. Regionale programledere er ansvarlige for programmet i regionene og er kontaktpersoner for de lokale programlederne etablert på hvert foretak.

Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester har en tilsvarende funksjon med støtte opp mot forbedringsteam i kommunene.

For noen av innsatsområdene er det etablert ekspertgrupper eller arbeidsgrupper som skal bistå med fagekspertise. Oversikt over disse finner du på programmets nettsider eller ved å kontakte sekretariatet.

Endringslogg

Versjon	Dato	Endringer	Utført av
Versjon 1.0	21. 03. 2012		Arbeidsgruppen
Versjon 2.0	August 2013		Vibeke Bostrøm og Roar Sørensen
Versjon 3.0	24.10.2014	Større endringer på innhold og design, tilpasset avsluttet læringsnettverk. Ikke endret tiltakene eller målinger.	Sekretariatet

ISBN: 978-82-8081-356-5

Nasjonal pasientsikkerhetsprogram / trygge hender 24-7

Innhold

Innledning.....	4
Tiltakspakken	5
Tiltakspakkens målinger.....	7
Kom i gang - forbedring i praksis	9
Forbedringsmodellen	9
Hvorfor måle.....	10
Ressurser og verktøy	11
Referanser.....	12

Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* er et nasjonalt program som jobber for å øke pasientsikkerheten i spesialist og primærhelsetjenesten.

Målet er å:

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

Programmet presenterer både organisatoriske og kliniske tiltak, og tilbyr ulike verktøy for å redusere pasientskader innen utvalgte innsatsområder.

Innsatsområdene er valgt på bakgrunn av en omfattende og bred prosess. Det er hentet inn innspill fra helseforetakene og erfaringer fra kampanjer og program i andre land, og deretter tilpasset nasjonal kontekst. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennomført kunnskapsoppsummeringer på de mest sentrale innsatsområdene. Et nasjonalt fagråd har igjen vurdert innspillene i en formalisert prosess. Innsatsområdene er vedtatt av programmets styringsgruppe. Flere av tiltakspakkene er utarbeidet i samråd med eksperter fra fagområdet.

Mer om programmet finnes på hjemmesiden:

www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

Innledning

Feilmedisinering fører hvert år til unødig lidelse for mange pasienter, i tillegg til at det påfører samfunnet store utgifter. Rapporten *Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging* (1) påpeker store mangler vedrørende rutiner for oppfølging av legemiddelbehandlingen av pasienter i sykehjem. Mange eldre har flere sykdommer og behandles med mange ulike legemidler samtidig. Bruk av flere legemidler øker risikoen for feil bruk av legemidlene. I tillegg er eldre også mer sårbare for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer (2). Minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler (3). En tredjedel av sykehjemspasienter bruker minst ett uhensiktsmessig legemiddel (4).

Avvik i legemiddelbehandling kan bestå av feil i oversikten over pasientens legemidler, svikt i kommunikasjon mellom behandlere, og manglende oppfølging av helsetjenesten. Dette kan føre til at pasientene får feil type legemiddel, for få, for mange eller feil dose, eller kombinasjoner av legemidler som fører til skade. Årsaker til feilmedisinering kan være at legemiddellisten ikke er samstemt eller oppdatert, samt at legemiddelbehandlingen for den enkelte pasient ikke er kvalitetssikret ved strukturert legemiddelgjennomgang (LMG).

Riktig legemiddelbruk avhenger av at pasienten får stilt riktig diagnose og mottar rett behandling. Dette innebærer valg av riktig virkestoff, styrke, dosering og formulering. Klinisk relevante legemiddelinteraksjoner må unngås, hvis mulig. I tillegg er det svært viktig at pasienten får opplæring i legemiddelbruk, og der det er nødvendig, bør pårørende involveres i et samarbeid om oppfølging av dette (5).

Tiltakspakken er utviklet med bakgrunn i erfaringer fra tilsyn samt anbefalte tiltak fra Helsedirektoratet i rapporten fra 2011 *Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien* (5). Tiltakspakken omfatter tiltaket strukturert LMG av pasientens legemidler i tverrfaglig team jamfør *Nasjonal veileder om legemiddelgjennomganger* (6). Tiltakene fokuserer på faste legemidler som oppført på legemiddellisten og behovslegemidler, ikke naturpreparater som kosttilskudd og vitaminer/ mineraler. Tiltakspakken har også fokus på implementering av kartlegging- og vurderingsverktøy, samt bedring av kvaliteten på dokumentasjon i pasientens journal / EPJ.

Pasientsikkerhet: Helse- og omsorgstjenesten redder liv og opprettholder funksjon og livskvalitet for pasienter. Samtidig er det en risiko for uønskede hendelser og pasientskader. I tråd med Verdens helseorganisasjon defineres pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (7).

Tiltakspakken

Innenfor hvert av innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet er det valgt ut tiltak som kan gjennomføres ved den enkelte enhet. Tiltakspakkene skal i så stor grad som mulig være kunnskapsbaserte, og inneholder de tre til fem viktigste tiltakene for å unngå pasientskader.

Tiltakspakken er utviklet og anbefalt for pasienter med vedtak om langtidsopphold. For å kunne gjennomføre tiltakspakken må helsepersonell ha kompetanse om legemidler, kjennskap til nasjonal veileder, tilgang til tilgjengelige prosedyrer for virksomheten, og beslutningsstøtteverktøy og interaksjonsdatabaser.

Ansvar og kompetanse

Erfaringsmessig vil sykepleiere i sykehjem ha en koordinerende rolle i samarbeidet med sykehjemslege og for planlegging og gjennomføring av tiltakene.

Arbeidsgiver plikter (gjennom Kvalitetsforskriften og Helse- og omsorgstjenesteloven (8) å sørge for at virksomheten har kompetanse til å gjennomføre legemiddelbehandlingen, herunder samstemming og LMG ved bruk av sjekklister. Ansatte bør også ha kjennskap til beslutningsstøtteverktøy og interaksjoner (www.interaksjoner.no). Virksomhetene bør dessuten ha tilgang til farmasøytisk rådgivning.

Alt helsepersonell i sykehjem bør ha grunnleggende kompetanse om legemidler, kunne observere og rapportere virkning og bivirkning, samt gi en helhetlig vurdering av pasientens behov for helsehjelp. Videre skal ansatte ha kompetanse i å dokumentere i pasientjournal i henhold til vedtatte maler og strukturer for virksomheten.

Tiltakene i tiltakspakken er beskrevet nærmere under:

1. Tverrfaglig strukturert LMG ved innkomst, halvår og årskontroll
2. Etabler struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og LMG med oppfølging
3. Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal innen 24 timer etter endringer
4. Sikre tverrfaglig undervisnings- og casemøter om optimal legemiddelbehandling av pasientene

1. Tverrfaglig strukturert LMG ved innkomst, halvår og årskontroll

Beskrivelse av tiltaket:

- Identifiser pasient/pasientgruppe med behov for LMG9
- Innhent nødvendig informasjon og sykehistorie fra pasienten, samarbeidende helsepersonell, og evt. pårørende.

- Kartlegg bruk av legemidler i samråd med pasienten og innhent grunnleggende observasjoner ved bruk av kampanjens sjekklister.
- Avklar behov for blodprøver av pasient med sykehjemslege og sørg for at blodprøver tas i henhold til rekvisisjon (senest innen en uke før avtalt LMG).
- Avtal tid for LMG med sykehjemslege, sykepleier og evt. farmasøyt¹⁰.
- Send aktuelle opplysninger til farmasøyt i forkant av LMG.
- Samstem legemiddellistene og utfør LMG i henhold til Nasjonal veileder¹¹ ved bruk av beslutningsstøtteverktøy, sjekklister, interaksjonsdatabaser mm.
- Still strukturerte spørsmål til hvert legemiddel i henhold til klassifiseringssystem som presentert i Nasjonal veileder s. 13 og identifiser eventuelle legemiddelrelaterte problemer. Oppsummer og konkluder behov for oppfølgingstiltak og dato for evaluering av iverksatte tiltak.
- Avklar i møte med sykehjemslege hvem som informerer pasienten om behov for/forslag om endringer i legemiddelbehandlingen.
- Iverksett tiltak forordnet av sykehjemslege med støtte fra tverrfaglig team og i samråd med pasienten.
- Dokumenter i pasientjournalen at samstemming og LMG er utført, og hvem som har ansvar for videre oppfølging samt hvordan dette skal organiseres og rapporteres tilbake til sykehjemslegen.

2. Etabler struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og LMG med oppfølging

Beskrivelse av tiltaket:

- Etabler en felles struktur/mal i pasientjournalen (EPJ) for dokumentasjon av samstemming og LMG.
- Etabler en struktur i pasientjournal (EPJ) for dokumentasjon av faglige observasjoner, vurderinger, oppfølging og evaluering av legemiddelrelaterte behov og problemer.

3. Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal innen 24 timer etter endringer

Beskrivelse av tiltaket:

- Oppdater og/eller opprett tiltak i pasientjournalens pleieplan med behov for oppfølging med faglige observasjoner, vurderinger og evaluering relatert til legemiddeloppfølgingen.
- Informer alle involverte i pasientbehandlingen om eventuelle endringer i legemiddelbehandlingen og behov for oppfølging.
- Oppdaterer legemiddellisten i pasientjournalen (EPJ).
- Sett inn indikasjon/bruksområde for hvert legemiddel i henhold til legens forskrivning.

- Etter avtale: korrigerer istandgjorte legemiddeldoser/dosetter/multidose i henhold til LMG.
- Informer pasienten om behov for oppfølgingstiltak, f.eks ved behov for monitorering av blodtrykk.

4. Sikre tverrfaglig undervisnings- og casemøter om optimal legemiddelbehandling av pasientene

En tverrfaglig tilnærming til riktig legemiddelbruk er å gjøre strukturerte LMG hvor faggruppens kompetanse utfyller hverandre slik at optimal legemiddelbehandling oppnås. Å rette fokus mot veiledning, undervisning og rådgivning av hverandre knyttet til konkrete pasientsituasjoner vil være viktig for å kunne fokusere på og besvare kjernespørsmålene i LMG. Etter LMG er det viktig og nyttig at alt personell i avdelingen er kjent med eventuelle endringer i legemiddelbehandlingen og behov for oppfølging av pasienten/beboer. Det kan f.eks gjøres ved å presentere resultatene av LMG for "Fru Hansen" i muntlig rapport mellom helsepersonell, og vektlegge hvilke legemiddelrelaterte problemer som ble identifisert i LMG og hvilke oppfølgingstiltak som skal iverksettes fremover.

Tiltakspakkens målinger

Nedenfor beskrives 4 målinger som er definert for tiltakspakken for riktig legemiddel i sykehjem. Målingene er viktige for å kunne følge opp arbeidet med tiltakene. Det finnes mer informasjon om hvorfor man måler og hvordan måledataene analyseres og brukes i forbedringsarbeidet i kapitlene under. Merk at nummerering på målingene tilsvarer nummer i databasen Extranet som brukes for å registrere målingene.

Extranet er et verktøy for å kunne følge forbedringsarbeidet i egen virksomhet. Dette er et web-basert dataprogram som alle team får tilgang til gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet. Nærmere beskrivelse av databasen og veiledning for bruk av dataprogrammet finner du på

- Extranet: <https://extranet.pasientsikkerhetsprogrammet.no>
- For tilgang sendes henvendelse til post@pasientsikkerhetsprogrammet.no

01.01. Andel langtidspasienter som har hatt LMG siste halvår

Beskrivelse: Hensikten med målingen er å øke andelen pasienter som får en strukturert LMG hvert halvår for å redusere antallet legemiddelrelaterte problemer. Målet er at alle langtidspasienter får en LMG hvert halvår. For et forslag til hvordan målingen kan gjennomføres i praksis viser vi til dokumentet *Veileder for bruk av LMG-kalender* som er tilgjengelig for nedlasting fra programmets hjemmeside.

Nevner: Det totale antallet pasienter ved enheten/avdelingen.

Teller: Antall pasienter som har hatt strukturert LMG siste halvår.

01.02. Andel pasienter med dokumentert legemiddelrelatert oppfølgingsplan i EPJ

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

Nevner: Det totale antallet pasienter ved enheten/avdelingen.

Teller: Antall pasienter med dokumentert legemiddelrelatert oppfølgingsplan ved enheten/avdelingen.

01.03. Andel legemidler med indikasjon oppført bak forskrivning

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

Nevner: Det samlede antall legemidler (faste, sesongs- og behovspreparater) oppgitt på sykehjemmets legemiddellister for alle pasienter ved enheten/avdelingen.

Teller: Antall legemidler med indikasjon oppført bak forskrivning for alle pasienter ved enheten/avdelingen.

01.04. Gjennomsnittlig antall faste legemidler med ATC-kode (frivillig måling)

Beskrivelse: Hensikten med målingen er å sikre at pasientene får riktige og nødvendige faste medisiner og dermed forebygge pasientskade som følge av feil- og over/under-medisinering. Samtlige faste legemidler med ATC-kode skal inkluderes i målingen. Det inkluderer legemidler som mineral- og vitamintilskudd, kurer, salver og fluor.

Nevner: Det totale antallet pasienter ved enheten/avdelingen.

Teller: Det samlede antall faste legemidler med ATC-kode ved enheten/avdelingen.

Kom i gang - forbedring i praksis

Erfaring viser at det er vanskelig å endre egen praksis. Å basere det lokale forbedringsarbeidet på forbedringsmodellen er nyttig for implementering av tiltakspakken og hjelper oss å skape forbedringer som varer.

Forbedringsmodellen

Model for Improvement (forbedringsmodellen) er en enkel og anvendelig metode for å drive systematisk forbedringsarbeid. Metoden kan benyttes for å redusere avstanden mellom det vi vet vi bør gjøre (beste praksis), og det vi faktisk gjør. Modellen er utviklet av Institute of Healthcare Improvement (9), og er en enkel og anvendelig metode som er brukt både i Norge og internasjonalt gjennom mange år.

Modellen forutsetter at man starter arbeidet med forbedring med å besvare tre grunnleggende spørsmål, modellens første del.

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, det vil si hvor mye forbedring som skal oppnås lokalt innen når, settes av den enkelte enhet i samråd med leder. De lokale målene bør være spesifikke og målbare. De bør være utfordrende og inspirerende, realistiske, tidsbestemte og godt forankret. Et eksempel på et godt mål fra en sengepost som jobber med trykksår, kan være «å oppnå 40 % reduksjon av trykksår innen utgangen av året, målt ved antall dager mellom trykksår». Det er utarbeidet tiltak med målinger for alle innsatsområder. Disse er beskrevet i foregående kapitler.

For å jobbe med implementering og utprøving, benyttet teamene forbedringsmodellens andre del, nemlig «PDSA»-sirkel. PDSA står for Plan (planlegg); Do (utfør); Study (studer) og Act (standardiser/korriger) (10). Dette er en systematisk metode for forbedring gjennom småskala-testing. Forbedringstiltak testes på en enkelt eller noen få tilfeller (f.eks. to pasienter), og erfaringen fra dette diskuteres kort, forbedringer justeres og nye tester gjennomføres. Tiltakene testes i svært liten skala, inntil man finner en best mulig løsning tilpasset lokal kontekst. Deretter spres forbedringstiltaket til resten av enheten. Dette gjør metoden svært god for å tilpasse tiltakene til lokale rutiner og den har vist seg velegnet til å skape raske forbedringer. Metodikken har vist seg å være nyttig i forbedringsarbeid.



Hvorfor måle

Ved å måle før, under og etter implementeringsfasen skaffes informasjon som sier noe om endringene gjort skaper ønsket forbedring (se forbedringsmodellens første del). Målingene er viktig for å dokumentere tiltak og resultater. I tillegg er målinger nyttig for å kunne reflektere over egen virksomhet, og måleresultatene et godt utgangspunkt for faglige diskusjon. I forbedringsarbeid vektlegges endring og forbedring i et tidsperspektiv, og det stilles derfor mindre krav til datamengde enn for eksempel ved forskning.

For noen innsatsområder er det lagt til rette for å måle både resultat- og prosessindikatorer. En resultatindikator beskriver direkte gevinst for pasientene i form av for eksempel overlevelse, infeksjonsrater eller fysisk tilstand. En prosessindikator beskriver områder som for eksempel forebygging, diagnostikk og hvor vidt pasienter har mottatt en behandling eller tiltak. For å vite om pasientsikkerheten blir bedre må det måles på en eller flere resultatindikatorer. Prosessindikatorer, der disse eksisterer, er nyttige for å si noe om hvor godt tiltakene er implementert i praksis.

Hvordan analysere måledataene

Registrerte data beskriver hvordan man ligger an og om innsatsen gir synlig forbedring. Da er det viktig at det måles jevnlig og at frekvensen av målingene opprettholdes. I pasientsikkerhetsprogrammet brukes verktøyet statistisk prosesskontroll (SPC). Statistisk prosesskontroll er en gren inne statistikk der målinger fremstilles visuelt i enkle tidsserier (linjediagrammer) med tilhørende statistiske beregninger. Tidsseriene gir oversikt over utviklingen over tid. Statistisk prosesskontroll egner seg godt til forbedringsarbeid da man får tilgang til data raskt og man kan trekke statistiske konklusjoner med bakgrunn i små datamengder. Brukerterskelen for SPC er lav og resultatene fremstilles visuelt og enkelt (11).

For å kunne si om en endring er en forbedring, er det viktig med en baseline. En baseline er en «forhåndsmåling» som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeidet. Baseline markeres som en median, det vil si en horisontal linje som deler tallmaterialet i to like store deler. Baseline forutsetter 15 målepunkter. Etter minst 12 nye målinger i en serie kan man ved hjelp av et såkalt run-diagram vurdere om et tiltak har ført til endring fra utgangsnivået.

For mer informasjon om statistisk prosesskontroll se www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

Ressurser og verktøy

Nettsidene for innsatsområdet under [www.pasientsikkerhetsprogrammet](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no) har oppdatert og nyttig informasjon for implementering av tiltakspakken og spredning av tiltakene.

Tiltakspakke og verktøy

- [Sjekkliste LMG revidert versjon 2013.doc](#)
- [Veileder for bruk av LMG-kalender](#)
- [START- og STOPP-kriteriene.pdf](#)
- [Eksempel på prosedyre legemiddelgjennomgang](#)

Resultater og bakgrunn

Rapport med oppsummering av pilotprosjektets erfaringer, anbefalinger og tiltak.

- [Hvorfor riktig legemiddelbruk i sykehjem](#)
- [Pilotrapport Riktig legemiddelbruk i sykehjem ved Nygård Sykehjem](#)
- [Presentasjon av legemiddelgjennomgang i sykehjem.pdf](#)
-

Faglige ressurser og informasjonsmateriell

- [Sjekkliste for legemiddelgjennomgang: Nasjonal veileder fra Helsedirektoratet](#)
- [Plakater til lokal informasjonsarbeid \(oppdateres våren 2014\)](#)

Referanser

- (1) Rapport fra Helsetilsynet 7/2010 Sårbare pasientar - utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsynmed legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008-2010, Desember 2010
- (2) Helsedir, 2011. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien, IS- 1887. Hentet 22.11.12 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter/Sider/default.aspx>
- (3) St. meld nr. 18 (2004-2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Hentet 27.11 2012 fra: version 2.0
- (4) Halvorsen KH., Ruths S., Granas AG, Viktil KK. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28:82-88.
- (5) Helsedir, 2011. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien, IS- 1887
- (6) Helsedir, 2012. Nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger, IS-1998. Hentet 22.11.2012 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-legemiddelgjennomganger/Sider/default.aspx>
- (7) World Health Organization, patientsafety, http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
- (8) Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester, LOV-2011-06-24-30. Hentet 30.11.2012 fra: <http://www.lovdatabasen.no/all/nl-20110624-030.html>
- (9) Institute for Healthcare Improvement, Science of Improvement, <http://www.ihp.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>
- (10) Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. 2. Utg. San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Publishers; 2009
- (11) Carey RG. "Improving healthcare with control charts. Basic and advanced SPC methods and case studies". ASQ Quality Press, 2003