Utviklingssenter for sykehjem
Oppland

Rapport 2013:2 publisert 26.04.2013

«KAMFER-prosjektet»

- Tverrfaglig legemiddelgjennomgang for eldre i sykehjem

Foto: oa.no

GJØVIK KOMMUNE

SYKEHUS APOTEKENE
SYKEHUSAPOTEKET GJØVIK

Sammendrag

Haugtun Utviklingssenter for sykehjem i Oppland har i perioden 11.11.10 – 17.1012 gjennomført 2 prosjekter, ”KAMFER- prosjektet” finansiert med midler fra Helsedirektoratet og læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem” i regi av den Nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender” .

Prosjektene har til hensikt å optimalisere den enkelte pasients legemiddelbehandling. Legemiddelgjennomgang er brukt som verktøy. Legemiddelgjennomgangene har vært basert på en total klinisk vurdering av pasientens nåværende helsetilstand gjennom bruk av kartleggingsverktøy og observasjoner. Gjennomgangene innebærer en vurdering av indikasjon og nytte/effekt, samt eventuelle bivirkninger og interaksjonsproblematikk, for alle legemidlene pasienten bruker.

I perioden mars 2011 – oktober 2012 har det blitt gjennomført til sammen 82 dokumenterte legemiddelgjennomganger ved 1 langtidsavdeling og 3 kortidsavdelinger ved sykehjemmet. I tillegg er det gjennomført noen legemiddelgjennomganger som ikke er dokumentert.

I KAMFER-prosjektet ble det gjennomført legemiddelgjennomganger hos 63 pasienter i et tverrfaglig team med sykepleier, farmasøyt og lege. Kortidspasientene brukte i gjennomsnitt 9,9 faste legemidler og 2 behovslegemidler, mens langtidspasientene brukte 7,2 faste legemidler og 1,8 behovslegemidler. Det ble i gjennomsnitt tatt opp 8,5 potensielle legemiddelrelaterte problemer (LRP) i legemiddelgjennomgangene per pasient hos kortidspasientene og 6 potensielle LRP hos langtidspasientene.

De ansatte opplever at en strukturert legemiddelgjennomgang er en effektiv, men tidkrevende metode for å identifisere LRP og iverksette tiltak. Både leger og sykepleiere mener at det er svært nyttig å ha en farmasøyt til stede i den tverrfaglige legemiddelgjennomgangen.

Erfaringene viser at dokumentasjon er den største utfordringen. Vi har i løpet prosjektperioden derfor laget et oppsett for standardisering av dokumentasjonen i pasientens elektroniske pasientjournal.

Innhold:

1.0 Bakgrunn for prosjektet....4
1.1 Haugtun Utviklingssenter for sykehjem i Oppland....5
1.2 Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender»....7
1.3 Prosjektnavn....7
1.4 Prosjektorganisering....8
1.5 Hensikt og mål....9
1.5.1 Delmål....9
2.0 Teori....10
2.1 Definisjoner....10
2.1.1 Legemidler:....10
2.1.2 Tverrfaglig legemiddelgjennomgang:....10
2.1.3 Legemiddelrelaterte problemer:....10
2.1.4 Læringsnettverk....11
2.2 Kunnskapsbasert praksis....11
2.3 Forskning på området:....11
2.4 Brukermedvirkning....12
2.5 Kartleggingsverktøy....13
2.5.1 Laboratorieprøver....13
2.5.2 Prøvetaking til medikamentanalyser:....13
2.6 Dokumentasjon:....14
3.0 Planlegging og gjennomføring....14
3.1 Inklusjonskriterier....15
3.2 Etiske overveielser....15
3.3 Informasjon til ansatte, pasienter og pårørende:....15
3.4 Kompetanseheving....15
3.4.1 Kartleggingsverktøy....16
3.4.2 Laboratorieprøver - prøvetaking/prøvebehandling....16
3.5 Gjennomføring av legemiddelgjennomgangene....17
3.6 Dokumentasjon i Gerica....19
3.7 Kvalitetsarbeid....19
4.0 Resultater....20
4.1 Erfaringer....22
4.2 Pasienthistorier fra avdelingene....23
5.0 Økonomi....25
6.0 Spredning....26
6.1 Haugtun Utviklingssenters deltagelse i Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender»....26
6.2 Læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem” for kommuner i Oppland....27
6.2.1 Gjennomføring:....27
6.2.2 Økonomi....28
6.3 Nasjonalt læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten”....28
6.4 Publisering....28
7.0 Konklusjon og veien videre....29
8.0 Referanser....299

1.0 Bakgrunn for prosjektet

St.meld.nr.18 (2004-2005): ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk” også kalt Legemiddelmeldingen, sier at studier viser at feilmedisinering i større eller mindre grad oppstår i om lag 20 prosent av alle behandlingsforløp hvor legemidler benyttes. Eldre pasienter som bruker mange legemidler og har nedsatt evne til å ivareta egne behov er spesielt utsatt, og trenger derfor ekstra oppfølging. De mest utsatte pasientene bor ofte i sykehjem, omsorgsbolig eller får hjemmesykepleie. Studier viser også at legemiddelgjennomganger for pasienter i spesielt utsatte grupper kan gi pasientene bedre helse. Samtidig er det kostnadseffektivt. Storingsmeldingen sier også at departementet skal starte prosjekter for gjennomgang av legemiddelbruk blant annet i sykehjem. St.meld.nr.47. (2008-2009): ”Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted til rett tid” Samhandlingsreformen ligger også til grunn for prosjektet.

I mai 2008 kom ”Forskrift om legemiddelhåndtering i virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp av 3.april 2008 nr 320” fra Sosial og Helsedirektoratet. Våren 2008 vedtok derfor Gjøvik kommune ved den øverste ledergruppen i Helse og omsorg at det skulle settes ned en gruppe som skulle jobbe med prosedyrer for legemiddelhåndtering på tvers av seksjonene i virksomhetsområde Helse og omsorg. Dette var en tverrfaglig sammensatt gruppe med kommuneoverlege, tjenestefarmasøyt, representanter fra alle seksjoner innenfor virksomhetsområde helse og omsorg, samt en representant fra Utviklingsenheten. Gruppa la fram sin innstilling til den øverste ledergruppa i Helse og omsorg i februar 2009. I april 2009 ble en person ansatt for å utarbeide/revidere prosedyrer for hele virksomhetsområde. Fra før har kommunen etablert et tett samarbeid med farmasøyt ved sykehusapoteket ved sykehuset innlandet, Gjøvik. Samarbeidet er definert i en egen samarbeidsavtale. Farmasøyten ble benyttet som veileder under utarbeidelse av prosedyrer. Arbeidet ble sluttført våren 2010.
Etter innstilling fra prosjektgruppa etablerte Gjøvik kommune en legemiddelkomite i april 2010. Legemiddelkomiteen skal være et rådgivende organ for legemiddelhåndteringen i kommunen. Legemiddelkomiteen har samme tverrfaglig sammensetning som den første prosjektgruppa. Våren 2010 innførte Gjøvik kommune også et nytt kvalitets- og avvikshåndteringssystem EQS hvor alle prosedyrer blir lagt ut med linker til tilhørende lovverk og forskrifter. Alle ansatte fikk i løpet av våren 2010 tilbud om opplæring om generell bruk og avviksbehandling i EQS.

1.1 Haugtun Utviklingssenter for sykehjem i Oppland

Haugtun Utviklingssenter for sykehjem i Oppland ligger i Gjøvik kommune. Utviklingssenteret etablerte høsten 2008 en egen fagenhet.
Gjøvik kommune har utarbeidet en ”Helse og omsorgsplan 2025”. Denne ble politisk vedtatt i juni 2009. I planen er det lagt føringer på utvikling av Haugtun omsorgssenter:

> ***”Utvikling av helsehusfunksjoner på Haugtun***
>
> - *Haugtun omsorgssenter tilpasses Helsehusmodellen. Det etableres egen lindrende enhet i tredje etasje*
> - *Kompetanse og kapasitet tilpasses nye oppgaver basert på tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det sikres tilstrekkelig lege- og sykepleiedekning og annen spisskompetanse*
> - *Endringene gjennomføres først i tredje etasje. Aktivitet i andre etasje tilpasses avhengig av tempo i oppbygging av demenstilbudet i kommunen for øvrig”*

Med bakgrunn i ”Helse og omsorgsplan 2025” har Haugtun i prosjektperioden vært preget av omorganisering. Haugtun har i dag tre sykehjemsavdelinger med til sammen 58 plasser.
Sykehjemsavdelingen i 2. etasje har 29 plasser og er en avdeling for mennesker med demenssykdom. Fra juni 2012 er 6 av plassene blitt gjort om til en forsterket skjermet enhet.
3.etasje er inndelt i 2 avdelinger, og har totalt 29 plasser. Avdeling AB har 12 plasser. Denne avdelingen består Lindrende enhet som åpnet 11.okt 2010 med 6 plasser og Rehabiliteringsenheten med 6 plasser. Avdeling CD har hatt en gradvis omorganisering fra en langtidsavdeling til i dag å være en somatisk kortidsenhet med 17 plasser.
Både legedekning og sykepleierbemanning er styrket i avdelingene. Legetjenesten er styrket med 1,5 årsverk og sykepleiertjenesten er styrket med totalt 15 årsverk.
Sykehjemsavdelingene på Haugtun har et sterkt sykepleierfaglig miljø med over 30 sykepleiere totalt. Ved omsorgssenteret er det i tillegg til beskrevne sykehjemsavdelinger også hjemmetjenester, tilrettelagte tjenester (psykisk helse og tjenester til mennesker med utviklingshemming), samt fysio og ergoterapitjenester.

Sykehjemsavdelingene:

3CD Somatisk kortidsavdeling
17 kortidsplasser
Pleiepersonale: 15,82 årsverk
Legedekning: 18,75 t pr.uke

3AB Lindrende/rehabiliterende enhet
6+6 kortidsplasser
Pleiepersonale: 21.42 årsverk
Legedekning: 18,75 t pr.iuke (lindrende)
10 timer pr.uke (rehabiliterende)

2 ABCD Demensavdeling
29 langtidsplasser
Pleiepersonale: 25,71 årsverk
(30,71 fra juni 2012)
Legedekning: 11 t pr.uke

I september 2009 hadde Helsetilsynet tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem ved Haugtun omsorgssenter. Fokus for tilsynet var kompetanse, kapasitet, dokumentasjon og samhandling knyttet til legemiddelbehandlingen. Det ble også undersøkt om det ut fra risikovurderinger ble sørget for at legemiddelbehandlingen ble systematisk vurdert og fulgt opp. Under tilsynet ble det gjort funn som ga grunnlag for ett avvik:

> *"Gjøvik kommune organiserer og styrer ikke virksomheten slik at det sikres at eldre pasienter ved Haugtun omsorgssenter får nødvendig og riktig legemiddelbehandling"*

Oppfølging av avviket og forbedringsarbeidet er gjennomført i sykehjemsavdelingene. Dette sees opp mot de tidligere beskrevne tiltak på overordnet nivå i kommunen.

1.2 Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender»

Pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender” er en treårig kampanje som skal redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. ”I trygge hender” gjennomføres i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 – 2013, på oppdrag fra Helse- og omsorgsministeren.

Kampanjen har tre hovedmål:

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

Kampanjens styringsgruppe har vedtatt at pasientskader som kan forebygges skal reduseres med 20 % innen utgangen av 2013, og med 50 % i løpet av fem år. De har også vedtatt at 25 % av kommunehelsetjenesten skal være aktivt involvert i kampanjen og ha implementert ett eller flere av tiltakene innen utgangen av 2013.

Kampanjen har flere innsatsområder med relevans for kommunehelsetjenesten:

- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Samstemming av legemiddellister
- Reduksjon av trykksår
- Reduksjon av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter
- Reduksjon av fall i helseinstitusjoner

For å iverksette tiltakene i kommunehelsetjenesten arrangeres det læringsnettverk hvor tiltakspakkene innenfor alle disse innsatsområdene presenteres.

1.3 Prosjektnavn

Ved å gjennomføre ”KAMFER – Prosjektet” ønsket vi ytterligere å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen ved sykehjemmet.
Prosjektet har fått navnet:

”KAMFER – prosjektet”

- Tverrfaglig legemiddelgjennomgang for eldre pasienter i sykehjem

Hver bokstav definerer et område det skal arbeides med i prosjektet:

Kvalitet

Arbeidslag

Medikamenthåndtering

Forbedring

Eldre

Rutiner

1.4 Prosjektorganisering

Prosjekteier:	Utviklingsenheten v/leder Brit Håberg/Seksjon sykehjem v/seksjonsleder Heidi Koxvig Hagebakken
Prosjektansvarlig:	Leder Haugtun Utviklingssenter for sykehjem i Oppland Målfrid Schiager
Prosjektleder:	Leder Haugtun Utviklingssenter for sykehjem i Oppland Målfrid Schiager

Styringsgruppe:

- Prosjektleder: Målfrid Schiager
- Leder Utviklingsenheten: Brit Håberg /
  Seksjonsleder Sykehjem: Heidi Koxvig Hagebakken
- Avdelingssykepleier demensavdelingen 2. etasje Haugtun: Camilla Holt
- Avdelingssykepleier somatisk kortidsavdeling 3. etasje Haugtun: May Jeanette Haugli
- Avdelingssykepleier lindrende-/rehabiliteringsavdelingen 3. etasje Haugtun: Evy Andersen
- Seksjonsleder Helse: Aud Inger Ystgaard
- Seksjonsleder Hjemmetjenester: Solveig Skar
- Kommuneoverlege Olav Brunborg

Prosjektgruppe:

- Tjenestefarmasøyt Trine Fevik/Klinisk farmasøyt Hilde Holm
- Sykepleier 1 2.etasje demensavdelingen: Stian Løkken/Elisabeth Rosenvinge
- Sykepleier 1 3.etasje somatisk kortidsavdeling Irene Wang Berthinsen

- Sykepleier 1 3.etasje rehabiliteringsavdelingen
- Sykehjemsoverlege Dag Rasmussen
- Tilsynslege Ann Christin Bambidele Skyrud
- Fagkonsulent Utviklingssenteret: Anne Marit Åslund

Referansegruppe: Legemiddelkomiteen i Gjøvik kommune

Tidsperiode

KAMFER-prosjektet ble gjennomført i perioden 11.11.2010 – 05.06.2012
Prosjektrapporten vil også oppsummere videreføringen av prosjektet gjennom deltagelse i læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem” i regi av pasientsikkerhetskampanjen ” I trygge hender” i perioden 26.03.12 – 17.10.2012.

1.5 Hensikt og mål

Bedre den eldre pasients legemiddelbruk gjennom tverrfaglig legemiddelgjennomgang, kvalitetsarbeid og kompetansehevende tiltak

1.5.1 Delmål

- Opplæring og kompetanseheving er gjennomført i de deltakende sykehjemsavdelingene ved Haugtun.
- De deltakende sykehjemsavdelingene har høyt fokus på riktig legemiddelbruk hos den enkelte pasient. Tverrfaglig vurdering av pasientenes legemiddelbruk benyttes som metode for kompetanseheving.
- Kompetansen spres videre til øvrige sykehjemsavdelinger i Gjøvik kommune, i Oppland fylke og via Undervisningssykehjemmenes nettverk og nettside.
- Rutiner og verktøy er utarbeidet og implementert i deltakende sykehjemsavdelinger, slik at legemiddelbruken til de eldre i avdelingene kvalitetssikres. Dette kan for eksempel være rutiner for blodprøvetaking og vurdering av interaksjoner.

2.0 Teori

2.1 Definisjoner

2.1.1 Legemidler:

... stoffer, droger og preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom. (Legemiddelloven, 2011)

2.1.2 Tverrfaglig legemiddelgjennomgang:

En legemiddelgjennomgang hos pasienter i sykehjem har til hensikt å optimalisere den enkelte pasients legemiddelbehandling. Innholdet i en legemiddelgjennomgang kan være litt forskjellig. Legemiddelgjennomgangen skal være basert på en total klinisk vurdering av pasientens legemiddelbehandling på bakgrunn av den enkeltes nåværende helsetilstand. Gjennomgangen innebærer en vurdering av indikasjon og nytte/effekt, samt eventuelle bivirkninger og interaksjonsproblematikk, for alle legemidlene pasienten bruker. En strukturert legemiddelgjennomgang er en effektiv metode for å identifisere legemiddelrelaterte problemer (LRP) og iverksette tiltak. .
Rapporten IS-1887 ”Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmetjenesten” sier at en legemiddelgjennomgang bør gjøres i et tverrfaglig team bestående av farmasøyt, lege og sykepleier.

2.1.3 Legemiddelrelaterte problemer:

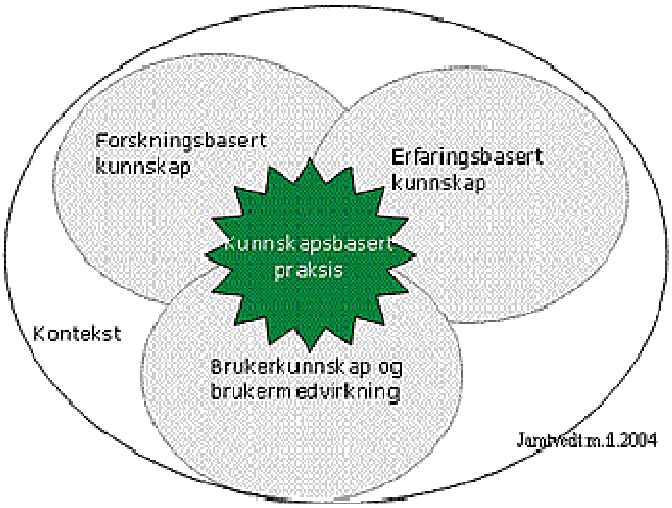
En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt. Med et potensielt problem menes forhold som kan forårsake legemiddelrelatert sykelighet eller død dersom man unnlater å følge opp, mens et aktuelt problem allerede manifesterer seg med tegn og symptomer. (Ruths m.fl, 2007)

2.1.4 Læringsnettverk

Læringsnettverk er et verktøy som blir brukt i forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Hensikten er å spre kompetanse på ulike områder og bedre kvaliteten på tjenestene. Kjernen i læringsnettverk er felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling - og organisasjon. Dette er i tråd med føringer i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015. (Kunnskapssenteret, 2011) Et læringsnettverk er i korte trekk et ”arbeidsseminar” på til sammen tre samlinger, fordelt på ca 9 måneder. Deltagerne på læringsnettverket får i denne sammenheng opplæring i legemiddelgjennomgang som metode. Læringsnettverket har stor fokus på erfaringsdeling mellom de deltagende teamene.

2.2 Kunnskapsbasert praksis

Helsepersonell bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøverne blir mer bevisst på hvilke kunnskapskilder de benytter.



> *Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på sytemastisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon.(Nordtvedt m.fl 2012)*

2.3 Forskning på området:

Det er etter hvert publisert mye forskning og litteratur på området.
På oppdrag av Helsedirektoratet publiserte Kunnskapssenteret i 2010 en systematisk kunnskapsoversikt for å vurdere effekten av tiltak for å reduserer uhensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem. Rapportens hovedkonkusjon er at dokumentasjonsgrunnlaget er for

lavt til å kunne gi noen konklusjon på om tiltakene for å redusere uhensiktsmessig legemiddelbruk har noen helseeffekt. (Kunnskapssenteret, 2010)
I 2010 publiserte Kjersti Skogdalen, avd for samfunnsfarmasi Universitetet i Tromsø en masteroppgave i farmasi hvor formålet var å finne en god arbeidsmetode for legemiddelgjennomganger på sykehjem. Den skulle også vurdere screening som metode og NORGEP-kriteriene som inklusjonskriterier. Rapporten konkluderer med at studien inkuderer for få pasienter til å konkludere, men at det gjennom studien ble utarbeidet en metode for legemiddelgjennomganger og at det kan tyde på at NORGEP-kriteriene er gode inklusjonskriterier. (Skogdalen, 2010)
I Norsk farmaceutisk tidsskrift 6/2012 ble det publisert en artikkel basert på et forskningsstudie gjennomført ved fem sykehjem i Bergen som konkluderer med at strukturert tverrfaglig legemiddelgjennomgang hvor klinisk farmasøyt er til stede er en hensiktsmessig og nyttig metode for avdekking av legemiddelrelaterte problemer. Det bidrar til en mer systematisk oppfølging av pasientenes legemiddelbruk. (Tverborgvik m.fl 2012)

2.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket. Brukeren har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og skal få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Brukeren skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger av helsehjelpen. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. (Pasient og brukerrettighetsloven § 3,2012)
Brukere har ofte mer detaljkunnskap om sin egen tilstand enn helsepersonell. De bør derfor medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den daglige samhandlingen med personalet. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008) Å legge hensynet til pasienten til grunn for tjenesteytelsen er å ta utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket, og ta den enkelte tjenestemottakers behov for hjelp settes i fokus. Brukeren har rett til å bli møtt med respekt for sine ulike synspunkt, og gis mulighet til å gjøre sine egne valg. (St.meld 47, 2009)
Brukermedvirkningen kan skje på individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Ved en legemiddelgjennomgang skjer brukermedvirkningen i all hovedsak på et individnivå, hvor den enkelte pasient og helsepersonell samhandler for å gi pasienten best mulig behandling. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008)

2.5 Kartleggingsverktøy

I vårt prosjekt har vi valgt å gjennomføre en bred kartlegging av pasientene i forkant av legemiddelgjennomgangene. Vi har i rapporten valgt å ikke beskrive alle kartleggingsverktøyene som ble benyttet.

2.5.1 Laboratorieprøver

Måling av konsentrasjon av et legemiddel er et hjelpemiddel ved vurdering av medikamentell behandling. Det gir mulighet for individuell dosering. Serumkonsentrasjonen som oppnås når samme legemiddeldose gis til ulike pasienter, varierer betydelig. For enkelte legemidler kan forskjellen utgjøre en faktor på 10-20 ganger. Årsaken til dette er individuelle forskjeller i farmakokinetiske forhold som absorpsjon, distribusjon, metabolisme og eliminasjon. Derfor tas også en del andre laboratorieprøver i tillegg ved vurdering av medikamentell behandling.

2.5.2 Prøvetaking til medikamentanalyser:

For de fleste legemidler bør prøven tas medikamentfastende, dvs. 12-24 timer etter siste doseinntak. Blodprøve tas <u>før neste dose</u> medisin. Tidspunkt forrige dose, hvor stor den var og tidspunkt for blodprøvetakingen er viktig informasjon som må påføres rekvisisjonen.

<u>Medikamenter kan påvirke:</u>

1: Selve analysemetoden (i ”reagensrøret”)

2: Analyttkonsentrasjonen i kroppen

Pkt 2 avhenger av type medikament, dose og absorpsjon og eliminasjon av medikamentet.

<u>Vurdering av prøvesvar:</u>

Det er viktig å benytte referanseverdiene til det laboratoriet hvor analysen er utført. (Referanse-verdiene kan variere noe for forskjellige målemetoder)

Årsak til endringer i et prøvesvar kan være*:*

- preanalyttiske faktorer som innebærer forberedelse av pasient til prøvetaking/-behandling
- analyttiske faktorer som innebærer presisjon og riktighet ved selve analysen
- normale biologiske endringer som innebærer faktorer som alder, kjønn, kroppsmasse og biologiske rytmer
- forandret helsetilstand

For å beregne biologisk og analyttisk variasjon benyttes en bestemt formel. Det er det vi kaller totalvariasjon. Tallene for analyttisk og biologisk variasjon for den enkelte analyse finnes i ”Brukerhåndbok for medisinsk biokjemi”.
For å være sikker på at en forskjell mellom 2 prøvesvar ikke bare skyldes tilfeldig variasjon må forskjellen fra forrige svar må være 2,8 x totalvarisajon (Urdal m.fl 2009)

2.6 Dokumentasjon:

I følge helsepersonelloven § 39 og 40 har helsepersonell plikt til å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen i pasientens journal. Det elektroniske pasientjournalsystemet Gerica benyttes av alle faggrupper i kommunene. Gerica dekker per i dag over 50% av befolkningsgrunnlaget i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Kommunen har i lang tid jobbet med å tilpasse journalsystemet til kommunens praktiske hverdag i pleie- og omsorgstjenesten, og har en person ansatt som systemansvarlig for fagprogrammet.

3.0 Planlegging og gjennomføring

I gjennomføringen av prosjektet har vi hatt stor fokus på å anvende kunnskapsbasert praksis som metode. Før oppstart av prosjektet ble det derfor utført datasøk og innhentet informasjon fra andre tilsvarende prosjekter. Bente Ødegård Kjøs, førstelektor ved Senter for omsorgsforskning Øst ble benyttet som veileder for å se på hvordan vi best kunne gjøre en evaluering av prosjektet. Det ble også tidlig i prosjektet tatt kontakt via e-post med Harald Aasen som var knyttet opp mot forskningsprosjektet på fem sykehjem i Bergen for å høre deres erfaringer så langt. Vi hadde også noe erfaringsutveksling med pilotprosjektet i pasientsikkerhetskampanjen innenfor innsatsområdet ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem” som ble gjennomført ved Utviklingssenter for sykehjem i Vestfold.
Prosjektet ved Haugtun er gjennomført med bistand fra Sykehusapoteket Gjøvik. 2 farmasøyter Trine Fevik og Hilde Holm fra Sykehusapoteket har vært ressurspersoner i prosjektet. Geriater Dag Rasmussen, sykehjemlege i Gjøvik kommune har også deltatt i prosjektet. De har deltatt i prosjektet i planlegging, prosjektgrupper, med undervisning og i selve legemiddelgjennomgangene.

3.1 Inklusjonskriterier

Det ble ved oppstart drøftet hvilke pasienter som skulle delta i prosjektet. Det var en klar formening i prosjektgruppa og styringsgruppa at tverrfaglige legemiddelgjennomganger ville være nyttig for alle pasienter ved sykehjemmet. Vi valgte derfor å inkludere alle kortids- og langtidspasienter over 65 år i prosjektet. Det ble påpekt at det ville være en utfordring å kjøre legemiddelgjennomganger for pasientene på kortidsavdelingene siden de i de fleste tilfeller får et vedtak om plass i 14 dager. Det var imidlertid en klar formening blant deltagerne i prosjektgruppa at de største utfordringene i forhold til riktig legemiddelbruk var å finne hos kortidspasientene. Disse pasientene skifter mellom de ulike nivåene i helsetjenesten, noe som gir store utfordringer i forhold til samhandling og koordinering av tjenesten. I henhold til prosjektplanen ble lindrende enhet ikke inkludert i prosjektet.

3.2 Etiske overveielser

Dette er et fagutviklingsprosjekt hvor fokus er å øke personalet kompetanse om riktig legemiddelbruk og optimalisere den enkelte pasients legemiddelbruk.
I forkant av prosjektet tok prosjektleder kontakt med Personvernombudet i Oppland, samt De regionale komiteer for medisinsk helsefaglig forskningsetikk (REK). I samarbeid med disse instanser ble det derfor vurdert at det ikke behov for samtykkeskjema fra pasientene for å gjennomføre legemiddelgjennomganger.

3.3 Informasjon til ansatte, pasienter og pårørende:

Ved oppstart utarbeidet vi et felles informasjonsskriv til pasienter, pårørende og ansatte i avdelingene. (Vedlegg 1)I tillegg ble det utarbeidet en hands out med informasjon om prosjektet. (Vedlegg 2) Prosjektleder har også deltatt med power-point presentasjoner om prosjektet på personalmøter i alle berørte avdelinger.

3.4 Kompetanseheving

Vi ønsket å ha et felles utgangspunkt og forståelse av hva en legemiddelgjennomgang er. I forkant av legemiddelgjennomgangene gjennomførte vi derfor 2 x 2 undervisningsdager med fellesundervisning for sykepleierne i sykehjemmet. (Vedlegg 3) Det ble gitt innføring i

kunnskapsbasert praksis og datasøk. Fellesundervisningen fokuserte på kartlegging og innsamling av data som gjøres i forkant av legemiddelgjennomgangen. Det ble også gitt undervisning i hva en legemiddelgjennomgang er, hva hensikten med det er, hva et legemiddelrelatert problem er og hvilke legemiddelrelaterte problemer man skal se etter ved en legemiddelgjennomgang. Ruths klassifiseringsverktøy i forhold til legemiddelrelaterte problemer ble gjennomgått for å vise hvordan dette kan brukes som et støtteverktøy.
Sykepleierne fikk også undervisning om interaksjonsproblematikk med fokus på hvordan interaksjoner kan oppstå og eksempler på ulike typer interaksjoner, samt en innføring i bruk av ulike interaksjonsdatabaser. Geriater underviste om eldre og legemidler. Sjekklistene START, STOPP og NORGEP ble også gjennomgått.

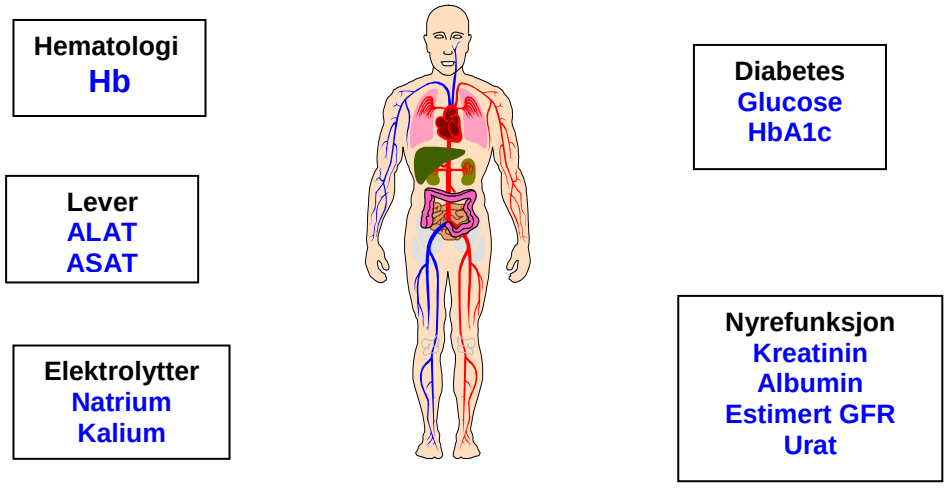
3.4.1 Kartleggingsverktøy

Undervisningsdagene hadde også gjennomgang av ulike kartleggingsverktøy. Spesielt fokus ble det satt på undervisning om Klinsik demensvurdering (KDV) I startfasen av prosjektet ble Mini Mental Status (MMSE-NR) brukt for å vurdere grad av demens, men vi så tidlig i prosjektet at hos mange av pasientene i 2.etasje var det ikke mulig å benytte dette verktøyet på grunn av deres kognitive svikt. KDV vurderer også kognitiv svikt og grad av demens, men stiller ikke krav til pasientens deltagelse slik MMSE-NR gjør. For å bedre kunne vurdere smerte hos denne pasientgruppen valgte vi å benytte MORBID 2 i stedet for ESAS-skjema som de ansatte var kjent med fra tidligere.
Parallellt med KAMFER-prosjektet har det ved sykehjemmet også vært gjennomført to andre prosjekter, SamAks og ”Opp av stolen”. Begge disse prosjektene har fokus på kartlegging og utredning av pasienter. De ansatte har gjennom disse to prosjektene også fått opplæring i andre kartleggingsverktøy brukt til personer med demens. Ved å se disse prosjektene i en sammenheng, har vi derfor kunnet gjennomføre en grundig kartlegging i forkant av legemiddelgjennomgangene.

3.4.2 Laboratorieprøver - prøvetaking/prøvebehandling

En viktig forutsetning for å kunne gjennomføre en grundig legemiddelgjennomgang er at det tas laboratorieprøver av pasienten. I all hovedsak dreier dette seg om blodprøver og urinprøver. Vi gikk igjennom de analysene som ble tatt som standard i KAMFER-prosjektet for alle pasienter. Det ble imidlertid alltid gjort en individuell vurdering av hvilke laboratorieprøver som skal rekvireres for hver enkelt pasient.

Analyser som tas i forbindelse med KAMFER-prosjektet:



For at feilkildene ved prøvetaking/-behandling skal være minst mulig, må prøvetaker ha fått god opplæring og ha fulgt prosedyrene for forberedelse av pasient og prøvetaking/-behandling av de analysene som skal tas.

Forberedelse til prøvetaking, selve prøvetakingen og prøvebehandling er viktig. Prøven må tas og behandles riktig før analysering for at pasientsvaret skal bli riktig. De fleste feil skjer i denne fasen. Vi gikk i undervisningen spesielt inn på Hb, PT INR, kalium og urinprøver da prøvetaking/-behandling er en stor feilkilde for disse analysene.

3.5 Gjennomføring av legemiddelgjennomgangene

Alle legemiddelgjennomgangene i KAMFER- prosjektet er utført i tverrfaglig team bestående av minst lege, farmasøyt og sykepleier. Det ble brukt ca 30 minutter per pasient på selve gjennomgangen i tverrfaglig team.

Når man skal gjennomføre en legemiddelgjennomgang er det nødvendig med variert bakgrunnskompetanse ettersom man skal belyse alle aspekter knyttet til den enkelte pasients legemiddelbehandling. Et tverrfaglig fokus bidrar til at ulike problemstillinger avdekkes. Vi har gode erfaringer med bruk av lege, sykepleier og farmasøyt i teamet. De ulike helseprofesjonene har ulike innfallsvinkler og kommer med innspill ut fra sitt ståsted som diskuteres i teamet og fører til en tverrfaglig konklusjon. Legen tar den endelige beslutningen relatert til legemiddelbehandlingen basert på og støttet opp av den tverrfaglige diskusjonen.

Vi startet opp med legemiddelgjennomganger i 2.etasje som er en avdeling med langtidsplasser for personer med demens. I forkant av hver legemiddelgjennomgang ble

det rekvirert blodprøver og gjennomført ulike kartlegginger av pasientene. Sykepleiere og annet helsepersonell med kompetanse på de ulike kartleggingsverktøyene gjennomførte kartleggingen i forkant av legemiddelgjennomgangene. Det ble utarbeidet en egen sjekkliste/skjema for legemiddelgjennomganger. (Vedlegg 4) Skjemaet er revidert flere ganger underveis i prosjektet. Det inneholder mange punkter, og det vurderes individuelt i hvert enkelt tilfelle hvilke blodprøver som skal rekvireres og hvilke kartleggingsverktøy som skal benyttes.
Opplysningene som var samlet inn ble så oversendt farmasøyten. Farmasøyten gikk systematisk igjennom oversendt informasjon, vurderte pasientens legemiddelbehandling og noterte potensielle legemiddelrelaterte problem som det var ønskelig å ta opp i det tverrfaglige møtet. Det tverrfaglige møtet ble gjennomført som en del av den ordinære legevisitten. I det tverrfaglige møtet ble legemiddellisten til pasientene gjennomgått i fellesskap. Farmasøyten presenterte de potensielle legemiddelrelaterte problemstillingene som var avdekket ved gjenomgang av oversendt materiale. Lege og sykepleier tok også opp ting de ønsket å diskutere i fellesskap.
Det ble fokusert på hvorvidt pasienten hadde indikasjon for alle sine legemidler, om det var indikasjoner som ikke var behandlet, og om legemiddelvalget samt dosen var hensiktsmessig i henhold til anbefalinger om legemiddelbruk hos eldre, pasientens vekt og nyrefunksjon. Det ble vurdert om symptomer angitt i kartleggingsskjema kunne være bivirkning av noen av pasientens legemidler eller kunne skyldes interaksjoner. Legemiddelkombinasjonen ble også vurdert med tanke på potensielle interaksjoner. Farmasøyten så også på om den valgte legemiddelformuleringen var egnet og om administrasjonstidspunktene var gunstige. Andre potensielle kilder til feilbruk ble også vurdert, samt hvorvidt det var entydige ordinasjoner. Det ble også sett på om relevant monitorering i forhold til legemidlene var utført.

Legen fattet den endelige beslutningen i forhold til endringer som skulle foretas. Farmasøyten klassifiserte de legemiddelrelaterte problemstillingene (LRP) som ble tatt opp i henhold til det norske klassifiseringssystemet (Ruths m.fl) for legemiddelrelaterte problemer og vurderte utfallet basert på opplysningene som kom frem i det tverrfaglige møtet i fire kategorier (tatt til følge, tatt til etterretning, ikke tatt til følge, annet)

3.6 Dokumentasjon i Gerica

Haugtun Utviklingssenter benytter journalsystemet Gerica som elektronisk pasientjournal (EPJ).

I etterkant av legemiddelgjennomgangene dokumenterte lege og sykepleier endringer i pasientenes medisinark og pasientjournal. I starten av prosjektet ble det opprettet en egen journaltype i Gerica kalt ”legemiddelgjennomgang” hvor sykepleiere og lege kunne dokumentere hvilke kartlegginger som var gjort i forkant av legemiddelgjennomgangen og endringer i pasientens legemiddelliste som eventuelt ble gjort i etterkant.19.03.2012 ble det gjort en gjennomgang av denne journaltypen for å se hvilke resultater vi hadde oppnådd. Det viste seg imidlertid at denne journaltypen ikke hadde blitt brukt i noen særlig grad. Det var derfor vanskelig å finne hvilke endringer som var gjort i pasientens legemiddelbehandling i forbindelse med legemiddelgjennomgangene. På slutten av prosjektperioden ble det derfor startet opp et arbeid med å standardisere dokumentasjonen i pasientens journal. Det er nå opprettet et eget område, ”legemiddelgjennomgang” i pasientens tiltaksplan med tre tilhørende tiltak:

1. Kartlegging/observasjon før legemiddelgjennomgang
2. Legemiddelgjennomgang
3. Plan for oppfølging

For hvert tiltak er det utarbeidet en egen tekstbank som kan benyttes. Det er også utarbeidet en egen tekstbank for journaltypen legemiddelgjennomgang basert på Ruths klassifiseringssystem. (Vedlegg 5)

3.7 Kvalitetsarbeid

Prosjektgruppa har utarbeidet en egen prosedyre for legemiddelgjennomgang i sykehjem (Vedlegg 6) Prosedyren er lagt inn i kommunens kvalitets- og avvikshåndteringssystem EQS. Prosedyren er gjeldende både for langtids- og kortidspasienter. Det er også lagt inn en lenke til denne prosedyren i prosedyrene for innkomst og utreise i sykehjem for å sikre at legemiddelgjennomganger blir gjennomført og fulgt opp. Hos kortidspasienter ønsker vi å gjennomføre legemiddelgjennomganger ved innkomst, og hos langtidspasienter 2 ganger årlig.

Det er også lagt inn en lenke til denne prosedyren i prosedyrene for innkomst og utreise i sykehjem for å sikre at legemiddelgjennomganger blir gjennomført og fulgt opp.

Vinteren 2012 publiserte Helsedirektoratet et utkast til veileder for legemiddelgjennomgang. Prosjektgruppa sendte inn en høringsuttalelse til helsedirektorat

på veilederen.(Vedlegg 7) Prosjektgruppa mente generelt at utkastet til veileder var mangelfullt, og at det ut fra den informasjon som var gitt i veilederen ikke ville være mulig å gjennomføre en legemiddelgjennomgang ute i tjenesten. Prosjektgruppa gav konkrete innspill til enkelte punkter i veilederen. Prosjektgruppa mente også at veilederen burde beskrive hva som er bakgrunn og hvorfor det er ønskelig med legemiddelgjennomganger, og dermed hvorfor det er behov for en veileder. Dette kommer tydeligere fram i rapporten IS 1887 - ”Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og hjemmetjeneste”: Prosjektgruppa mente derfor det var nødvendig at det kom tydeligere fram i veilederen sammenhengen mellom denne rapporten og veilederen. Vi mente at det er behov for at veilederen beskriver hvordan en legemiddelgjennomgang bør gjennomføres fra a til å. Endelig veileder ble publisert i juni 2012, og inneholder mange av disse momentene.

4.0 Resultater

Det ble i KAMFER-prosjektet gjennomført legemiddelgjennomganger hos 63 pasienter fordelt på 3 avdelinger ved Haugtun omsorgsenter, hvorav 36 korttidspasienter og 27 langtidspasienter. Kortidspasienten brukte gjennomsnittlig 9,9 (5-17) faste legemidler og 2(0-8) behovslegemidler, mens langtidspasientene brukte 7,2 (2-12) faste legemidler og 1,8 (0-5) behovslegemidler før legemiddelgjennomgangen.

Det ble totalt tatt opp 470 problemstillinger av farmasøyten i legemiddelgjennomgangene, dette utgjorde gjennomsnittlig 7,5 potensielle LRP per pasient. Hos kortidspasientene ble 306 problemstillinger tatt opp, gjennomsnittlig 8,5 potensielle LRP, mens det hos langtidspasientene var 164 problemstillinger, gjennomsnittlig 6 potensielle LRP. Tabellen på neste side viser en fordeling av type LRP og farmasøytens vurdering av utfallet.
De fleste LRP i kategorien 1b skyldes at diagnoselistene var eget mangelfulle, mange av legemidlene hadde en kjent indikasjon for personalet. Vurderingen av resultatet på dette punktet er usikkert da det var vanskelig for farmasøyten å vurdere om legen kom til å endre diagnoselisten. I enkelte tilfeler ble endringen utført umiddelbart.

Hva som faktisk ble gjort av endringer i etterkant av legemiddelgjennomgangen er ikke like sporbart. (se punkt 3.6)

Denne dokumentasjonen ble gjort noe ulikt i prosjektet og det var til dels vanskelig i etterkant å finne tilbake til hvilke endringer som var gjort på bakgrunn av legemiddelgjennomgangen.

Type LRP	**Antall**	**Tatt til følge**	**Tatt til etteretning**	**Ikke tatt til følge**	**Annet**
Legemiddelvalg/indikasjon					
1a – behov for tillegg av legemiddel	69	20	14	32	3
1b – unødvendig legemiddel	164	76	32	35	24
1c – uhensiktsmessig legemiddelvalg	41	15	11	9	6
Dosering					
2a – for høy dose	60	29	8	17	6
2b – for lav dose	15	5	3	5	2
2c – ikke optimalt doseringstidspunkt	11	4	1	4	2
2d – ikke optimal formulering	8	3	2	2	1
Bivirkning					
3 – bivirkning	8	2	0	6	0
Interaksjon					
4 – interaksjon	20	8	6	3	3
Avvikende legemiddelbruk					
5a – Legemidler som administreres av helsepersonell	4	1	1	2	0
5b – Legemidler som administreres av pasient	1	0	1	0	0
Annet					
6a – Behov for monitorering av effekt og toksisitet	24	13	4	0	7
6b – Mangelfull føring/uklar dokumentasjon	35	21	3	3	8
6c – Annet som ikke passer inn under andre kategorier.	4	2	1	1	0

4.1 Erfaringer

Det var kun farmasøyten som benyttet klassifiseringsverktøyet og klassifiserte LRP i etterkant av legemiddelgjennomgangen. Dette ble ikke gjort i fellesskap under legemiddelgjennomgangene. For å dra en optimal nytte av klassifiseringsverktøyet burde det vært gjort klassifiseringer av alle LRP i det tverrfaglige teamet. For pasientene er det viktigst å få avdekket evt LRP, ikke akkurat hvordan det klassifiseres. Det kan se ut til å bli for mye jobb i en praktisk hverdag å benytte klassifiseringssystemet, i alle fall når ikke farmasøyt som kan systemet er involvert. Klassifiseringssystemet er nyttig å støtte seg på for å huske hva som skal vurderes, det ble derfor laget et nytt dokumentasjonsskjema der klassifiseringsverktøyet er inkludert som kan benyttes som hjelpemiddel under legemiddelgjennomgangen. Skjemaet kan også brukes uten nødvendigvis å sette en kode på funnene. (vedlegg 6, side 9)

Legemiddelgjennomgangene er utført i tilknytning til ordinær legevisitt. Alle avdelinger har legevisitt på ulike dager, krever fleksibilitet fra farmasøyten til å stille opp på ulike ukedager avhengig av hvor gjennomgangen skal gjennomføres. Det har vært noen utfordringer i forhold til å få til legemiddelgjennomganger på de oppsatte dagene i forhold til å ha pasientmateriale klart og at alle involverte parter skulle være tilgjengelig. Det at det kun har vært utvalgte sykepleiere i avdelingene som har deltatt i prosjektet har også vært en utfordring. For å kunne stette det i drift må alle sykepleiere og leger som går visitt kunne gjennomføre legemiddelgjennomganger og alt personale i avdelingen bør kunne bidra til kartleggingen som skal foregå i forkant.

Deltagerne i prosjektgruppen er alle enig i at legemiddelgjennomgang som metode er et nyttig verktøy. De opplever at legemiddelgjennomgangene lettest avdekker behov for dosejusteringer og seponering av medikamenter, men at behov for økt medisinering ikke så lett avdekkes. De ansatte, både leger og sykepleier sier det er svært nyttig å ha farmasøyt med ved legemiddelgjennomgangene. De opplever at en legemiddelgjennomgang med mindre kartlegging og uten farmasøyt til stede gir en dårligere kvalitet på legemiddelgjennomgangen.

En av sykehjemslegene sier:

”Det er en høy terskel for å seponere en medisin som en annen lege har forordnet. Legemiddelgjennomganger i et tverrfaglig team er derfor veldig nyttig.”

Hos noen pasienter kan manglende samtykkekompetanse være en utfordring for å kunne gjennomføre en grundig kartlegging før en legemiddelgjennomgang.

Hos kortidspasientene er det ekstra utfordrende å gjennomføre legemiddelgjennomganger fordi de som oftest får vedtak om et opphold på 14 dager. Kartleggingen må derfor starte

med det samme pasienten kommer til avdelingen. Skjemaet som vi har utarbeidet viser hvilke kartlegginger som skal gjøres. I tillegg kan vedtaket fra tjenesteenheten i noen tilfeller også påvirke hvilke kartlegginger som bør gjennomføres. Kartleggingen i forkant av en legemiddelgjennomgang hos disse pasientene kan i noen tilfeller bli noe mangelfulle på grunn av den korte tiden som er til rådighet. Det er da viktig at videre kartlegging blir en del av oppfølingsplanen til pasienten, og at dette formidles videre til pasientens fastlege og i en sluttrapport.

Sykehusapoteket Gjøvik hadde begrenset erfaring med å jobbe systematisk med legemiddelgjennomganger på denne måten i forkant av prosjektet, men ettersom sykehusapoteket i prosjektperioden har hatt en farmasøyt under spesialisering i klinisk farmasi har erfaringer derfra bidratt til nyttige innspill og erfaringer underveis. Farmasøytens bidrag oppfattes som nyttig for øvrig personale i teamet og innspillene farmasøyten har kommet med har ført til mange endringer i pasientenes legemiddelbehandling. Det var også flere tilfeller der det virket det som legen var fornøyd med det som var gjort av endringer, men farmasøyten hadde ytterligere innspill som ble også ble tatt til følge.

En viktig forutsetning for prosjektet var at tiltak skal kunne videreføres i daglig drift ved hjelp av eksisterende personellressurser. Gjennomføring av tiltak har i løpet av prosjektet bli tilpasset eksiterende møteplasser i sykehjemsavdelingen som sykepleiermøter, previsitter, legevisitter, tverrfaglige møter og faste samarbeidsmøter med pasienter og pårørende. Dette er av stor betydning for å realiseres tiltak som en permanent arbeidsform.

4.2 Pasienthistorier fra avdelingene

Karl Johan 85 år, kortidspasient

”Ved legemiddelgjennomgang for Karl Johan finner man en rekke feil. Han er satt på Metoprolol depottablett av sin fastlege som har sendt forordning elektronisk til hjemmesykepleien. De har så lagt forordningen inn på Gerica medisinliste som Metoprolol tablett. Man antar at pasienten har fått rett medisin til tross for feil i listen siden legen har sendt resepter til apotek.

Den neste feilen som blir oppdaget under legemiddelgjennomgangen er at mottagende pleier ikke har sjekket Gerica medisinliste opp mot legemiddelliste i epikrise fra

utskrivende lege på sykehus. Denne legen har skrevet at pasienten skal ha Metoprolol depottablett, men i Gerica står det uendret, dvs det står Metoprolol tablett.
Siste feil i en rekke av feil er at sykepleier som har gjort i stand dosett har lagt i rett legemiddel, altså depottablett, selv om medisinlisten tilsier vanlig tablett.
Det er uvisst om disse feilene hadde blitt oppdaget uten denne legemiddelgjennomgangen."

Gudrun 89 år, langtidspasient
Pasienten har utviklet alvorlig grad av Alzheimer sykdom. Står på Ebixa 20mgx1. Det forsøkes seponering for å se om pasientens adferd endres og om hun har behov for legemiddelet. Gjennom observasjoner gjort i tiden etter seponering, ser man markante endringer i pasientens adferd. Det planlegges legemiddelgjennomgang med tilhørende kartlegging og et av resultatene blir at pasienten igjen settes på Ebixa. Det trappes så opp til maks dose 20 mgx1. dette bidrar til at pasienten får en bedre hverdag.

Mathilde 87 år, langtidspasient

"Mathilde" 87 år kom til avdelingen vår for to år siden. Hun har hatt et hjerneslag, hadde schizofreni, depressiv lidelse, artrose, reumatoid artritt,diabetes 2, kreft i underlivet, grå stær. Hun var helt pleietrengende, forvirret og inkontinent. Hun satt i rullestol, spiste dårlig, ville ikke ta tabletter, sa hun var "dø" og ikke ville leve lenger.
Etter legemiddelgjennomgang ble pasienten satt på Albyl-E 75mgx1, Remeron 30 mg vesp, Zoloft 100mgx1,Sobril 5 mgx2, Zopiclone 5 mg vesp, Paracet 1gx3, Afipran 10mgx2. Pasienten ble klarere mentalt, hun begynte å spise regelmessig. Hun ble kjent med en medpasient og ble god venninne med henne. Miljøtiltak ble iverksatt, hun låner avis og har klokke, kalender og kan realitetsorientere seg, kan delta i samtaler med pasienter og pleiere. Hun trives, er trygg, har medbestemmelsesrett, ser på tv etter eget ønske, har fått mobiltelefon så hun kan ringe venner og familie. Hun liker å være i "sansehagen". Hun blir respektert av personalet.
I dag er pasienten "klar", hun stortrives i avdelimgen og sier hver dag at hun har det så godt, at pleierne er snille og at hun aldr vil flytte herfra!

5.0 Økonomi

Gjøvik kommune ved Haugtun Utviklingssenter i Oppland mottok i 2010 kr. 350 000,- til gjennomføring av ”KAMFER – Prosjektet" - Tverrfaglig legemiddelgjennomgang for eldre pasienter i sykehjem. Midlene ble søkt fra Helsedirektoratets utlysning ”Riktigere legemiddelbruk, tilskuddsmidler for å sikre at eldre pasienter får riktig legemiddelbehandling” (Statsbudsjettet kap. 751, post 21). Prosjektet ble knyttet opp til punkt B i utlysningen: ”Etablere ordninger med tverrfaglig legemiddelgjennomganger i kommunen for eldre”:

I forbindelse med Utviklingssentrenes deltagelse i læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk” i regi av Pasientsikkerhetskampanjen mottok vi kr. 8000.- til dekning av reiseutgifter for deltagende team.

Gjøvik kommunes egenandel i prosjektet har vært lønn til prosjektleder ca kr 260 000,-. I tilegg til dette har gjennomføring av tiltak i løpet av prosjektet blitt tilpasset eksiterende møteplasser i avdelingen. Dette er også å anse som en egenfinansiering.

Regnskap for prosjektet:	**2010**	**2011**	**2012**
Inntekter:			
Tilskudd fra Helsedirektoratet	350 000		
Midler fra Pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender”		8000	
Sum inntekter:	**350 000**	**8000**	
Utgifter:			
Aviser/tidsskrifter/faglitteratur		100	
Bevertning kurs/møter		3 107	305
Refusjon av lønnsmidler til deltagere i prosjektgruppen		78 000	64 000
Reiseutgifter/kursutgifter		511	7 926
Konsulenttjenester		140 731	69401
Poster			3 085
Sum utgifter		**222 449**	**144 717**
Lønn prosjektleder (egenfinansiering)		≈ 130 000	≈130 000
Totale utgifter		**352 449**	**274 717**

6.0 Spredning

Gjøvik kommune har en avtale med Sykehusapotekene HF ved Sykehusapoteket Gjøvik om farmasifaglig rådgivning, undervisning og kvalitetskontroll. I forbindelse med utarbeidelse av handlingsplan for farmasifaglige tjenester for Gjøvik kommune 2012 ble det avsatt ressurser i form av farmasøyttjenester til å gjennomføre legemiddelgjennomganger i alle sykehjemmene i Gjøvik kommune. Bakgrunn for dette var den økte fokusen på kvalitetssikring av den enkelte pasients legemiddelbehandling og legemiddelgjennomganger i sykehjem, varslet veileder for legemiddelgjennomgang fra Helsedirektoratet, Pasientsikkerhetskampanjens innsatsområder innenfor legemiddelbehandling, samt de erfaringer som var gjort i KAMFER-prosjektet.

Legemiddelgjennomganger i sykehjemmene i Gjøvik:

Sted	Dato	Oppgave
Snertingdal sykehjem	15/11	Legemiddelgjennomgang 4 pasienter
Biri	6/11	Legemiddelgjennomgang 4 pasienter
Nordbyen	22/11	Legemiddelgjennomgang 4 pasienter
Sørbyen	28/11	Legemiddelgjennomgang 4 pasienter

Sykepleierne ved de andre sykehjemmene i Gjøvik fikk tilbud om å delta på kursdagene som ble satt opp på Haugtun i forbindelse med vår deltagelse i pasientsikkerhetskampanjen.(se punkt 6.1) Gjøvik kommune har et internt kursprogram hvor ”Legemiddelgjennomgang til eldre pasienter” også var et av temaene som ble satt opp på vårprogrammet i 2012. I tillegg til dette fikk de 4 sykehjemmene tilbud om å kontakte deltagerne i prosjektet ved Haugtun for råd og veiledning underveis.

6.1 Haugtun Utviklingssenters deltagelse i Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender»

Våren 2012 fikk Utviklingssentrene for sykehjem invitasjon til å delta i et læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem” i regi av den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen. I løpet av denne perioden ble det gjennomført ytterligere 17 dokumenterte legemiddelgjennomganger og et ukjent antall udokumenterte legemiddelgjennomganger. Av disse ble 4 legemiddelgjennomganger gjennomført hos kortidspasienter i et tverrfaglig team med sykepleier, lege og farmasøyt og 13 legemiddelgjennomganger gjennomført hos langtidspasienter i et team bestående av lege

og sykepleier ved sykehjemmet. De udokumenterte legemiddelgjennomgangene skyldes at personalet ikke så på som en legemiddelgjennomgang uten farmasøyt til stede som en ”fullverdig legemiddelgjennomgang”.
Lindrende enhet ble i denne perioden også inkludert i prosjektet. Vi opplevde at legemiddelgjennomganger hos denne pasientgruppen må ha et litt annet fokus enn hos andre pasientgrupper.

6.2 Læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem” for kommuner i Oppland

6.2.1 Gjennomføring:

Våren 2012 sendte Utviklingssenteret ut informasjon om pasientsikkerhetskampanjen og mulig oppstart av læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk” i Oppland. Informasjonen ble sendt til kontaktpersoner for regionene i Oppland som samarbeider i forbindelse med Samhandlingsreformen**.** Vi så for oss å gjennomføre et læringsnettverk i hver region. Det var svært liten respons på denne henvendelsen.
Den samme informasjonen ble seinere sendt ut til via postmottak til alle kommuner i Oppland, samt via Utviklingssenterets eget kontaktnettverk.
29. og 30.januar 2013 gjennomførte vi første samling i læringsnettverket for Oppland for ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem”. 12 kommuner deltar i læringsnettverket.
Læringsnetteverket avsluttes i september 2013

Deltagende kommuner fra regionene i Oppland				
Nord Gudbrandsdal	**Gjøvik**	**Valdres**	**Hadeland**	**Lillehammer**
Dovre kommune	Østre Toten kommune	Øystre Slidre kommune	Gran kommune	Lillehammer kommune
Lom kommune	Vestre Toten kommune	Vestre Slidre kommune	Jevnaker kommune	
	Søndre Land kommune			
	Nordre Land kommune			
	Gjøvik kommune			

6.2.2 Økonomi

Haugtun Utviklingssenter sendte i forbindelse med utlysning av midler til Kompetanseløftet 2015 søknad om midler til å sette i gang læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk” i Oppland fylke. Vi sendte også en generell søknad om midler til Fylkesmannen i Oppland. Utviklingssenteret fikk avslag på begge disse søknadene.
Helse- og omsorgsdepartementet gav i sommer Helsedirektoratet føringer om at alle de 40 Utviklingssentrene i landet skulle motta et engangstilskudd på kr 175 150,- i 2012. Formålet med midlene var å styrke aktivitetene i sentrene med særlig fokus på kunnskapsformidling, implementering av ny kunnskap og etablering av læringsnettverk. Det ble besluttet at disse midlene skulle benyttes til å sette i gang læringsnettverk i Oppland

6.3 Nasjonalt læringsnettverk for ”Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten”

Utviklingssenteret mottok også invitasjon til å delta i det nasjonale læringsnettverket for ”Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten” i regi av pasientsikkerhetskampanjen. Et team fra et bokollektiv for personer med demens i Gjøvik kommune deltar i dette læringsnettverket. Utviklingssenteret deltar med råd og veiledning underveis for dette teamet. Det planlegges også en videreføring av dette prosjektet til andre hjemmetjenesteavdelinger i Gjøvik kommune.

6.4 Publisering

Pasientsikkerhetskampanjen sendte ut en felles presseomtale til aktuelle aviser om kampanjen og innsatsområdet ”Riktig legemiddelbruk til eldre”. Oppland arbeiderblad skrev 6.august 2012 en artikkel om prosjektet. (Vedlegg 9)
I forbindelse med utviklingssenterets deltagelse i det nasjonale læringsnettverket laget vi en poster. Denne har vært presentert ved flere anledninger, deriblant på Demenskonferansen Innlandet 2013 hvor vi mottok fagjuryens posterpris. (Vedlegg 8)

7.0 Konklusjon og veien videre

Vi mener at vi har nådd de mål vi satte oss i prosjektet(-ene).
Det krever imidlertid fortsatt systematisk jobbing for å implementere legemiddelgjennomganger som en fast rutine for både langtidspasienter og kortidspasienter i alle sykehjemsavdelinger i Gjøvik kommune. Vi vil framover ha lite farmasøytressurser tilgjengelig. Det blir derfor ekstra viktig å jobbe målrettet for å gjennomføre og dokumentere legemiddelgjennomganger også uten farmasøyt til stede.
Vi har ikke et godt system for brukermedvirkning når det gjelder gjennomføring av legemiddelgjennomganger. Dette ønsker vi også å jobbe videre med.
Utviklingssenteret er godt i gang med gjennomføring av vårt første læringsnettverk hvor 12 av 26 kommuner i Oppland deltar. Hvorvidt vi skal gjennomføre flere læringsnettverk innenfor dette området er avhengig av tilgjengelige ressurser i form av personell og økonomiske midler ved Utviklingssenteret.

8.0 Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet: Stortingsmelding nummer 18(2004-2005) ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk”
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?id=406517

Helse- og omsorgsdepartementet: Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted til rett tid”
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201

Helsetilsynet (2009)
http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Oppland/2009/Gjovik-kommune-Haugtun-omsorgssenter-Legemiddelbehandling-sykehjem-2009/

Kunnskapssenteret (2011):Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring – en oppsummering av forskning og erfaring
http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/L%C3%A6ringsnettverk+som+verkt%C3%B8y+i+kvalitetsforbedring+-+en+oppsummering+av+forskning+og+erfaring.14252.cms

Lovdata: Helsepersonelloven (2012)
http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html#39

Lovdata: Legemiddelloven (2011)
http://www.lovdata.no/all/tl-19921204-132-001.html

Lovdata: Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2010)
http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20080403-0320.html&emne=forskrift*%20om*%20legemiddelhåndtering*&

Lovdata: Lov om pasient- og brukerrettigheter (2012)
http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1

Nordtvedt Monica, Jamtvedt Gro, Graverholt Birgitte, Nordheim Lena Victoria, Reinar Liv Merete (2012) Jobb kunnskapsbasert, Cappelen Damm AS

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: ....og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse (2008)
http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Brukermedvirkning_mindre_fil.pdf

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010)
http://www.helsebiblioteket.no/oppsummert-forskning/eldre?theme=28144

NOKLUS*: Laboratoriet I, kap 2, Prøvetaking*
www.noklus.no

Ruths S, Viktil K K, Blix H S (2007) Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer
http://tidsskriftet.no/article/1619689

Senge, Peter (2006) The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. London : Random House Business. Rev. and updated ed. XVI

Sogdalen, Kjersti (2010) Legemiddelgjennomganger på sykehjem
http://munin.uit.no/handle/10037/2744

Tverborgvik Eli, Aasen Harald, Krüger Kjell, Irgens Mette Maja Bredal (2012) legemiddelgjennomganger på sykehjem i Bergen kommune
http://www.farmatid.no/asset/3385/1/3385_1.pdf

Urdal Petter , Brun Atle , Åsberg Arne , Stakkestad Jacob A. (2009) Brukerhåndbok i medisinsk biokjemi
www.prosedyrer.no

Informasjon til pasienter og pårørende om "Riktig legemiddelbruk i sykehjem"

Utviklingssenter for sykehjem Oppland

Våren 2010 lyste helsedirektoratet ut tilskuddsmidler til kommunene.
Formålet med tilskuddet var å stimulere til riktig legemiddelbruk for eldre pasienter som skal følges opp i primærhelsetjenesten.
Haugtun Utviklingssenter for sykehjem i Oppland mottok prosjektmidler til et tverrfaglig legemiddelprosjekt som ble gjennomført i avdelingene på Haugtun.

Prosjektet ble kalt
KAMFER-prosjektet – Tverrfaglig legemiddelgjennomgang for eldre pasienter i sykehjem.
Ordet KAMFER ble valgt fordi hver enkelt bokstav definerer et område som det ble jobbet med i prosjektet.

Kvalitet
Arbeidslag
Medikamenthåndtering
Forbedring
Eldre
Rutiner

Hensikt og mål for prosjektet ved Haugtun:
Bedre den eldre pasients legemiddelbruk gjennom tverrfaglig legemiddelgjennomgang, kvalitetsarbeid og kompetansehevende tiltak.

I TRYGGE HENDER 24 7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

Den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen " I trygge hender" gjennomføres i helsetjenesten i perioden 2011 – 2013. Et av innsatsområdene i denne kampanjen er "Riktig legemiddelbruk i sykehjem"
I perioden mars 2011- september 2012 er det i sykehjemsavdelingene på Haugtun gjennomført over 85 legemiddelgjennomganger.
Erfaringene fra KAMFER-prosjektet og erfaringene fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen viser at tiltakene bidrar til å øke pasientsikkerheten.

Gjøvik kommune ønsker derfor å innføre legemiddelgjennomgang som en metode for alle pasienter i sykehjemmene. Legemiddelgjennomgangene blir utført ved at det tas blodprøver av pasientene og ved at det utføres kliniske observasjoner av pasientene i avdelingen. Sammen vil så tilsynslege, sykepleier og eventuelt farmasøyt gjøre en helhetsvurdering av pasientenes legemidler for å se om pasienten har legemiddelrelaterte problemer, og vurdere om det er behov for at pasientens legemidler endres.
Etter en legemiddelgjennomgang får mange pasienter endret legemiddelbruken, ved at det tas bort en medisin, settes på en ny medisin eller får en endret dosering.
Det vil alltid være tilsynslege som til slutt tar den endelige beslutning om endringer i pasientenes legemidler.
Det er viktig at du som pasient og/eller pårørende gir personalet opplysninger om din legemiddelbruk. Hvis du/dere ønsker er det også mulig å delta på legemiddelgjennomgangen.

”KAMFER- PROSJEKTET”

”KAMFER-prosjektet” –

Tverrfaglig legemiddelgjennomgang for eldre pasienter i sykehjem.

Kvalitet
Arbeidslag
Medikamenthåndtering
Forbedring
Eldre
Rutiner

Prosjektets mål er å bedre den eldre pasients legemiddelbruk gjennom tverrfaglig legemiddelgjennomgang, kvalitetsarbeid og kompetansehevende tiltak

Hva er en tverrfaglig legemiddelgjennomgang?

- En systematisk og planlagt metode der pasientens legemidler gjennomgås i tverrfaglige team bestående av lege, sykepleier, farmasøyt.

Hva er målet med en legemiddelgjennomgang?

- Avdekke legemiddelrelaterte plager som kan oppstå på grunn av
  - For mange eller for få legemidler
  - Feil legemidler/uhensiktsmessige legemidler
  - Legemidler gitt på feil indikasjon
  - Legemiddel gitt uten evaluering av effekt
  - Legemiddel i feil dose/styrke
  - Legemidler eller andre preparater som gir interaksjoner
  - Praktisk feilbruk av legemidler

Status i prosjektet:

- 45 tverrfaglige gjennomganger er gjennomført så langt
- Både pasienter på kortids- og langtidsopphold er inkludert
- Legemiddelgjennomgang oppleves som veldig nyttig av alle parter
- Det er avdekket 315 mulige legemiddelrelaterte problemer
- Prosedyre for legemiddelgjennomgang og diverse sjekklister er utarbeidet

Prosjektet planlegges videreført ved å gjennomføre læringsnettverk for ansatte i sykehjem i Oppland

KONTAKTINFORMASJON
Haugtun , Utviklingssenter for sykehjem i Oppland
Storgata 33, 2821 Gjøvik, Sentralbord: 61 14 69 00
haugtun.ush@gjovik.kommune.no
www.gjovik.kommune.no/ush

KAMFER-prosjektet

KAMFER-PROSJEKTET
UNDERVISNING FOR SYKEPLEIERE

Det blir to like kursdager
Onsdag 09.02. kl 08.00 – 15.00
og
Fredag 11.02. kl 08.00-15.00
Sted: Fagenheten Haugtun

Program for dagen

08.00 – 08.30: Gjennomgang av
KAMFER-prosjektet v/Målfrid Schiager

08.30-11.00: Kunnskapsbasert praksis –
Hvordan benytte det i prosjektarbeid?
v/Målfrid Schiager

11.00 – 12.00: Servering av lunsj

12.00 – 15.00: Interaksjoner og
legemiddelgjennomganger v/Trine Fevik

<u>Deltagelse avklares med nærmeste leder</u>

VELKOMMEN

KAMFER-prosjektet

KAMFER-PROSJEKTET UNDERVISNING

Det blir to like kursdager
Onsdag 06.04. kl 08.00 – 15.00
og
Fredag 08.04. kl 08.00-15.00
Sted: Fagenheten Haugtun
Program for dagen:

08.00 – 10.00: Eldre og legemidler
- Gjennomgang av STOPP og START

10.15-12.15: Klinisk demensutredning (KDV) v/Ellen Hervold, SI Sanderud

12.15 – 13.00: Servering av lunsj

13.00 – 15.00: Hva kan blodprøvene fortelle oss?
v/ Kari van den Berg og Lise Walberg fra NOKLUS

<u>Deltagelse avklares med nærmeste leder</u>

VELKOMMEN

Kvalitet
Arbeidslag
Medikamenthåndtering
Forbedring
Eldre
Rutiner

Sjekkliste/skjema for legemiddelgjennomgang

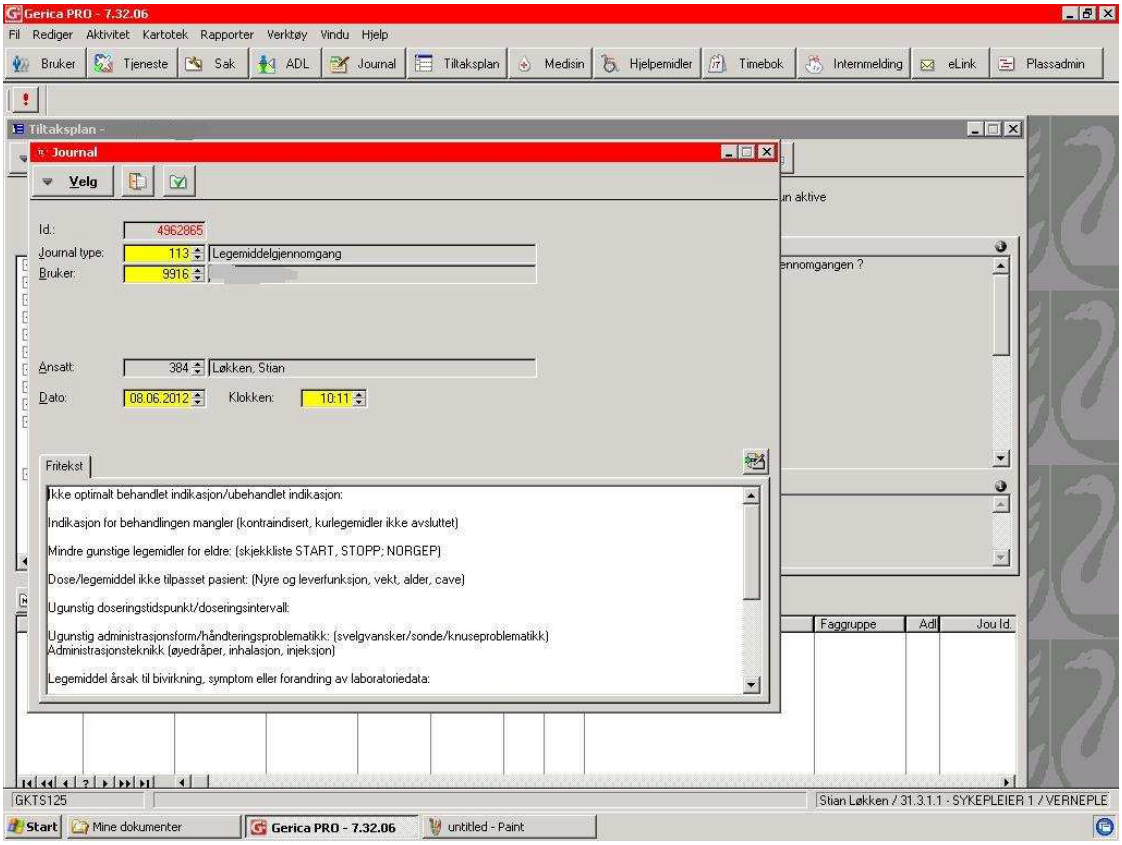
KAMFER-prosjektet LEGEMIDDELGJENNOMGANGER OPPSTART					
Gerica ID:	Dato:	Kjønn:	Alder:	HLR minus (Ja/Nei):	
Blodtrykk (stående):		Medisiner tas hele / knuses:		Puls:	
Blodtrykk (liggende):		Matlyst/Apetitt (God / Nedsatt):		Vekt:	
Urinstix / Urin-dyrkning:	Ja/Nei:	Merknad:			

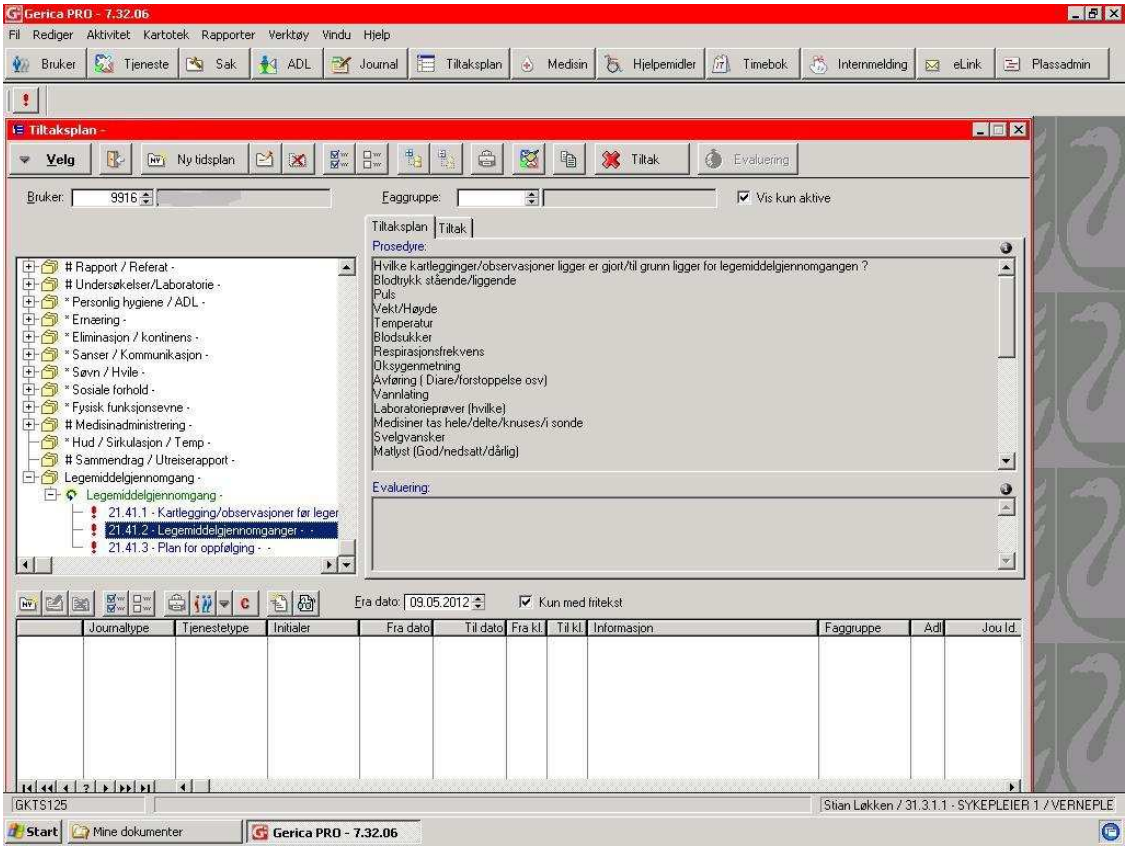
	Ja/Nei:	Beskriv:
Falltendens siste 3 uker: (svimmelhet, besvimelsestendens, fall)		
Smerter:		
Avføring: (diare, forstoppelse osv)	Beskriv:	

Psykiske symptomer siste 3 uker:					
	Ja/Nei:	Beskriv:		Ja/Nei:	Beskriv:
Engstelse:			Vrangforestillinger:		
Nedstemt:			Hallusinasjoner:		

Vedlegg (Utskrifter fra Gerica):	Ja/Nei:	Beskriv:
Diagnoser:		
Medisinliste:		
Eventuelt medisin, brukt siste måned:		
Avviksjournal siste måned:		
Ernæringsscore:		
ADL-registrering:		
Tvangsvedtak:		
Laboratorieprøver (Utskrift fra lab.på sykehuset):		
Vedlegg (egne vedlegg / vurderes i hvert tilfelle):		
RA-skjema:		
MMSE:		
KDV:		
ESAS:		
Annet:		

Dokumentasjon i Gerica





Prosedyre for legemiddelgjennomgang i sykehjem

NAVN: søkeord + beskrivelse	Legemiddelgjennomgang i sykehjem
FORFATTER: person(er)	Sykepleier 1, Haugtun
MÅLGRUPPE:	Ansatte TOHO
SØKBAR FOR ANDRE:	Ja
REVISJONSDATO:	September 2014
SYNLIG ETTER REVISJONSDATO:	Ja
KAN SKRIVES UT:	Ja
HØRINGSGRUPPE:	

Linker og vedlegg:
http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/

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

Vedlegg: Forskrift om legemiddelhåndtering
http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20080403-0320.html

Vedlegg: Skjema for legemiddelgjennomgang Haugtun

KVALITETSMÅL/ HENSIKT

- Avdekke eventuelle legemiddelrelaterte problem
- Optimalisere den enkelte pasients legemiddelbehandling, med minst mulig uønskede interaksjoner og bivirkninger
- Sikre en faglig forsvarlig legemiddelgjennomgang for sykehjemspasienter i tverrfaglig team, bestående av sykepleier og lege, eventuelt farmasøyt.
- Bidra til at nødvendige opplysninger innhentes og er tilgjengelig for alle involverte parter. Opplysningene skal være av et omfang som er tilstrekkelig for å kunne avdekke eventuelle legemiddelrelaterte problemer og foreslå mulige løsninger.

GENERELT

Legemiddelgjennomgang i sykehjem

- En legemiddelgjennomgang er en regelmessig, systematisk og planlagt gjennomgang av pasients totale legemiddelbehandling i et tverrfaglig team bestående av minimum lege og sykepleier. Det er ønskelig at farmasøyt deltar hvis mulig. Det er viktig at relevante opplysninger også innhentes fra andre faggrupper, f.eks hjelpepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

  Legemiddelgjennomgang er en total klinisk vurdering av pasientens legemiddelbehandling på bakgrunn av journalopplysninger inkludert medisinliste og laboratorieverdier. Gjennomgangen innebærer en vurdering av indikasjon og

nytte/effekt, samt eventuelle bivirkninger og interaksjonsproblematikk, for alle legemidlene pasienten bruker.

- Legemiddelgjennomganger er en effektiv metode for å identifisere legemiddelrelaterte problemer (LRP) og iverksette tiltak. Et tverrfaglig fokus bidrar til at ulike problemstillinger avdekkes.
  Legemiddelrelatert problem (LRP)
  En hendelse eller et forhold i forbindelse med legemiddelbehandlingen som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt.
  Potensiell LRP kan forårsake legemiddelrelatert sykelighet eller død dersom man unnlater å følge dem opp
  Reell LRP allerede manifestert seg klinisk

ANSVAR

Lege
Behandlingsansvar for pasientene. Tar endelig avgjørelse i forhold til pasientens legemiddelbehandling. Avgjør hvilke tiltak som skal iverksettes eller ikke skal iverksettes, basert på avdekkede LRP og problemstillinger som blir diskutert i tverrfaglig møte. Dokumenterer utfall av legemiddelgjennomgangen.

Sykepleier
Innhente opplysninger og koordinere legemiddelgjennomgangene. Foreslå utbedringer basert på observasjoner av pasient og praktiske utfordringer i avdelingen. Iverksette og dokumentere tiltak avklart i tverrfaglig møte. Følge opp de endringer som blir foretatt og melde tilbake hvordan endringene fungerer for pasienten.

Farmasøyt
Rådgivende rolle i forhold til legemiddelbehandlingen. Farmasøyten gjennomgår legemiddelbehandlingen og avdekker eventuelle LRP på bakgrunn av tilgjengelige opplysninger. Avdekkede LRP presenteres og diskuteres i tverrfaglige møter. Farmasøyten bidrar til å diskutere og kommer med forslag til utbedringer.

Helsefagarbeider og andre ansatte i avdelingen
Bidra til å innhente opplysninger før legemiddelgjennomgangene. Bidra med observasjoner av pasient. Bidra til å iverksette og dokumentere ikke medikamentelle tiltak . Bidra til å følge opp de endringer som blir foretatt og dokumentere hvordan endringene fungerer for pasienten.

UTFØRELSE

For disse pasientene skal det utføres legemiddelgjennomganger:

- Ny pasient på avdelingen, også kortidspasienter
- For langtidspasienter i sykehjem skal legemiddelgjennomgang gjennomføres hvert halvår
- Ved bytte mellom omsorgsnivå
- Ved betydelige forandringer i pasientens helsetilstand

- Når det legges til ny diagnose/flere legemidler til pasienter som allerede har flere legemidler

Forarbeid

Brukermedvirkning
Pasient og eventuelt pårørende (se vedlegg) skal informeres om legemiddelgjennomgangen. Relevante opplysninger fra pasienten selv og/eller eventuelt pårørende innhentes og dokumenteres. Pasient og eventuelt pårørende skal også gis mulighet for å delta på legemiddelgjennomgangen hvis pasienten ønsker det.

For pasienter på langtidsopphold:
Sykepleier og tilsynslege velger ut pasienter som er aktuelle for legemiddelgjennomgang på previsitten.

For pasienter på korttidsopphold:
Sykepleier starter forarbeidet med innhenting av data før første legevisitt. Dette for å sikre at legemiddelgjennomgangen blir utført før pasienten forlater avdelingen.

Innsamling av data:
Legen bestemmer hvilke data som skal hentes inn til legemiddelgjennomgangen og sykepleier har ansvar for at dette blir gjort. Aktuelle data velges ut fra et forhåndsdefinert skjema for legemiddelgjennomgang
(se vedlegg ”Skjema for legemiddelgjennomgang”)

Bakgrunnsinformasjon som bør være tilgjengelig i forkant av en legemiddelgjennomgang:

- En fullstendig oppdatert oversikt over hvilke medisiner pasienten bruker, både faste medisner og behovsmedisiner
- Oversikt over naturlegemidler, vitaminer, naturlegemidler/plantabaserte legemdler, kosttilskudd og reseptfrie legemidler som pasienten benytter der dette er aktuelt
- Oversikt over brukte behovsmedisiner siste mnd
- Endringer i legemiddelbehandlingen foretatt siste måned
- Cave
- Laboratoriedata relevant for legemiddelbehandlingen
- Pasientens diagnoser
- Andre indikasjoner som er relevante, og som det ikke er aktuelt å legge inn som diagnoser i diagnoselister
- Et kort sammendrag om pasientens helsetilstand
- Andre aktuelle opplysninger:
    - alder, kjønn, vekt
    - puls, blodtrykk stående og liggende ved ortostatismeprolematikk (øvrige tilstrekkelig med stående blodtrykk).
    - ernæringsstatus (god, dårlig).
    - avføringsstatus (diare, forstoppelse).
    - søvnmønster (tretthet på dagtid, søvnproblemer)
    - fallrisiko/svimmelhet.

- ødem/dyspne.
- svelgproblematikk, munntørrhet, lm i sonde.
- MMS/KDV ved demens.

Fagpersonalet på avdelingen har et samlet ansvar for innhenting av pasient data ut fra eget kompetanseområde
Opplysningene innhentes før neste legevisitt

Klinisk undersøkelse:
Det er en forutsetning at legen har fortatt en klinisk undersøkelse av pasienten, senest 1 uke før legemiddelgjennomgangen, for at vurderingen av pasienten ikke skjer kun på grunnlag av journalført informasjon.

Bruk av farmasøyt i legemiddelgjennomganger:
Hvis pasienten har et komplisert legemiddelbilde med mange legemidler og diagnoser, bør en farmasøyt delta i legemiddelgjennomgangen..
Farmasøyten bearbeider disse opplysningene og kommer med tilbakemelding enten via deltagelse på legevisitt eller telefonisk kontakt med tilsynslegen.
Tilsynslegen har ansvar for at disse opplysningene tas med i legemiddelgjennomgangen.

Legemiddelgjennomgang:

- Til legemiddelgjennomgangen benyttes relevant verktøy, blant annet START og STOPP, evt NORGEP og DRUID (Se vedlegg) Tilsynslege og sykepleier på avdelingen går systematisk gjennom opplysningene.

- Til legemiddelgjennomgangen vurderes også sykdomsbilde, indikasjon, dosering, forsiktigshensyn, kontraindikasjoner, interaksjoner, polyfarmasi, bivirkning, pasientens ønsker.

- Legen bestemmer hvilke legemiddelendringer og evalueringer som skal gjøres i den forbindelse.

- Sykepleier er ansvarlig for at nødvendige tiltak blir satt i verk og fulgt opp i avdelingen.

- Ved deltagelse av ekstern farmasøyt gjøres det avtale om overlevering av opplysninger i forkant av legemiddelgjennomgangen. Farmasøyten presenterer ”sine funn” i det tverrfaglige teamet.

- Den tverrfaglige diskusjonen danner grunnlaget for eventuelle tiltak. Det er viktig at legemiddelgjennomgangen også har fokus på ikke medikamentelle tiltak.

- Hvis det er uenighet i det tverrfaglige teamet er det legen som tar den endelige avgjørelsen på om disse tiltakene skal iverksettes eller ikke, ut ifra en helhetlig vurdering av pasienten.

- Til slutt settes en dato for revurdering av pasientens legemidler og de endringer som er gjort. Informasjon om tiltak og revurdering av tiltak må formidles videre via elink for pasienter som skifter omsorgsnivå.

- For langtidspasienter settes det opp dato for ny legemiddelgjennomgang innen et halv år hvis det ikke er behov for legemiddelgjennomgang tidligere.

Etterarbeid:

Legen har ansvar for :

- å dokumentere utført legemiddelgjennomgang i journal 105 legejournalen i Gerica, samt oppdatere pasientens medisinliste.

- å sette opp plan for oppfølging av eventuelle endringer på medisinlisten.

- å gi informasjon videre til eventuelt neste omsorgsnivå

Sykepleier har ansvar for:

- å dokumentere at det er gjennomført legemiddelgjennomgang i journal 113 legemiddelgjennomgang i Gerica. Det henvises til legejournal og eventuelt iverksetting av tiltak i forbindelse med legemiddelgjennomgangen.

- Oppfølging, evaluering og dokumentasjon av eventuelle tiltak som legen bestemmer.

- at pasientens dosett og legemidler utenom dosett blir oppdatert i følge det nye medisinarket.

- å videreformidle opplysninger ut til øvrige ansatte på avdelingen og sørge for at nye tiltak dokumenteres på pasientens tiltaksplan.

- Å informere videre til eventuelt neste omsorgsnivå

Sykepleier eller lege har etter avtale ansvar for informasjon om legemiddelgjennomgangen til pasient og eventuelt pårørende.

Øvrige ansatte i avdelingen:

- Oppfølging, evaluering og dokumentasjon av eventuelle tiltak som legen bestemmer.

Legemiddelgjennomgang i sykehjem, ekstra vedlegg til prosedyre

Sjekk at alle nødvendige opplysninger foreligger:

- Medisinliste med tilhørende opplysninger (gitte behovsmedisiner og cave)
- Diagnoseliste
- Pasientskjema med nødvendige opplysninger
- Labark (nyeste opplysninger, men også tidligere verdier på tilsvarende prøver hvis tilgjengelig for å kunne se en utvikling)

Dersom vesentlige opplysninger mangler må disse innhentes.

For hvert punkt nedenfor vurderes om det foreligger eventuelle legemiddelrelaterte problemer (LRP)(Norsk konsensus for klassifisering av LRP benyttes):

1. Legemiddelvalg/Indikasjon

Gå gjennom tilgjengelig pasientinformasjon med tanke på indikasjon for behandling.

- Hvilke indikasjoner har pasienten?
- Har pasienten behandling for alle behandlingstrengende indikasjoner?
- Har pasienten indikasjon for alle legemidlene i medisinlisten?
- Kan noen av indikasjonene skyldes bivirkninger /interaksjoner?
- Er pasienten riktig behandlet/ er behandlingen i samsvar med behandlingsretningslinjer?

Klassifisering av aktuelle LRP Legemiddelvalg
1a – Behov for tillegg av legemiddel
1b – Unødvendig legemiddel
1c – Uhensiktsmessig legemiddelvalg

2. Dosering

Gå gjennom legemidlene med tanke på korrekt dosering

- Er dosering korrekt i forhold til
  - Indikasjon
  - Vekt
  - Alder
  - Nyrefunksjon
  - Leverfunksjon
  - Andre relevante laboratorieverdier

Gå gjennom legemidlene med tanke på legemiddelform og administrering

- Er legemiddelformuleringen egnet
  - Svelgproblemer
  - Legemidler i sonde
  - Knusing/deling av tabletter
  - Andre alternative legemiddelformer som er mer egnet både i forhold til optimal dosering og praktisk håndtering for pasient
  - Aktuelt å bytte fra iv til po behandling
  - Utfordringer i forhold til blandbarhet/ forlikelighet ved utblanding av injeksjon/infusjonspreparater
  - Praktisk inntak
    - Er tidspunkt for administrasjon optimalt

- Doseringsintervall
- Med tanke på farmakologisk effekt/bivirkninger
    - eks kortison, diuretika, statiner, bisfosfonater
- med tanke på spesielle restriksjoner i forhold til matinntak
- tidspunkt for plasterskifte

Klassifisering av aktuelle LRP Dosering
2a – for høy dose
2b – for lav dose
2c – ikke optimalt doseringstidspunkt
2d – ikke optimal formulering

3. Bivirkninger

Gå gjennom legemidlene med tanke på mulige bivirkninger

- Har pasienten symptomer som kan være en bivirkning av et av legemidlene?
- Er det bivirkninger pasienten/legen må være spesielt oppmerksom på?
- Kan noen bivirkninger motvirkes med enkle tiltak?
- Finnes det alternative preparater?
- Er det behov for spesiell oppfølging?

Klassifisering av aktuelle LRP Bivirkning
3- Bivirkning

4. Interaksjoner

Gå gjennom legemidlene med tanke på mulige interaksjoner

- Bruker pasienten legemidler som kan interagere med hverandre?
- Har pasienten symptomer som kan skyldes en interaksjon?
- Må det iverksettes tiltak i forhold til klinisk relevante interaksjoner
    - Seponere, dosejustering, endre doseringstidspunkt, monitorering/spesielloppfølging

Klassifisering av aktuelle LRP Interaksjoner
4- Interaksjoner

5. Avvikende legemiddelbruk

Gå igjennom legemidlene med tanke på potensielle kilder for feil legemiddelbruk, der bruken typisk kan avvike fra ordinasjon mht til legemiddel, dosering eller doseringstidspunkt.

- Har pasienten fått behovslegemidler som ikke er ordinert?
- Er det ordinert preparater som skal tas utenom ordinære administrasjonstidspunkt i sykehjemmet?
- Er det ordinert depotpreparater eller enterotabletter hos pasienter med svelgvansker eller hos pasienter som tygger tabletter?
- Er det ordinert preparater som ikke lenger er tilgjengelig?
- Er det ordinert preparater som kan medføre risiko for feilaktig generisk bytte?

Klassifisering av aktuelle LRP Avvikende legemiddelbruk
5a - Legemidler som administreres av helsepersonell
5b - Legemidler som administreres av pasient

6. Annet

Gå gjennom legemidlene med tanke på relevant monitorering (spesiell oppfølging) knyttet til legemiddelbehandlingen og ser på tilgjengelig dokumentasjon med hovedfokus på entydig ordinering. Eventuelle andre ting som oppdages under gjennomgangen som ikke passer inn under øvrige kategorier tas også med.

- Monitorering (spesiell oppfølging)
  - Serumkonsentrasjonsmålinger
    - Bruker pasienten legemidler der det er nødvendig å kontrollere serumkonsentrasjonen?
  - Laboratorieprøver
    - Bruker pasienten legemidler der det er nødvendig å kontrollere klinisk-kjemiske parametere som f.eks kreatinin, kalium, INR, TSH etc?
  - Kliniske undersøkelser
    - Bruker pasienten der det er nødvendig med spesifikke kliniske undersøkelser slik som blodtrykk, ødem, vekt etc?
  - Vil resultater av monitorering (spesiell oppfølging) kunne få konsekvenser for videre legemiddelbehandling?
- Ordinasjon
  - Er legemidlene ordinert på en entydig måte
  - Inneholder ordinasjonen tilstrekkelig informasjon
  - Har medisiner forordnet ved behov en tydelig indikasjon, dose, maksdose eller doseringsintervall.

Klassifisering av LRP Annet

6a – Behov for monitorering (spesiell oppfølging) av effekt og toksisitet
6b – Mangelful føring/uklar dokumentasjon av medisiner i medisinark og dokumentasjonssystemer
6c – Annet som ikke passer inn under andre kategorier.

Tverrfaglig møte/Legemiddelgjennomgang

Lege, sykepleier og farmasøyt møter godt forberedt til tverrfaglig møte der pasientens legemiddelregime blir gjennomgått og alle parter presenterer aktuelle problemstillinger som er avdekket. Eventuelle manglende opplysninger avklares.
Behov for tiltak diskuteres og beslutning fattes i fellesskap.
Det avklares om det er aktuelt å gjøre umiddelbare tiltak, om foreslåtte tiltak tas til etterretning men ikke iverksettes på nåværende tidspunkt, om foreslåtte tiltak ikke er aktuelt å iverksette for denne pasienten. Lege har ansvar for å ta en endelig beslutning endre ordinasjon.

*Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer: (LRP) (Ruths et al.)
1.Legemiddelvalg: 1a Behov for tillegg av legemiddel 1b Unødvendig legemiddel 1c Uhensiktsmessig legemiddelvalg
2.Dosering: 2a For høy dose 2b For lav dose 2c ikke-optimalt doseringstidspunkt 2d Ikke-optimalt formulering
3. Bivirkning
4.Interaksjon
5. Avvikende legemiddelbruk 5a legemidler som administreres av helsepersonell 5b Legemidler som administreres av pasient
6. Annet 6a behov for/manglende monitoreriong 6b mangelfull føring/uklar dokumentasjon av legemiddelliste/EPJ/resept 6c annet
Cave

Aktuelle problemstillinger i legemiddelgjennomgang	Legemiddel	LRP *	Forslag til tiltak	Resultat i tverrfaglig team	Oppfølgingsplan/Ansvar	Frireks!
Ikke optimalt behandlet indikasjon / ubehandlet indikasjon:						
Indikasjon for behandling mangler: (kontraindisert, kurlegemidler ikke avsluttet)						
Mindre gunstige legemiddel til eldre: (sjekkliste: START; STOPP; NorGep)						
Dose/legemiddel ikke tilpasset pasient: (nyre- og leverfunksjon, vekt, alder, cave)						
Ugunstig doseringstidspunkt / doseringsintervall :						
Ugunstig administrasjonsform/ håndteringsproblematikk (svelgvansker/sonde/knuseproblematikk) Administrasjonsteknikk: (øyedråper, inhalasjon, injeksjon)						
Legemiddel årsak til bivirkning, symptom eller forandring av labdata:						
Kliniske relevante interaksjoner:						
Legemiddel som krever spesiell oppfølging: (monitorering)						
Ikke entydige legemiddellister/ mangelfull dokumentasjon: *(indikasjon, dose, doseringsintervall behovslegemidler) (oppstartsdato og behandlingsvarighet kurlegemidler) (administrasjonstidspunkt for legemidler med langt intervall) (avvik ved samstemming av legemiddelliste eller i pasientens legemiddelbruk)*						
Annet						

GJØVIK KOMMUNE

VIRKSOMHETSOMRÅDE HELSE OG OMSORG

HAUGTUN

UTVIKLINGSSENTER FOR SYKEHJEM I OPPLAND

Høringsnotat

”Utkast til veileder for legemiddelgjennomgang”

Bakgrunn:
Ved Haugtun Utviklingssenter har vi gjennomført et prosjekt: KAMFER-prosjektet – Tverrfaglige legemiddelgjennomgang for eldre pasienter i sykehjem. Prosjektet har mottatt midler fra Helsedirektoratet med tilskuddsmidler over Statsbudsjettet 2010 kap 751.21
Vi har svært gode erfaringer med legemiddelgjennomganger i tverrfaglige team med lege, sykepleier og farmasøyt. De tverrfaglige legemiddelgjennomgangene har ført til endringer i legemiddelbehandlingen hos de aller fleste pasientene. Den siste perioden av prosjektet ønsker vi å ha noen legemiddelgjennomganger hvor farmasøyt er til stede, og noen legemiddelgjennomganger hvor farmasøyt ikke deltar. Ved å innføre en standardisert dokumentasjon i EPJ vil vi så sammenligne legemiddelgjennomganger hvor farmasøyt er til stede og legemiddelgjennomganger hvor farmasøyt ikke deltar.

Vi ønsker å videreføre legemiddelgjennomganger i vår kommune både her på Haugtun, og i de andre sykehjemsavdelingene i kommunen.
Med bakgrunn i dette ønsker vi en veileder på området velkommen.

I sist prosjektgruppemøte gikk vi gjennom utkast til veileder for legemiddelgjennomgang, og har følgende innspill.

<u>Generellt:</u>

- Prosjektgruppen mener generelt at veilederen er mangelfull, og at det ut fra den informasjon som er gitt i veilederen ikke vil være mulig å kunne gjennomføre en legemiddelgjennomgang.
- Veilederen bør beskrive hva som er bakgrunn og hvorfor det er ønskelig med legemiddelgjennomgang, og dermed hvorfor det er behov for en veileder. Dette kommer tydeligere fram i rapporten IS 1887 - ”Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og hjemmetjeneste” : Det er derfor nødvendig at det kommer tydeligere fram i veilederen sammenhengen mellom denne rapporten og veilederen.

- Vi mener også at de to innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanje ” I trygge hender” riktig legemiddelbruk i sykehjem og samstemming av legemiddellister bør danne grunnlaget for en felles veileder. Disse to innsatsområdene er så nært knyttet sammen at vi mener det både er naturlig og nødvendig at de sammenfattes.
- Det er positivt at veilederen er tenkt brukt uavhengig av omsorgsnivå. Imidlertid er det pr i dag svært lite erfaring med legemiddelgjennomgang i hjemmetjenesten, og hos pasienter uten kommunal bistand. Gjennom vårt prosjekt hadde vi håpet å kunne gjøre noen legemiddelgjennomganger i hjemmetjenesten, men så langt har dette ikke latt seg gjøre. Vi mener at veilederen er mangelfull i forhold til hvordan legemiddelgjennomganger praktisk sett kan gjennomføres i hjemmetjenesten, og hos pasienter uten kommunal bistand
- Videre mener vi at veilederen må beskrive:
    - Hvordan komme i gang med legemiddelgjennomgang
    - Hvordan gjennomføre en legemiddelgjennomgang
    - Hvordan følge opp etter en legemiddelgjennomgang.

  Oppsummert: Vi mener at det er behov for at veilederen beskriver hvordan en legemiddelgjennomgang bør gjennomføres fra a til å. Det er viktig at kunnskapsbasert praksis legges til grunn for veilederen.

Videre vil vi kommentere punkt for punkt i veilederen:

Punkt 2.3, avsnitt 1 og 2: Veilederen sier;

> *... bør innhentes en oppdatert oversikt over de legemidler pasienten bruker....*
>
> *Dersom det er avvik mellom de forskjellige informasjonskildene, bør dette framkomme i listen. Prosedyre for samstemming av legemiddellister bør etableres lokalt*
>
> *I tillegg bør det innhentes informasjon om legemidler som gis sjelden,.....*

Vi mener at disse opplysningene er så grunnleggende i forhold til å kunne gjennomføre en legemiddelgjennomgang at ordet bør byttes ut med skal.

> *Videre kan det være det være aktuelt å innhente informasjon om aktuelle labverdier,*

Vi mener at disse opplysningene er så grunnleggende i forhold til å kunne gjennomføre en legemiddelgjennomgang at ordet ”kan” byttes ut med bør.
I noen tilfeller kan det være vanskelig å innhente aktuelle laboratorieverdier hos demente pasienter fordi de motsetter seg blodprøvetaking.

Avsnitt 4 og 5: *Når bør legemiddelgjennomganger gjennomføres*

- Strekpunkt 1 og 2 sier det samme, og kan slås sammen til ”ved bytte av omsorgsnivå”.
- For beboere i institusjon/langtidspasienter bør det beskrives hvor ofte en legemiddelgjennomgang bør gjennomføres, årlig eller halvårlig
- I stedet for begrepet polyfarmasi bør ”flere legemidler” benyttes. Polyfarmasi er et begrep som i litteraturen ikke er godt definert, og kan skape forvirring.

- Det bør beskrives at pasienter med multidose også trenger legemiddelgjennomgang.
- LAR-pasienter beskrives spesielt. Vi mener at så lenge ingen andre spesielle brukergrupper er omtalt i veilederen bør dette tas bort.. Dette punktet bør inn i veilederen for LAR-pasienter.

Avsnitt 6 og 7: Veilederen sier;

.....funn av legemiddelrelaterte problemer bør dokumenteres.....

Det bør fremgå hvilke legemiddelrelaterte problemer som er.....

Dette bør også dokumenteres.....

Vi mener at helsepersonell har dokumentasjonsplikt og at ordet ”bør” derfor byttes ut med ”skal”

Punkt 2.4:

Her bør også pasientens eventuelle bruk av reseptfrie legemidler tas med.

Punkt 2.5:

Dette er et viktig punkt som vi mener bør komme fram tidligere i veilederen.

Punkt 2.6:

Dette punktet lister opp noe av det som finnes og hva som er tenkt innenfor informasjons- og kunnskapsteknologi. Rapporten ”Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien” har et eget kapittel om dette, kapittel 6. I dette punktet i veilederen bør det derfor henvises til denne. Eventuelt må punktet utdypes mye mer.

Sjekkliste s 16:

Laboratorieprøver: Serum Digitoxin er satt opp som en aktuell laboratorieverdi.
Denne laboratorieverdien vil ikke lenger være aktuell ettersom preparatet er på vei ut av det norske markedet.. I stedet vil serum Digoxin være aktuell.

Vedlegg:
Skjema for dokumentasjon av legemidler
Skjema for legemiddelgjennomgang
Prosedyre legemiddelgjennomgang i sykehjem
Legemiddelgjennomgang, ekstra vedlegg til prosedyre

Utviklingssenter for sykehjem
Oppland

TRYGGE HENDER 24/7

Riktig legemiddelbruk i sykehjem

Bakgrunn

Haugtun Utviklingssenter har gjennom KAMFER-prosjektet i perioden mars 2011 til mars 2012 erfaring fra legemiddelgjennomganger hos 27 kortidspasienter og 24 langtidspasienter i tverrfaglig team med lege, sykepleier og farmasøyt. Erfaringene fra prosjektet viser at dokumentasjon er den største utfordringen

Hensikt/mål i pasientsikkerhetskampanjen

1. Legemiddelgjennomgang er implementert som metode i alle avdelinger ved Haugtun Utviklingssenter.
2. Alle ordinerte legemidler skal ha påført indikasjon og oppfølgingsplaner skal være dokumentert i EPJ.
3. Læringsnettverk for "Riktig legemiddelbruk i sykehjem" er i gangsatt i Gjøvikregionen.

Utførelse

- Eget standardisert registreringsskjema for å sikre nødvendig kartlegging

- Eget standardisert system for dokumentasjon i Gerica for å sikre god dokumentasjon

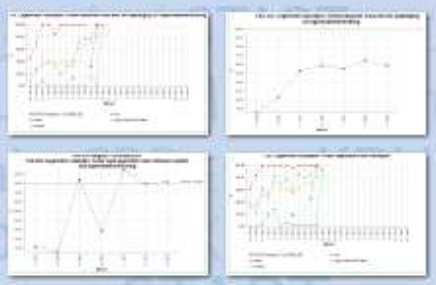
- Undervisning av personalet ved Haugtun Utviklingssenter som ledd i implementering av legemiddelgjennomgang som metode

Resultater

Det er i perioden mars 2012 – sept 2012 gjennomført legemiddelgjennomganger hos:

- 3 langtidspasienter og 13 kortidspasienter i et tverrfaglig team med lege, sykepleier og farmasøyt
- 13 langtidspasienter og et ukjent antall (2 dokumenterte) kortidspasienter med sykepleier og lege.

- 100 % av langtidspasientene og 82.11% av kortidspasientene på somatisk kortidsavdeling har påført indikasjon på alle legemidler
- 100 % av langtidspasientene og 52,82% av kortidspasientene på somatisk kortidsavdeling har plan for oppfølging av legemiddelbehandlingen i EPJ



- Læringsnettverk for Gjøvikregionen starter opp januar 2013

www.gjovik.kommune.no/ush

Gro Harlem Brundtland, tidligere statsminister, Ap:
Det har vært en tung tid siden sist sommer.

Haugtun jobber for riktigere medisinbruk

GJØVIK: – Av og til er det vanskelig å skille hvilke plager som er sykdom og hva som er forårsaket av legemidler, sier klinisk farmasøyt Hilde Holen.

Leif Joar Galåen

Som utviklingssenter for sykehjem i Oppland er Haugtun omsorgssenter fylkets representant i et nasjonalt læringsnettverk som skal sikre riktig medisinbruk i sykehjemmene.

– Siden april har vi hatt 65 legemiddelgjennomganger. Målet på sikt er at alle pasienter med langtidsplass skal få en legemiddelgjennomgang to ganger i året, forteller Målfrid Schiager, leder av fagenheten Haugtun utviklingssenter for sykehjem. Hun forteller at for pasienter med korttidsplass vil legemiddelgjennomgangen tas ved inntak. En legemiddelgjennomgang er en systematisk gjennomgang av pasientens totale legemiddelbruk opp mot sykdomsbilde og andre relevante faktorer.

Totalgjennomgang

Gjennomgangen foretas av lege, sykepleier og farmasøyt.

– Pasienter som kommer veksler mellom ulike nivåer i helsevesenet, og ingen har den totale oversikten over hvordan de medisineres, derfor er denne totalgjennomgangen viktig, sier Schiager.

– Mange pasienter bruker mange legemidler som påvirker hverandre. De kan forsterke hverandre eller kansellere de effektene vi ønsker, sier Holen. Hun opplyser at en standard sjekkliste for tiden utvikles til bruk ved gjennomgangen.

– Målet er ikke nødvendigvis å redusere, men å optimalisere medisineringen. Finne ut om de står på noe de ikke trenger og om de trenger noe i tillegg, sier Holen.

Mest potensial

Pasientene som til nå har fått en medisinsk gjennomgang er spesielt plukket ut.

– Vi har sett etter pasienter som har mest potensial for legemiddelproblemer, sier Holen. På spørsmål om medisiner brukes til å gjøre pasienter enklere å håndtere for personalet svarer Schiager at også dette skal vurderes i gjennomgangen.

– Medisiner kan også gi uro. Fra nasjonalt hold er det fokus på «aktiv omsorg» som innebærer mye mer enn medikamenter, sier Schiager.

Økt pasientsikkerhet

Holen opplyser at de fleste av retningslinjene på medisinbruk er for voksne, ikke eldre og barn.

– De aller fleste medisinske gjennomganger har medført endringer i medisineringen. Dette øker pasientsikkerheten, helt klart, sier Holen. Schiager legger til at sykehjemmene behandler dårligere pasienter enn før.

– Det er en kjensgjerning at liggetiden på sykehusene har gått ned og at flere dårligere pasienter kommer til sykehjemmene. Mer avansert behandling foregår her enn tidligere. Jo dårligere pasientene er jo mindre motstandskraft har de, for eksempel for virkninger av feil medisinbruk. Da blir dette arbeidet desto viktigere, sier hun.

Institusjonene som har deltatt i læringsnettverket for riktig legemiddelbruk i sykehjem har bidratt til å utvikle og å teste forbedrings- og måleverktøy i arbeidet mot feil medisinbruk. Haugtun skal utover høsten opprette et læringsnettverk i Oppland for å spre kunnskapen som er innhentet på feltet.

SYSTEMATIKK: Studier viser legemiddelrelaterte problemer hos opp til 80 prosent av sykehjemspasientene, og minst en av ti sykehusinnleggelser av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler. Sykepleier Siv Irene Walheim og klinisk farmasøyt Hilde Holen er blant de som deltar på tverrfaglige legemiddelgjennomganger som ledd i forebyggingsarbeidet. FOTO: LEIF JOAR GALÅEN

Grande vil slå tilbake mot sinte menn

Haugtun Utviklingssenter

Storgata 33

Telefon: 61 14 69 00/ 918 48 348

E-post: haugtun.ush@gjovik.kommune.no