



Oslo kommune
Bydel Bjerke
Utviklingscenter for hjemmetjenester

I TRYGGE HENDER 24 7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

Sluttrapport

Pilotprosjekt – Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten Bydel Bjerke, Oslo kommune

Prosjektledere: Åse Arnesen og Ingri Østensen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1 Bakgrunn og sentrale begreper	3
2 Begrep og definisjoner	4
3 Metode	7
3.1 Verktøy	10
4 Gjennomføring	12
5 Resultater	14
6 Erfaringer	16
6.1 Tilbakemelding/erfaringer fra hjemmetjenestens ansatte:	16
6.2 Tilbakemelding/erfaringer fra pasienter	17
6.3 Tilbakemelding/erfaringer fra fastlegene	18
6.4 Tilbakemelding/erfaring fra farmasøyt	18
6.5 Erfaringer med bruk av prosessveiledere i Bydel Bjerke	19
6.6 Erfaringer med kompetansehevende tiltak	19
6.7 Betragtninger rundt kostnader ved legemiddelgjennomgang	20
6.8 Elektronisk pasientjournal (EPJ) utfordringer:	20
6.9 Veiledning og oppfølging fra pasientsikkerhetskampanjen og læringsnettverk	20
7 Anbefalinger	22
8 Tiltakspakken	23
9 Referanser	25
10 Vedlegg	27

Kontaktinformasjon

Utviklingscenter for hjemmetjenester, Oslo

Hjemmetjenesten i Bydel Bjerke

Økernveien 145 postboks 13

0508 Oslo

Telefon: 23 43 97 18

e.post: line.orkund@bbj.oslo.kommune.no

[www.bydel-bjerke.oslo.kommune.no/utviklingscenter for hjemmetjenester /](http://www.bydel-bjerke.oslo.kommune.no/utviklingscenter_for_hjemmetjenester/)

Sammendrag

Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo har vært pilotkommunene i Nasjonal Pasientsikkerhetskampanje for *samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten*.

I samarbeid med utviklingscentrene for hjemmetjenester i Akershus (Bærum kommune) og Østfold (Eidsberg kommune), er det tilpasset og testet ut en tiltakspakke for samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. Målet har vært å bidra til økt pasientsikkerhet ved å utføre legemiddelgjennomganger i tverrfaglig møte mellom sykepleier, fastlege og farmasøyt.

Pilotprosjektet i Bydel Bjerke har hatt spesielt fokus på kompetanseheving av ansatte, etablering av gode samarbeidsarenaer for hjemmetjenesten og fastleger, og utvikling og forbedring av rutiner, samt oppfølging av dokumentasjon i forhold til legemidler.

Resultatene fra piloten viser først og fremst at det er et stort forbedringspotensial i forhold til legemidler i den kommunale hjemmetjenesten, dette gjelder både i arbeidet med å dokumentere og optimalisere legemiddelbruken hos hjemmeboende pasienter i Oslo.

Piloten viser at legemiddelgjennomganger fremmer det tverrfaglige samarbeidet, avdekker legemiddelrelaterte problemer og bidrar i vesentlig grad til endringer av pasientens legemiddelbehandling. For noen pasienter vil det si seponering av legemidler, for noen vil det innebære dosejustering, for andre nye legemidler.

Bjerke har gjennomført tverrfaglige legemiddelgjennomganger både med og uten farmasøyt. Pilotprosjektet ser at farmasøyten bidrar med gode faglige innspill inn i legemiddelgjennomgangen. Konklusjonen etter gjennomgangene er at tverrfaglig legemiddelgjennomgang med farmasøyt er anbefalt både av sykepleiere som har deltatt i prosjektet og fastleger.

Det anbefales å videreutvikle kompetansehevende tiltak med undervisning i observasjon av virkninger og bivirkninger av legemidler, samt dokumentasjon, overfor sykepleiere i Oslo kommune.

Basert på pilotprosjektet i Bydel Bjerke anbefaler prosjektet følgende tiltakspakke for samstemming og riktige legemidler, til andre hjemmetjenester:

- Samstemming av legemiddellisten mellom pasient, hjemmetjeneste og fastlege
- Tverrprofesjonell strukturert legemiddelgjennomgang i forhold til hjemmeboende pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering - når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering
- Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal (innen to virkedager) etter endringer
- Etablere struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging.

1 Bakgrunn og sentrale begreper

Mange eldre har flere sykdommer og bruker dermed mange ulike legemidler samtidig. Dette bidrar til å øke risikoen for feilbruk. I tillegg er eldre også mer sårbare for bivirkninger og

andre legemiddelrelaterte problemer^{1 2}. Feilmedisinering fører hvert år til unødig lidelse for mange pasienter, i tillegg til at det påfører samfunnet store utgifter. Minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler.³ I 2011 mottok over 177 000 personer hjemmetjenester, herunder hjemmesykepleie og praktisk bistand, i følge Statistisk Sentralbyrå⁴.

Et tiltak for å bedre legemiddelbehandlingen er å gjennomføre samstemming av pasientens legemiddellister. I studier er det vist uoverensstemmelse mellom medisinalisten i hjemmet og hos fastlegen blant 50–90 prosent av pasientene i hjemmesykepleien. I gjennomsnitt er 25 % flere legemidler oppført i medisinalisten hjemme, noe som viser at risikoen for feilmedisinering og eventuelle komplikasjoner er stor⁵.

I regi av Helse- og omsorgsdepartementet pågår en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som skal innføre forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 – 2013. Flere kriterier har ligget til grunn for valg av innsatsområder. Det er valgt ut områder med stort potensial for forbedring, de skal ha gode data og metoder for evaluering, tiltakene som foreslås skal kunne dokumenteres som effektive og innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer.

I dette prosjektet fokuseres det på innsatsområdet *riktig legemiddelbruk i sykehjem og samstemming av legemiddellister*.

For å finne ut om de foreslåtte tiltakene og målingene under innsatsområdet fungerer i praksis, blir de prøvd ut i pilotprosjekter før de blir implementert nasjonalt. Det er gjort pilotprosjekt for innsatsområdet *Sikker legemiddelbehandling i hjemmetjenesten* ved Utviklingssentrene for hjemmetjenester i Oslo (Bydel Bjerke), Akershus (Bærum) og Østfold (Eidsberg).

De aktuelle innsatsområdene og målingene i forbindelse med legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, er delvis hentet fra andre lands kampanjer, forskning og fra kliniske ekspertmiljøer, og er delvis utviklet i samarbeid med norske fagmiljøer.

Målet med kampanjen er å:

- redusere unødig pasientskade i helsetjenesten
- bygge en varig struktur for å følge med på pasientsikkerhet
- utvikle en god pasientsikkerhetskultur i helsetjenesten

Mer om kampanjen finnes på hjemmesiden: www.pasientsikkerhetskampanjen.no/

2 Begrep og definisjoner

Legemidler:

Med legemidler forstås stoffer, droger eller preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke

1 Helsedirektoratet 2011, Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien

2 Ranhoff, A 2010 Legemidler til eldre – til nytte og skade

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

4 Statistisk sentralbyrå: Kommunal pleie- og omsorgsstatistikk 2012: Førebelse tal 2011: Meir til dei yngste og eldste.

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

fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom⁶. Prosjektet omfatter legemiddelgjennomgang av alle pasientens legemidler, inklusiv naturpreparater som kosttilskudd og vitaminer/ mineraler.

Legemiddelgjennomgang (LMG)

Legemiddelgjennomgang er en systematisk og regelmessig gjennomgang av pasientens legemidler i et tverrfaglig team, minimum bestående av lege og sykepleier⁷⁸.

Samstemming

Kontinuerlig og dynamisk prosess for å sikre at legemiddellisten til pasienten er oppdatert på legemidler i bruk (LIB) basert på riktig legemiddelinformasjon fra flere kilder, og samstemt mellom pasient, fastlege og hjemmesykepleie.

Legemiddelrelaterte problemer (LRP)

Helsemessige problemer knyttet til pasientens legemiddelbruk som kan føre til symptomer, tegn, sykdom eller død kalles legemiddelrelaterte problemer. Dette gjelder både for de legemidlene pasienten anvender, hvordan legemidlene interferer med hverandre og i pasientens kropp, eller legemidler pasienten burde anvendt for plager og sykdomstilstander. For å identifisere problemene er det laget et klassifiseringssystem med følgende hovedgrupper: legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet som monitorering⁹.

Monitorering

Overvåkning og kontroll av pasienten i forhold til legemiddelbehandling.

Vedtak

Hjemmesykepleie er en lovpålagt kommunal tjeneste. Det må søkes om tjenesten, og kommunen skal fatte vedtak basert på en vurdering av den enkeltes behov. Vedtaket skal inneholde opplysninger om søknaden innvilges helt eller delvis eller avslås¹⁰

Bestiller/utfører modell

Oslo kommune har en bestiller/utfører-modell i hjemmetjenesten. Dette innebærer at bestillerkontoret har ansvar for å fatte et vedtak om bistand til pasienter, som så utføres av hjemmetjenestens utførerenhet.

Tjenesteansvarlig (TA)

Alle pasienter har etter Oslo kommunes kvalitetssystem "Behovsstyrt Bemanning" krav om en tjenesteansvarlig med 3-årig helse eller sosialfaglig kompetanse som møter pasientens hovedutfordring. I hjemmesykepleien vil dette innebære at alle pasientene i Oslo har krav på en tjenesteansvarligsykepleier (TA-sykepleier)

Primærkontakt (PK)

Pasienter med komplekse diagnoser eller stort hjelpebehov kan i tillegg tildeles en primærkontakt. Primærkontaktene er helsefagarbeidere (helsefagarbeider brukes

6 Lov om legemidler m.v.1992 Legemiddeloven § 2.

7 Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012. § 25 med merknader, trer i kraft 1. januar 2013

8 Helsedirektoratet, 2012, Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998.

9 Ruths, Viktil, Blix 2007: Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Spesielt side 3075. Norsk tidsskrift for lægeföreningen

10 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 2011 helse- og omsorgstjenesteloven.

gjennomgående som en samlebetegnelse for helsefagarbeider, hjelpepleier eller omsorgsarbeider).

Prosessveileder

Når legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang skal implementeres i tjenestene, er det av avgjørende betydning av noen sikrer at tiltakspakken følges, at opplæring gis og at prosessen går riktig for seg. Vi har i piloten valgt å kalle den/de ansvarlige for implementering for prosessveiledere.

3 Metode

For å sjekke ut om tiltakspakken for *legemiddelgjennomgang og riktig legemiddelbruk* utarbeidet for sykehjem tidligere, kunne benyttes også i hjemmetjenesten, eventuelt hvilke justeringer som måtte gjøres, inviterte Pasientsikkerhetskampanjen Utviklingssenteret for hjemmetjenester i tre kommuner til å bli med på en pilot. I tillegg til Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, Bydel Bjerke, ble også Utviklingssentrene i Akershus (Bærum kommune) og Østfold (Eidsberg kommune) bedt om å delta.

To sykepleiere i Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, Åse Arnesen og Ingri Østensen har ledet piloten som har foregått i alle de tre distriktene med hjemmesykepleie i Bydel Bjerke.

Det har i piloten vært fokusert på legemiddelgjennomganger av hjemmeboende eldre som mottar hjelp til legemiddelhåndtering. Pasienter som ble tatt med i piloten har følgende inklusjonskriterier; står på minimum seks legemidler, pasientene er over 65 år og står på A- eller B- preparater. Bakgrunnen for dette er at ansatte i Utviklingssenteret, som leder og gjennomfører piloten, i samarbeid med ansatte i hjemmetjenesten, er finansiert med midler fra kommunalt rusarbeid i Oslo kommune. Alle pasienter hadde noen tilsyn ukentlig slik at vi kunne følge opp observasjoner og tiltak i etterkant av legemiddelgjennomgangen.

Piloten i Oslo er gjennomført i ordinær drift ute i tjenesten. De ansatte i hjemmesykepleien som har vært involvert, har deltatt i forarbeid, gjennomføring og etterarbeid av legemiddelgjennomganger (legemiddelgjennomgang). Ansatte i hjemmetjenesten har ikke fått ekstra tid til disse oppgavene.

I Oslo kommune har vi en finansieringsform av hjemmesykepleien der det gis økonomisk kompensasjon for utført direkte brukertid etter vedtak. I tillegg har man definert administrativ tid. Tiden brukt til legemiddelgjennomgang i pilotprosjektet har gått av administrativ tid – også de delene som har vært direkte i samarbeid med pasienten.

11 fastleger fra ni ulike legekantor, har deltatt. Tre av disse legene tilhørte andre bydeler, noe som er naturlig med fritt fastlegevalg i Oslo. Legene får dekket legemiddelgjennomgangene via § 14 Helfo.

Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo bidro med midler til farmasøyt til 13 av de 20 legemiddelgjennomgangene. Det har vært et ønske i piloten i Oslo å synliggjøre forskjell på å gjennomføre legemiddelgjennomgang med og uten farmasøyt.

Prosjektgruppen i Bydel Bjerke

Åse Arnesen, delprosjektleder og prosessveileder UHT Oslo
Ingri Østensen, prosjektmedarbeider og prosessveileder UHT Oslo
Line Orlund, prosjektleder av Utviklingssenteret i Oslo
Turi Bondeson, bydelsoverlege, Bydel Bjerke
Hilde Selstø, enhetsleder hjemmetjenesten bydel Bjerke

Sykepleiere som har deltatt i piloten fra hjemmesykepleien i Bydel Bjerke:

Veitvet:

Tulay Secici
Anette Nilsen
Christine Sommerud
Mary S. Mukamugema
Linda Snellingen
Elin Rogn Andersen
Heidi Lunde
Mirela M. Cotrau

Økern:

Seid Ahemed
Stine Anderson
Gunn Dalen
Bjørn Ulsaker

Årvoll:

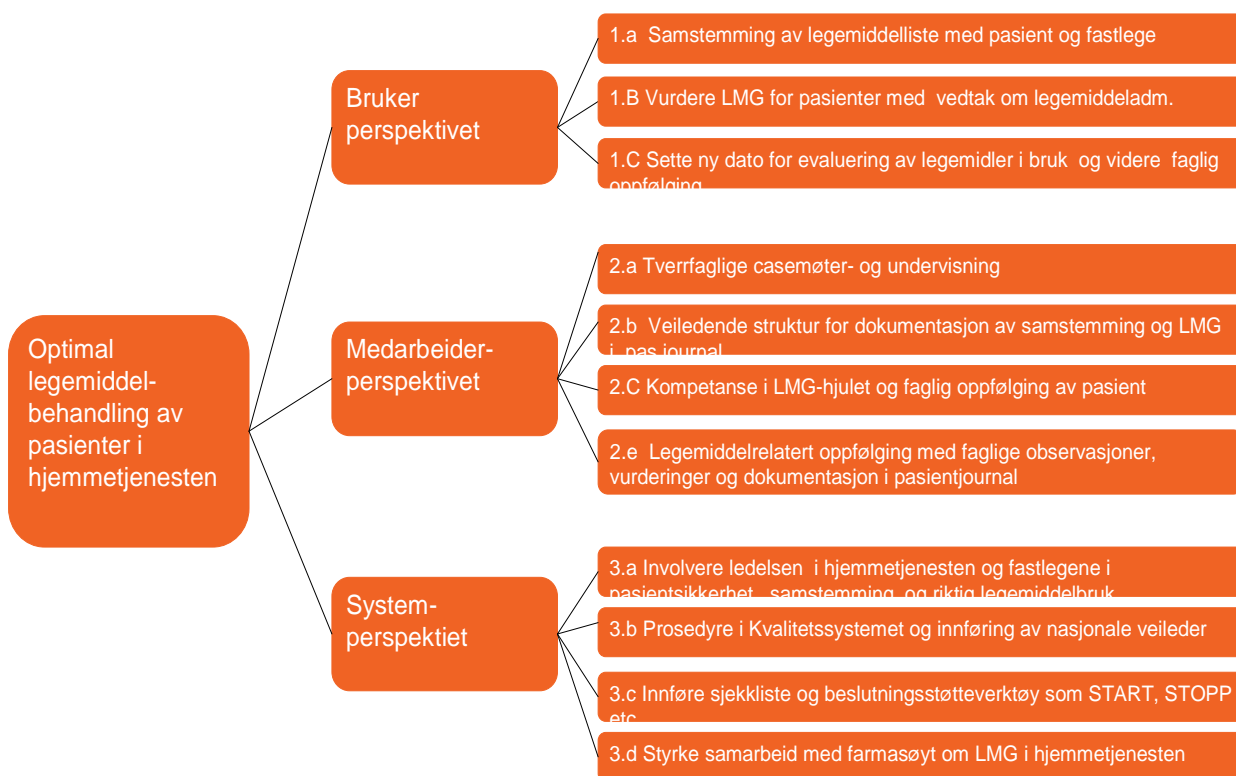
Preet Virk

Til orientering har hjemmetjenesten i Bydel Bjerke totalt 28 TA-sykepleiere.

Samarbeidspartnere, veiledere og ressurspersoner

- Berit Skjerve, Utviklingssenter for hjemmetjenester i Akershus
- Eivind Bjørnstad, Utviklingssenter for hjemmetjenester i Østfold
- Vibeke Bostrøm, seniorrådgiver ved Nasjonalt kunnskapssenter, prosjektleder i Pasientsikkerhetskampanjen, veileder og ansvarlig for koordinering av pilotene
- Hilde Heimli, seniorrådgiver ved avdeling medisinsk utstyr og legemidler ved Helsedirektoratet, faglig råd og veiledning
- Morten Finckenhagen, overlege Statens legemiddelverk, faglig råd og veiledning
- Solrun Elvik, farmasøyt fra Apotek1, faglig råd og veiledning
- Roar Sørensen – veiledet i grafiske målinger i Extranet fra Nasjonalt kunnskapssenter

Modellen under er hentet fra den skotske pasientsikkerhetskampanjen og kalles et driverdiagram. Tiltakene beskrevet i diagrammet viser hvilke enkelttiltak og prosesser piloten vektlegger for å nå målene.



22.02.2011 - www.pasientsikkerhetskampanjen.no

Kunnskapssenteret
Nasjonal enhet for pasientsikkerhet

Side 1

Tidsramme

Pilotprosjektet ble etablert i april 2012 med et oppstartmøte med Pasientsikkerhetskampanjen. I etterkant av dette har det vært jevnlig møter med representanter for kampanjen og de to andre pilotene for å ivareta planlegging av og gjennomføringen av piloten i Oslo. I perioden september- oktober 2012 ble selve piloteringen av metoden gjennomført i alle de tre kommunene og sluttrapport med anbefaling ble levert fra de tre pilotene til pasientsikkerhetskampanjen i desember 2012. Pilotene har fått mulighet til å delta på det nasjonale læringsnettverket for spredning av tiltakspakken for legemiddelgjennomgang og riktig legemiddel i sykehjem. Dette har vært en prosess med fire samlinger. Hensikten med deltakelsen har vært å lære mest mulig av tilsvarende prosjekt i sykehjem.

Pilotlederne med prosjektmedarbeidere har hatt månedlige møter med Kunnskapssenteret og jevnlig e-post og telefonkontakt med hverandre og veileder i prosjektperioden. Møtene har vært nødvendig for å samkjøre utvikling, testing og erfaringsutveksling rundt tiltakspakken og målingene.

Tidlig i desember 2012 konkluderte pilotene i fellesskap når det gjelder tiltakspakken og aktuelle målinger som vil anbefales for nasjonal spredning.

Tiltakspakken fikk tilslutning av kampanjens fagråd 6.12.12.

Pasientsikkerhetskampanjen har invitert alle Utviklingssentrene for hjemmetjenester i Norge til nasjonalt læringsnettverk med oppstart 4 og 5. februar 2013. Pilotlederne og ansvarlige i Pasientsikkerhetskampanjen samarbeider om å ferdigstille program for samlingen,

tiltaks pakken, måledokument, verktøy og ressurser (prosedyre, sjekklister og opplæringsmaterie) til praktisk bruk i implementering av tiltaks pakken i praksis.

3.1 Verktøy

Sjekklister

Sjekklister er et strukturert ark for datasamling, kategorisert etter sykepleiefaglige områder som ernæring, eliminering med mer, som anvendes i forkant av en legemiddelgjennomgang. Sjekklister som er utarbeidet for hjemmetjenestene har tatt utgangspunkt i den sjekklister som tidligere er utviklet for sykehjem (vedlegg 1).

Hjemmesykepleien ser ikke pasientene gjennom hele døgnet slik man gjør på institusjon. Av den grunn var det ikke overraskende at den anbefalte sjekklister for hjemmetjenester ble mer omfattende enn den som brukes i sykehjem. Sjekklister er utformet som et enkelt avkrysnings skjema på en A4 side.

På baksiden av sjekklister, er det beskrevet ulike verktøy for å få presis og effektiv dokumentasjon:

- VAS skala
- BMI skjema
- informasjon om alkoholenheter
- tegning av et menneske som sykepleier kan tegne på ødem, sår, smerteområder med VAS vurdering m.m.

Det ble også laget en sjekklister for gjennomføring av legemiddelgjennomganger i hjemmetjenesten, som en sjekklister i alle ledd av gjennomføring (vedlegg 2).

Elektronisk Pasient Journal (EPJ)

I hjemmetjenesten i Oslo kommune benyttes Gerica som elektronisk pleie og omsorgssystem. I pasientjournalen er det lagt til rette for en tiltaksplan der ansatte fortløpende registrerer status, mål, tiltak og evalueringer. Det er også lagt til rette for å legge inn diagnoser, IPLOS-data, oversikt over legemidler og annen nødvendig info. Piloten har jobbet med tilpassing av en mal for dokumentasjon av de ulike leddene i en legemiddelgjennomgang. Den er under bearbeiding.

Ved pilotslutt er det ikke konkludert med hvordan legemiddelgjennomganger best kan dokumenteres i Gerica. Som en følge av innføring av Fritt brukervalg¹¹ i Oslo kommune i 2011, gjorde man en endring i Gerica for å sikre betalingsordningen i dette systemet. Dette ser ut til å begrense muligheten for dokumentasjon av legemiddelgjennomganger for hjemmetjenestene i Oslo kommune. Det er nødvendig å etablere kontakt med gruppen i Oslo kommune med ansvar for elektronisk pasientjournal, PROSIT, for å finne en løsning på problemet.

Kommunikasjon med fastleger

Kommunikasjon med leger i forbindelse med legemiddelgjennomganger ble gjennomført i forhold til hvilke verktøy legene disponerte. De ble alle kontaktet og forespurt via telefon.

¹¹ Ordningen "Fritt brukervalg" innebærer at brukere som får vedtak om hjemmesykepleie i Oslo kommune, kan velge mellom inntil fem private og kommunal leverandør på utførersiden.

legemiddellister ble gjerne kvalitetssikret med E-link (PLO melding sendt med Helsenet) eller fax. Noen leger har bedt om å få brev.

Alle fikk tilsendt forslag til standard blodprøver (vedlegg 3), veileder i legemiddelgjennomganger¹², sjekklister og informasjonsbrev skrevet med bydelsoverlegen (vedlegg 8).

Extranet

Statistikk og grafer har pilotprosjektet ført i kampanjens database Extranet. Les mer om dette på www.pasientsikkerhetskampanjen.no

Samling av funn i piloten

Det ble utarbeidet et felles skjema i excel for å registrere data som ble samlet inn. Dette ble benyttet i alle de tre pilotene. Pilotene avtalte hvilke data man ønsket å samle, og har hatt kommunikasjon med vurderinger av data pr. telefon. Mal ligger vedlagt vedlegg 7.

Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer:

Helsemessige problemer knyttet til pasientens legemiddelbruk som kan føre til symptomer, tegn, sykdom eller død kalles legemiddelrelaterte problemer. Dette gjelder både for de legemidlene pasienten anvender, hvordan legemidlene interferer med hverandre og i pasientens kropp, eller legemidler pasienten burde anvendt for plager og sykdomstilstander. For å identifisere problemene er det laget et klassifiseringssystem med følgende hovedgrupper: legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet som monitorering¹³. Farmasøyt har brukt denne metoden under legemiddelgjennomgang.

Casemøte

Tjenesteansvarlig sykepleier var med på tverrfaglig møte med lege og farmasøyt i forhold til den enkelte pasient, så sant det lot seg gjøre i praksis. For å bidra til faglig oppdatering av øvrige ansatte på distriktet, ble det gjennomført det vi kalte "casemøter" etter hver legemiddelgjennomgang. På casemøtene som varte ca. 15 minutter, ble de tverrfaglige vurderinger og funn fra legemiddelgjennomgangen formidlet til de ansatte. En annen viktig hensikt med casemøtene er å sikre at også andre ansatte gjøres kjent med vurderinger, tiltak og observasjoner som skal gjøres i etterkant av legemiddelgjennomgangen.

Legemiddelvurdering til eldre og interaksjoner:

START/ STOPP/ NorGep^{14 15} er oversikter over legemidler som man bør være forsiktig med hos eldre, eller som man bør vurdere å starte opp med hvis de har spesifikke diagnoser eller helsetilstander. Disse ble tatt med i vurderinger under legemiddelgjennomgang. I Felleskatalogen finnes et interaksjonsdatabaseprogram som ble brukt i forkant av hver konsultasjon hos fastlege: www.interaksjoner.no

12 Helsedirektoratet, 2012. Nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger, IS-1998.

13 Ruths, Viktil, Blix 2007: Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Spesielt side 3075.

14 Ranhoff, AH, Bakken M S, Granås, A G, Ruth, S 2010: Uheldig legemiddelbruk hos eldre.

15 Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al, 2008: STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment).

4 Gjennomføring

I pilotprosjektet i Bydel Bjerke ble følgende inkluderingskriterier for deltakelse i prosjektet lagt til grunn:

over 65 år

tilsyn av hjemmesykepleien flere ganger i uken

A eller B preparater som en del av fast eller eventuelt -medisin

Det var enighet i mellom pilotene og Pasientsikkerhetskampanjen om at det skulle være 20 pasienter i hver av de tre pilotene. I Oslo fant man i utgangspunktet frem til at 166 av hjemmetjenestens ca 440 pasienter tilfredsstilte kravene til deltakelse. Som tidligere nevnt var det bestemt at 20 skulle delta i piloten. Ettersom det alltid er en mulighet for at pasienter legges inn på sykehus, reiser bort eller rett og slett ikke ønsket å delta på legemiddelgjennomgang, ble det rettet en henvendelse til 34 pasienter med forespørsel om de ønsket å delta. De 20 pasientene som til slutt ble med i piloten skrev alle under på at de samtykket i å delta (se vedlegg 4).

Det ble opplevd som vanskelig å få rekruttert leger inn i prosjektet. Ulike tilnærminger for å etablere et samarbeid om legemiddelgjennomganger ble forsøkt. Prosjektet kontaktet først et legesenter, men disse takket nei til samarbeid, grunnet manglende kapasitet. Heller ikke informasjon om den planlagte piloten på samarbeidsmøte med fastleger i midten av juni 2012 og påfølgende informasjonsbrev fra piloten og bydelsoverlegen til alle fastleger i bydelen i slutten av august 2012, medførte ikke nevneverdig interesse for prosjektet fra fastlegenes side.

Piloten i samarbeid med hjemmetjenestens ledelse valgte da å velge ut pasienter basert på inkluderingskriteriene uavhengig av om det var avtalt med legene på forhånd. Legene ble kontaktet med konkret henvendelse om en legemiddelgjennomgang. Det ble brukt mye tid på å forklare om prosjektets hensikt til aktuelle leger, og det opplevdes etter hvert som enkelt å få til et godt samarbeid med legene. Første informasjon og avtaler om konkrete pasienter ble gjort per telefon. Fastlegene fikk etterpå oversendt relevant informasjon som veileder, sjekklister, forslag til standard blodprøver via post/ fax / E-link.

Tidlig i planleggingsfasen var det usikkert om piloten fikk med seg farmasøyt. Årsaken til dette var manglende finansiering. Det var imidlertid viktig for piloten å ha med farmasøyt for å vurdere om farmasøytens deltagelse tilførte viktige faglige vurderinger, og hadde betydning for utfallet av legemiddelgjennomgangene. For å få klarhet i dette valgte Utviklingscenter for hjemmetjenester å gå inn med midler til farmasøyt.

I forkant av legemiddelgjennomgangen, sendte piloten en oversikt over hjemmetjenestens legemiddellister til farmasøyten. I tillegg ble det oversendt notater som beskrev hvilke medisiner pasienten tok på eget initiativ uten legens og hjemmetjenestens viten, basert på det som var avdekket i kartleggingen i forkant. Det var denne listen det ble tatt utgangspunkt i under legemiddelgjennomgangen.

Fastlegene ønsket å samstemme legemiddellistene i det tverrfaglige møtet og fikk følgelig ikke tilsendt lister i forkant. Nødvendige blodprøver for å kunne gjennomføre en god legemiddelgjennomgang ble rekvirert av fastlegene i forkant av gjennomgangen. Først eller sykepleier i prosjektet tok blodprøver av de pasientene som selv ikke kunne komme til fastlegen for prøvetakning.

Strukturerte legemiddelgjennomganger i tverrfaglig team var nytt som metode for de fleste fastlegene og sykepleiere. Pilotmedarbeider ledet derfor møtene slik at det ble lik struktur og læringsprosess. De tverrfaglige møtene fulgte strukturen beskrevet i den senere anbefalte tiltakspakken.

Praktisk gjennomføring av legemiddelgjennomgang

Gjennomføring følger anbefalinger i Norsk legemiddelhåndbok og veilederen for legemiddelgjennomganger^{16 17}.

1. Fastlegen ga først en presentasjon av pasienten og en kort oppsummering av pasientens helsetilstand.
2. Samstemming av legemiddellistene ble utført
3. Gjennomgang av legemiddellisten med spørsmål til alle legemidler ble utført.
4. Dokumentasjon av legemidler med indikasjon bak hvert legemiddel ble ført i legens dokumentasjonsverktøy, farmasøyt førte legemiddelrelaterte problemer og endringer.
5. Det ble avklart tiltak som skal følges opp i etterkant av legemiddelgjennomgang av hjemmetjenesten
6. Det ble satt dato for ny evaluering eller tidspunkt for tilbakemelding til fastlegen.
7. Hvem som formidlet vurderinger gjort i møtet tilbake til pasienten ble avklart.

Det tverrfaglige teamet konkluderte i møtet når det gjaldt videre tiltak og behov for oppfølging, og ev. andre tiltak.

Etterarbeid etter legemiddelgjennomgang

Etterarbeidet fulgte denne strukturen:

- Hjemmetjenesten iverksatte endringer etter anbefaling fra lege/farmasøyt
- Oppførte endringer i legemiddellisten
- Oppdatere tiltaksplanen, og skrev rapport om legemiddelgjennomgangen

¹⁶ Helsedirektoratet, 2012. Nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger, IS-1998.

¹⁷ Engh, E, Ranhoff A. H og Viktig, KK., 2012: Norsk legemiddelhåndbok, G24

5 Resultater

Resultatene fremstilles i denne rapporten samlet for alle distriktene i hjemmetjenesten.

Det er gjennomført 20 legemiddelgjennomganger i tverrfaglig team, av disse ble det gjort endringer på legemiddellisten hos 90 % av pasientene. Gjennomgangen resulterte i seponeringer, doseendringer og for noen oppstart av nytt legemiddel.

Gjennom piloten har kommunikasjon og samarbeidet mellom sykepleiere og fastleger blitt styrket. Sykepleierne som har deltatt i piloten forteller at de opplever det som faglig stimulerende. De påpeker at de faglige diskusjonene omkring pasientens sykdom og behov relatert til legemiddelbehandlingen er økt.

Resultatene beskrives her under hvert enkelt tiltak i tiltakspakken

1. Legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister mellom pasient, hjemmesykepleien og fastlege

Endringer på medisinalistene:

I legemiddelgjennomgangen valgte legene å gjøre 76 endringer på medisinalistene. Av disse var det:

- 25 doseendringer
- 28 seponeringer
- 13 nye medisiner
- 2 endringer av administrasjonsform
- 14 monitoreringer i forhold til hvordan pasienten responderer på medisinbruk/doseendring og lignende.

De fleste seponeringer var behovslegemidler pasienten ikke lengre brukte, de øvrige som konsekvens av klinisk vurdering med interaksjons og blodprøvesvar.

Doseendringer ble utført grunnet kartlegging av vekt, blodprøvesvar og interaksjonsvurdering.

Nye medisiner ble hovedsakelig valgt grunnet nye kartlagte problemområder eller for å erstatte seponerte legemidler med interaksjoner.

Monitorering ble avtalt både på medikamenter pasienten sto på, på nye eller i forhold til seponering, for å gi legen vurderingsgrunnlag for videre legemiddelbehandling.

Gjennomsnittlig antall medisiner før og etter legemiddelgjennomgang:

Pasientene anvendte i gjennomsnitt på 12.7 legemidler før og 11.5 etter legemiddelgjennomgangen.

Samstemte legemiddellister

93 % av legemiddellistene var ikke samstemt før legemiddelgjennomgangene. Det samsvarer med funn presentert i Stortingsmelding nr 18 (2004-2005), hvor det fremkommer 90 % har hatt uoverensstemmelse mellom medisinalistene.

Hjemmetjenestens medisinaliste var mest oppdaterte når man ser på hva fastlegen og hjemmetjenesten hadde registrert.

Få pasienter oppgav å bruke naturlegemidler eller andre medisiner utenom det som sto på medisinalistene.

En pasient ble henvist til spesialist for vurdering i etterkant av møtet, og to fastleger valgte å kalle inn pasienten til konsultasjon for å vurdere eventuelle endringer i medikasjonen, den siste valgte å delegere smertebehandling til kreftsykepleier i hjemmetjenesten.

Kvalitetsforbedring

Prosjektet har bidratt til en kvalitetsforbedring innen følgende punkter:

- Indikasjon bak forskrivning har økt fra 25.9 % til 90 %, dvs. økt med 64,1 %
- Antall legemidler er redusert fra 12.7 til 11.5 per pasient.
- Antall samstemte legemiddellister er økt fra 27 % til 100 % i piloten
- Antall diagnoser ført i Gerica har økt med 93,5 %

2. Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal (innen to virkedager) etter endringer

Tiltaksplanen ble oppdatert etter to virkedager i 70 % av legemiddelgjennomgangene. Hos de resterende tok det 3-4 dager å oppdatere tiltaksplanen. Tiltaksplanen ble oppdatert hos totalt 19 av 20 pasienter. Hos 90 % av legemiddelgjennomgangene ble det sendt tilbakemelding til legen i etterkant av legemiddelgjennomgangen. Referat fra legemiddelgjennomgangen ble skrevet i hjemmesykepleiers journal samme eller påfølgende dag hos samtlige. En pasient som flyttet til institusjon, fikk overført journalnotat og ny medisinaliste slik at endringer kunne følges opp der.

3. Etabler struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging

Det ble utarbeidet en mal for dokumentasjon i Gerica for forarbeid, gjennomføring og dokumentasjon i etterkant av legemiddelgjennomgangen. Tidsbruken avhenger av hvor godt man kjenner pasienten og kompleksiteten i pasientens legemiddelbruk.

Datainnsamlingen som gjøres av hjemmetjenesten i forkant av legemiddelgjennomgangen tar i gjennomsnitt en time. Det antas at tiden vil reduseres når systemet med tjenestestansvarlig sykepleiere er kommet bedre i gang. Mye av informasjonen som innhentes i forkant av legemiddelgjennomgangen er nødvendig datagrunnlag for andre kvalitetssystemer som for eksempel ernæringskartlegging og kartlegging i forhold til oppfølging av brukere med akutt- og subakutt funksjonssvikt.

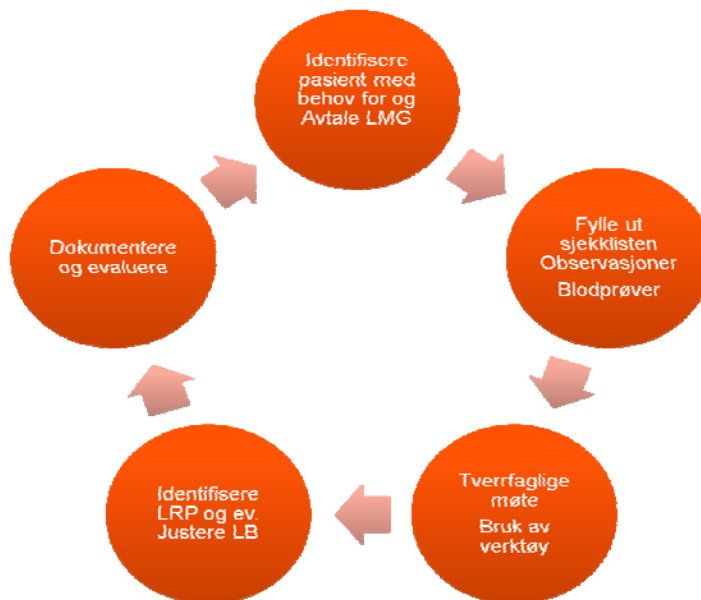
Piloten erfarte at det var nødvendig å sette av 30-45 minutter til selve legemiddelgjennomgangen, mens etterarbeid som dokumentasjon tok i gjennomsnitt ca. en time. I tillegg bruker farmasøyten ca. 15-20 minutter på forarbeid før det tverrfaglige møtet.

Det ble gjort fem endringer i vedtak i etterkant av legemiddelgjennomgangen. To av disse endringene var av langvarig karakter. Øvrige var endringer i evalueringsfasen rett etter legemiddelgjennomgangen.

6 Erfaringer

De tre pilotkommunene prøvde ut samme gjennomføringsmodell (legemiddelgjennomgang-hjulet) for strukturerte legemiddelgjennomganger i tverrfaglig team.

Legemiddelgjennomgang-hjulet er utviklet av Nygård sykehjem, og bidrar til å illustrere den dynamiske prosessen som legemiddelgjennomganger er. Utviklingssentret i Oslo vil fortsette å bruke modellen til å sikre at praksisfeltet får et verktøy til å gjennomføre strukturerte legemiddelgjennomganger som varig forbedringsarbeid ved å utføre en strukturert prosess; planlegge, gjennomføre, følge opp, dokumentere og evaluere.



6.1 Tilbakemelding/erfaringer fra hjemmetjenestens ansatte:

Pasientens tjenesteansvarlige sykepleier har i de fleste tilfeller vært involvert i datainnsamling i forkant av legemiddelgjennomgangen. De har bidratt med utfylling av sjekklister og deltatt i samtale med ansvarlig sykepleier i prosjektet om faglige observasjoner og vurderinger som skulle tas med til møtet med fastlegen og farmasøyt.

Sjekklisten blir fremhevet av pasientens tjenesteansvarlige sykepleier som verdifull ved at den samler nødvendig informasjon som systematiserer og effektiviserer legemiddelgjennomgangen samt gir fastlegen god informasjon om pasienten.

Sykepleiere som har deltatt i piloten gir uttrykk for at det tverrfaglige samarbeidet og metoden har fungert bra, selv om dette har vært en ny måte å jobbe på for de fleste.

Sjekklisten var verdifull for å samle relevant informasjon i forkant av legemiddelgjennomgangen og sykepleierne gir uttrykk av at den systematiserer og effektiviserer selve legemiddelgjennomgangen.

Sykepleiere i hjemmetjenesten opplevde utprøving av legemiddelgjennomganger som faglig stimulerende. De opplevde at samarbeidet mellom fastleger og hjemmesykepleien ble styrket og at det ga en direkte effekt på pasientsikkerheten. De ansatte i hjemmesykepleien

beskriver at de opplever stort tidspress i hverdagen, og uforutsette hendelser i ordinær drift gjorde at planlagte oppgaver i forhold til piloten av og til måtte overtas av pilotlederne.

I etterkant av piloten registreres det en klar økning og forbedring i dokumentasjon av observasjoner og vurderinger av virkninger og bivirkninger av legemidler i pasientjournalen. Det var ikke alltid avtalt å gi tilbakemelding til fastlegen i etterkant av møtet med legemiddelgjennomgangen. Sykepleierne beskriver imidlertid dette som et naturlig ledd i videre legemiddeloppfølging og gjorde dette gjennomgående.

Ved case-gjennomgang i etterkant av legemiddelgjennomgangen ble endringer, vurderinger og nye tiltak og observasjoner som skal utføres lagt frem for ansatte. 68 % av sykepleierne var med på en eller flere case-gjennomganger. Dette er litt færre enn målsettingen om 80 % deltagelse, men alle som var på jobb i de aktuelle gruppene deltok. Både sykepleiere og helsefagarbeidere gir positive tilbakemeldinger på disse gjennomgangene. Ansatte mener det har ført til god innsikt om effekt, bivirkninger og oppfølging av legemidler, men også gitt bedre innsikt i pasienten generelt og økte ferdigheter i dokumentasjon. Det foregår en holdningsendring, fra å gi medisin, til å foreta lovpålagt helhetlig medikamenthåndtering.

6.2 Tilbakemelding/erfaringer fra pasienter

De fleste pasientene som ble spurt om å delta i piloten var positive til at legemidlene de sto på skulle revurderes og at de skulle få tilbud om optimalisert behandling der det var mulig. For enkelte var opplevelsen av utrygghet i forbindelse med en mulig endring av medisiner de hadde stått på svært lenge, stor. To av disse ønsket ikke å delta i prosjektet, en sa seg villig til å delta, men ble svært urolig da forslag om endring kom. For enkelte pasienter oppleves enhver endring som ubehagelig og utrygt. Dette er tilbakemeldinger som har stor betydning for hvordan sykepleiere og lege tilnærmer seg problemstillinger knyttet særlig til seponeringer, for å hindre forverring av helsetilstand.

I piloten ble det avtalt med fastlege at sykepleieren skulle formidle forslag til endringer i legemidler og funn til pasienten i etterkant av legemiddelgjennomganger der pasienten ikke selv deltok. Flere pasienter uttrykte imidlertid ønske om å høre dette direkte fra legen og piloten anbefaler derfor at legen har ansvar for å informerte pasienten når det er behov for større endringer.

En pasient formidler at vedkommende har fått økt livskvalitet i etterkant av legemiddelgjennomgangen på grunn av bedring i pusten, noe som antas skyldes seponering av medikamenter.

Hos noen pasienter måtte man justere tilbake de endringene som ble gjort i etterkant av legemiddelgjennomgangen, fordi det ble observert uheldige effekter som for eksempel økte ødemer etter reduksjon av vanndrivende. De fleste pasientene forteller at de opplevde det som trygt at ansatte i hjemmetjenesten spør og vurderer helsetilstand og bivirkninger, noen er uvant med slik oppmerksomhet.

Der det ikke ble gjort vesentlig endringer, ble legemiddelgjennomgangen likevel oppfattet som positiv av både pasient og lege. De så på gjennomgangen som en kvalitets sikring for å avklare at legemiddelbehandlingen var tilfredsstillende.

6.3 Tilbakemelding/erfaringer fra fastlegene

Legen har ansvar for pasientens legemiddelbehandling. Ikke overraskende vurderes det at legemiddelendringer ofte må gjøres gradvis av hensyn til pasientens helse. Det bør derfor legges planer i det tverrfaglige møtet over hvilke endringer som er ønskelige å vurdere i etterkant av legemiddelgjennomgangen.

I forhold til noen pasienter har det vært vanskelig å gjennomføre endringer og planer som foreslått etter legemiddelgjennomgangene. Farmasøyten har noen betraktninger rundt dette, og at det kan være ulike årsaker:

- Noen leger var ukjent med legemiddelgjennomganger og trengte tid til å vurdere endringsforslag. Andre ønsket ikke å endre legemiddelbehandling fra sykehus.
- Noen kjenner pasienten for dårlig - og trenger tid til å bli kjent med pasient eller endringen krever tettere oppfølging/ monitorering enn det som er praktisk mulig på tidspunktet for gjennomgangen.

Ved evaluering i etterkant av legemiddelgjennomgangen mente samtlige leger at det tverrfaglige møtet var utbytterikt og ønsket metoden videreført. De så dette som en måte å oppfylle krav i den nye fastlegeforskriften¹⁸. En lege har allerede bedt om legemiddelgjennomgang for ny pasient etter endt pilotperiode.

Legenes vurdering av det å ha med farmasøyt: En lege med god bruk av eget dataverktøy var usikker på verdien av farmasøyt til alle sine pasienter. De fleste legene mente imidlertid farmasøytene var en viktig ressurs som førte til gode refleksjoner i de tverrfaglige møtene.

Legene med god kjennskap til dataverktøy hadde i størst grad oppdaterte legemiddellister og brukte interaksjonsanalyser i sin egen vurdering av pasientens legemiddelbruk.

Samstemmingen av legemiddellisten avdekket svakheter i rutiner for samstemming mellom hjemmesykepleien og fastleger. Hvorvidt fastleger hadde en oppdatert og samstemt legemiddelliste i sin elektroniske journal, så ut til å avhenge av hvor godt de kjente til og brukte journalsystemet. Hjemmetjenesten erfarte at noen leger ikke hadde en oppdatert legemiddelliste, men måtte lete i pasientjournalen for å finne frem til de legemidlene pasienten sto på. Hjemmetjenesten erfarte at der leger ikke hadde oppdatert legemiddelliste i sitt dataprogram, kunne det føre til en risiko for å sende over feil legemiddelliste til hjemmesykepleien, via helsenett (PLO melding eller E-link).

6.4 Tilbakemelding/erfaring fra farmasøyt

Farmasøyten sin tilbakemelding til hjemmetjenesten er at de har opplevd godt tverrfaglig samarbeid rundt dette viktige arbeidet. Farmasøyten mener den metoden man etter hvert kom frem til for legemiddelgjennomgang har fungert bra. Farmasøyten rapporterer imidlertid at det har vært vanskelig å vite hvor godt lege og tjenesteansvarlig sykepleier har satt seg inn i hvordan en legemiddelgjennomgang skal gjennomføres på forhånd (metode/verktøy). Med dette som bakgrunn påpekes det hvor viktig prosessveileder blir i gjennomgangen. Selve prosedyren anbefaler farmasøyten av kunne vært brukt mer som en sjekkliste og at den kunne vært mer som et arbeidsredskap i selve legemiddelgjennomgangen.

¹⁸ Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012 § 25 med merknader

Farmasøyten uttrykker bekymring for mulighet for god dokumentasjon i elektronisk pasientjournal i etterkant av legemiddelgjennomgangen. Dette anbefales det at det arbeides videre med for å få til en god prosedyre.

6.5 Erfaringer med bruk av prosessveiledere i Bydel Bjerke

Etter piloten i Bydel Bjerke, er vi av den klare oppfatning at oppstart av denne type legemiddelgjennomgang og legemiddelsamstemming må ha en "prosessveileder" i startfasen. Prosessveilederne har vært svært viktige for gjennomføringen, både med tanke på kartleggingen av pasienter og for selve gjennomføringen i tverrfaglig team. Prosessveilederne har fulgt opp avdelingene i grupper og enkeltvis i etterkant av legemiddelgjennomgangene. Dette har vært ressurskrevende, men en viktig suksessfaktor. Prosessveileder har deltatt i hele prosessen rundt samtlige av de 20 pasientene i piloten.

På grunn av det høye antall deltagende fastleger og sykepleiere ble det brukt noe tid til å bli kjent og finne en egnet struktur og samarbeidsform i starten av møtene for legemiddelsamstemming. Sykepleiere, fastleger og farmasøyt er klare på at det var en styrke å ha med erfaren farmasøyt og prosessveileder som ledet det tverrfaglige møtet var en svært viktig suksessfaktor i en oppstartsfasen.

Pilotens farmasøyt ser at prosessveiledere har vært svært viktige for gjennomføringen, både med tanke på kartleggingen av pasienter og for selve gjennomføring i tverrfaglig team. Pilotveilederne har fulgt opp avdelingene i grupper og enkeltvis i etterkant av legemiddelgjennomgangene.

6.6 Erfaringer med kompetansehevende tiltak

Det ble tidlig klart at ansatte i hjemmetjenesten hadde både et stort ønske og et stort behov for kompetansehevende tiltak i forhold til legemidler og eldre. Kunnskap er en forutsetning for å kunne gjøre en god jobb i forhold til legemidler. I pilotprosjektet ble det gjennomført internundervisning om legemidler og eldre. I denne undervisningen ble det fokusert på START/STOPP, NorGep og ulike interaksjonsverktøy. Utviklingssenter for hjemmetjenester inviterte også sykepleiere fra hele Oslo til tre timers kurs om legemidler og eldre (forholdsvis høyt nivå). Hensikten med begge disse tiltakene var å øke ansattes kompetanse i legemiddelgjennomgang, faglige observasjoner, oppfølging av pasient og dokumentasjon i pilotprosjektet.

- 72 % av alle sykepleiere på dag og kveld deltok på en tre timers undervisning i legemiddelbehandling. 72 % sykepleiere har deltatt på kurs om ulike verktøy som brukes i en legemiddelgjennomgang, og hvilke legemidler som anbefales/anbefales ikke hos eldre mennesker.

Prosjektgruppen er fornøyd med deltakelsen ettersom målsettingen var at 50 % av sykepleierne skulle delta på undervisning.

Sykepleierne har gitt mange tydelige tilbakemeldinger på at undervisningen har vært nyttig. De sier at resten av personalgruppen nå har økt forståelse for hvorfor ulike observasjoner og tiltak iverksettes, og at de selv har fått økt fokus på medikamenthåndtering og oppfølging av pasienten med medisiner.

6.7 Betraktninger rundt kostnader ved legemiddelgjennomgang

Ledelsen i hjemmetjenesten og i bydelen ser hvor viktig det er med samstemte legemiddellister og optimalisert legemiddelbruk. Likevel er det et fakta at tiden som er til rådighet i tjenesten er svært begrenset. Enda mindre ressurser er det til å gå inn med tiltak som er direkte kostnadskreven, som for eksempel farmasøyt. Per i dag er det så vidt utviklingscenteret og pilotene kjenner til, ingen bydeler i Oslo kommune som har legemiddelgjennomganger som en del av eventuell avtale med farmasøyt, faktisk er det flere bydeler som ikke har avtale med farmasøyt i det hele tatt. For at hjemmetjenestene i Oslo kommune skal kunne implementere modellen som er utviklet i piloten, vil det kreve en betydelig ressurstilføring.

Leder for søknadskontor og hjemmetjeneste i Bydel Bjerke har stilt spørsmål til hvor ressurskrevende legemiddelgjennomgang vil bli, og hva gevinsten vil være. De er usikre om det vil være mulig å dekke kostnader til farmasøyt over Bydel Bjerkes ordinære budsjett. De stiller også spørsmål ved om dette er kommunens ansvar eller om det bør dekkes av fastlegen som er pålagt legemiddelgjennomgang gjennom forskrift¹⁹.

Leder av utviklingscenter for hjemmetjenester har brakt temaet inn for Byrådsavdeling for Eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune, og det er søkt om midler fra kommunen sentralt for å støtte opp om en implementering i Oslo. I skrivende stund er det usikkert om midler innvilges, men det er gitt positive signaler til utviklingscenteret. En tildeling av midler til et sentralt implementeringsprosjekt i regi av utviklingscenteret vil lette dette arbeidet betydelig.

6.8 Elektronisk pasientjournal (EPJ) utfordringer:

Det ble laget en mal for dokumentasjon i Geric i forbindelse med piloten. Malen ble endret underveis ettersom arbeidet med piloten pågikk. I utgangspunktet var den et godt verktøy for sykepleierne som skulle dokumentere data knyttet til legemiddelgjennomgangene. Det arbeides videre med å sikre en god struktur og mal for dokumentasjon i pasientjournal.

Hjemmesykepleien i Bydel Bjerke har ingen tradisjon med å føre opp pasientens diagnoser i elektronisk pasientjournal. Piloten har derfor satt fokus på dette, og gjort tiltak for å forsøke å forbedre oversikten i pasientjournalen. Det følger noen utfordringer knyttet til dette. Det har ført til ekstra tidsbruk for hjemmetjeneste og leger. Diagnosene kommer ikke opp på den håndholdte datamaskinen PDA som brukes ute i tjenesten, noe som er en svakhet i nødvendig kommunikasjon ved innleggelser og lignende. Hjemmetjenesten jobber aktivt med å få lagt inn diagnoser på alle pasienter, fordi det styrker faglige vurderinger og observasjoner.

6.9 Veiledning og oppfølging fra pasientsikkerhetskampanjen og læringsnettverk

Det har vært nyttig å følge det nasjonale læringsnettverket til sykehjemmene slik at innsikt i deres erfaringer, arbeidsform og prosjekter har vært en ressurs og et fundamentet for vårt arbeid. Det har vært viktig å få veiledning og oppfølging fra pasientsikkerhetskampanjen. Faste møtepunkt, veiledning og telefonkontakt har bidratt til erfaringsutveksling, utdyping

¹⁹Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012 § 25 med merknader

av utfordringer og sørget for fremdrift. Det vil være viktig å ivareta nettverksarbeidet som arbeidsform også i spredning.

7 Anbefalinger

Legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten inkluderer oppfølging av pasienten som tar legemidler i følge forskrifter^{20 21}.

Basert på piloten, mener prosjektet det er helt nødvendig å implementere ny modell for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang i hjemmetjenestene i Oslo. Funnene i Bjerke er i tråd med funn i de andre pilotene og andre nasjonale målinger og det er ingen grunn til å tro annet enn at funnene i Bjerke er representative for alle Oslos hjemmetjenester.

Utviklingscenter for hjemmetjenester vil i løpet av våren 2013 invitere samtlige bydeler til læringsnettverk for å gi bistand til gjennomføring av tiltakene i kampanjen.

Det anbefales at det informeres om funn i denne piloten på sentralt nivå i Oslo og på ledernivå i de 15 bydelene. Deretter bør bydelene oppfordres til å delta på læringsnettverk. En viktig forutsetning for en vellykket implementering mener piloten er at det settes av ressurser til prosessveiledere i hjemmetjenestene som skal innføre tiltakspakken. Disse prosessveilederne bør også få et ansvar for å dokumentere funn i Extranet.

Piloten anbefaler at det etableres et implementeringsprosjekt i Utviklingscenter for hjemmetjenester der det sikres prosessveiledning og tilgang på farmasøyt. Det er søkt om midler til et slikt prosjekt. Uavhengig av om det kommer penger til et slikt implementeringsprosjekt vil ansatte i Utviklingscenter for hjemmetjenester ha legemiddelgjennomganger som en satsing i 2013 og dermed så langt som mulig bistå øvrige bydeler i Oslo med dette arbeidet.

Det tas som en selvfølge at hjemmetjenesten bidrar i legemiddelgjennomganger der det er fattet vedtak om at pasienter skal ha bistand med legemiddeladministrasjon og det er enighet om at et slikt gjennomgang er nødvendig.

Nasjonalt arbeid i 2013

Som en av de tre pilotene i hjemmetjenesten vil Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo få en rolle i det nasjonale læringsnettverket som Pasientsikkerhetskampanjen har invitert til i 2013. Første samling er allerede 4. og 5. februar 2013. Gjennom spredningsarbeid skal Utviklingscenteret bidra til å utvikle varige strukturer og kulturer for pasientsikkerhet innenfor sitt nettverk. Dette i tråd med intensjonene i pasientsikkerhetskampanjen / *trygge hender*.

Piloten vil være en ressurs ved å bidra med erfaringer og råd i det videre spredningsarbeidet sammen med Pasientsikkerhetskampanjen, Kunnskapscenteret og Helsedirektoratet.

Mer informasjon om dette arbeidet kan leses på www.pasientsikkerhetskampanjen.no

20 Helse og omsorgsdepartementet 2008: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp §4 og 5. FOR 2008-04-03 nr 320 www.lovdata.no

21 Helse og omsorgsdepartementet 1983: Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 1 FOR 1983-11-23 nr 1779: www.lovdata.no

8 Tiltakspakken

Tiltakspakken inneholder tiltak som skal bidra til å sikre samstemming av legemiddellisten, en strukturert legemiddelgjennomgang, kvalitetssikring av oppfølgingen med faglige, observasjoner og vurderinger, samt en hensiktsmessig struktur for dokumentasjon i elektronisk pasientjournal.

De tre pilotprosjektene anbefaler følgende tiltakspakke for pasienter i hjemmetjenesten med vedtak om legemiddelhåndtering.

1. Samstemming av legemiddellisten mellom pasient, hjemmetjeneste og fastlege.

Beskrivelse av tiltaket:

- I samtale med pasienten og innhentes opplysninger om legemidler pasienten bruker (legemidler i bruk - LIB) og eventuelt hva som i tillegg tas av naturlegemidler, kosttilskudd, tran etc.
- Oppdater hjemmetjenestens legemiddelliste dersom det tilkommer ny informasjon om pasientens legemidler i bruk (LIB), eksempelvis ved skifte av behandlingsnivå, etter utredning av spesialist eller etter kontakt med fastlege.
- Samstem og oppdater legemiddellisten i tverrfaglig møte der minimum fastlege og sykepleier i hjemmetjeneste, evt. farmasøyt og evt. pasient deltar.

2. Tverrprofesjonell strukturert legemiddelgjennomgang av hjemmeboende pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering når dette anses nødvendig ut fra medisinsk og sykepleiefaglig vurdering

Beskrivelse av tiltaket:

- Identifiser pasient/pasientgruppe med behov for legemiddelgjennomgang²²
- Innhent nødvendig informasjon fra samarbeidende helsepersonell, pasienten og pårørende om pasientens sykehistorie.
- Kartlegg i samråd med pasienten og gjør grunnleggende observasjoner ved bruk av kampanjens sjekklister.
- Avklar behov for blodprøver av pasient med fastlege og sørg for at blodprøver tas av pasient i henhold til rekvisisjon (senest innen en uke før avtalt legemiddelgjennomgang).
- Avtal tid for legemiddelgjennomgang på fastlegens kontor med fastlege, sykepleier fra hjemmetjenesten og evt. farmasøyt²³.
- Send aktuelle opplysninger til farmasøyt i forkant av legemiddelgjennomgangen.
- Utfør legemiddelgjennomgang i henhold til nasjonal veileder²⁴ med 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 i legemiddelgjennomgang hva det er behov for av oppfølgingstiltak og dato for evaluering av iverksatte tiltak.
- Avklar i møtet med fastlegen hvem som informerer pasienten om behov for/forslag om endringer i legemiddelbehandlingen.

²² Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012 §25

²³ Eng, E, Ranhoff A. H og Viktig, KK. Norsk legemiddelhåndbok, G24 Legemiddelgjennomgang (LMG), publisert 27.09. 2012.

²⁴ Helsedirektoratet, 2012, Nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger, IS-1998

- Iverksett tiltak forordnet av fastlege med støtte fra tverrfaglig team og i samråd med pasienten.
- Dokumenter i elektronisk pasientjournal at samstemming og legemiddelgjennomgang er utført, og hvem som har ansvar for videre oppfølging.

3. Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal (innen to virkedager) 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 i hjemmetjenesten om eventuelle endringer i legemiddelbehandlingen og behov for oppfølging.
- Oppdaterer legemiddellisten i elektronisk pasientjournal.
- Setter inn indikasjon/bruksområde for hvert legemiddel i henhold til legens forskrivning.
- Korrigerer istandgjorte legemiddeldoser/dosetter/multidose i henhold til legemiddelgjennomgangen.
- Informer pasienten om behov for oppfølgingstiltak, f.eks ved behov for monitorering av blodtrykk.

4. Etabler struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging.

Beskrivelse av tiltaket:

- Etabler en struktur/mal i elektronisk pasientjournal for dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomganger.
- Etabler en struktur i elektronisk pasientjournal for dokumentasjon av faglige observasjoner, vurderinger, oppfølging og evaluering av legemiddelrelaterte behov og problemer.

9 Referanser

Bostrøm, Vibeke, 2011: I trygge hender på Nygård, Pilot sikker legemiddelbehandling i sykehjem. www.pasientsikkerhetskampanjen.no

Engh, E, Ranhoff A. H og Viktig, KK., 2012: Norsk legemiddelhåndbok, G24 Legemiddelgjennomgang. Publisert 27.09. 2012. www.legemiddelhandboka.no

Felleskatalogen 2012: DRUID- analyse. Interaksjonsverktøy. www.felleskatalogen.no

Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012. § 25 med merknader, trer i kraft 1. januar 2013 FOR- 2000-04-14-328. www.lovdatab.no

Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al, 2008: STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther.; 46: 72-83. Oversatt til norsk av Bakken MS, Granås AG, Ruths S, Ranhoff AH 2010. www.legeforeningen.no

Helsedirektoratet, 2011. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien, IS- 1887. www.helsedirektoratet.no

Helsedirektoratet, 2012. Nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger, IS-1998. www.helsedirektoratet.no

Kirkevold O, Engedal K, 2009 Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. Drugs Aging. 26: 333- 44.

Legemiddeloven, 1992: Lov om legemidler m.v. Legemiddeloven § 2. LOV-1992-12-04-132. (1992-12-04) www.lovdatab.no

Nygaard HA, Naik M, Ruths S, Straand J, 2003. Nursinghome residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. The Bergen district nursing home (BEDNURS) study. Eur J Clin Pharmacol; 59: 463-9.

Ranhoff, Anette Høyen 2010: Legemidler til eldre til nytte og skade. Norsk farmaceutisk tidsskrift. www.farmatid.no/id/3427.0

Ranhoff, AH, Bakken M S, Granås, A G, Ruth, S 2010: Uheldig legemiddelbruk hos eldre. Tidsskrift Norsk Legeforening 2010; 130:1809. www.tidsskriftet.no/article/2014853/#reference-2

Ranhoff, AH, Bakken M S, Granås, A G, Ruth, S 2010: "The Norwegian General Practice (NorGeP) criteria..." Liste over 36 eksplisitte kriterier over farmakologisk u hensiktsmessige forskrivninger til eldre pasienter (> 70 år) i allmennpraksis www.legeforeningen.no

Ruths, Viktil, Blix 2007: Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Spesielt side 3075. fra Norsk tidsskrift for lægeforeningen nr 23, 2007; 127; 3073-6. Sist lest 03.12.2012 www.tidsskriftet.no

Stortingsmelding nr. 18, 2004-2005: Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk www.regjeringen.no

Statistisk sentralbyrå: Kommunal pleie- og omsorgsstatistikk 2012: Førrelse tal 2011: Meir til dei yngste og eldste. www.ssb.no/pleie/

10 Vedlegg

1. Legemiddelgjennomganger i hjemmetjenesten - sjekklister
2. Sjekklister for gjennomføring av legemiddelgjennomganger i hjemmetjenesten
3. Standard blodprøveskjema
4. Samtykke til deltakelse i pilotprosjektet
5. Informasjon til pasient
6. Resultater for piloten
7. Excelark til målinger
8. Informasjonsbrev til leger

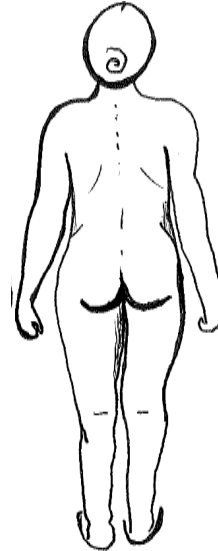
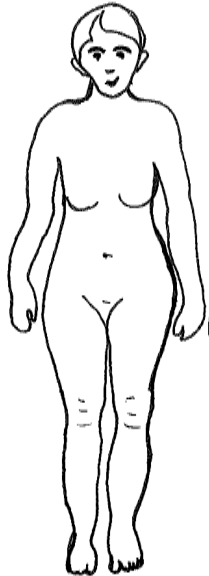
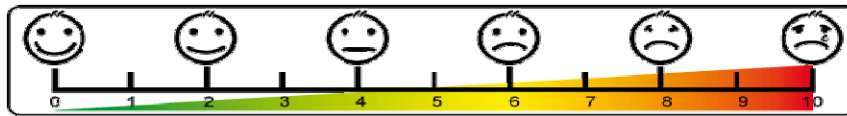
Legemiddelgjennomgang i hjemmetjenesten – sjekkliste

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

Funksjonsområde/ Utredning	Observasjon/vurderinger/ forordninger	Anmerkninger
Pasientens initialer født: _____	Legemiddelgjennomgang: Første LMG <input type="checkbox"/> Evaluering <input type="checkbox"/> Årskontroll <input type="checkbox"/>	
Samtykkekompetanse	Har samtykkekompetanse når det gjelder legemiddelbehandling: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Sirkulasjon/ respirasjon	Puls: _____/min BT: _____mm/Hg Dyspnoe: Ingen <input type="checkbox"/> O2 metning _____ Ved aktivitet <input type="checkbox"/> I hvile <input type="checkbox"/> Dehydrert <input type="checkbox"/> Ødemer: Ingen synlige <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Store <input type="checkbox"/>	
Hud/slimhinner	Kløe <input type="checkbox"/> Utslett <input type="checkbox"/> Sår <input type="checkbox"/> Tørrhet <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>	
Smerter	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Dersom ja, se smertekartlegging på bakside	
Eliminasjon	Vannlating: Normal <input type="checkbox"/> Urinretensjon <input type="checkbox"/> Inkontinent <input type="checkbox"/> Permanent kateter <input type="checkbox"/> Antall toalettbesøk natt _____ Avføring: Normal <input type="checkbox"/> Diaré <input type="checkbox"/> Obstipasjon <input type="checkbox"/>	
Ernæring	Vekt: _____ kg Høyde: _____ cm BMI: _____ Kvalme <input type="checkbox"/> Munntørrhet <input type="checkbox"/> Matlyst	
Fysisk funksjonsnivå	Svimmelhet <input type="checkbox"/> Gangfunksjon _____ Fallrisiko <input type="checkbox"/> Fall siste halvår _____ Skjelvinger <input type="checkbox"/> Stivhet <input type="checkbox"/> Red.bevegelse ledd <input type="checkbox"/> Motorisk funksjon _____	
Psykisk funksjonsnivå	Uro/forvirring <input type="checkbox"/> Virker nedstemt <input type="checkbox"/> Engstelse <input type="checkbox"/> Agitasjon <input type="checkbox"/> Hallusinasjoner <input type="checkbox"/> Kognitiv svikt <input type="checkbox"/> Demensutredning <input type="checkbox"/>	
Søvn	Trøtthet på dagtid <input type="checkbox"/> Søvnforstyrrelser <input type="checkbox"/> Innsøvningsvansker <input type="checkbox"/> _____ timer søvn pr døgn	
Funksjonsnivå i forhold til inntak av legemidler.	Vil ikke ha /motsetter seg legemidler <input type="checkbox"/> Glemmer å ta legemidler <input type="checkbox"/> Medisiner/ naturpreparater som brukes, uten ordinasjon fra lege: _____ Kan svelge tabletter <input type="checkbox"/> Svelgvansker <input type="checkbox"/> Tabletter må knuses <input type="checkbox"/> Tobakk: _____ daglig forbruk Alkohol: <input type="checkbox"/> periodisk, spesifiser: _____ <input type="checkbox"/> ukentlig _____ enheter (se bakside)	
Cave/allergi:		
Legeforordnet lab. prøver i forkant av LMG, relevante i forhold til sykdom og legemiddelbruk	Standard blodprøver ved årskontroll <input type="checkbox"/> Eventuelt: fastende blodsukker, serum digitoxin, HbA1c ved diabetes, TSH/fritt T4 ved stoffskiftesykdom, BNP ved hjertesvikt, aktuelle medikamentspeil m.m. ved behov.	
Dato og signatur		



Dokumentasjonsverktøy



Avtegn smerte med VAS smerteskala ved ro og bevegelse. Angi ødem, sår etc med cm og lokalisasjon.

Alkoholenhet

1 standard alkoholenhet (AE) tilsvarer:

En av følgende: En liten flaske pils, ett vinglass med svakvin a` 1,5 dl, ett shotglass 40 % sprit 0,4 dl.
Grenseverdi for voksne pr uke: under 9 AE for kvinner, under 13 AE for menn.

Body Mass Index BMI = kg/m²

☐ < 18 alvorlig undervekt ☐ 18-20 undervekt ☐ 20-25 ideallvekt ☐ > 25 overvekt ☐ > 30 fedme

Høyde i meter alvorlig undervekt undervekt ideallvekt overvekt fedme

1.92	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	
1.90	8	9	9	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	
1.88	8	9	10	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	27	
1.86	9	9	10	10	11	12	12	13	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25	26	27	27		
1.84	9	9	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	28		
1.82	9	10	10	11	11	12	13	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	28	28		
1.80	9	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	25	25	26	27	28	28	29		
1.78	9	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30		
1.75	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	26	27	28	28	29	30	30	
1.74	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	17	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	
1.72	10	11	11	12	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	
1.70	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	
1.68	11	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33
1.66	11	12	12	13	14	15	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	34
1.64	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35
1.62	11	12	13	14	14	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	
1.60	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	37		
1.58	12	13	14	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	37	38	
1.56	12	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	
1.54	13	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	
1.52	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	
Vekt i kilo	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	



Sjekkliste for gjennomføring av legemiddelgjennomganger i hjemmetjenesten.

FØR LEGEMIDDELGJENNOMGANG(LMG)		
Ansvar	Oppgaver	Utført
Sykepleier	Avtalt møtetidspunkt for LMG med lege og farmasøyt.	
	Pasienten og event. pårørende er informert(skriftlig og muntlig). Be om muntlig samtykke til deltakelse av farmasøyt.	
Lege, sykepleier, primæransvarlig	Lege har oppdatert legemiddelliste med indikasjon for hvert legemiddel. Hentet av - eller sendt(fax eller brev) sykepleier.	
	Relevant klinisk informasjon fra pasient og eventuelt pårørende er innhentet	
	Sjekkliste for observasjoner/vurderinger er fylt ut	
	Hjemmesykepleiers legemiddelliste er oppdatert med faste- og eventueltmedisiner pasienten faktisk bruker.	
	Standard laboratorieprøver er ordinert av lege og utført av sykepleier (+ aktuelle tilleggsprøver avhengig av legemiddelbruk og diagnoser/sykdom)	
	Legemiddellistene: oppdatert liste fra hjemmesykepleien og event. legens liste (dersom listene ikke er samstemte) sendes farmasøyten en uke før LMG	
LEGEMIDDELGJENNOMGANG (LMG)		
Lege, sykepleier, farmasøyt	Lege/sykepleier har gitt kort sammendrag av pasientens sykehistorie og diagnoser	
	Lege/sykepleier har gitt en kort sammenfatning av funn i kartleggingen liste,bl.pr	
	Systematisk gjennomgang av legemiddellisten er gjort:	
	▪ Indikasjon er satt på alle legemidlene	
	▪ Diagnoselisten er oppdatert slik at det er samsvar mellom denne og legemidlene	
	▪ Brukes det legemidler pasienten ikke tåler? Cavelisten er oppdatert.	
	▪ Er dose (vurder lever og nyrefunksjon) og doseringstidspunkt tilpasset pasienten	
	▪ Er det observert bivirkninger det må tas hensyn til?	
	▪ Finnes det diagnoser som er ubehandlet? Sjekk mot START-kriteriene	
	▪ Er noen av legemidlene uegnet til eldre? Legemidler er sjekket mot STOPP og NorGeP	
	▪ Finnes det interaksjoner? Legemidler er sjekket i Druid	
	▪ Er det problemer knyttet til legemiddelinntak (svelgeproblematikk, sonde) eller administrasjonsteknikk (inhalasjon, injeksjon, øyedråperosv)	
	▪ Er det funksjonssvikt (forvirring, fall, svimmelhet, trøtthet på dagtid) som gir grunnlag for endringer?	
	▪ Finnes det legemidler som krever oppfølging ved monitorering (blodspeil eller liknende)	
	▪ Brukes naturpreparater som kan påvirke legemiddelbehandlingen?	
▪ Gis det legemidler som ikke er oppført på legemiddeloversikten (avføringsmidler, kremer/salver/dråper)		
Farmasøyt:	Legemiddellendringene er klassifisert etter nasjonalt klassifiseringssystem	
Sykepleier:	Data fra LMG er registrert i eget skjema	
Lege:	Legemiddellisten er oppdatert, samstemt, signert og overlevert til sykepleier	
	Observasjoner av virkning/bivirkning er ordinert. Event. nye undersøkelser avtalt	
	Nye resepter, korrigering av multidose er avtalt/gjort	

Lege, sykepl:	Det er avtalt hvem som skal informere pasienten.	
	Tidspunkt for evaluering av eventuelle observasjoner er avtalt.	
ETTER LEGEMIDDELGJENNOMGANG (LMG)- OPPFØLGING		
Sykepleier	Pasienten og event.pårørende er informert om eventuelle endringer	
	Endringer i legemiddelbehandlingen er rapportert til øvrige personell involvert i behandlingen.	
	Legemiddellisten er oppdatert i legemiddelmodulen i dokumentasjonssystemet.	
	Det er satt inn indikasjon/bruksområde for hvert legemiddel.	
	Istandgjorte legemiddeldoser/dosetter/multidose er korrigert i henhold til LMG	
	Tiltaksplan er oppdatert/nye tiltak skrevet i løpet av 48 t.etter LMG	
Alle ansatte	Observasjoner er fulgt opp og dokumentert	
Sykepleier, lege, primærkontakt	Evaluering av observasjoner er formidlet til legen etter avtale.	
	Avtaler tidspunkt for årlig LMG	



Vedlegg 3

Forslag til standardblodprøver i forbindelse med Legemiddelgjennomgang legemiddelgjennomgang

Senest 14 dager i forkant av legemiddelgjennomgang må blodprøver tas av legekantor eller Furst for hjemmeprøvetakning. Standard blodprøver er valgt på bakgrunn av erfaringer med legemiddelgjennomgang i sykehjem.

Hematologi:

Hb
Leukocytter
Trombocytter

Klinisk kjemi, proteiner:

Kalium
Natrium
Ferritin
ALP
Gamma GT
ASAT
ALAT
CRP
Glukose fastende
Urinstoff
Kreatenin

Andre:

Vitamin B12
Folat i serum

Spesifikke blodprøver i forhold til medisinske problemstillinger tilleggsforeskrives med aktuelle medikamentspeil ved psykofarmaka, ernæringsprøve etc.

Melding fra Furst: Ved rekvirering av medikamentspeil påføres full medikamentliste og hvilken medisin som trenger vurderes. Ved TSH og Fritt T4 trenger de å vite når medisinen var tatt sist. Skulle hjemmetjenesten stå for medisingivning hos pasienter med kognitiv svikt, så noter hjemmesykepleiens telefonnummer på rekvisisjon, slik at de videreformidler når medisinen sist var inntatt.





Vedlegg 4

Samtykke om samhandling mellom helsepersonell

Jeg samtykker til at Oslo kommunes hjemmetjeneste innhenter og gir opplysninger om mine medisiner og min helsetilstand. Samtykke gjelder mellom min fastlege, andre enheter i kommunen og sykehus. Målet er å optimalisere behandlingsopplegg og medisiner med i samråd med meg.

Jeg er informert om at samtykket kan begrenses eller trekkes tilbake i følge pasientrettighetsloven § 3.1 og 4.1

Dato:_____ Underskrift: _____





Vedlegg 5

Til brukere og pårørende ved hjemmesykepleien i Bydel Bjerke

Oslo 28.08. 2012

Riktig legemiddelbruk i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien i Bydel Bjerke samarbeider med Helsedirektoratets pasientsikkerhetskampanje: *I trygge hender* om riktig legemiddelbruk. Ved å utvikle gode rutiner for legemiddelhåndtering ønsker vi å sikre at brukere av tjenesten får riktige medisiner.

Vi tilbyr deg som en av våre brukere av hjemmesykepleien denne tjenesten. Ved at fastlegen din og en sykepleier fra hjemmesykepleien går igjennom de medisinene du tar, sikrer vi at du får de medisinene du trenger i dag. Vi vil også hos noen søke støtte fra farmasøyt, og på denne måte sikre god faglig vurdering. Hensikten er å få gitt deg best mulig medisinsk behandling i samråd med deg.

Dette gjøres på følgende måte:

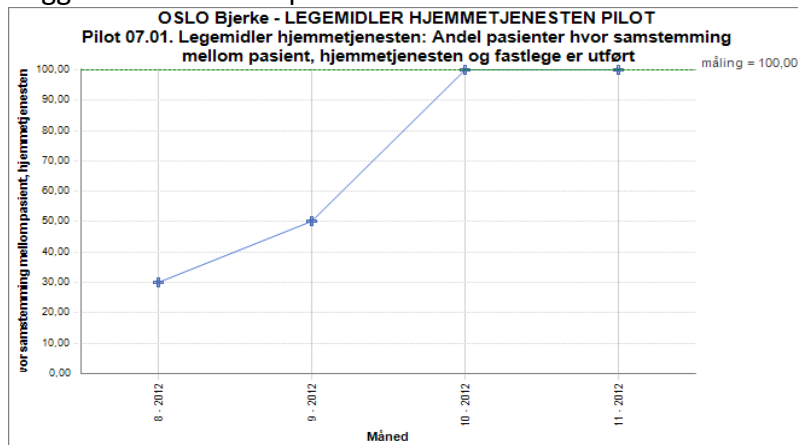
- Fastlegen foreskriver blodprøver som du må komme og få tatt. Først kommer hjem til deg og tar blodprøver hvis du ikke kan komme deg til legekantoret
- Hjemmesykepleien vil i samtale med deg samle inn informasjon om din helse og dine medisiner
- Vi vil spørre om hvilke medisiner du bruker, virkning og eventuelle bivirkninger av medisiner. Vi måler blodtrykk og tar puls, veier deg og måler din høyde.
- I møte vil fastlege, farmasøyt og hjemmesykepleie ha møtet på fastlegens kontor. Du blir ikke innkalt til møtet siden fastlege og farmasøyt bruker tiden til faglige drøftinger.
- Er det større endringer som foreslås, så vil fastlegen din ringe og snakke med deg før endringer gjøres.
- Blir det endringer på hvilke medisiner du tar etter gjennomgangen, så vil hjemmesykepleien følge deg opp med spørsmål og målinger som legen din ber oss følge med på.

Din deltagelse er frivillig, og din eneste kostnad er i forhold til blodprøven.
Ta gjerne kontakt ved spørsmål med hjemmetjenesten:

Ingri Østensen og Åse Arnesen tlf. 23 43 97 14

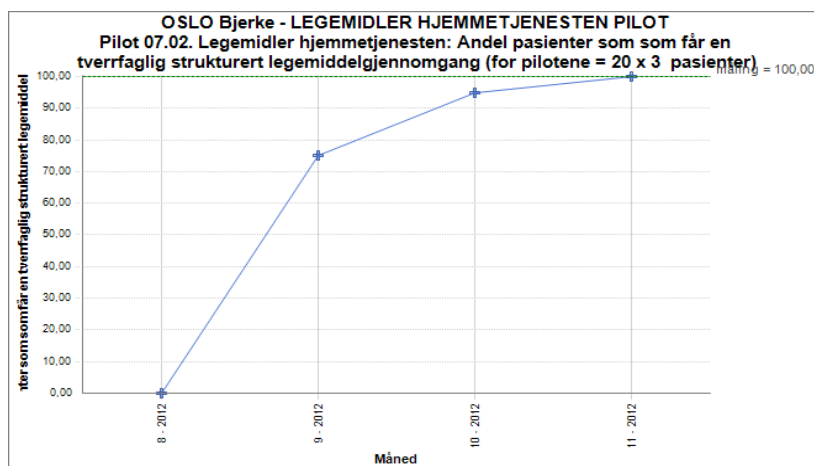


Vedlegg 6 Resultater for pilot



Figur 07.01: Andel pasienter hvor samstemming av legemiddellisten mellom pasient, hjemmetjeneste og fastlege var utført.

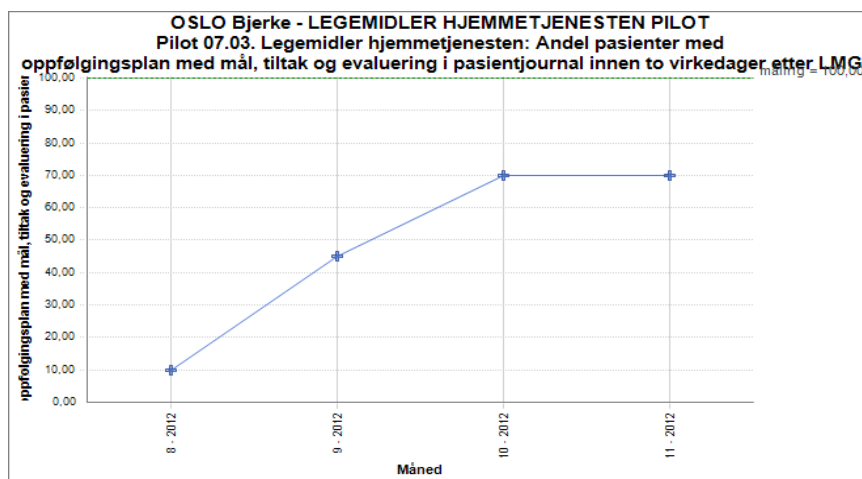
I forkant av legemiddelgjennomgangene var kun 30 % av legemiddellistene samstemt. Samtlige ble samstemte i løpet av møtet



Figur 07.02: Andel pasienter som får strukturert legemiddelgjennomgang.

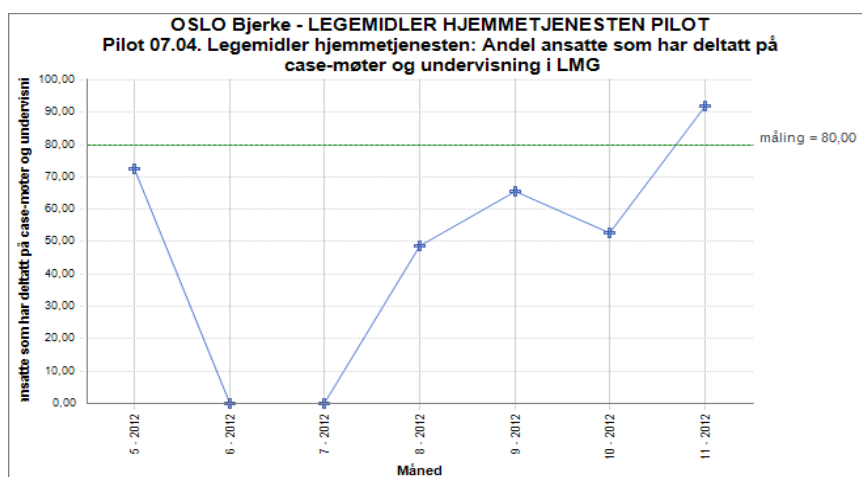
Ingen av pasientene i pilot hadde hatt tverrfaglig legemiddelgjennomgangen (legemiddelgjennomgang) tidligere i hjemmetjenesten. Noen få av hjemmetjenestens pasienter har hatt tverrfaglig legemiddelgjennomgang ved innleggelse på Geriatrisk avdeling.

I løpet av piloten fikk alle 20 pasientene legemiddelgjennomgang, hvorav 65 % med farmasøyt.



Figur 07.03: Andel pasienter med oppfølgingsplan med mål, tiltak og evalueringstidspunkt i pasientjournal inne to virkedager etter legemiddelgjennomgang.

70 % av pasientene hadde oppdatert oppfølgingsplan i løpet av to dager. Referater fra legemiddelgjennomgang og nødvendige tiltak som måtte utføres raskt var ført. De øvrige ble ført etter 3-4 dager. Det gjaldt pasienter hvor endringer ikke ble utført før neste multidoser utlevering.



Figur: 07.04 Andel ansatte som har deltatt på casemøter og kompetanseheving knyttet til legemiddelgjennomgang

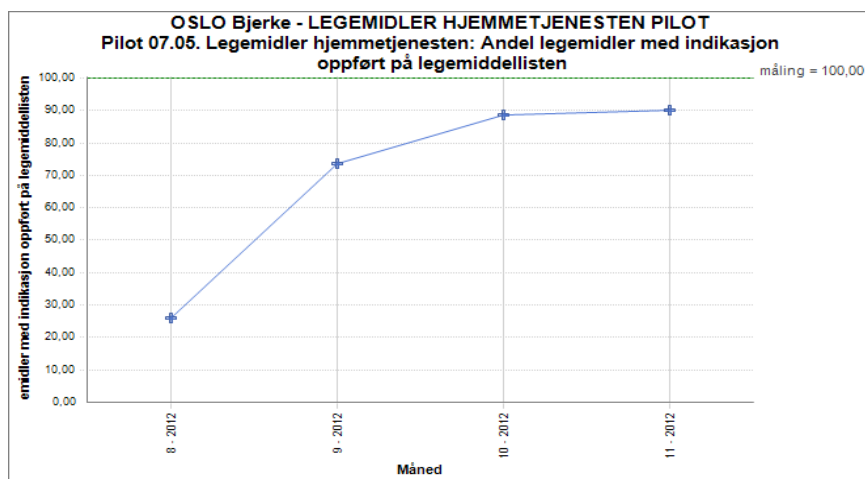
Faglig oppdatering har foregått blant hjemmetjenesten 74 ansatte, inklusiv 29 sykepleiere.

I mai ble 75 % av våre sykepleiere undervist i interaksjoner, bruk av felleskatalog applikasjon, start og stopp anbefalinger i forhold til eldre legemiddelbruk.

Ved casemøter møtte alle ansatte på vakt fra hver gruppe fordelt på 9 møter fra august til november.

I november ble tre timers legemiddelkurs om eldre holdt for 54 sykepleiere og studenter for Oslo kommune, inkludert 75 % av våre sykepleiere som er medregnet i grafen.

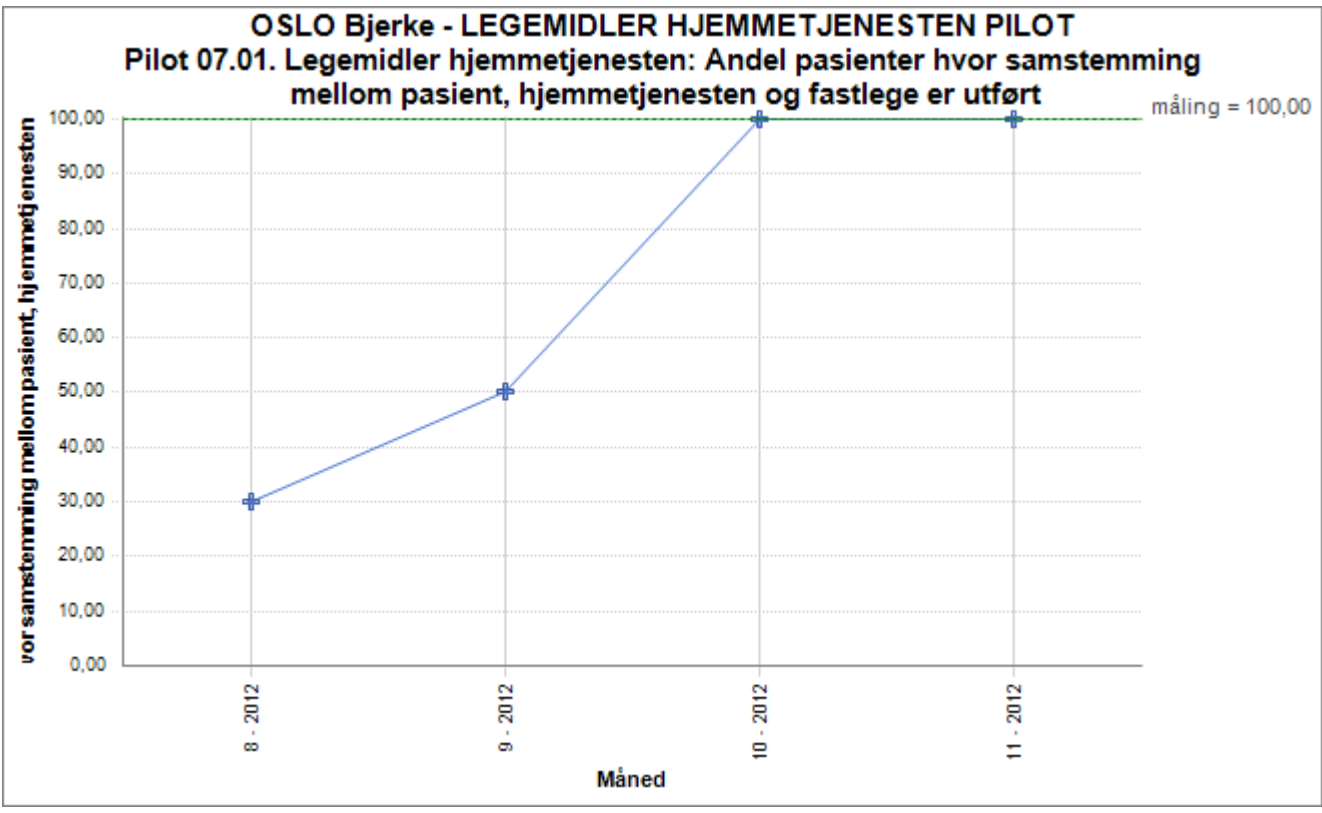
Grafen er noe misvisende, fordi noen av tilbudene kun har gått til sykepleiere, og andre tilbud har gått til alle ansatte innenfor samme måned på samme telling.



Figur 07.05: Andel legemidler med indikasjon oppført på legemiddellisten.

Andelen indikasjon bak foreskrivning har økt fra 26 – 90 % på legemiddellistene i pilot. Både sykepleier og leger jobber nå for å få økt andel indikasjoner for hele hjemmetjenesten. Økt bruk av E-link er en god hjelp i arbeidet.

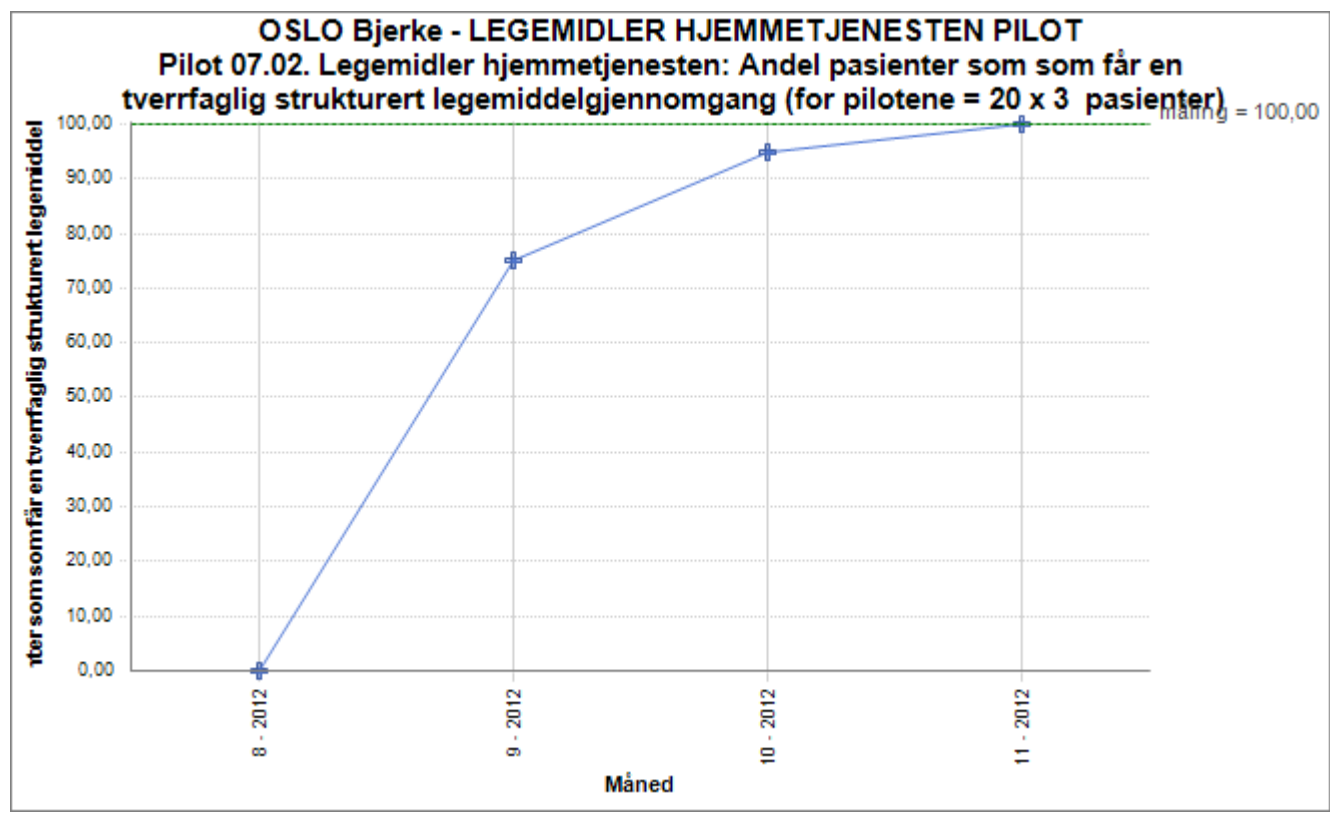
Pilot 07.01. Legemidler hjemmetjenesten: Andel pasienter hvor samstemming mellom pasient, hjemmetjenesten og fastlege er utført (Hensikten med målingen er å øke andelen av pasienter hvor samstemming utføres som en rutine for å sikre at pasienten til enhver tid får legemidler i henhold til behandlende lege(r)s forskrivning. Samstemming vil bidra til kvalitetssikring av legemiddellisten slik at pasienten til enhver tid får oppdatert og riktig legemiddelbehandling.)



OSLO Bjerke - LEGEMIDLER HJEMMETJENESTEN PILOT

Tidsperiode	Verdi	Antall pasienter i en hjemmetjenesteavdeling hvor prosedyre for samstemming av legemiddelliste er utført	Antall pasienter i hjemmetjenesteavdeling med vedtak om legemiddeladministrering	Annotation Type	Annotation
8 - 2012	30,0	6	20	Hendelse	Baseline
9 - 2012	50,0	10	20	Endring	1. måling
10 - 2012	100	20	20	Endring	2. måling
11 - 2012	100	20	20	Endring	3. måling

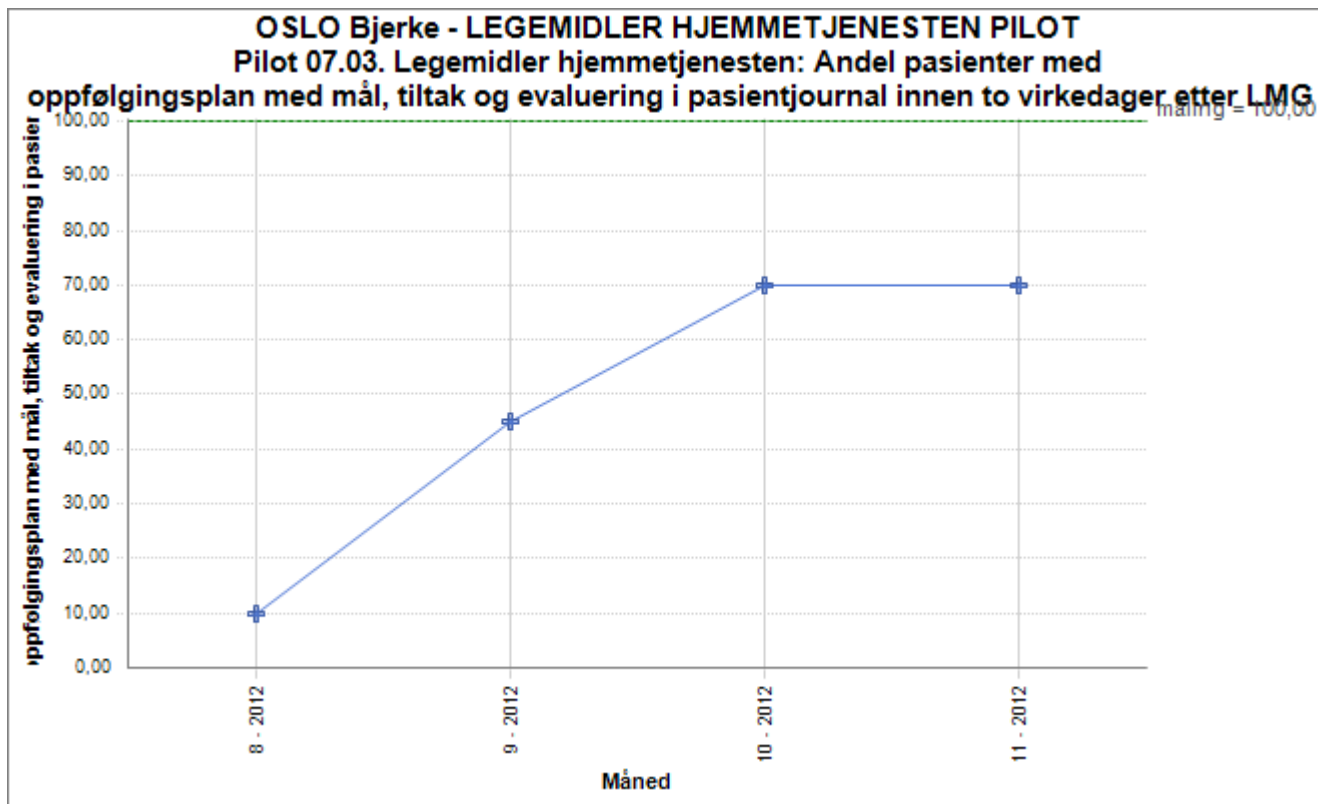
Pilot 07.02. Legemidler hjemmetjenesten: Andel pasienter som som får en tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang (for pilotene = 20 x 3 pasienter) (Hensikten med målingen er å øke andel pasienter som får en strukturert legemiddelgjennomgang i tverrfaglig team og sikre at pasienter med vedtak om legemiddeladministrering fra hjemmetjenestene får en strukturert legemiddelgjennomgang i samarbeid med fastlegen en gang i året.)



OSLO Bjerke - LEGEMIDLER HJEMMETJENESTEN PILOT

Tidsperiode	Verdi	Antall pasienter i en hjemmetjenesteavdeling som får legemiddelgjennomgang i tverrfaglig team en gang i året	Antall pasienter i en hjemmetjenesteavdeling med vedtak om legemiddeladministrering (som inngår i piloten)	Annotation Type	Annotation
8 - 2012	0	0	20	Hendelse	Baseline
9 - 2012	75,00	15	20	Hendelse	12 med farmasøyt, 2 uten
10 - 2012	95,00	19	20	Hendelse	1 med farmasøyt, 4 uten
11 - 2012	100	20	20	Hendelse	En pasient utsatt til okt, uten farmasøyt

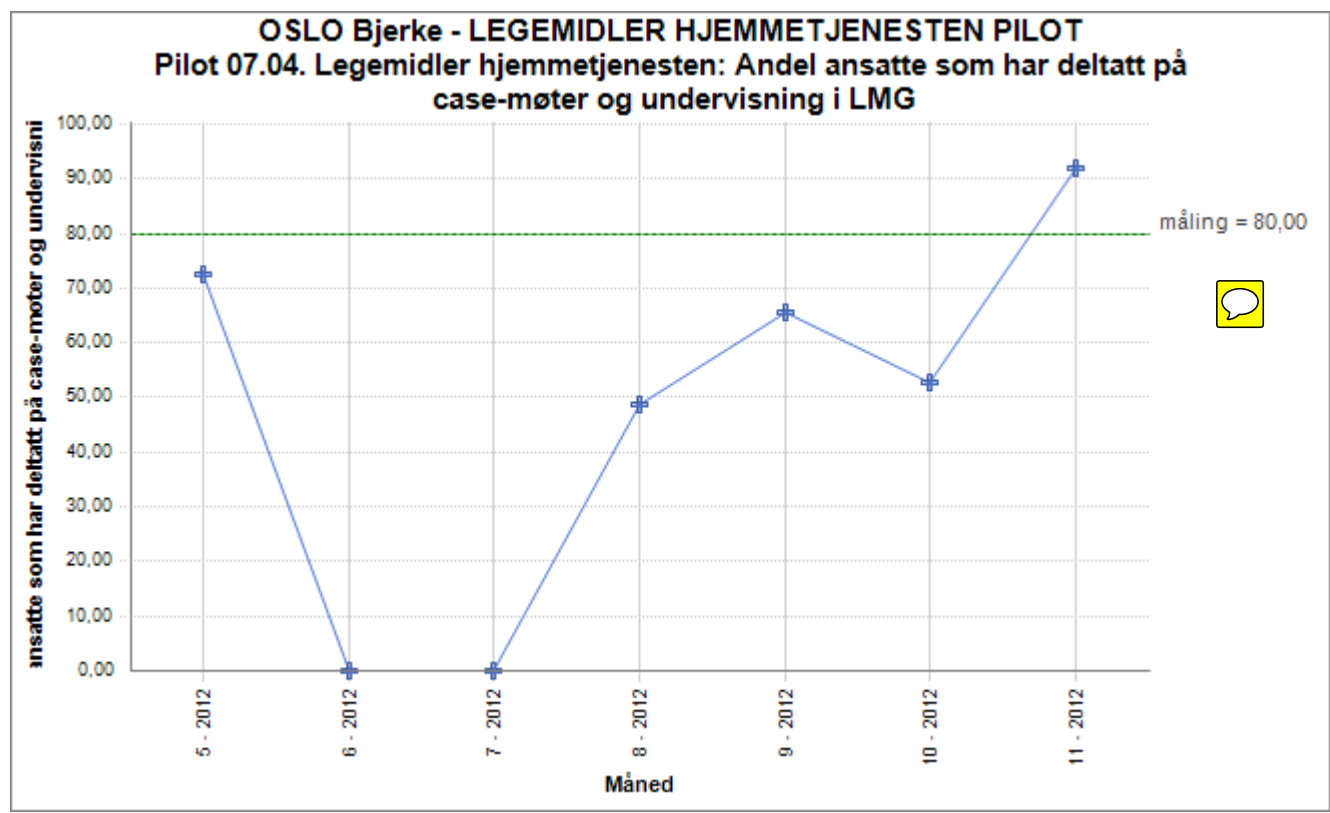
Pilot 07.03. Legemidler hjemmetjenesten: Andel pasienter med oppfølgingsplan med mål, tiltak og evaluering i pasientjournal innen to virkedager etter LMG (Hensikten med målingen er å sikre at pasienter som har vedtak om legemiddeladministrering i hjemmetjenesten følges opp med observasjon av effekt og eventuelle bivirkninger av legemidler. Observasjonene og dokumentasjon er viktig for at behandlende lege og sykepleier kan følge opp legemiddelbehandlingen på en god måte. Målet er å øke andelen pasienter som har en legemiddelrelatert oppfølgingsplan.)



OSLO Bjerke - LEGEMIDLER HJEMMETJENESTEN PILOT

Tidsperiode	Verdi	Antall pasienter som får LMG og som har oppfølgingsplan innen to virkedager	Antall pasienter i avdelingen med vedtak om legemiddeladministrering (som inngår i piloten)	Annotation Type	Annotation
8 - 2012	10,0	2	20	Hendelse	Baseline
9 - 2012	45,00	9	20	Endring	1. måling
10 - 2012	70,0	14	20	Endring	2 måling
11 - 2012	70,0	14	20	Endring	3.måling

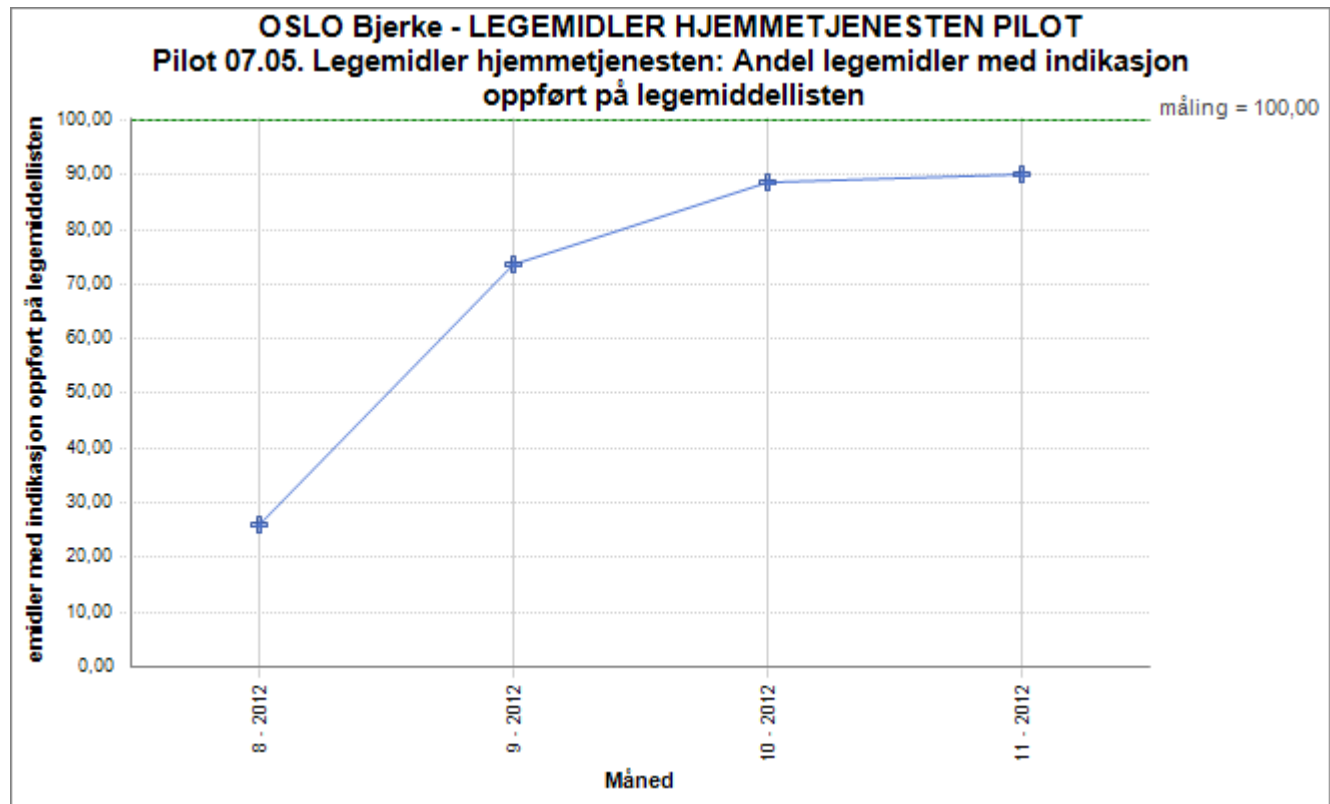
Pilot 07.04. Legemidler hjemmetjenesten: Andel ansatte som har deltatt på case-møter og undervisning i LMG (Hensikten med målingen er å evaluere om hjemmetjenestene kompetansehever ansatte i henhold til lovpålagte oppgaver knyttet til legemiddeladministrering og oppfølging. Utgangspunkt for målingen er å evaluere om pilotene gjennomfører kompetansehevende tiltak som planlagt.)



OSLO Bjerke - LEGEMIDLER HJEMMETJENESTEN PILOT

Tidsperiode	Verdi	Antall ansatte som har deltatt på case-møter og undervisning i LMG i prosjektperioden	Totalt antall ansatte på avdelingene	Annotation Type	Annotation
5 - 2012	72,41	21	29	Endring	Start/Stopp/NorGep/ Felleskatalog spl.
6 - 2012	0	0	74	Hendelse	ingen undervisning
7 - 2012	0	0	74	Hendelse	ingen undervisning
8 - 2012	48,65	36	74	Endring	LMG opplæring
9 - 2012	65,52	19	29	Endring	1:1 læring LMG
10 - 2012	52,70	39	74	Endring	Case inkluderer
11 - 2012	91,89	68	74	Endring	Case, Legemiddelkurs kun hj.tj regnet med

Pilot 07.05. Legemidler hjemmetjenesten: Andel legemidler med indikasjon oppført på legemiddellisten (Hensikten med målingen er å øke andelen legemidler med oppført indikasjon på pasientens legemiddelliste. Utgangspunktet for målingen er den legemiddellisten som hjemmetjenesten administrerer legemidler fra.)



OSLO Bjerke - LEGEMIDLER HJEMMETJENESTEN PILOT

Tidsperiode	Verdi	Antall legemidler (faste og ved behov) med indikasjon påført	Totalt antall medikamenter	Annotation Type	Annotation
8 - 2012	25,88	66	255	Hendelse	Baseline
9 - 2012	73,71	171	232	Endring	1 måling
10 - 2012	88,65	203	229	Endring	2 måling
11 - 2012	90,0	207	230	Endring	3 måling



Til fastleger i Bydel Bjerke

Oslo 22.08.12

Informasjon om hjemmetjenestens fokus på *Legemiddelgjennomganger* høsten 2012

Utviklingssenter for hjemmetjenester Oslo (UHT) ser det som en viktig oppgave å bidra til bedre håndtering av medikamenter i hjemmetjenestene. Utviklingssenter for hjemmetjenester ble etablert i 2009. Det er ett senter i hvert fylke - i Oslo er senteret lagt til Bydel Bjerke. UHT er grunnfinansiert delvis av Helsedirektoratet og delvis av Oslo kommune. Utviklingssentrene har en felles visjon – Utvikling gjennom kunnskap.

Vi er en av tre piloter i Norge, som sammen med Helsedirektoratets kampanje ”*I trygge hender*” skal teste ut en tiltakspakke i et pilotprosjekt. Utviklingssenteret skal være med på å utarbeide et forslag til hvordan hjemmetjenester i samarbeid med fastleger kan foreta legemiddelgjennomganger (LMG) hos felles pasienter. De erfaringene vi får ved å teste ut en tiltakspakke, vil bli en mal for fremtidige legemiddelgjennomganger mellom fastleger og hjemmetjenester på landsbasis. Spredning til andre UHT i Norge starter allerede i januar 2013.

Vi tar kontakt med dere nå før oppstart, slik at dere vet litt om det planlagte arbeidet før vi setter i gang. På møtet som bydelsdirektøren hadde med bydelens fastleger 12.06.12 ble det også informert om prosjektet. Vi har som mål å utføre 20 LMG i løpet av høsten 2012. Så langt det lar seg gjøre vil vi gjøre avtaler om LMG med ulike fastleger. Å gjennomføre LMG i samarbeid med ulike fastleger vil ikke bare virke mindre belastende på den enkelte, men også gjøre at vi får et større spekter av erfaringer og tilbakemeldinger på gjennomføringene.

Selve gjennomføringen baserer seg på en ny veileder: *Veileder om legemiddelgjennomganger* (2012), se vedlegg. Her framgår også det rettslige grunnlaget for å utvikle gode prosedyrer for legemiddelbehandling.

I samarbeid med tjenesteansvarlig sykepleier (TA) vil vi i UHT finne fram til pasienter vi retter en spesiell bekymring mot og som fyller visse kriterier. Vi vil hos disse pasientene innhente et samtykke til å gjennomføre LMG. Det bestilles time hos fastlegen, der TA og en ansatt fra UHT og i noen tilfeller farmasøyt møter. Fastleger får refusjon over § 14 til dette møtet.

Hjemmesykepleieren sender medisinalisten de administrerer medisiner ut i fra, til fastlegen i forkant, og fastlegen rekvirerer aktuelle blodprøver. TA vil på forhånd, sammen med pasienten, fylle ut en sjekklister som består av relevante kliniske observasjoner gjort av hjemmetjenesten, og som beskriver pasientens funksjonsnivå. (Se vedlegg). På slutten av møtet avklares det hvilken oppfølging pasienten har behov for i ettertid.

Vi ser fram til dette arbeidet og håper at samarbeidet rundt legemiddelgjennomgangene oppleves som et meningsfullt arbeid til beste for pasientene, og at samarbeidet rundt felles pasienter blir styrket på denne måten.





Oslo kommune
Bydel Bjerke

Utviklingscenter for hjemmetjenester

Med vennlig hilsen

Åse Arnesen
Prosjektleder
Bydel Bjerke

Ingri Østensen
Prosjektmedarbeider
Bydel Bjerke

Turi Bondeson
Bydelsoverlege
Bydel Bjerke



Utviklingscenter
for hjemmetjenester
Oslo

postboks 13 Økern
0508 Oslo
Økernveien 145

Tlf: 23 43 97 14

www.oslo.kommune.no/uht