



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Vestfold

I TRYGGE HENDER
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje



Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

I trygge hender på Nygård

Evaluering av pilot: Sikker legemiddelbehandling i sykehjem

Med hovedfokus på utprøving av metode for
tverrfaglige systematiske legemiddelgjennomganger

Vibeke Bostrøm
15. Juli 2011

Innholdsfortegnelse og figurliste

Sammendrag	3
Sammendrag	3
Bakgrunn	4
1.1 Om piloten	4
2 Målsetting for piloten	5
3 Begreper og definisjoner	6
4 Fremgangsmåte	7
4.1 Driverdiagram	7
4.2 Organisering av pilotprosjektet	7
4.3 Tidsramme og ressurser	8
5 Anbefalt tiltakspakke fra piloten	9
6 Måling	9
6.1 Prosessmål - indikatorer	9
6.2 Resultatmål indikatorer	9
7 Resultater	10
8 Erfaringer	11
8.1 Innføring av tiltakspakken	11
8.2 Lokal arbeidsprosess og andre ressurser	14
8.3 Informasjon og støtte fra sekretariatet	16
9 Forslag til spredning	17
9.1 Modell for spredning	17
10 Vedlegg	18
Figur 1 Modell for kvalitetsforbedring	15
Figur 2 Forslag til spredningsmodell	18
Figur 3 Type og prosentvis andel legemiddelgjennomganger	21
Figur 4 Dato for ny evaluering satt etter legemiddelgjennomgang	22
Figur 5 Andel legemidler med indikasjon bak forskrivning	22
Figur 6 Andel legemidler med indikasjon bak forskrivning	23
Figur 7 Andel pleieplaner med oppfølging av forskrivning	24
Figur 8 Type og antall legemiddelrelaterte problemer	25
Figur 9 Type og antall endringer i legemiddellisten	25
Figur 10 Antall faste legemidler før og etter legemiddelgjennomgang	26

Sammendrag

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold har vært pilot i nasjonal pasientsikkerhetskampanjen med "Sikker legemiddelbehandling i sykehjem". Prosjektet omfatter utvikling og utprøving av rutine for strukturerte legemiddelgjennomganger i tverrfaglig team i sykehjem for pasienter med vedtak om langtidsopphold. Legemiddelgjennomgangen har vært utført i team bestående av lege, sykepleier og farmasøyt.

Resultatene fra piloten viser at legemiddelgjennomganger fremmer det tverrfaglige samarbeidet, avdekker legemiddelrelaterte problemer og bidrar i vesentlig grad til endringer av pasientens legemiddelbehandling. For noen pasienter en seponering av legemidler, dosejustering og for andre nye legemidler.

Prosjektgruppen anbefaler følgende tiltakspakke til andre sykehjem:

- Tverrfaglige legemiddelgjennomganger ved innkomst, halvårs- og årskontroller, og etter sykehusopphold samt der det er behov for ekstra oppfølging
- Opprette registreringstype "legemiddelgjennomgang" i pasientjournal
- Pleieplan innen 24 timer med observasjoner og rapporter i henhold til oppfølging av forskrivning
- Tverrfaglige undervisnings- og case-møter i avdelingene
- Registrere og måle antall og type legemiddelrelaterte problemer

Bakgrunn

Helse og omsorgsdepartementet har startet en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som skal innføre forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 – 2014. 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.

Hensikten med alle innsatsområdene i kampanjen *I trygge hender* er å peke på konkrete områder hvor man kan starte arbeidet med forbedring på lokale arbeidsplasser. Hvert innsatsområde skal ha forbedringspotensial, tiltakene skal være kunnskapsbasert og prosesser og resultater skal registreres for å kunne dokumentere forbedring.

De foreslåtte innsatsområdene og målingene er delvis hentet fra andre lands kampanjer og fra norske pasientsikkerhetsprosjekter og er 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: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>

1.1 Om piloten

I rapporten "Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging" (Helsetilsynet 7/2010) påpekes store mangler vedrørende rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem. Legeressurser og organisering av legetjenesten er identifisert som et sviktområde ved flere av tilsynene i denne rapporten. Optimal legemiddelbehandling for pasienter innlagt til langtidsopphold i sykehjem er vanskelig. Pasientene er ofte i livets slutfase og er multisyke. Kunnskapsgrunnlaget er dessuten svakt ettersom denne pasientgruppen vanligvis ekskluderes fra kliniske studier¹. Ruths og Bakken (2011) påpeker behovet for spesifikke retningslinjer for medikamentell behandling av sykehjemspasienter.

¹ Ruths S., Bakken MS (2011). Adekvat legemiddelbehandling i sykehjem. Demens & Alderspsykiatri. Vol 15, nr 2.

Med dette som bakgrunn arbeider flere fagmiljøer i Norge med utbedring av rutiner og styrket tverrfaglig samhandling om legemiddelbehandling i sykehjem. Innføring av tverrfaglige team med lege, sykepleier og farmasøyt anbefales i flere norske studier². Utviklingssenteret i Troms, Kroken sykehjem deltok i et gjennombruddsprosjekt i regi av Legeforeningen og oppnådde å redusere bruk av legemidler med 55,5 % i prosjektperioden.³ Utviklingssenter i Hordaland, Hedmark og Østfold arbeider med legemiddelrelaterte prosjekter, og erfaringsutveksling og samarbeid om nasjonale kvalitetsmål og indikatorer blir viktig fremover. Nygård sykehjem har som Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester vært pilot på innsatsområdet "Sikker legemiddelbehandling i sykehjem" i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og vil bidra til nettverksarbeid med andre Utviklingssentra fremover.

Sykepleiere har en sentral funksjon i sykehjem relatert til administrering og oppfølging av pasienters legemiddelbehandling i samråd med legen. Tilsynsrapporter og erfaringer fra praksis tilsier at dette samarbeidet er sårbart, og at kvaliteten på legemiddelbehandlingen i stor grad avhenger av tilgang til legeressurser, samarbeid med pasienten og pårørende, og sykepleierens kompetanse i oppfølging av forskrivning, observasjoner av effekt og ev. bivirkninger. I oppfølging av legemiddelbehandlingen er også øvrig pleiepersonell en nødvendig og viktig samarbeidspartner. Samtidig er oppfølgingen av pasientens legemiddelbehandling avhengig av det tverrfaglige teamets kommunikasjon, felles faglige vurderinger og rutiner for oppfølging av legemiddelbehandlingen. Det kan se ut til at praksisfeltet inntil nå har vektlagt gode rutiner relatert til selve administrering av legemiddelbehandlingen, når det gjelder legemiddelgjennomgang med fokus på uheldige interaksjoner og andre legemiddelrelaterte problemer er det mye å hente på forbedring av rutiner og kompetanse i praksis. I denne piloten har forbedring av rutiner og kompetanseheving hatt fokus under utvikling og utprøving av ny rutine for legemiddeloppfølging.

2 Målsetting for piloten

Å optimalisere legemiddelbehandling av alle pasienter med vedtak om langtidsopphold på sykehjemmet ved å:

² Halvorsen KH., Ruths S., Granas AG, Viktil KK. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28:82-88.

³ "Gjennombruddsprosjektet", (08.07.2011) http://www.legeforeningen.no/asset/52760/1/52760_1.pdf

- Gjennomføre strukturerte legemiddelgjennomganger ved innkomst, halvårs og årskontroller, samt der det er behov for ekstra oppfølging
- Alle pasienter skal ha dokumentert indikasjon bak forskrivning av legemidler
- Redusere bruk av legemidler ved sykehjemmet med 20 % innen 2011

Tiltak

Forberede, planlegge og utføre testing av en prosedyre for å sikre legemiddelbehandlingen i sykehjem og samhandling mellom leger, ansvarlig sykepleiere og eventuelt farmasøyt og/eller geriater. I dette inngår utprøving av en ny sjekkliste for klinisk relevant informasjon før LMG. Deretter en strukturert gjennomgang av pasientens legemidler i et tverrfaglig team hvor den totale forskrivningen vurderes opp mot START⁴/STOPP⁵-kriteriene og interaksjonsdatabasen⁶. Dette for å få en tverrfaglig systematisk og regelmessig gjennomgang av pasientens behov for legemidler, samt i teamet definere hva som skal følges opp av observasjoner relatert til forskrivningen. Videre å sikre dokumentasjon i elektronisk pasientjournal og den videre oppfølgingen med fokus på observasjon av effekt og ev. bivirkninger av legemidler, foreta nye vurderinger, samt fortløpende dokumentere en evaluering. Med dette vil piloten bidra til en total klinisk vurdering av pasientens legemiddelbehandling, avdekke legemiddelrelaterte problemer, og optimalisere behandlingen.

3 Begreper og definisjoner

Legemidler defineres slik:

Med legemidler forstås stoffer, droger eller preparater som er best 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 innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom⁷

⁴ Barry PJ, Gallagher P, Ryan C et al (2007) START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) – an Evidencebased screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. Age Ageing ; 36: 632 8.

⁵ 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.

⁶ Drug Information Database (DRUID). <http://www.interaksjoner.no/>

⁷ Legemiddeloven § 2

Faste legemidler

Prosjektet omfatter legemiddelgjennomgang av pasientens faste legemidler som oppført på legemiddellisten, og ikke eventuelle legemidler, eller 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 sykepleier.

Legemiddelrelaterte problemer (LRP)

”En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandlingen, og som reelt eller potensielt interferer med ønsket helseeffekt” (Ruths mfl 2007).⁸

4 Fremgangsmåte

4.1 Driverdiagram

Driver diagrammet (vedlegg 1) er utarbeidet etter mal fra den Skotske pasientsikkerhetskampanjen. Tiltakene beskrevet i driverdiagrammet viser hvilke enkelttiltak og prosesser piloten vektlegger for å nå målene. Legemiddelgjennomgang med sjekklisten (vedlegg 2) blir kalt ”Drivere” og diagrammet gir en oversikt over målsetting for prosjektet, såkalte ”drivere” kategorisk og aktuelle tiltak som skal kontrolleres ved prosess- og resultatmål.

4.2 Organisering av pilotprosjektet

Utviklingssenteret har i samråd med administrativ ledelse valgt ut pilotavdelinger, og linjeledelsen viste engasjement og ble løpende orientert om prosjektet. Piloten er utviklet, gjennomført og evaluert i samarbeid med praksisfeltet med veiledning fra Kunnskapssenteret. I tillegg har forsker fra Høgskolen i Vestfold, rådgiver i Helsedirektoratet og tilsynsfarmasøyt fra Apotek1 bistått prosjektet. Utviklingssenteret for sykehjem har løpende dialog med Utviklingssenter for hjemmetjenester om videre samarbeid og spredning.

Overordnet

Nasjonalt kunnskapssenter ved Unni Krogstad, Ingrid Sperre Saunes og Bjørnar Nyen

⁸ Oversatt til norsk av Ruths mfl (2007) fra PCNE Classification for drug-related problems.

Seksjonsleder og adm. Leder av Utviklingscenteret Anny- Elisabeth Hanedalen
Styrringsrådet for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester
Utviklingscenter for sykehjem ved Vibeke Bostrøm

Prosjektgruppen

Fra avdelingene:

Bjørn Schreiner, sykehjemslege
Ragnhild Eikaas Bøhm, sykehjemslege
Raheleh Attar Hamedi, vikarierende sykehjemslege
Gunn- Heidi Schrøder, sykepleier avd. C
Kjersti Hisdal, sykepleier avd. C
Solfrid Lie, sykepleier avd. F
Unni Stensvold, fagkonsulent seksjon IBD
Henriette Jensen, avdelingsleder 3. etg
May- Lisbeth Graff, avdelingsleder 4. etg
Vibeke Bostrøm (prosjektkoordinator USHT, og prosjektleder for piloten)

Fra høgskolen

Gro Næss⁹, forsker og lektor, Høgskolen i Vestfold

Fra Apotek1

Alfhild Hov, koordinerende tilsynsfarmasøyt Vestfold, Apotek 1

4.3 Tidsramme og ressurser

Piloten utvikles og gjennomføres i løpet av 1. og 2. kvartal 2011 i samarbeid med langtidsavdelingene C og F på Nygård sykehjem. Avdeling C har både pasienter med langtidsopphold og korttidsopphold. Avdeling F har bare pasienter med vedtak om langtidsopphold. Totalt har sykehjemmet 160 plasser, hvorav deltakeravdelingene har 52 sengeplasser og 30 pasienter med vedtak om langtidsopphold er inkludert i prosjektet(Fordelt F: 18 og C:12).

Oppstart 1. mars

Avslutning 15. juni

⁹ * Forsker og høgskolelektor Gro Næss har i 2010 befaftet seg med tverrfaglige systematiske legemiddelgjennomganger og uttesting av verktøy i hjemmetjenesten i Sandefjord og Tønsberg kommune. Næss er tilknyttet arbeidsgruppen som ressursperson, og for å sikre et samarbeid og fortsatt utvikling mellom pågående prosjekt i hjemmetjenesten og pilotprosjekt i kampanjen.

Avgrensning

Det har i prosjektet kun vært fokusert på legemiddelgjennomgang av pasienter med vedtak om langtidsopphold i sykehjem.

Ressurser

Pilotprosjektet er gjennomført i ordinær drift. Prosjektkoordinator for Utviklingscenteret har vært prosjektleder.

5 Anbefalt tiltakspakke fra piloten

Prosjektet anbefaler følgende tiltakspakke for pasienter med vedtak om langtidsopphold:

- Tverrfaglige legemiddelgjennomganger ved innkomst, halvårs-og årskontroller, og etter sykehusopphold samt der det er behov for ekstra oppfølging
- Opprette registreringstype "legemiddelgjennomgang" i pasientjournal
- Pleieplan med observasjoner og rapporter innen 24 timer i henhold til oppfølging av forskrivning
- Tverrfaglige undervisnings- og case-møter i avdelingene
- Registrere og måle antall og type legemiddelrelaterte problemer

6 Måling

6.1 Prosessmål - indikatorer

- Type og antall legemiddelgjennomganger
- Dato for ny evaluering satt og gjennomført
- Type og antall legemidler (faste legemidler)
- Antall legemidler med indikasjon bak forskrivning
- Antall pleieplaner med oppfølging av forskrivning
- Medisinkvarteret og case-møter gjennomført

6.2 Resultatmål indikatorer

- Type og antall legemiddelrelaterte problemer
- Antall indikatorlegemidler i sykehjem etter START og STOPP- kriteriene (Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions).
- Antall og type endringer i legemiddellisten som følge av legemiddelgjennomgangen

- Antall pleieplaner i henhold til indikasjon for oppfølging av legemiddelbehandlingen med observasjon og rapport
- Reduksjon i legemiddelbruk ved sykehjemmet

7 Resultater

Resultatene fremstilles i denne rapporten samlet for avdelingene C og F (se vedlegg 3). Det er gjennomført totalt 30 legemiddelgjennomganger i tverrfaglige team hvorav endringer i legemiddelbehandlingen er gjort hos 76 % av pasientene. Det er til sammen gjort 54 endringer i legemiddellisten etter vurdering av legemiddellisten med START/STOPP-kriteriene og ved bruk av interaksjonsdatabasen: www.interaksjoner.no. Gjennomgangen resulterte i seponeringer, doseendringer og for noen oppstart av nytt legemiddel.

Pasientene står i gjennomsnitt på 6,4 legemidler før LMG og 6,1 etter LMG. Dette er sammenfallende med andre norske studier¹⁰ og ¹¹.

Prosjektet har bidratt til en kvalitetsforbedring innen følgende punkter:

- Indikasjon bak forskrivning har økt fra 58,9 til 88,5 %, dvs økt med 29,6 %.
- Diagnoselister er gjennomgått og revidert, og er 56,7 % endret.
- Antall legemidler er redusert fra 6,4 per pasient til 6,1.

I sykepleiedokumentasjon ser vi en klar økning i antall rapporter og forbedring av pleieplanens rapport med oppfølging av forskrivning. Det er en klar økning i rapporterte observasjoner og evalueringer i henhold til seksjonens kvalitetsvurdering av sykepleiedokumentasjon¹². Pasienter og pårørende gir positive tilbakemeldinger på den grundige gjennomgangen og oppfølgingen av legemiddelbehandlingen. Prosjektgruppen har oppsummert erfaringene fra prosjektet i det siste dialogmøtet. Prosjektleder har i tillegg hatt avsluttende møter med lege og sykepleier fra prosjektavdeling C og F, og begge avdelinger omtaler prosjektet som vellykket ved at det har bidratt til styrket kommunikasjon og samhandling mellom lege og sykepleier om legemiddelbehandlingen. De påpeker at de

¹⁰ 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.

¹¹ Kirkevold O, Engedal K (2009) Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. Drugs Aging. 26: 333-44.

¹² Fritzøe T., Yddal Bakke E., Holm J., Liljebäck N. (2007). En analyse av dokumentasjon i hjemmetjenesten i Sandefjord kommune. UiA. Rapport.

faglige diskusjonene omkring pasientens sykdom og behov relatert til legemiddelbehandlingen er økt.

Se mer om fremstilling av resultatene (vedlegg 3).

8 Erfaringer

8.1 Innføring av tiltakspakken

Leger og sykepleiere ved pilotavdelingene opplever utprøving av legemiddelgjennomganger som faglig stimulerende og opplever en direkte effekt på pasientsikkerheten. De rapporterer at den systematiske arbeidsmetoden er ressurskrevende, men samtidig en viktig og betydelig heving av kvaliteten på pasientens legemiddelbehandling. Det vektlegges særlig en gjennomgående bedring av pasientsikkerheten ved at indikasjon bak legemiddelet er oppført på legemiddellistene, og at legemiddelgjennomgangen har utløst et kritisk blikk på eksisterende diagnoselister, og bidratt til å ajourføre disse. Noe som antas både å ha en effekt på pasientsikkerheten og en preventiv virkning på forekomst av legemiddelfeil og uheldige konsekvenser av behandlingen.

Generelle tilbakemeldinger fra prosjektgruppen primo juli 2011:

- Økt samhandling og ansvarliggjøring i teamet om pasientens legemiddelbehandling
- Kvaliteten direkte på pasientsikkerhet økt. Følgende verktøy har økt i bruk: www.interaksjoner.no¹³ og Start- og Stopp kriteriene¹⁴
- Bedre legemiddellister ved at indikasjon bak forskrivning er oppført
- Bedre diagnoselister ved at LMG har utløst en gjennomgang og revidering av diagnoselister
- Bedre dokumentasjon, både for leger og sykepleiere ved innføring av eget registreringsark for legemiddelgjennomganger og pleieplan med observasjon og rapport
- Helsefagarbeidere ser forbedringer av legemiddellisten og opplever det nyttig i forhold til observasjon av pasienten
- Økt kunnskap om sykdommen til pasienten
- Sjekklister er nyttig- mer objektive målinger
- Ønskelig og positivt med styrket kontakt med farmasøyt
- Prosjektet øker dialogen med pasienten og pårørende om legemidler

¹³ Drug Information Database (DRUID). <http://www.interaksjoner.no>

¹⁴ Ruths S., Viktil KK., Blix HS. (2007) Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr Nor Lægeforen nr 23; 127: 3073-6.

Dialogmøter med fokus på kvalitetsforbedring

Arbeidsgruppen har opplevd det faglig stimulerende og utviklende å delta i dialogmøter med Kunnskapscenteret. Kartlegging av eksisterende praksis, enkle målinger og i fellesskap sette resultatmål har vært en gjensidig positiv prosess.

Videreføring: Prosjektdeltakerne understreker betydningen av å videreføre dialogen rundt legemiddelbehandlingen i eksisterende møteplasser, internundervisning og tverrfaglige møter. Avdelingene er motivert for å videreføre utprøvde verktøy og metoder i piloten til praksis. De ønsker en videreføring av LMG med en enkel registrering av målinger relatert til antall legemidler, indikasjon bak forskrivning og pleieplan med observasjon og rapport. Dette samsvarer med pågående prioritering av målepunkter for satsingen i sykehjemmene i Telemark og deres læringsnettverk.

Brukermedvirkning og involvering av pårørende

Det ble utarbeidet skriftlig informasjon til pasienter og pårørende om prosjektet. Pasienten og/eller pårørende er rutinemessig løpende involvert i legemiddelbehandlingen i avdelingene. Enkeltpasienter og pårørende har gitt uttrykk for at det er positivt med en så grundig gjennomgang og oppfølging av legemiddelbehandlingen. Det ble satt opp oppslagstavle og poster om prosjektet i korridor i avdelingene og på informasjonstavlen til Utviklingssenteret. Resultatene av legemiddelgjennomgangene ble anonymisert og registrert på tavlen i avdelingene.

Legemiddelgjennomganger med sjekklister og registrering av indikatorer (LMG)

Avdelingene C og F har prøvd ut ulike modeller for LMG. Ulikhetene utdypes i neste avsnitt. I hovedvekt har legemiddelgjennomgangen vært gjennomført i tre trinn:

1. **Før LMG:** Observasjon/målinger/laboratorieprøver, utfylling av sjekklister.
2. **Ved LMG:** Tverrfaglig gjennomgang med spørsmål til alle faste legemidler. Dokumentasjon av legemidler, LRP og endringer (vedlegg 4). Dato for ny vurdering og evaluering satt. Konfererer farmasøyt/ ev. geriater alternativ farmasøyt tilstede under LMG.
3. **Etter LMG:** Oppfølging av forskrivning med pleieplan med observasjon og rapporter. Ev. iverksette endringer etter råd fra farmasøyt. Evaluering av legemiddelbehandlingen jamfør plan.

Ressurser tilgjengelig ved LMG har vært utfylt sjekklister, pasientjournal, interaksjonsdatabasen: www.interaksjoner.no og STOPP- og START kriteriene. Prosjektet har

tatt utgangspunkt i klassifiseringen til Ruths mfl (2007)¹⁵ og har i samtlige LMG stilt følgende strukturerte spørsmål til hvert faste legemiddel:

- Er det indikasjon for legemiddelet?
- Er det behov for andre legemidler?
- Er doseringen passende?
- Er det observert uheldige eller risiko for bivirkninger?
- Er det legemidler pasienten ikke tåler? (oppdatere CAVE-listen).
- Er det uønskede interaksjoner?
- Er det ev. funksjonssvikt som gir grunnlag for endringer?
- Er det behov for å søke råd hos farmasøyt eller geriater?

Proessen har i gjennomsnitt samlet for lege og sykepleier tatt ca 1 ½ time fra innsamling av data til gjennomført LMG, men dette varierer og avhenger av kompleksiteten i pasientens legemiddelbehandling. Noe farmasøyt ressurser kommer i tillegg. Den systematiske gjennomgangen ser ut til å kvalitetssikre og systematisere videre oppfølging, og noe som på sikt kan bidra til å redusere totale ressursbruk i legemiddelbehandlingen. LMG er gjennomført enten av lege og sykepleier alene eller i noen tilfeller i team med farmasøyt. I team med farmasøyt ble rapportert gjensidig positivt. Alle inkluderte pasienter i piloten er vurdert av farmasøyt.

Pasientens primærkontakt har i de fleste tilfeller vært involvert i datainnsamling i forkant av legemiddelgjennomgangen ved utfylling av sjekkliste og samtale med ansvarlig sykepleier om observasjoner og vurderinger. Sjekklisten blir fremhevet som verdifull ved at den samler nødvendig informasjon som systematiserer og effektiviserer legemiddelgjennomgangen, i tillegg til at den bidrar positivt til legevisittene. Sjekklisten er i tillegg positivt evaluert av helsefagarbeiderne. Avdeling F har gjennomført fast LMG ukentlig og inkludert prosedyren i den rutinemessige oppfølgingen av pasienten. Dette for å ressursberegne tiltaket sett opp mot øvrige arbeidsoppgaver i avdelingen. Avdeling C har gjennomført flere LMG på samme tid, og i pilotprosjektet to ganger.

¹⁵ Ruths S., Viktil KK., Blix HS. (2007) Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr Nor Lægeforen nr 23; 127: 3073-6.

Begge avdelinger ser for seg en videreføring med implementering av prosedyren sett opp mot eksisterende oppfølging av standard i sykehjem¹⁶. Eksempelvis inkludert i prosedyre for årskontroller av pasienten. Et ønske om videreutvikling av sjekklisten og legemiddelgjennomganger for pasienter med vedtak om korttidsplass er fremmet av prosjektgruppen.

Case-møter

Sykehjemslegene ved Nygård har faste ukentlige faglunsjer, og i prosjektperioden har legemiddelbehandling og erfaringsutveksling vært i fokus. Selve LMG i avdelingene har i praksis vært gjennomført som casemøter hvor drøfting av enkeltpasienter har stått i fokus.

Undervisning – ”Medisinkvarteret”

Det ble innført ukentlige 15 minutters legemiddelundervisning med farmasøyt i avdelingene i siste måned av pilotprosjektet. Tilsynsfarmasøyt og sykepleier i avdelingene var ansvarlig for planlegging av samlingene, og ca 90 % av personell på vakt deltok. Farmasøyt tok utgangspunkt i de mest brukte legemidlene på respektive avdelinger. Personellet gir positive tilbakemeldinger på tiltaket: ”Faglig relevant, stimulerende og gjennomførbart i en hektisk hverdag”.

8.2 Lokal arbeidsprosess og andre ressurser

I prosjektperioden har det vært gjennomført to dialogmøter i måneden hvorav Kunnskapssenteret har deltatt på det ene. Videre har prosjektleder hatt løpende kontakt med lege og sykepleier i pilotavdelingene med fokus på status, gjennomførbarhet og erfaringer. Utviklingssenteret vil bidra til å styrke praksisfeltet på metoder og verktøy i forbedringsarbeid. I dette prosjektet har derfor Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring basert på Demings sirkel ”Plan, Do, Act, Study”¹⁷ understøttet prosessen.

¹⁶ 12k (2011). KOST, Kvalitetssikring og Oppfølging av Standard for Tjenester i sykehjem. Tilgjengelig på: <http://www.12k.no/pleie-og-omsorg/kost-i-sykehjem-article259-209.html> (08.07.2011)

¹⁷ Bakke T., Bruvik M., de Vibe M., Konsmo T., Nyen B., Udness E., Vege A. (2011). Modell for kvalitetsforbedring. Revidert utgave. Tilgjengelig fra: <http://www.kvalitetsforbedring.no> (08.07.2011)



Figur 1 Modell for kvalitetsforbedring

Den lokale prosessen kan inndeles i følgende punkter:

Forberede og planlegge (januar – mars)

- Forankring og organisering av prosjektet i samråd med linjeledelsen
- Gjennomgang av eksisterende praksis sett i lys av nasjonale anbefalinger
- Peke ut konkrete forbedringsområder i legemiddelbehandlingen
- Utvikling av rutinebeskrivelse/prosedyre for LMG
- Utvikling av sjekklister og rutiner for legemiddelgjennomgang
- Utvikling av driverdiagram med "Driverer" og målekart

Utføre (mars- juni)

- Informasjon og involvering av pasienter og pårørende
- Informasjonstavler og informasjonsskriv i avdelingene
- Utprøving av rutiner for legemiddelgjennomgang i tverrfaglige team
- Undervisning og case-møter med fokus på indikatorlegemidler
- Workshop med fokus på metoder og verktøy i kvalitetsforbedringsprosesser

Kontrollere – tilstrekkelig forbedring? (juni – juli)

- Oppsummering av resultater – er endringer en forbedring?
- Oppsummering av erfaringer og anbefalinger fra avdelingene ved lege, sykepleier og farmasøyt
- Anbefalinger for implementering og spredning lokalt, fylkesvis, regionalt og nasjonalt

Standardisere og følge opp (august – desember)

- Utviklingssenteret utarbeider planer for lokal, fylkesvis og nasjonal spredning av piloten.
- Reviderer og ferdigstiller prosedyre som implementeres i Kvalitetssystemet i Utviklingssenteret.

Lokalt: Etter gjennomføring og evaluering av pilotene skal verktøy/prosedyrene revideres og ferdigstilles for implementering i Kvalitetssystemet for Institusjonstjenesten og hjemmetjenesten i Sandefjord Kommune. Avdelingslederne i sykehjem ønsker videreføring til alle avdelinger. Se forslag til implementerings- og spredningsplan lokalt (vedlegg 5). I overgang til drift blir tilgang til prosedyren og opplæring av personell essensielt. Forslag til opplærings- og implementeringsplan utarbeides. I det videre arbeidet blir det viktig å sikre gode IT- verktøy og metoder for å optimalisere kommunikasjon mellom leger og sykepleiere, med hovedfokus på dokumentasjon i pasientjournal. Sjekklister og registreringsarket for LMG skal videreutvikles til gode elektroniske verktøy.

Nasjonalt: I prosjektperioden er det etablert kontakt med ulike fagmiljøer i Norge, og det blir viktig å opprettholde og diskutere standard for videre praksis med disse. USHT er tildelt etter søknad til Fylkesmann prosjektmidler til å bidra til å styrke feltet "legemiddelbehandling i sykehjem" ved å spre verktøy og erfaringer til øvrige 33 sykehjem i Vestfold. Pilotprosjektet er også tildelt etter søknad Fagutviklingsstipend av Norsk Sykepleierforbund til gjennomføring av piloten og spredning med fokus på kompetanseheving av sykepleietjenesten innen feltet. Lokalt settes fokus på videre forbedringer ved å innføre indikatorer, følge opp med målinger for å etterse at det i fremtiden oppnås tilstrekkelig forbedring.

8.3 Informasjon og støtte fra sekretariatet

Sekretariatet har ved Unni Krogstad og Ingrid Sperre Saunes deltatt på fem møter med arbeidsgruppen. De har bistått med innføring i kampanjen, veiledning ved utvikling av driverdiagram med prosess og resultatmål. Bjørnar Nyen fra Kunnskapsenteret har gitt bistand på målinger og fremstilling av resultater. I tillegg ble det arrangert en workshop i mai måned med prosjektleder Anne- Grethe Skjellanger, Øyvind Antonsen og Bjørnar Nyen med fokus på kvalitetsforbedring i sykehjem, prosesser og verktøy. Nøkkelpersoner i forbedringsarbeid fra sykehjem og hjemmetjenester i Sandefjord kommune deltok på samlingen.

9 Forslag til spredning

Erfaringene fra piloten skal løftes til nasjonale standarder og spres til andre sykehjem og Utviklingssentre i samråd med sekretariatet i pasientsikkerhetskampanjen.

Utviklingssenteret har ved administrativ lederteam utpekt kvalitetssikring av legemiddelbehandling i sykehjem og hjemmetjenester som et satsingsområde for 2011-2012. Dette med utgangspunkt i erfaringer fra piloten i pasientsikkerhetskampanjen og anbefalinger fra avsluttet forskningsprosjekt i hjemmetjenesten med utprøving av modell og verktøy for kartlegging av multisyke pasienters behov for helsehjelp med fokus på oppfølging av legemiddelbehandling (Næss 2011)¹⁸. Gjennom spredningsarbeid skal Utviklingssenteret bidra til å utvikle varige strukturer og kulturer for pasientsikkerhet innenfor sitt nettverk. Dette i tråd med intensjonene i pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender". Dette bør sees i sammenheng med blant annet Meldingsløftet. Resultat og erfaringer fra piloten deles nasjonalt og i samråd med sekretariatet i pasientsikkerhetskampanjen ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. En plan med modell for spredning lokalt i fylket og spredning nasjonalt via Utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester er under utarbeidelse i samråd med sekretariatet i kampanjen. Det tas sikte på å publisere en fagartikkel om prosjektet.

Det er innvilget etter søknad om fornyingsmidler til Fylkesmann i Vestfold et videre prosjekt med spredning av piloten til andre sykehjem i Vestfold. Prosjektet er også fremlagt pleie- og omsorgsnettverket i 12- kommunesamarbeidet(12k) våren 2011, og en videre dialog om spredningsmodell fortsetter høsten 2011.

9.1 Modell for spredning

Lokalt og fylkesvis

Spredning til øvrige avdelinger i sykehjem og bofellesskap i Sandefjord

Videreutvikling i samråd med hjemmetjenesten i Sandefjord

Spredning til øvrige 33 sykehjem i Vestfold i samarbeid med Kunnskapssenteret, 12k og Fylkesmannen i Vestfold.

¹⁸ Næss, G. (2011) Hvilke behov for helsehjelp har skrøpelige hjemmeboende gamle? Rapport 3/2011. Høgskolen i Vestfold. For prosjektet " Bedre samhandling om multisyke eldre" som nå er ferdig, vil den også publiseres i skriftserien, som rapport nr 2/2011

Regionalt

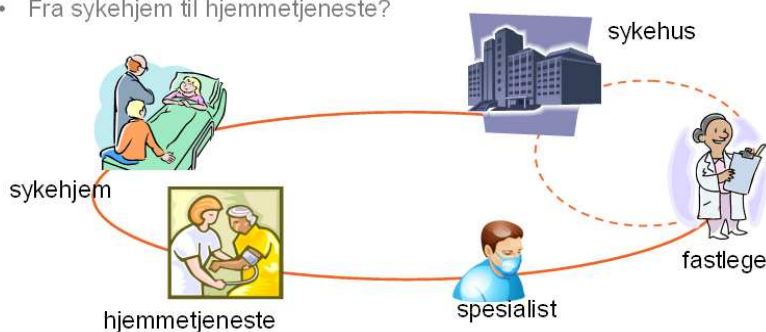
Samarbeid med Utviklingssenteret for Telemark om spredning til øvrige sykehjem i regionen med bakgrunn i erfaringer i Læringsnettverk i Telemark og piloten i Vestfold.

Nasjonalt

Samarbeid med Sekretariatet i Kunnskapssenteret om spredningsmodell, Helsedirektoratet via Utviklingssentra i Norge, og via nasjonale formidlingskanaler som kampanjens nettside: www.pasientsikkerhetskampanjen.no.

Fra Sandefjord og ut....

- Mulige spredningsnettverk:
 - 12-kommunesamarbeidet
 - Utviklingssenter-nettverk
 - Fra utviklingssentre til alle sykehjem
 - Fra sykehjem til hjemmetjeneste?



Figur 2 Forslag til spredningsmodell

10 Vedlegg

Vedlegg 1 Driverdiagram

Vedlegg 2 Sjekkliste

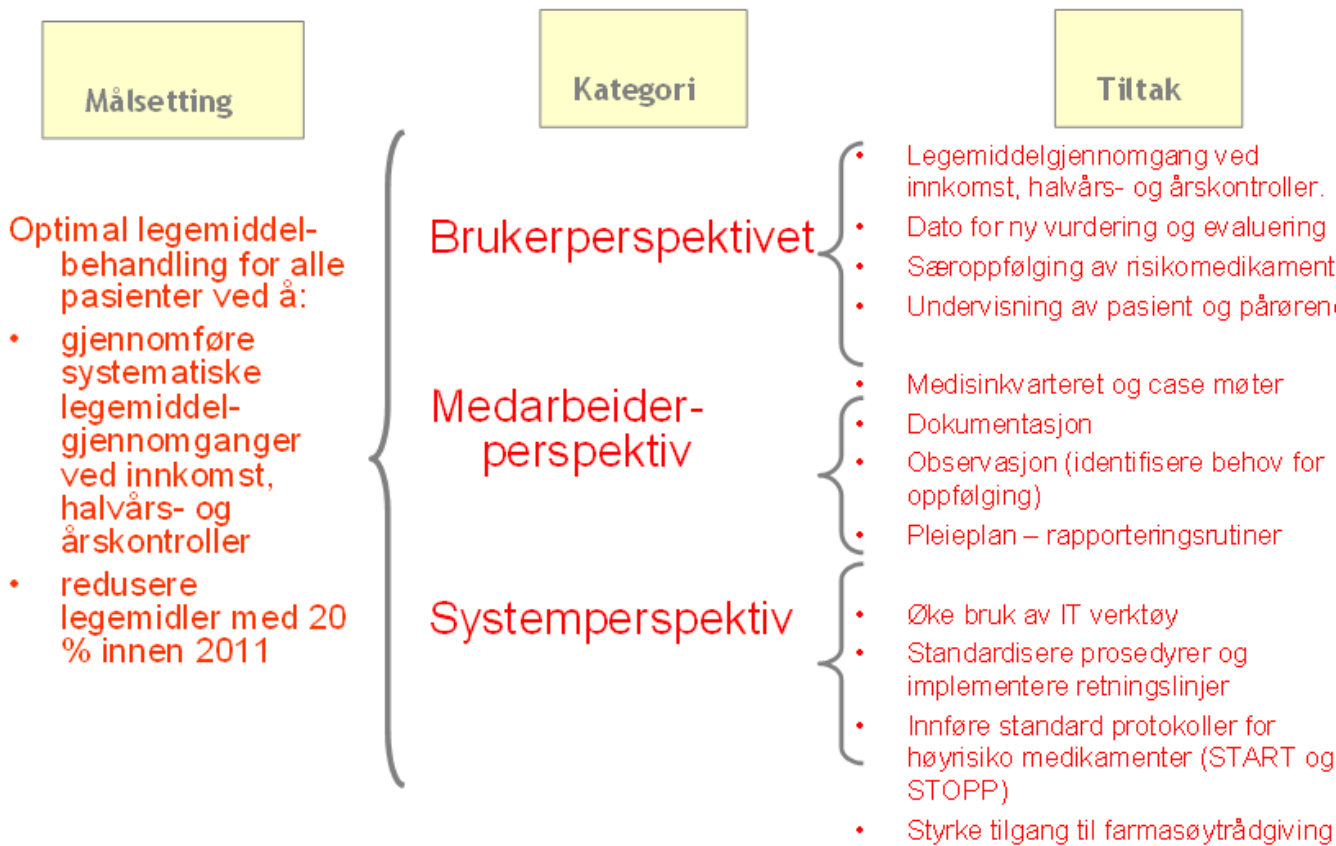
Vedlegg 3 Fremstilling av resultatene

Vedlegg 4 Forslag til implementering og spredningsplan

Vedlegg 1 Driverdiagram



Drivermodell



Vedlegg 2 Sjekklisten for LMG

Legemiddelgjennomgang i sykehjem - sjekkliste

Sjekklisten utfylles i forkant av legemiddelgjennomgang, oppbevares i medisinpermen, og arkiveres i pasientens papirjournal.

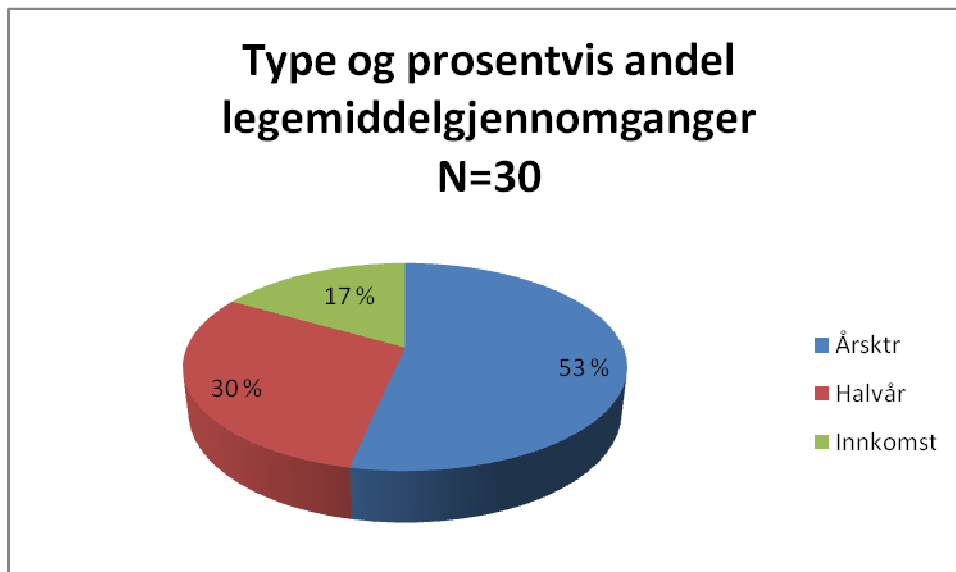
Funksjonsområde/ Utredning	Observasjon/vurderinger/ forordninger	Anmerkninger
Pasientens initialer	Legemiddelgjennomgang ved: Innkost <input type="checkbox"/> Halvårskontroll <input type="checkbox"/> Årskontroll <input type="checkbox"/>	
Sirkulasjon/ respirasjon	Puls: _____ /min BT: _____ mm/Hg	
	Dyspnoe: Ingen <input type="checkbox"/> Ved aktivitet <input type="checkbox"/> I hvile <input type="checkbox"/>	
	Ødemer: Ingen <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Store <input type="checkbox"/>	
Eliminasjon	Vannlating: Permanent kateter <input type="checkbox"/> SIK <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Inkontinent <input type="checkbox"/> Sparsom urin <input type="checkbox"/> Hyppig urin <input type="checkbox"/>	
	Avføring: Diaré <input type="checkbox"/> Obstipasjon <input type="checkbox"/>	
Ernæring	Vekt: _____ kg KMI: _____ Kvalme <input type="checkbox"/> Munntørhet <input type="checkbox"/>	
Fysisk funksjonsnivå Søvn	Går uten hjelpemiddel <input type="checkbox"/> Går med støtte/ ganghjelpemiddel <input type="checkbox"/> Rullestol <input type="checkbox"/> Fallrisiko <input type="checkbox"/> Svimmelhet <input type="checkbox"/>	
	Trøtthet på dagtid <input type="checkbox"/> Sørvansker <input type="checkbox"/>	
Funksjonsnivå i forhold til inntak av legemidler.	Kan svelge tabletter <input type="checkbox"/> Svelgvansker <input type="checkbox"/> Tabletter må knuses <input type="checkbox"/> Vil ikke ha/motsetter seg lege midler <input type="checkbox"/>	
Aktuelle lab. prøver i forkant av legemiddel- gjennomgang	Fastende blodsukker _____ HbA1C _____ Kreatinin _____ Serum Kalium _____ ALAT _____ ALP _____ og GT _____	
	TSH _____ Fritt T4 _____ Serum digitoxin _____ Annet medikamentspeil: s- _____	
Dato og signatur		



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Vestfold

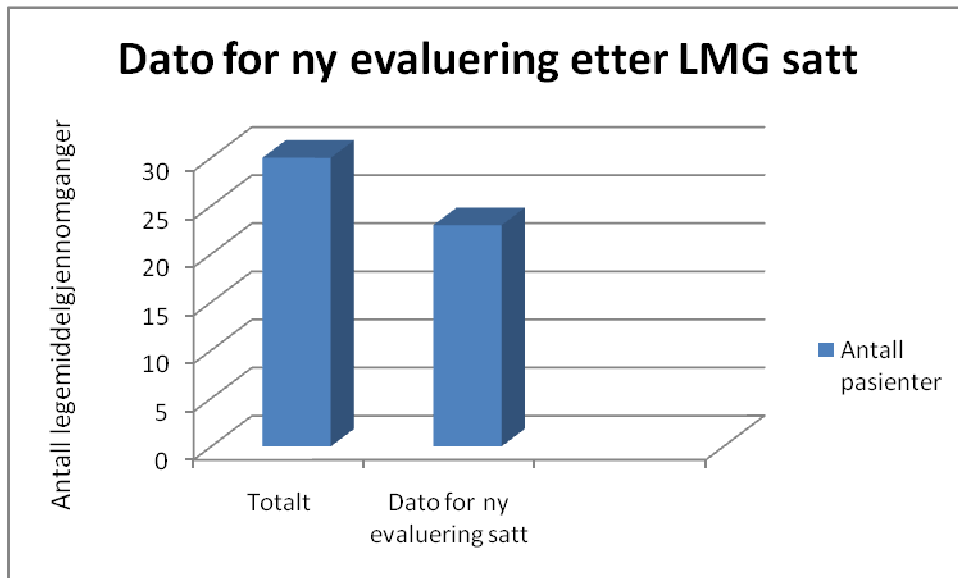
Vedlegg 3 Fremstilling av foreløpige resultater

Prosessmål:



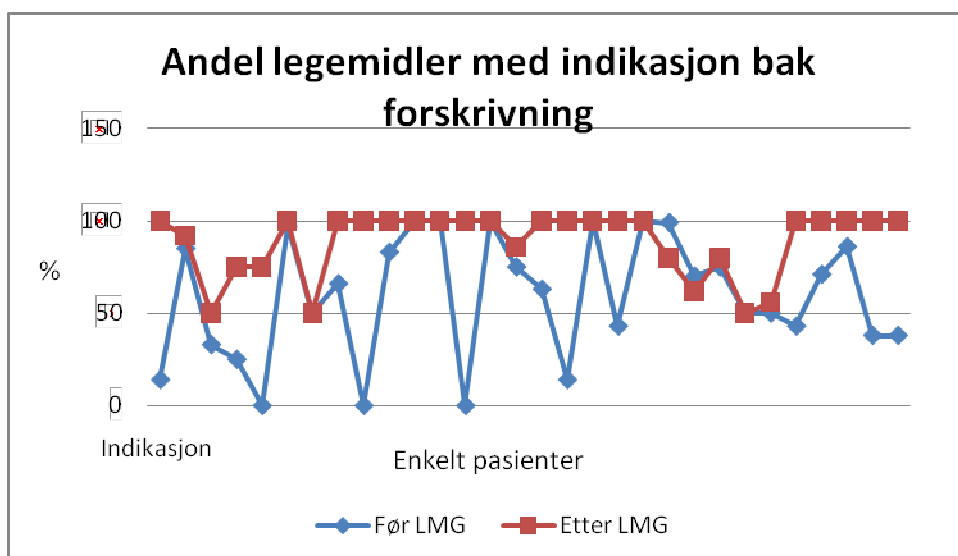
Figur 3 Type og prosentvis andel legemiddelgjennomganger

Det ble totalt utført 30 LMG i prosjektperioden. Vel halvparten ble knyttet til årskontroller av pasienten. Resultatene i piloten viser at antall legemidler er høyere ved LMG innkomst, enn ved oppfølginger etter halvårs- eller årskontroller.



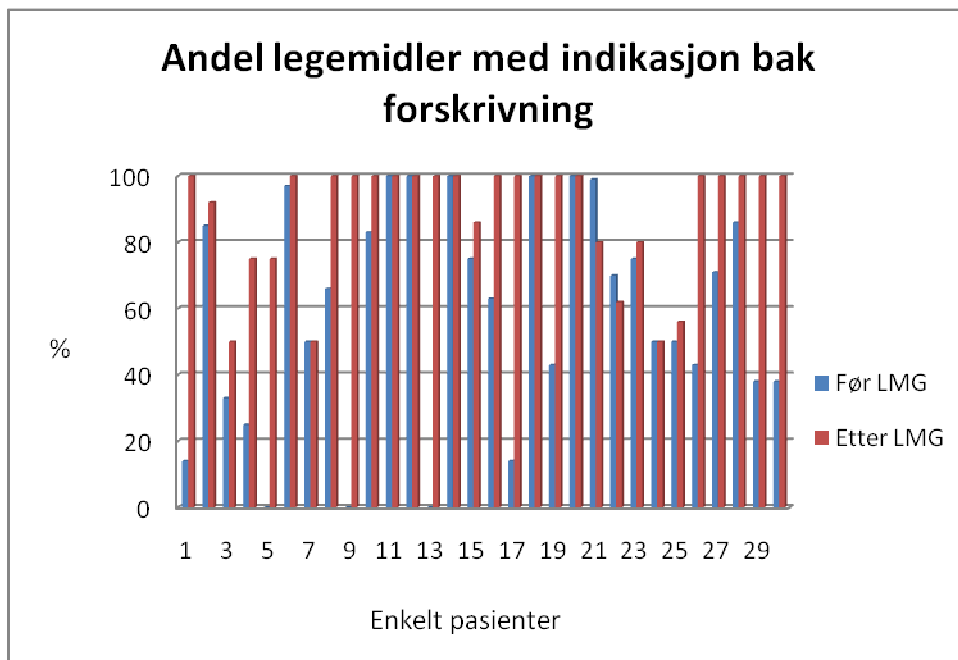
Figur 4 Dato for ny evaluering satt etter legemiddelgjennomgang

Det ansees viktig å sette ny dato for evaluering etter LMG, og i prosjektperioden ble det satt dato for ny evaluering på 20 av 30 pasienter. Ved oppsummering av resultater i juli måned var ca 15 av disse utført.



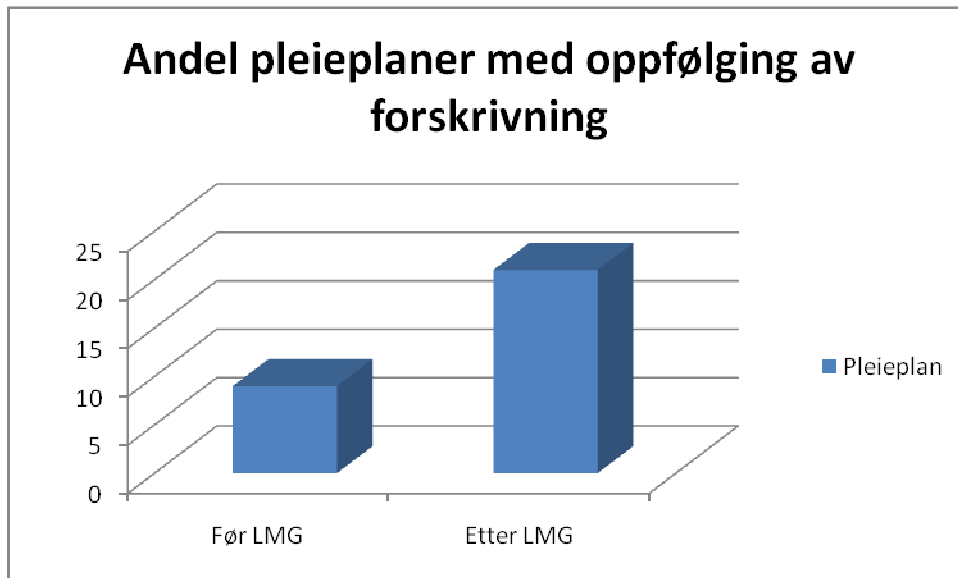
Figur 5 Andel legemidler med indikasjon bak forskrivning

LMG har bidratt til en økning av andel legemidler med indikasjon bak forskrivning oppført på legemiddellista fra 58,9 % til 88,5 %. En strukturert legemiddelgjennomgang bidro til en "rydding" i diagnoselister som følge av økt kjennskap til pasientens sykdom og funksjonsstatus og ny klinisk totalvurdering av pasienten.



Figur 6 Andel legemidler med indikasjon bak forskrivning

Før legemiddelgjennomgang var indikasjon bak forskrivning av legemiddel mangelfullt, og det var stor variasjon i legemiddellistene hvorvidt indikasjon var oppført. Etter LMG har indikasjon bak forskrivning økt fra 58,9 til 88,5 %. Sykehjemmet vil arbeide videre for en målsetting på 100 % indikasjon bak forskrivningen.



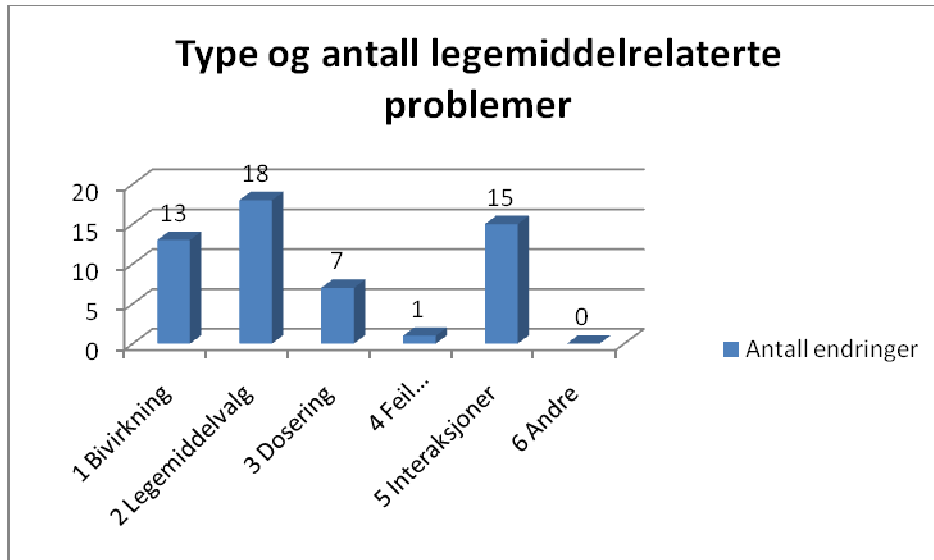
Figur 7 Andel pleieplaner med oppfølging av forskrivning

Andel pleieplaner før legemiddelgjennomgang var lav, det vil si 9 av 30 pasienter hadde legemiddelrelaterte pleieplaner. Prosjektet hadde som målsetting at pleieplan er påbegynt innen 24 timer etter LMG hvor legemiddelrelaterte problemer avdekkes. Prosjektet oppnådde målet om 100 % pleieplaner etter 24 timer, men oppfølgingen av planene med observasjon og rapport var mangelfull. Ny måling etter 3 måneder viste en generell bedring av kvaliteten på pleieplanene.

Undervisning og case- møter i prosjektperioden

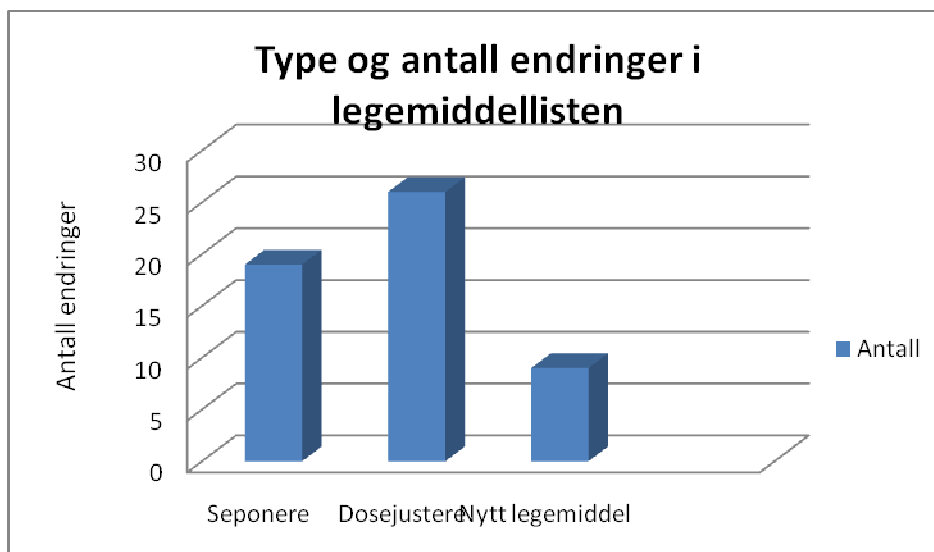
I prosjektperioden ble målsettingen om 30 casemøter gjennomført, og "Medisinkvarteret" x 3 i hver avdeling med farmasøyt, samt fagmøter for sykehjemslegene gjennomført. Tiltakene kan ha bidratt til opplevelsen av flere faglige diskusjoner og samstemthet om legemiddelbehandlingen.

Resultatmål:



Figur 8 Type og antall legemiddelrelaterte problemer

Identifiserte legemiddelrelaterte problemer ble kategorisert i henhold til Ruths mfl (2007) klassifisering. Problemer relatert til bivirkninger, valg av legemiddel og interaksjoner dominerte. I gjennomsnitt hadde pasientene i piloten 1,8 legemiddelrelaterte problemer hver seg.

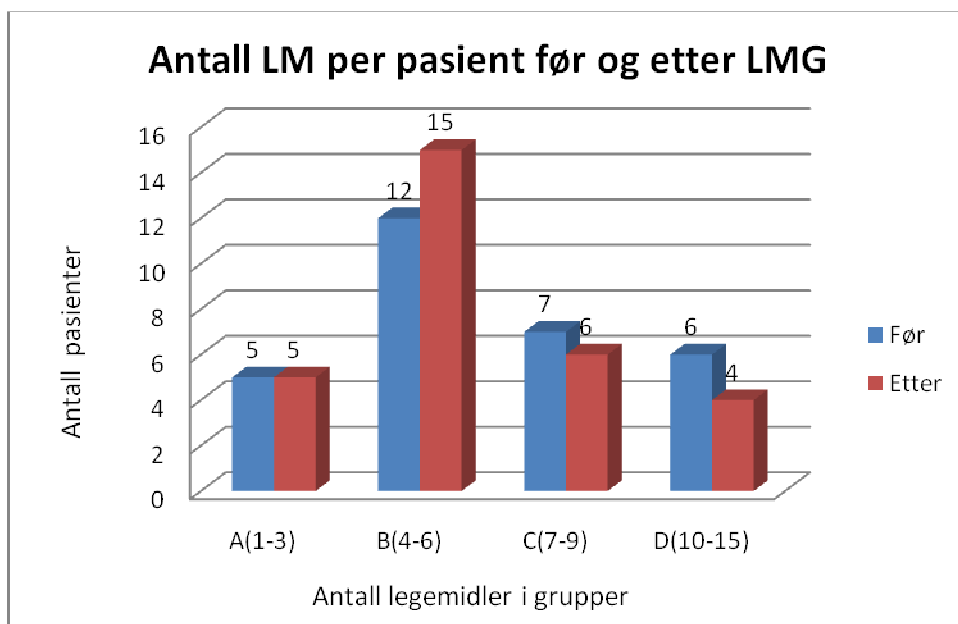


Figur 9 Type og antall endringer i legemiddellisten

Det ble gjort seponeringer, dosejusteringer (opp og ned), samt forskrevet nytt legemiddel på pilotpasientene. Gjennomsnittlig endring per pasient er 1.8. Antall og type endringer i legemiddellisten som følge av legemiddelgjennomgangen er fordelt slik på 30 pasienter:

1. Seponering: 19
2. Endret dose: 26
3. Nytt legemiddel: 9

LMG har bidratt til en nedgang i legemidler for pilotpasientene fra gj.snitt 6,4 legemidler per pasient til 6,1 legemidler. Legemiddelgjennomgang på pasienter ved innkomst ser ut til å ha bidratt til at gjennomsnittet ble høyere. LMG innkomst hadde et gjennomsnitt på 7,2 legemidler per pasient. Ved halvårs- og årskontroll var det også aktuelt å endre dose eller starte nytt legemiddel.



Figur 10 Antall faste legemidler før og etter legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgangene bidro til at pasientene både fikk seponert, dosejustert (opp og ned) eller/og nytt legemiddel. Et gjennomsnitt av alle pasientene viser 1,8 endringer per pasient, og en svak nedgang totalt fra 6,4 til 6,1 legemidler per pasient.

Avdelingene vil fortsette å følge utviklingen i antall legemidler høsten 2011. Prosjektet har et mål om å redusere den totale bruken av legemidler ved sykehjemmet på 20 % innen 2011.

Det er planlagt målinger minst 2 ganger høsten 2011, og deretter hver 3. måned i kampanjeperioden. Følgende indikatorer vurderes videre fulgt i kampanjeperioden:

- Type og antall legemiddelgjennomganger
- Type og antall legemidler (faste legemidler)
- Antall legemidler med indikasjon bak forskrivning
- Antall pleieplaner med oppfølging av forskrivning
- Type og antall legemiddelrelaterte problemer

Vedlegg 5 Forslag til sprednings- og implementeringsplan

Lokalt

Aktivitet	Målgruppe	Tidsplan	Ansvarlig
Kurs i LMG , 2 timer	Sykepleiere og leger	September- Desember 2011	Prosjektgruppen
Internundervisning, 1 time	Alle	September + Desember	Prosjektgruppen
Workshop med fokus på avdelingsvise mål , 1 ½ time	Alle, avdelingsvise	Høsten 2011- Våren 2012	Prosjektgruppen
Dialogmøter med hjemmetjenesten, fastlegene og sykehjemslegene	Prosjektkoordinator Nøkkelpersoner	Høsten 2011	Prosjektkoordinator i sykehjem og hjemmetjenester

Fylkesvis, regionalt og nasjonalt

Aktivitet	Målgruppe	Tidsplan	Ansvarlig
Presentasjon av resultater og anbefalinger i PLO-nettverket i 12k i Vestfold	Pleie- og omsorgsledere	September/oktober 2011	Prosjektleder
Læringsnettverk med sykehjem i Vestfold	Superbrukere i sykehjem	10 og 11 oktober 2011	USHT Vestfold i samråd Kunnskapscenteret og Fylkesmannen i Vestfold
USHT nasjonal konferanse. Informasjon og kampanjen og spredning av piloten (1- 2 timer).	Alle USHT i Norge	19. og 20. oktober	Helsedirektoratet
Fagartikkel	Helsepersonell	Høsten 2011	Prosjektleder og prosjektgruppen