



Samstemming av legemiddellister



Evaluering av pilot

Praksiskonsulent i Vestre Viken HF, Bærum sykehus,
universitetslektor ved avdeling for allmenntilleggsmedisin, UiO
og fastlege ved Bekkestua Fastlegekontor
Morten Finckenhagen

Bærum sykehus 27. juli 2011
(revidert 3. oktober 2011)

Innhold

Evaluering av pilot Samstemming legemiddellister	1
1. Bakgrunn	3
2. Bakgrunn og målsetting for piloten	3
3. Fremgangsmåte	4
Driverdiagram	4
4. Organisering	4
4.1 Tidsramme og ressurser:	5
4.2 Gjennomføring	5
5. Tiltakspakke	6
5.1 Pasientpåvirkning	7
5.2 Sykehusiltak	7
5.3 Fastlegetiltak	8
6. Måling	10
7. Resultater	10
8. Erfaringer	11
9. Forslag til spredning	11
10. Vedlegg	

1. Bakgrunn for kampanjen

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>

2. Bakgrunn og målsetting for piloten

Legemiddelsamstemming er definert som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt. Det foreligger omfattende dokumentasjon for at feil bruk av legemidler medfører et betydelig antall pasientskader og dødsfall, og påfører samfunnet store utgifter. Meldesentralens statistikk for årene 2001-2007 i Norge viser at mer enn hver fjerde melding (27 %) er legemiddelrelaterte hendelser (Helsetilsynet, 8 A.D. 1480 /id). Internasjonale beregninger har vist at så mye som 10% av innleggelser i indremedisinske avdelinger kan knyttes til feilbruk av legemidler (Institute of Medicine, 2000 1395 /id). Oppdatert informasjon om pasientens faste legemidler ved skifte av behandlingsnivå mangler ofte. En studie fra Gjøvik sykehus i 2009 viste at bare 47% av henvisningene og 51% av epikrisene inneholdt fullstendige opplysninger om pasientens legemiddelbruk. Ved akutte innleggelser hadde bare 21% av pasienten med seg en oversikt over egne faste medisiner (Frydenberg og Brekke, Tidsskrift for DNLF 9/10 2011).

I en spørreundersøkelse blant fastleger i Asker og Bærum i 2009 oppga bare halvparten at de hadde rutiner for å samstemme pasientens medisinliste når de mottar epikrise fra sykehus eller spesialist.

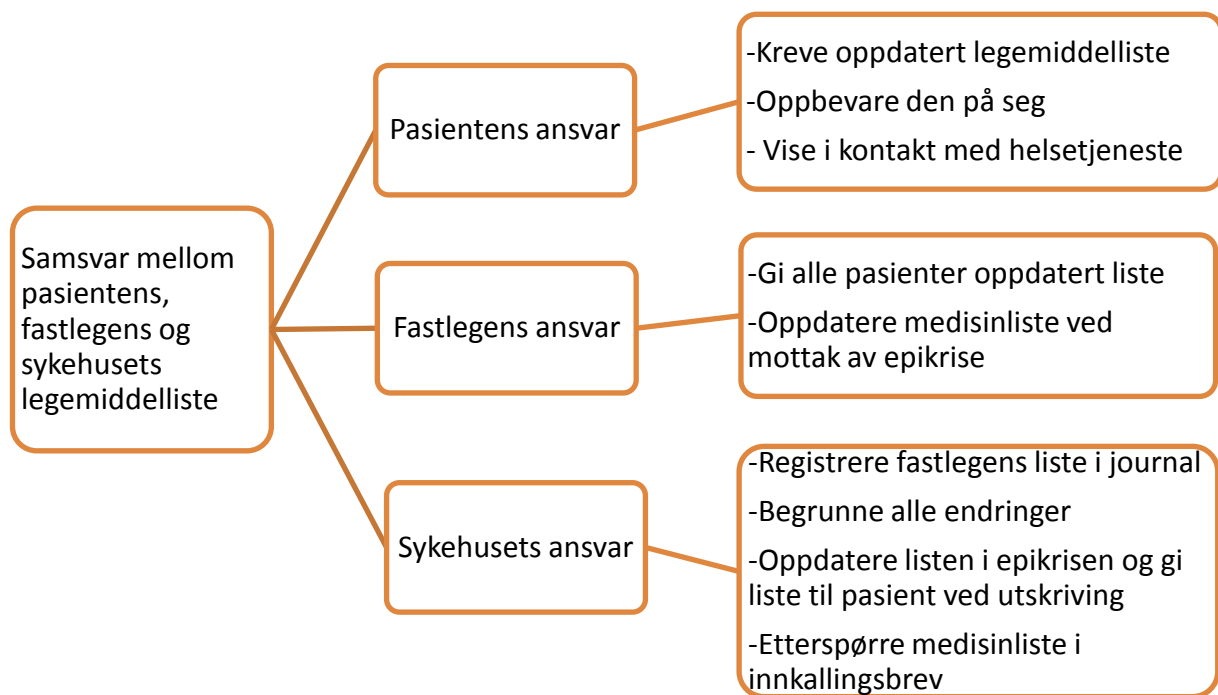
Medisinske fremskritt og samfunnsutviklingen for øvrig bidrar til å forsterke problemet. Stadig flere pasienter lever lenge med kronisk sykdom. En økende andel eldre og demente bruker mange legemidler. Stadig flere behandlere er involvert og store mengder informasjon utveksles i ulike IKT systemer og standarder. Også på forvaltningsnivå er mange fagetater involvert legemiddelhåndtering. Ansvar for den individuelle legemiddelsamstemming er ikke entydig definert i lovverket. Utvikling av nasjonale normer og standarder for

legemiddelsamstemming, opplæring av helsepersonell og pasienter er påkrevet. Pilotens fokus har vært rutiner for samstemming av legemidler ved overganger mellom helsetjenestenivåer. Pilotens mål har vært å prøve ut metoder for å kvalitetssikre samstemming av pasientens legemiddelinformasjon ved innleggelse i sykehus og tilbakeføring til fastlegen. Dette har skjedd gjennom påvirkning av pasienter, fastleger og sykehusansatte. (Se Driverdiagram under pkt. 3)

3. Fremgangsmåte

Etter modell av Scottish Patient Safety Programme har vi utarbeidet et driverdiagram som danner struktur for arbeidet med pilotens tre innsatsområder:

3.1 Driverdiagram



4. Organisering

Piloten for samstemming av legemiddellister har vært gjennomført i Vestre Viken HF, Bærum sykehus ved medisinsk avdeling og Geriatri, slag og rehabiliterings-avdelingen (GSR).

En arbeidsgruppe ble etablert i desember 2010, med noen utskiftninger har gruppen bestått av:

- Morten Finckenhagen, leder (fastlege, Bekkestua. praksiskonsulent, Bærum sykehus)
- Knut Erling Moksnes (overlege, spes. geriatri, Bærum sykehus)
- Bjørnar Nyen (Nasjonalt kunnskapssenter, Skien)
- Tina Fjærli (avdelingssykepleier, Akuttmottaket, Bærum sykehus)
- Kirsten Hjelle (apoteker, Bærum sykehusapotek)

Gruppen har holdt arbeidsmøter av 2 timers varighet på Bærum sykehus ca. en gang i måneden første halvår 2011. Møtene har utformet planer for den praktiske gjennomføring av piloten. Registreringsverktøy og metoder er utarbeidet av leder, justert og godkjent av gruppen. Deretter har leder drevet markedsføring av piloten og praktisk opplæring av involverte grupper av ansatte ved Bærum sykehus. Gruppen har fått veiledning underveis av sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen.

Gruppen valgte å prioritere to kritiske punkter i legemiddelsamstemmingen:

1. Registrere andel pasienter innlagt i medisinsk avdeling og GSR, som medbringer en medisinliste fra egen fastlege.
2. Kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikriser fra medisinsk avdeling og GSR.

4.1 Tidsramme og ressurser:

Den opprinnelige målsetning om gjennomføring av pilotprosjektet i perioden januar – april 2011, var av praktiske grunner ikke mulig å oppfylle. Leder har hatt hovedansvar for den løpende, praktiske organisering av piloten. Han disponerer kun 20% stilling som praksiskonsulent til dette arbeid. Denne tiden har ikke strukket til og leder har brukt mye av sin fritid på pilotarbeidet. Presentasjon av piloten har vært etterspurt i mange miljøer og ønskene stort sett etterkommet. Representanter for piloten inkludert leder har vært i Skottland for å studere den skotske pasientsikkerhetskampanjen.

4.2 Gjennomføring

Registrering av medisinlister i akuttmottak ble igangsatt 23.03.11. Man gjennomførte fortløpende registrering av de 25 første innleggelsene i medisinsk avdeling og GSR fra kl. 08.00 hver annen onsdag. Det ble registrert ett skjema på papir pr. pasient (se vedlegg 1). Informasjonen fra de individuelle skjemaer ble overført til en enkel optellingsliste (se vedlegg 2) og tallene ble innført i rapportmodulen i Extranett

Evaluering av epikrisekvalitet ble igangsatt medio juli. Det ble utviklet en mal for å bedre kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikrisen (vedlegg 3). Denne ble presentert i internundervisning ved felles morgenmøter på medisinsk avdelin og GSR. Hver lege fikk et eksemplar til bruk i det praktiske arbeidet. Malen ble dessuten distribuert til alle leger via epost. Det ble utviklet et eget et poengsystem for vurdering av kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikrisen (vedlegg 4). I samarbeid med Kvalitetsavdelingen i Vestre Viken HF ble det gjort et månedlig uttrekk av epikriser på pasienter (15 fra medisinsk avdeling og 5 fra GSR) ved hjelp av NPR nummer i DIPS. Legemiddelavsnittet i hver epikrise ble gjennomgått og skåret etter det omtalte poengsystem. Poengsummen ble ført inn i et skjema (vedlegg 5). Deretter ble gjennomsnittsskår for de 20 undersøkte epikrisene utregnet.

Dette tallet som prosent av maksimalskår (15) ble innført som målepunkt i Extranett. Et målepunkt basert på uttrekk av epikriser fra april 2010 ble brukt som "baseline".

5. Tiltakspakke

Pilotgruppen har utviklet en tiltakspakke som anbefalt grunnlag for videre spredning av delprosjektet Legemiddelsamstemming i Pasientsikkerhetskampanjen.

For å kvalitetssikre utveksling av informasjon om pasientens faste legemidler i alle nivåer av helsevesenet er det viktig at de tre likverdige ledd i informasjonskjeden påvirkes samtidig gjennom hele kampanjeperioden. Målet er at tiltakspakken skal bidra til en nødvendig, gjennomgripende endring av holdninger og arbeidsrutiner hos fastleger og sykehusleger. Dessuten skal den bevisstgjøre pasienter og pårørende om deres medansvar ved alltid å medbringe en oppdatert liste over sine faste legemidler og vise den frem i kontakt med helsevesenet og på apotek.

Fastlegen skal sørge for at alle pasienter som bruker legemidler fast, har en oppdatert medisinliste og lære dem å vise den frem i kontakt med andre behandlere og på apotek. Listen skal skrives ut minst en gang i året i forbindelse med en konsultasjon f. eks. en årskontroll. Det vil da være naturlig å knytte utskrivelsen medisinliste til en systematisk legemiddelgjennomgang og utskrivning av nye resepter. Hver gang det gjøres endringer i listen, skal ny liste skrives ut og gis til eller sendes til pasienten. Den gamle listen bør samtidig makuleres eller pasienten bør få beskjed om å kaste den. Flere ulike versjoner av listen vil skape usikkerhet og svekke kvaliteten.

Sykehuslegen som tar i mot pasienten ved innleggelse, skal alltid spørre etter pasientens medisinliste. Den skal danne utgangspunkt for eget avsnitt i innkostnotat:

Medisiner (evt. Legemidler) ved innleggelse. Her skal alltid kilden til

legemiddelopplysningene oppgis. F. eks. "Medisiner ved innleggelse bygger på:

Pasientens liste fra fastlegen / Muntlige opplysninger fra pårørende / Påskrift bakpå medbragt doseringseske / Opplysninger i henvisningsbrev eller Pasientens egne resepter."

Alle endringer i denne listen i løpet av sykehusoppholdet skal beskrives og begrunnes i eget avsnitt i epikrisen og komme før selve listen over faste medisiner ved utreise.

Det skal være et krav at legemiddelregnskapet går opp, slik at epikrisemottaker (fastlegen) kan føle seg helt trygg på at endringer skyldes bevisste medisinske beslutninger og ikke feil eller forglemmelse. En slik begrunnelse for endring vil også fungere som nyttig faglig veiledning fra sykehuslege til fastlege.

Pasienten skal ved påvirkning gjennom ulike informasjonskanaler og personlig veiledning hos fastlege og sykehusansatte læres opp til sitt medansvar som bærer av egen legemiddelinformasjon. Pasienter som ikke selv kan ta et slikt ansvar, f. eks. mindreårige, demente, psykisk utviklingshemmede, enkelte psykiatriske pasienter og pasienter i rusomsorg må få hjelp av pårørende, verge, hjemmesykepleier eller andre med støttefunksjon.

KONKRETE TILTAK:

5.1 Pasientpåvirkning

- a) Videreføre plakatkampanjen (startet av leder uavhengig av pilot)
- b) Samarbeid med pasientorganisasjonene
- c) Bruk av media + statlige informasjonskanaler
- d) Påskrift på innkallingsbrev fra sykehus og spesialister

Ad. a) Det foreligger to versjoner av en plakat utarbeidet av pilotleder i samarbeid med Statens legemiddelverk (SLV), Legeforeningen og Apotekforeningen (Vedlegg 6 og 7). Det planlegges å utgi en ny versjon plakaten i regi av kampanjeledelsen. Vi anbefaler at plakater henges opp i alle venterom/ventesoner ved alle sykehus og poliklinikker, ved alle fastlegekontorer og i alle spesialistpraksiser, samt i alle landets apotek. Plakatene som er vist under "Vedlegg" kan lastes ned fra nettsiden til SLV.:

http://www.legemiddelverket.no/upload/124187/medisinliste_plakat_print_091015_bokmaal.pdf

http://www.legemiddelverket.no/upload/124187/medisinliste_plakat_print_091015_nynorsk.pdf

<http://www.legemiddelverket.no/upload/plakat%20medisinliste.pdf>

Ad. b) Pilotleder har etablert kontakt med Funkjionshemmedes fellesorganisasjon og noen av medlemsorganisasjonene. Planen er å bruke deres nettsider og medlemsblader til pasientpåvirkning. Samarbeid mellom sykehus og lokallag vil være en arena for slik pasientpåvirkning.

Ad. c) Bruk av lokalpressen til å dekke lokale tiltak anbefales. Riksdekkende medier kan også mobiliseres til å belyse kampanjen. Piloten har bevisst benyttet denne muligheten til pasientpåvirkning.

Ad. d) **Dette er kanskje det viktigste enkeltiltaket for pasientpåvirkning.**

Alle innkallingsbrev fra sykehusavdelinger, poliklinikker og avtalespesialister skal innholde følgende tekst:

Husk å ta med deg en oppdatert liste over dine faste medisiner. Fastlegen kan skrive ut en slik liste til deg. Listen er viktig for at vi skal kunne gi deg god og sikker behandling.

5.2 Sykehustiltak

- a) Innføre ny (nasjonal?) standard for legemiddelavsnittet i epikrise
- b) Kvalitetssikre legemiddelanamnese
- c) Lokal opplæring og motiveringskampanje av leger og sykepleiere

- d) Rutine for regelmessig evaluering av epikrisekvalitet. Registrering i Extranett og rapportering gjennom lederlinjen.
- e) Kontinuerlig påvirkning og feedback.

Ad. a) Det vil være en fordel å innføre en felles nasjonal standard for epikriser. Bruk av ulike EPJ systemer på sykehusene gjør dette utfordrende. Lokale tilpasninger må likevel ikke fravike prinsippene om at kilde til legemiddelinformasjon oppgis, endringer begrunnes og tydelig fremkommer i medisinoversikten i epikrisen. Sykehusenes EPJ systemer kan foreløpig ikke editere en egen medisinliste til pasientene. Noen sykehus praktiserer ”Epikrise rett i hånden”. Epikrisens legemiddelavsnitt vil da fungere som medisinliste inntil pasienten kan få skrevet ut en ny liste hos fastlegen. Det vil være ønskelig at alle EPJ systemer både i sykehus og primærhelsetjeneste kan editere en oversiktlig medisinliste med en felles nasjonal utforming/design.

Ad. b) Kvalitetssikring av legemiddelanamnesen inngikk ikke i piloten, men etter erfaringer fra lokalt prosjekt i Helse Sunnmøre HF, vil vi anbefale et system som sørger for innhenting av pålitelig legemiddelinformasjon ved innleggelse i de tilfeller pasienten ikke medbringer liste, der listen er upålitelig eller pasienten er bevisstløs. Helse Sunnmøre HF har utviklet et eget skjema som følger pasienten fra mottak til sengepost. (vedlegg 8). Vi vil anbefale at en slik rutine blir innarbeidet som en del av den nasjonale kampanjen.

Vi vil videre foreslå at man evaluerer kvaliteten på legemiddelinformasjon fra fastlege ved innleggelse etter et lignende kvalitetskriterier som piloten utviklet for epikrisekvalitet. Det kan gjøres ved tilfeldige uttrekk av mottatte henvisninger eller ved å skanne/ta kopi av medisinlister som pasienten selv medbringer. Et system for tilbakemelding til fastlegene bør være en naturlig del av et slikt tiltak.

Ad. c) Gjentatt lokal undervisning av involverte leger og sykepleiere blir viktig. Kampanjeledelsen i samarbeid med regionale HF vil arrangere læringsnettverk for å stimulere dette arbeide og etablere lokale ressurs- og ansvarsgrupper.

Ad. d) og e) Registrering og måling er en viktig del av kampanjen og vil gi nyttig feedback både til klinikere og ledelse. Konkurransen mellom avdelinger om oppnåelse av forbedringsmål, samt beskjedne insentiver og påskjønnelser blir brukt i den skotske kampanjen. Pilotleder har forsøksvis benyttet enkle påskjønnelser til sykehusleger med særlig gode resultater. Vi har registrert en positiv påvirkning av holdning til kampanjen selv om dette ikke er systematisk evaluert. Tiltaket hadde en lav kostnadsramme, utgiftene ble personlig dekket av pilotleder

5.3 Fastlegetiltak

- a) Fastlegene må forholde seg til pasientens økende etterspørsel etter lister
- b) Opplæring og motiveringskampanje: PKO, lokale nettverk, DNLF, staten

- c) Nasjonal standard. Generisk forskrivning. Samstemmingsverktøy
- d) Normaltariffen som styringsverktøy
- e) Pensum i medisinstudiet

Ad. a) Påvirkning av fastlegene kan bli kampanjens største utfordring. De er organisert som selvstendig næringsdrivende og har ingen overordnede som kan pålegge dem å endre rutiner. Plakatkampanjen og innkallingsbrev der pasienten blir bedt om å medbringe liste fra fastlegen, vil bidra til at fastlegene blir nødt til å endre sine rutiner. Legemiddelsamstemming ved mottak av epikrise innebærer et betydelig, daglig merarbeid for mange fastleger.

Ad. b) Det anbefales å etablere lokale læringsnettverk, gjerne i samarbeid med PKO ordningen ved de lokale sykehusene. Legeforeningens SAK (Senter for allmennt medisinsk kvalitetsarbeid) har en modell for læringsnettverk for kvalitetsforbedring som kan bidra med veiledning og ressurser. Det er innledet et samarbeid med SAK om læringsnettverk for fastleger og deres medarbeidere. Medarbeidere hos fastleger utgjøres av helsesekretærer, bioingeniører, sykepleiere og andre. Denne gruppen blir ofte delegert oppgaver med reseptbestilling fra pasienter utenom konsultasjon hos legen. Vi tror at dette leddet representerer en sikkerhetsrisiko. Derfor bør dette kvalitetsarbeidet involvere både leger og medarbeidere. Det er viktig for fastlegene at slikt arbeid i lokale læringsnettverk organiseres med tellende kurspoeng til videre- og etterutdanningen i allmennt medisin. Allmennt medisinske miljøer ved våre universiteter har også erfaring med såkalt kollegabasert veiledning. Piloten anbefaler at man bygger videre på disse metodene i arbeidet med å påvirke fastlegene.

Ad. c) En felles nasjonal standard for medisinlistens innhold og oppsett vil være ønskelig. Fastlegene benytter for tiden 5 ulike EPJ systemer inkludert gamle og nye versjoner. Opplæring av fastlegene må sørge for at alle leger og medarbeidere behersker bruk av modulen "Faste medisiner" i eget EPJ inkludert samstemming og utskrift av medisinliste. Kvaliteten på innholdet i listene skal forbedres mot en felles norm selv om utseende på listen vil variere. Medisinlisten fra fastlegen skal inneholde følgende informasjon:

Fastlegens navn, adresse og telefon

Dato for oppdatering/utskrift

CAVE (Liste over legemidler som pasienten ikke tåler og ikke skal bruke)

For hver medisin: Salgsnavn, helst generisk navn (virkestoff), legemiddelform, styrke, dosering og bruksområde.

Generisk forskrivning er allerede mulig i noen EPJ systemer. Innføring av eResept skal gjøre denne funksjonen tilgjengelig i alle systemer. Kampanjen anbefaler generisk forskrivning. Elektronisk samstemmingsverktøy er et prioritert satsningsområde i samarbeid mellom KITH og Legeforeningen. Prosjektet er ferdig utformet med kravspesifikasjoner og har en fornuftig kostnadsramme. Piloten har oppfattet at prosjektet kan bli utsatt pga. manglende finansiering og beklager dette sterkt. Fastlegenes arbeid med samstemming vil bli betydelig enklere og sikrere med et slikt verktøy.

Ad. d) Konsekvent, daglig samstemming av pasientens faste medisiner i EPJ, vil innebære et merarbeid for fastlegene. Det er svært viktig for å nå kampanjens tre hovedmål at dette

arbeidet utføres nøyaktig og systematisk. Piloten har foreslått for Legeforeningen og Helsedirektoratet å bruke Normaltariffen som helsepolitiskstyringsverktøy ved å etablere en takst for dette arbeidet. Resultatet av denne prosessen er usikkert. Foreløpig anbefaler piloten følgende rutine for fastlegene: Etter innleggelse eller spesialistbesøk der epikrisen viser at det er gjort begrunnet endring i faste medisiner, skal pasienten innkalles til konsultasjon for legemiddelsamstemming og utskrift av ny medisinliste. I de tilfeller der pasienten er for syk til å møte frem, gjøres samstemmingen uten pasientens nærvær og ny medisinliste sendes til pasient og/eller hjemmesykepleier. Er hjemmesykepleier involvert benyttes takst 1F. Hvis ikke benyttes takst for enkel pasientkontakt taks 1H + takst 8 og pasienten faktureres for utgiften.

Ad. e) Delprosjektet Legemiddelsamstemming står overfor en omfattende prosess. Å endre holdninger og arbeidsrutiner hos ca. 22.000 yrkesaktive norske leger og deres medarbeidere, vil kreve bevisste prioritering i hele helsevesenet og vil ta tid. Piloten anbefaler at man investerer i kommende generasjoner av leger og helsearbeidere ved at legemiddelsamstemming blir en obligatorisk del av medisinstudiet ved landets fire universiteter. Det kan tenkes å inngå i et kurs i pasientsikkerhet generelt eller integreres i undervisning i farmakologi og reseptlære. Det er viktig at undervisningen blir praktisk og jordnær med oppgaver og øvelser hentet fra klinikerens hverdag. I de nærmeste årene blir det også viktig at opplæring i legemiddelsamstemming inngår som en del av grunnopplæringen av turnusleger og underordnede leger ved alle landets sykehus.

6. Måling

Prosessmål (Fortløpende registrering i Extranett):

1. Antall innlagte pasienter som har med medisinliste fra fastlegen (Teller)

Totalt antall innlagte pasienter i registreringsperiode (Nevner)

2. Kvalitetsmål for utforming av legemiddelavsnittet i tilfeldig månedlig uttrekk av 20 epikriser.

Gjennomsnittlig poengskår (Teller).

Maksimalt poengskår (Nevner).

Resultatmål (GTT i systematisk uttrekk av sykehusjournaler)

Antall registrerte pasientskader som kan knyttes til feilbruk av legemidler (Teller).

Totalt antall registrerte pasientskader (Nevner)

7. Resultater

Piloten har pågått i så kort tid at man ikke kan presentere noen sikre resultater av de målinger som er gjort. Mot slutten av 2. halvår 2011 vil man trolig kunne presentere endelige resultater. Vi observerer likevel en klar tendens til at flertallet av innlagte pasienter ikke har med liste over faste medisiner fra fastlegen. Kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikrisen har vist signifikant bedring etter opplæring av de involverte legene ved Bærum sykehus.

8. Erfaringer

Piloten er tatt meget godt i mot av ledelsen i Vestre Viken HF og det er etablert et samarbeid med kvalitetsavdelingen. På samme måte er piloten møtt med interesse og velvilje hos de ansatte som har vært direkte involvert i den praktiske gjennomføring.

Medisinlister i Akuttmottaket: Leder for arbeidgruppen/piloten gjennomførte opplæring av de ansatte og har fulgt opp registreringen og personlig produsert, distribuert og samlet inn registreringsskjema, samt overført data til Extranett. Mange ansatte er involvert i registreringen som kan strekke seg over flere vaktshift. Derfor er det en viss fare for at feil oppstår. Vi måtte bytte ansvarlig sykepleier underveis pga. sykefravær. To registreringsdag i sommer ble uteglemt pga. uklare ansvarsforhold og rutiner under ferieavvikling.

Epikriser ved medisinsk avdeling og GSR: Leder har utarbeidet skriftlig veiledning for den nye kvalitetsnormen for epikriser. Han har gitt gjentatt informasjon om gjennomføring av piloten på morgenmøtene. Veilederen er også distribuert på legenes e-postliste. Man har registrert en viss motstand mot endringene som av noen blir oppfattet som omstendelige og ”pirkete” og innebærer merarbeid. Generelt har holdningene vært positive, særlig blant yngre leger. For å øke interessen og ”gløden” har leder delt ut små påskjønnelser til leger som har vist særlig gode resultater. Dette ble godt mottatt av hele legestaben. Slike tiltak benyttes også i den skotske modellen.

Fastlegene: Leder har regelmessig presentert piloten for fastlegene i Bærum kommune. Gjennom praksiskonsulentordningen (PKO) har plakaten vært distribuert til alle fastlegekontorer. Fastlegene har vist en positiv holdning til piloten og hensikten med bedre legemiddelsamstemming. Derimot råder en ganske utbredt skepsis til om de vil kunne påta seg det ekstraarbeidet systematisk legemiddelsamstemming innebærer. Flertallet av fastlegene har til nå ikke hatt faste rutiner for slikt arbeid.

Personlig erfaring: Pilotleder har hatt stor glede av arbeidet med piloten. Likevel er systemet sårbart fordi han har gjort mye av arbeidet alene. Det har ikke vært planlagt noen stedfortrederfunksjon ved evt. sykdom eller annet fravær. Tiden har også vært knapp innenfor hans beskjedne stillingsbrøk. Han har fått nødvendig og god støtte fra kompetente ressurspersoner i kampanjesekretariatet, men kunne ha ønsket seg tettere oppfølging og veiledning under veis.

9. Forslag til spredning

Metodene som har vært utviklet, utprøvd og viser seg å fungere i praksis. Arbeidet i piloten viser at prosjektet lar seg gjennomføre med ganske beskjedne personalressurser. Det advares likevel mot for tynn bemanning ved den nasjonale spredningen. Ved nasjonal spredning bør det etableres ansvarsgrupper på hvert sykehus og

læringsnettverk i primærhelsetjenesten. Det bør også planlegges regelmessige møter som også involverer representanter for de ansatte. Her må man kunne utveksle erfaringer og gjøre nødvendige justeringer fortløpende.

Kontinuerlig påvirkning av alle ledd i informasjonskjeden dvs. pasient, fastlege og sykehus er viktig for å oppnå varig endring. En vellykket kampanje vil derfor kreve samhandling mellom mange aktører på ulike nivåer i helsevesenet. Dette vil kreve god planlegging på RHF-nivå, på det enkelte sykehus og i den enkelte kommune. Nasjonalt kunnskapssenter vil ha en viktig oppgave som ressursbank, formidler og veileder under hele kampanjen.

Piloten valgte bevisst å begrense seg til to avdelinger ved Bærum sykehus, nemlig GSR og medisinsk avdeling. I den nasjonale kampanjen må selvsagt alle kliniske sykehusavdelinger inkluderes. Dette vil involvere flere ansatte og stille større krav til ledelse, bemanning og ressursbruk.

Konkrete tiltak som anbefales brukt i den nasjonale kampanjen er nevnt under avsnitt 5: "Tiltakspakke"

Vedlegg:

Registreringsskjema for pasienter med legemiddelliste fra fastlege

Kampanjens målsetting er at alle pasienter som benytter faste legemidler skal ha en oppdatert legemiddelliste. Sykehusene ønsker derfor å registrere hvor mange pasienter som har med listen når de ankommer sykehuset. **Kun pasienter som legges inn på GSR og medisinsk avdeling skal registreres.**

Marker med kryss og registrer pasienter til det er inkludert minst 25 pasienter.

Registrer pasientens kjønn og fødselsår

Kjønn:

Mann	Kvinne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fødselsår:

Still deretter følgende spørsmål til pasienten og sett kryss: **Bruker du faste legemidler?**

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis pasienten svarer ja:

Legemiddellister kan forekomme i ulik form. Vi skiller mellom 1) liste som er skrevet ut av fastlege på papir og 2) annen type liste som f. eks. håndskrevet liste, kopi av liste fra sykehjem, kopi av epikrise eller liste på baksiden av doseringseske (Dosett). **NB: Resepter regnes ikke som liste.**

Lister som er eldre enn ett år (utdatert) skal ikke registreres.

Pasienten har papirliste fra fastlege

Pasienten har annen liste

Pasienten har ikke med seg liste
(eller har utdatert liste)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Dato

Signatur / Initialer

OPPTELLINGSSKJEMA FOR REGISTRERING AV MEDISINLISTER I MOTTAKET

Ingen Faste medisiner	Bruker Faste medisiner	Fastlege-liste	Annen liste	Ingen liste	Skjemanr.
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17
					18
					19
					20
					21
					22
					23
					24
					25
					26
					27
					28
					29
TOTAL					

MAL FOR EPIKRISENS AVSNITT "MEDISINER VED UTREISE"

1. OPPGI KILDE TIL MEDISINLISTEN

Eks.: Faste medisiner ved innleggelsen bygger på medisinliste fra fastlegen.

2. BEGRUNN ENDRINGER I FASTE MEDISINER

Eks.: **Begrunnelse for endringer under oppholdet:**

Warfarin er innført pga. kronisk atrieflimmer med CHADS2: 3

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

Furosemid er seponert pga. usikker indikasjon.

3. LAG LISTE OVER MEDISINER VED UTREISE.

SEPONERTE FØRES NEDERST OG SKILT FRA MEDISINER I BRUK.

4. ALLE MEDISINER SKAL BESKRIVES MED

Navn – (Generisk navn) – Entydig dosering – Indikasjon – Kategori

5. KATEGORI FØRES ETTER HVERT LEGEMIDDEL – STORE BOKSTAVER:

SOM FØR - NY - ENDRET - KUR - SLUTT*

Medisiner ved utreise:

Cozaar (Losartan) 50 mg, 1 tablett morgen. Blodtrykksmedisin. SOM FØR

Selo-Zok (Metoprolol depot) 100 mg, 1 tablett daglig. Hjertemedisin. SOM FØR

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

Simvastatin 40 mg, 1 tablett kveld. Kolesterolenkende. ENDRET

Imovane (Zopiclon) 7,5 mg, 1/2 tablett kveld ved behov. Sovemedisin. SOM FØR

Amoxicillin 500mg 1 tabl. 3 ganger daglig mot luftveisinfeksjon t.o.m. 20. mai. KUR

Furix (Furosemid) 20 mg, 1 tablett morgen. Vanndrivende. SLUTT

* Bruk ordet SLUTT i stedet for SEPONERT. "Epikrise rett i hånden" er pasientens midlertidige medisinliste og må derfor benytte norske ord. Liste fra fastlege kan inneholde "varer i bruk" som inkontinensutstyr, glukometer-stix etc. Dette utelates i journal og epikrise. "SNEKS" er huskeregel for kategoriene SOM FØR - NY - ENDRET - KUR - SLUTT.

EVALUERING AV EPIKRISER

LEGEMIDDELSAMSTEMMING – PILOT – VV-HF

Legen som skriver epikrisen skal følge **bokføringsprinsippet** med absolutt krav til balanse. Antall medisiner på medikamentlisten som registreres i journalen ved innleggelse, skal stemme med antall medisiner oppført i epikrisen; oppsummert i formelen:

MEDISINER UT = MEDISINER INN +/- ENDRINGER.

I pilotprosjektet evalueres et utvalg av epikriser etter følgende kriterier:

- | | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|--|
| • Er kilde oppgitt? | JA: 1 | NEI: 0 | |
| • Går regnskapet opp? | JA: 2 | NEI: 0* | 1 poeng hvis angitt "Uendret" |
| • Endringer begrunnet? | JA: 2 | DELVIS: 1 | NEI: 0* 1 poeng hvis "Uendret"+ forklaring |
| • Salgsnavn angitt? | JA: 2 | DELVIS: 1 | NEI: 0 2 poeng når medisinliste foreligger |
| • Generisk navn angitt? | JA: 2 | DELVIS: 1 | NEI: 0 2 poeng bare hvis generisk tilføyd |
| • Dosering angitt? | JA: 2 | DELVIS: 1 | NEI: 0 |
| • Indikasjon angitt? | JA: 2 | DELVIS: 1 | NEI: 0 |
| • Kategori angitt? | JA: 2 | DELVIS: 1 | NEI: 0* |
| • Maksimal poengsum | 15 | | |

***GÅR REGNSKAPET OPP?:**

Det bør gis en ekstra poengbonus for at ingen opprinnelige medisiner mangler i epikrisen!

***ENDRINGER BEGRUNNET:**

Alle endringer skal begrunnes i fritekst rett før selve medisinlisten. Eksempler: Diltiazem seponert pga. interaksjonsfare med simvastatin. Oppstart av warfarin pga. atreiflimmer og CHADS2-skår: 3. Furosemid er seponert pga. usikker indikasjon.

***KATEGORIER:**

Etter hvert angitt legemiddel skal en av fire kategorier markeres med store bokstaver.
SOM FØR - NY - ENDRET DOSE - KUR - SLUTT