



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester  
Troms  
Buhcciidruovttu ja ruoktobálvalusaid  
ovddidanguovddás  
Romsa



vitusapotek+ Svanen Tromsø

Rapport Publisert 26.02.20

# Kvalitetssikring av legemiddelbruk til eldre i Nord-Troms 2018-2019

Læringsnettverk i  
samstemning av legemiddellister  
og tverrfaglig legemiddelgjennomgang



Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, publiseringsdato, samt at den er utgitt av Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms, og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på [www.utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)

## FORORD

Høsten 2018 startet USHT Troms *Kvalitetssikring av legemiddelbruk til eldre i Nord-Troms*, et læringsnettverk om samstemming av legemiddellister og tverrfaglig legemiddelgjennomgang. Satsningen var forankret hos helse- og omsorgslederne i Kvæningen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Lyngen og Storfjord kommune. Læringsnettverket inngikk som en del av *Gode pasientforløp* i regi av KS, der fem Nord-Troms kommuner deltok. Læringsnettverket ble avsluttet våren 2019.

Det rettes en stor takk til kommunefarmasøyt Ellen Riksvold (Tromsø kommune), tilsynsfarmasøytene Marte Ramskjell, Charlotte Røsnes og Sanne Ekroll Valla (Vitusapotek Svanen Tromsø), og spesialsykepleier Birgitte Olsen (Kåfjord kommune). De har deltatt i planlegging, gjennomføring og avslutning av læringsnettverket. Uten dem ville det ikke vært mulig å gjennomføre dette læringsnettverket, og det har vært så flott å samarbeide med alle!

Tromsø 26.02.20

Toril Bülow

Leder USHT Troms



Arbeidsgruppene på første samling 6.- 7. november 2018 i Sørkjosen, Nordreisa kommune.

# Innholdsfortegnelse

<b>BAKGRUNN .....</b>	<b>5</b>
<b>FORMÅLET MED FORBEDRINGSARBEIDET .....</b>	<b>6</b>
<b>METODE OG GJENNOMFØRING .....</b>	<b>6</b>
<b>RESULTATER .....</b>	<b>8</b>
LEGEMIDDELLISTER.....	8
DOKUMENTASJON AV LEGEMIDDELADMINISTRASJON I PASIENTJOURNALEN, PROFIL .....	10
ANTALL LEGEMIDLER .....	11
PÅFØRT INDIKASJON .....	11
LEGEMIDDELRELATERTE PROBLEMER.....	12
LÆRINGSEFFEKT OG EVALUERING FRA ARBEIDSGRUPPENE.....	13
UVENTEDE FUNN UNDER NETTVERKSPERIODEN I BRUK AV FAGSYSTEMET PROFIL.....	13
<b>KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE .....</b>	<b>14</b>
<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>15</b>

## Kvalitetssikring av legemiddelbruk til eldre i Nord-Troms 2018-2019

### Bakgrunn

Nordmenn lever lengre og forekomsten av sykdommer øker med alderen. Flere eldre har mange sykdommer, og bruker et høyt antall legemidler, både til å forebygge og behandle sykdom. Aldersforandringer, sykkelighet og bruk av flere legemidler samtidig, øker risikoen for alvorlige bivirkninger, interaksjoner mellom legemidler og feilmedisinering (1).

Legemiddelbehandlingen må følges opp for å sikre at den har tilstrekkelig effekt, og at pasienten har størst mulig helsegevinst. Riktig legemiddelbruk er avhengig av at pasienten får stilt riktig diagnose og får riktig behandling.

Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender* (2019) har samstemming av legemiddellister, og riktig legemiddelbruk, som to prioriterte satsningsområder. Samstemming av legemiddellister er nødvendig når pasienter har flere behandlere med ulike journalsystem og dermed ulike legemiddellister. Samstemming av legemiddellister skal sikre at listen inneholder alle de legemidler som pasienten faktisk bruker (2).

Legemiddelgjennomgang er en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre forsvarlig bruk og forebygge pasientskader (3). Fastlegeforskriften sier at fastlegen skal gjennomføre legemiddelgjennomgang for listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer, når dette anses som nødvendig for den medisinske behandlingen (4). Fra 2017 ble sykehjem pålagt å gjennomføre årlig legemiddelgjennomgang for innlagte pasienter(5).

En oversikt fra helsedirektoratet viste at det på landsbasis i 2018 ble utført legemiddelgjennomganger på 54,6 % av beboerne på langtidsopphold i institusjon. Til sammenlikning var samme tall for Troms fylke på 33,9 % (6). Legemiddelgjennomgang utføres i ulik grad i kommunene i Nord-Troms. Det ble derfor besluttet å ha dette som satsningsområde der helsepersonell bistår og/eller administrerer pasienters legemidler. En ønsket også å innføre tverrfaglig legemiddelgjennomgang som en fast prosedyre i kommunene.

Pasienter som mottar helsehjelp skal ha en elektronisk journal. Ifølge pasientjournalforskriften (7) skal journalen «gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp». I tillegg skal journalen inneholde «opplysninger om behandling med legemidler, samt virkning og bivirkning av slik behandling. Opplysningene skal inneholde navn på legemidlet, virkestoff, styrke, mengde, dosering, indikasjon eller bruksområde og tidspunkt for når legemidlet er gitt. Opplysningene skal også omfatte en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling (pasientens legemiddelliste) etter § 9. (...) Leger som gjør endringer i en pasients legemiddelbehandling, skal samtidig oppdatere legemiddellisten, med mindre pasienten har motsatt seg at legemiddellisten gjøres tilgjengelig for legen. Ved opphold i helseinstitusjon, skal slik oppdatering senest utføres ved skifte av omsorgsnivå eller ved utskrivning».

USHT Troms har tidligere gjennomført prosjektet *Dokumentasjon av helsehjelp – et kompetanse- og kvalitetsforbedringsprogram for kommunene i Troms (DokHelseTroms)*. Her ble det avdekket store utfordringer knyttet til sikker dokumentasjon av legemiddelbehandling. Tilstrekkelig dokumentasjon baserer seg på at alle legemidler, og eventuelle kosttilskudd, kun er registrert på legemiddelkortet i pasientjournalen, og at det er denne fortegnelsen som brukes ved dosering og kontroll av de ulike forordningene. I tillegg bør det foreligge en tiltaksbeskrivelse for hvordan legemidlene skal administreres til hver enkelt pasient. Dette er spesielt viktig der utdeling av legemidler foretas av

ansatte på delegasjon, noe som er svært utbredt i deler av omsorgstjenesten. En slik tiltaksbeskrivelse skal inneholde nøyaktige opplysninger om administrasjonsprosedyren inkludert om tabletter kan, eller ikke kan, deles/knuses, hvilken drikke som kan/bør gis, om pasienten skal sitte oppreist osv. I tillegg skal det beskrives hva som eventuelt bør observeres i forbindelse med prosedyren og hvordan gjennomført tiltak skal dokumenteres. I enkelte tilfeller vil det være nok å kvittere utført for dosen på det aktuelle tidspunktet. I andre tilfeller vil det være nødvendig med nøyaktig rapportering for å følge pasientens tilstand på en best mulig måte.

På bakgrunn av denne erfaringen, ble det på forhånd sett på om pasientene hadde tiltaksbeskrivelser for legemiddeladministrasjon, og om beskrivelsen var tilstrekkelig detaljert og oppdatert. Vurderingen av tiltaksbeskrivelsene ble gjort av arbeidsgruppene og resultatet viste at tiltaksbeskrivelser av legemiddeladministrasjon ofte var mangelfull. Videre var samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgang i liten grad dokumentert. Dette til tross for at både samstemming og legemiddelgjennomgang var gjennomført (8).

### Formålet med forbedringsarbeidet

Formålet med satsningen var å bidra til en tryggere og kvalitativ bedre hverdag for pasienter i sykehjem og hjemmetjeneste, gjennom å sikre mest mulig optimal legemiddelbehandling.

I tillegg hadde man som mål å øke kunnskap og ferdigheter hos helsepersonell om bruk av legemidler til eldre, samstemming av legemiddellister, tverrfaglig legemiddelgjennomgang og dokumentasjon av legemiddelbruk i pasientens elektroniske journal. Kommunene skulle også etablere rutiner for samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgang.

### Metode og gjennomføring

For å nå disse målene, valgte man å bruke læringsnettverk som metode. Læringsnettverk er en internasjonalt anerkjent metode for å innføre forbedringstiltak i helse- og omsorgstjenesten. I læringsnettverk møtes tverrfaglige team som får opplæring i forbedringsarbeid, deler erfaringer og presenterer utført mellomarbeid på samlingene (9).

Vårt læringsnettverk besto av et fast opplegg over 6 måneder med totalt tre samlinger. Det ble på første samling etablert ni lokale arbeidsgrupper; tre grupper fra sykehjem, fem grupper fra hjemmetjenesten og én gruppe fra både sykehjem og hjemmetjeneste. Hver av arbeidsgruppene utarbeidet en lokal gjennomføringsplan for perioden fram til neste samling. Planene tok utgangspunkt i delmålene i læringsnettverket, samt eventuelle andre lokale utfordringer.

Arbeidsgruppene gjennomfører forbedringstiltak på egen arbeidsplass og alle i arbeidsgruppen deltok på samlingene. Samlingene hadde faglige tema, i tillegg til erfaringsutveksling og tid til å arbeide med egne mål og framdriftsplaner. Det ble også gitt direkte veiledning til gruppene.

De tre nettverkssamlingene, samt en erfaringsssamling, ble gjennomført i perioden november 2018 til mai 2019. Her deltok mellom 44 og 56 personer, og disse var i hovedsak helsefagarbeidere, sykepleiere, og vernepleiere.



Leger i Nord-Troms var invitert til å delta, men det var vanskelig for disse å sette av tid til deltagelse i en travel arbeidshverdag. På første samling deltok ingen leger. Den andre samlingen ble derfor arrangert som en del av et klinisk emnekurs for leger. I tillegg ble det arrangert en egen kurskveld for legene, slik at samling to og kurskvelden ble godkjent med 16 timer som emnekurs/ klinisk emnekurs i alders- og sykehjemsmedisin, til videre- og etterutdanningen. 16 timer ble også godkjent som valgfritt kurs innenfor kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin. På andre samling deltok syv leger, mens én lege deltok på første dag av tredje samling.

Tema på nettverkssamlingene var:

- læringsnettverk som metode
- forbedringsarbeid
- tverrfaglig samarbeid
- pasientsikkerhet
- samstemming av legemiddellister
- tverrfaglig legemiddelgjennomgang

På første samling fikk deltakerne utdelt et kompendium, *Kvalitetssikring av legemiddelbruk til eldre i Nord-Troms 2018-2019*. Kompendiet bygger på Helsedirektoratets veileder om legemiddelgjennomgang fra 2012 og Pasientsikkerhetsprogrammet. Videre ble det gitt forelesning i temaene eldre og legemidler, og dokumentasjon i pasientjournal. Deltakerne ble gjort kjent med RELIS, en produsentuavhengig informasjonstjeneste om legemidler for helsepersonell.

Arbeidet mellom samlingene fulgte en lokal gjennomføringsplan. Hver av arbeidsgruppene valgte i starten ut ti pasienter som hadde et høyt antall legemidler. Til sammen utgjorde dette 90 pasienter og det ble gjennomført følgende målinger:

- antall legemiddellister per pasient
- antall pasienter som hadde legemiddellister som var samstemte
- antall pasienter som hadde en tiltaksplan for administrering av legemidler
- antall pasienter som hadde en plan som var oppdatert og tilstrekkelig detaljert
- totalt antall legemidler per pasient
- antall legemidler med påført indikasjon

I tillegg ble det gjort en kartlegging av legemiddelrelaterte problemer. Det var også planlagt å kartlegge når pasienten hadde hatt legemiddelgjennomgang tidligere, men denne målingen utgikk da flere kommuner ikke hadde prosedyrer for hvordan man skulle registrere utført legemiddelgjennomgang. Kommunene hadde heller ikke utført legemiddelgjennomgang så systematisk som man lærte på dette nettverket.

I forkant av avtalt legemiddelgjennomgang fikk farmasøyt tilsendt legemiddelliste, diagnoseliste, blodprøvesvar og annen relevant informasjon for hver pasient. Legemiddellistene ble gjennomgått og potensielle legemiddelrelaterte problemer ble registrert. Legemiddelgjennomgang ble utført i tverrfaglig team bestående av lege, farmasøyt, sykepleier/vernepleier og i noen tilfeller helsefagarbeider. Legemiddelrelaterte problemer som farmasøyt og lege var enig om ble registrert av farmasøyt i eget skjema.

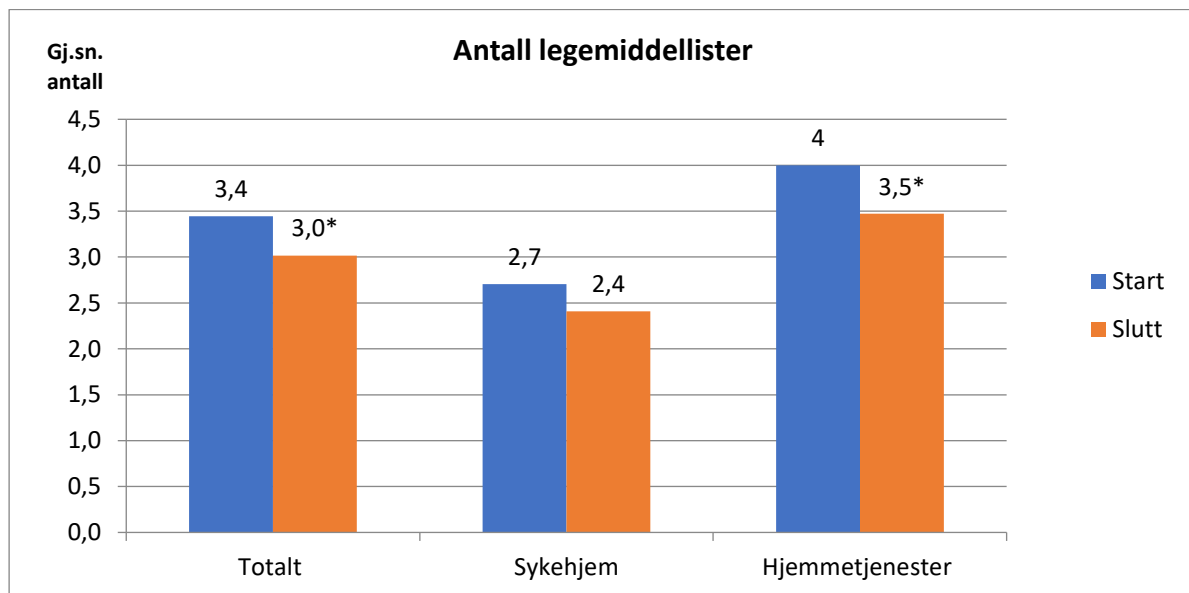
Som ekstra ressurs i læringsnettverket, var det en spesialsykepleier som fulgte opp arbeidsgruppene med råd og veiledning mellom samlingene.

## Resultater

Arbeidsgruppene gjennomførte målinger, legemiddellistesamstemming og forbedringsarbeid underveis i perioden. Legemiddelgjennomganger ble gjennomført i samarbeid med farmasøyt. Det var et frafall på 27 pasienter underveis i læringsnettverket, i hovedsak pga. dødsfall i perioden, overflytting til annen enhet, at lege meldte avbud i forkant av planlagt legemiddelgjennomgang og sykdom i arbeidsgruppene. Rapporten baserer seg på legemiddelgjennomganger og målinger for de 63 gjenværende pasientene, 27 pasienter fra sykehjem og 36 pasienter fra hjemmetjenesten.

### Legemiddellister

Arbeidsgruppene registrerte hvor mange legemiddellister som var i bruk for hver pasient, hvilke legemiddellister dette var, og om listene stemte overens.



Figur 1: Antall legemiddellister i snitt pr. pasient.

\*Statistisk signifikant forskjell mellom start- og sluttmåling (t-test, 95 %,  $\alpha = 0,05$ )

Pasienten med fleste legemiddellister, hadde seks lister og tilhørte hjemmetjenesten. For sykehjemspasientene var det ingen pasienter som hadde flere enn fire lister. Figur 1 viser gjennomsnittlig antall legemiddellister for pasientene i sykehjem og hjemmetjenesten.

I løpet av læringsnettverket, var det en signifikant reduksjon i antall legemiddellister blant pasienter i hjemmetjenesten (fra 4,0 til 3,5 lister i snitt pr. pasient) og totalt sett (fra 3,4 til 3,0 lister i snitt pr. pasient).

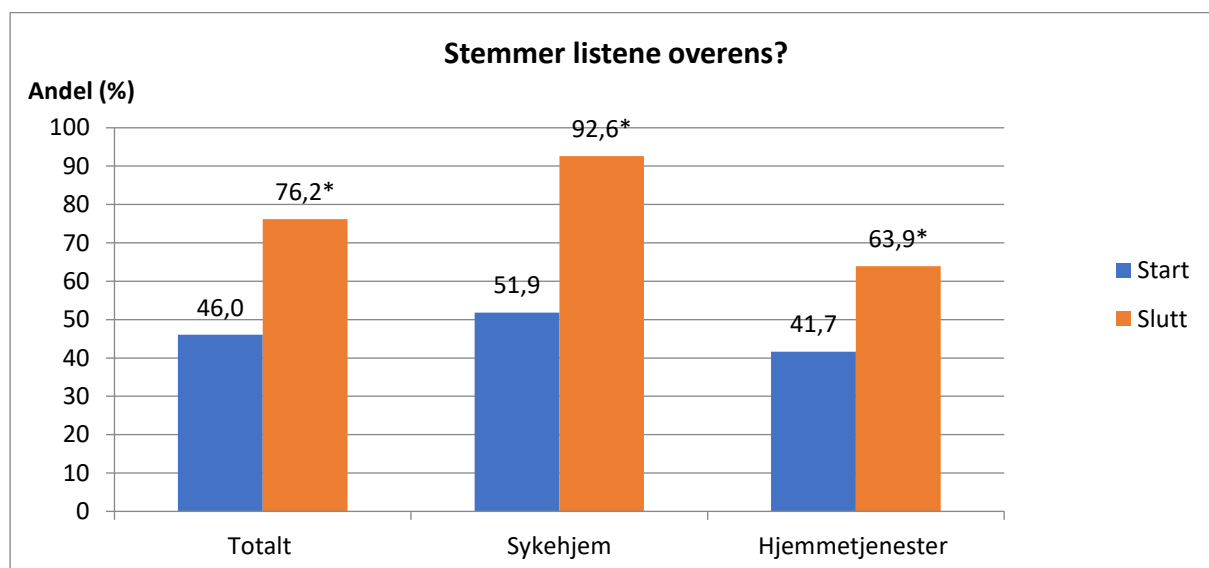


Tabell 1: Andel av pasientene (%) som hadde følgende legemiddellister; elektronisk liste i Profil, utskrevet liste fra Profil, ordinasjonskort, fastlegens liste og kopi hos pasient

		Sykehjem	Hjemmetjeneste	Totalt
Elektronisk liste i Profil	Start	100	100	100
	Slutt	100	100	100
Utskrevet liste fra Profil	Start	100	72,2	84,1
	Slutt	100	69,4	82,5
Ordnasjonskort (multidose)	Start	11,1	58,3	38,1
	Slutt	7,4	77,8	47,6
Fastlegens liste	Start	59,3	77,8	69,8
	Slutt	33,3	77,8	58,7
Kopi hos pasient	Start	0	52,8	30,2
	Slutt	0	16,7	9,5

Tabell 1 viser hvilke ulike legemiddellister pasientene i hjemmetjenesten og på sykehjemmene hadde ved start og slutt av læringsnettverksperioden.

I løpet av læringsnettverket ble det færre pasienter i hjemmetjenesten som hadde kopi av legemiddellister liggende hjemme. Det var også færre sykehjemspasienter som hadde egen liste hos fastlegen.



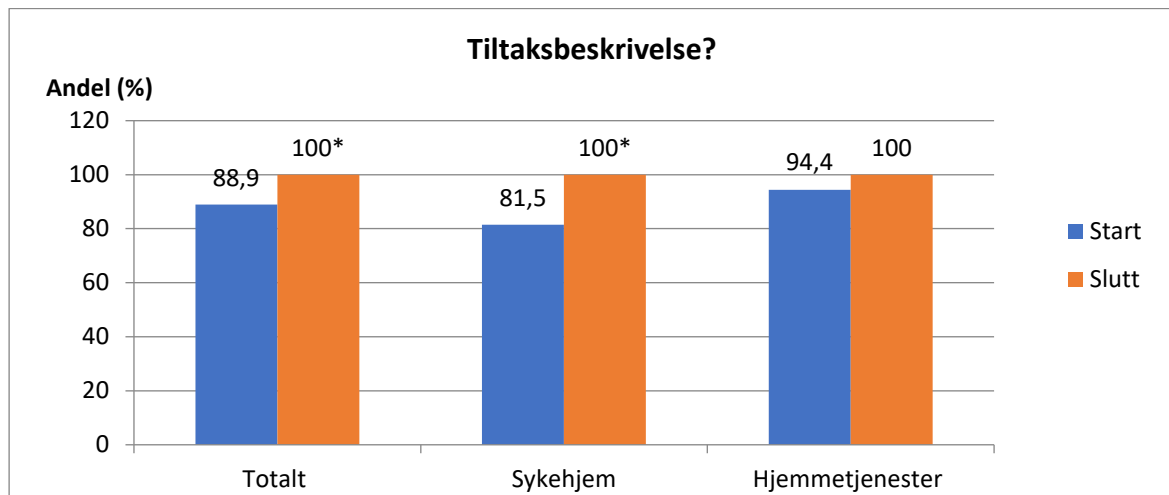
Figur 2: Andel av pasientene der de ulike legemiddellistene stemte overens (%).

\*Statistisk signifikant forskjell mellom start- og sluttmåling (t-test, 95 % KI,  $\alpha = 0,05$ )

De ulike legemiddellistene stemte overens hos 46 % av pasientene ved starten læringsnettverket. Ved læringsnettverkets slutt, hadde 76 % av pasientene samstemte lister. Det var en signifikant økning både hos hjemmeboende og sykehjemspasienter. Figur 2 viser andelen av pasientene som hadde samstemte legemiddellister.

## Dokumentasjon av legemiddeladministrasjon i pasientjournalen, Profil

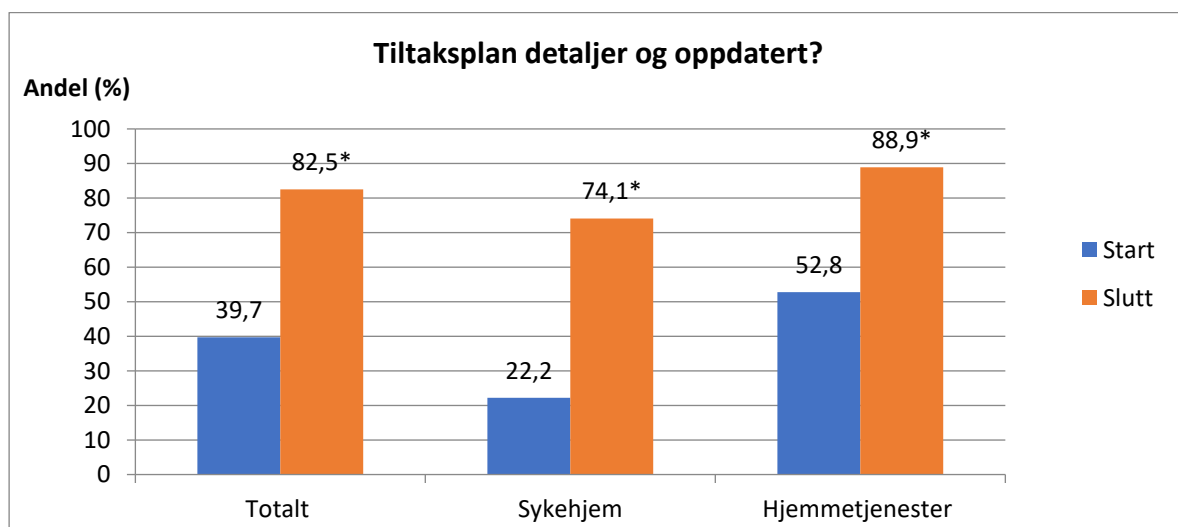
Som tidligere nevnt ble dokumentasjon av legemiddelhåndtering undersøkt i Profil. Det ble sett på om pasientene hadde tiltaksbeskrivelser av legemiddeladministrasjon, og om beskrivelsen var tilstrekkelig detaljert og oppdatert. Vurdering av tiltaksbeskrivelsene ble gjort av arbeidsgruppene. I løpet av læringsnettverket fikk alle pasientene utarbeidet tiltaksbeskrivelser. Se figur 3 for oversikt over andelen av pasientene som hadde tiltaksbeskrivelser.



Figur 3: Andel av pasientene som hadde tiltaksbeskrivelse (%).

\*Statistisk signifikant forskjell mellom start- og sluttmåling (t-test, 95 % KI,  $\alpha = 0,05$ )

Ved starten av læringsnettverket, ble det vurdert at henholdsvis 22 % og 53 % av pasientene i sykehjem og hjemmetjenesten hadde tilstrekkelig detaljert og oppdatert tiltaksbeskrivelser for administrasjon av legemidler. I løpet av læringsnettverket var det en stor forbedring for både pasienter i sykehjem og hjemmetjenesten. Figur 4 viser andelen pasienter som fikk vurdert at de hadde tilstrekkelig detaljert og oppdatert tiltaksbeskrivelse.



Figur 1: Andel av pasientene som hadde tilstrekkelig detaljert og oppdatert tiltaksplan (%).

\* Statistisk signifikant forskjell mellom start- og sluttmåling (t-test, 95 % KI,  $\alpha = 0,05$ ).

### Antall legemidler

Arbeidsgruppene registrerte antall faste legemidler og behovslegemidler på pasientens legemiddelliste, se tabell 2.

Tabell 2: Antall faste legemidler og behovslegemidler i snitt pr. pasient

		Start	Slutt
Sykehjem	Faste legemidler	9,4	8,9
	Behovslegemidler	3,5	2,9
Hjemmetjeneste	Faste legemidler	9,8	9,4
	Behovslegemidler	3,0	2,6
Totalt	Faste legemidler	9,6	9,2
	Behovslegemidler	3,2	2,7

\* Statistisk signifikant forskjell mellom start- og sluttmåling (t-test, 95 % KI,  $\alpha = 0,05$ )

Ved starten av læringsnettverket, hadde hver pasient 12,8 legemidler i gjennomsnitt (dvs. 9,6 faste legemidler og 3,2 behovslegemidler).

Det var en liten reduksjon i gjennomsnittlig antall faste legemidler og behovslegemidler hos både pasienter i sykehjem og hjemmetjeneste i løpet av perioden.

### Påført indikasjon

Det ble registrert antall faste legemidler og behovslegemidler som var påført indikasjon.

Tabell 3: Gjennomsnittlig andel av faste legemidler og behovslegemidler som var påført indikasjon (%)

		Start	Slutt
Sykehjem	Faste legemidler	40,0	60,2
	Behovslegemidler	58,9	82,1
Hjemmetjeneste	Faste legemidler	57,1	75,4
	Behovslegemidler	56,5	63,4
Totalt	Faste legemidler	49,9	69,1*
	Behovslegemidler	57,6	71,9

\* Statistisk signifikant forskjell mellom start- og sluttmåling (t-test, 95 % KI,  $\alpha = 0,05$ )

Resultatene viser forbedring i antall legemidler med påført indikasjon. Det var en signifikant økning i andelen faste legemidler med påført indikasjon. Likevel er det fortsatt i gjennomsnitt ca. 30 % av legemidlene som mangler indikasjon, se tabell 3.

## Legemiddelrelaterte problemer

Farmasøyten registrerte legemiddelrelaterte problemer som ble avdekket i forbindelse med utført legemiddelgjennomgang.

Tabell 4: Antall Legemiddelrelaterte problemer i snitt per pasient

	Antall LRPer
Sykehjem	4,96
Hjemmetjeneste	4,28
Totalt	4,57

De lokale arbeidsgruppene ble oppfordret til å velge ut pasientene som brukte et høyt antall legemidler, da flere legemidler i bruk øker risikoen for legemiddelrelaterte problemer. Det ble avdekket gjennomsnittlig 4,6 legemiddelrelaterte problemer pr. pasient. Det var små forskjeller mellom pasienter i sykehjem og hjemmetjeneste, se tabell 4.

Tabell 5: Klassifisering av legemiddelrelatert problemer. Viser andelen en kategori utgjør av totalen (%)

Kategori	Legemiddelrelatert problem i %		
	Sykehjem	Hjemmetjeneste	Totalt
<b>1. Legemiddelvalg</b>			
1a. Behov for tillegg av legemiddel	14,9	11,0	12,8
1b. Unødvendig legemiddel	34,3	26,0	29,9
1c. Uhensiktsmessig legemiddelvalg	26,1	25,3	25,7
<b>2. Dosering</b>			
2a. For høy dose	6,0	14,3	10,4
2b. For lav dose	4,5	6,5	5,6
2c. Ikke-optimalt doseringstidspunkt	0,7	0	0,3
2d. Ikke-optimal formulering	3,0	2,6	2,8
<b>3. Bivirkning</b>	1,5	1,3	1,4
<b>4. Interaksjon</b>	3,0	2,6	2,8
<b>5. Avvikende legemiddelbruk</b>			
5a. Legemidler som administreres av helsepersonell	0	0	0
5b. Legemidler som administreres av pasient	0	0	0
<b>6. Annet</b>			
6a. Behov for/manglende monitorering av effekt og toksisitet av legemidler	1,5	3,2	2,4
6b. Mangelfull føring/uklar dokumentasjon av legemiddelkurve/kardeks/resept	4,5	6,5	5,6
6c. Annet	0	0,6	0,3

De legemiddelrelaterte problemene som ble hyppigst registrert, var unødvendige legemidler (29,9 %) og uhensiktsmessig legemiddelvalg (25,7 %). Unødvendige legemidler kan for eksempel være legemidler som ikke er brukt på over ett år. Uhensiktsmessig legemiddelvalg kan for eksempel være fast bruk av vanedannende sovemedisiner og beroligende (z-hypnotika og benzodiazepiner). Se tabell 5 for ytterligere informasjon.

### Læringseffekt og evaluering fra arbeidsgruppene

Ut fra tilbakemeldingene fra deltakerne i arbeidsgruppene, var målene deres å lære mer om samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgang. De ønsket også å lære mer om medisiner til den eldre pasient, bli bedre på tverrfaglig samarbeid og på å dokumentere medisinadministrering.

Arbeidsgruppene har vist stort engasjement. Arbeidet i læringsnettverket ga ny kunnskap og nye erfaringer til deltakerne. Samtlige arbeidsgrupper rapporterte at læringsnettverket hadde vært givende og lærerikt. I tillegg til å ha lært systematisk gjennomføring av legemiddelsamstemming og legemiddel-gjennomgang, fikk de økt kunnskap om blant annet legemidler og eldre, at legemidler kan være unødvendige og/eller uhensiktsmessige, samt viktigheten av å kjenne til indikasjonen til legemidlene. De mente også at de var blitt mere kritiske til hva pasientene ble satt på av medisiner, dette i forhold til hensikten, bivirkninger og interaksjoner. Målene for arbeidsgruppene, slik de er beskrevet ovenfor virket dermed oppnådd.

Deltakerne ga uttrykk for større forståelse for tverrfaglig samarbeid og farmasøytens rolle. En av gruppene skrev «*det er et sterkt ønske om at farmasøyt deltar på LMG i kommunehelsetjenesten*». Det ble også sagt at arbeidet rundt en legemiddelgjennomgang gjorde det enklere å samarbeide med lege.

Arbeidsgruppene jobbet også med målinger. Der sa en av gruppene «*det har vært interessant å se på papiret, hva som må forbedres og sammenligne start og sluttmålinger*», da greide man tydelig å se at arbeidet gav forbedringer.

Men oppgavene som ble utført mellom samlingene, gav også utfordringer, som tidspress. Det å finne tid til å utføre målinger, kartlegginger, avtale møtetidspunkter og lignende opplevdes som vanskelig i en hektisk arbeidshverdag.

### Uventede funn under nettverksperioden i bruk av fagsystemet Profil

Under nettverksperioden, gjennomførte USHT Troms besøk i alle Nord-Troms kommunene. Ledere og fagpersoner deltok. Utgangspunktet for møtene var en oppfølging av prosjektet DokHelseTroms som ble gjennomført i perioden 2015 – 2017. I tillegg ble det gjort en statusoppdatering i forhold til dokumentasjon av legemiddelhåndtering og legemiddelgjennomganger i henhold til det pågående arbeidet.

Målet for møtene var å kartlegge hvorvidt kommunene benytter den elektroniske pasientjournalen (Profil) på en måte som oppfyller lovens- og forskriftenes krav. Det gjelder først og fremst at alle journalopplysninger kun skal finnes på ett sted, uten noen former for papirer og/eller dobbeltføring. I tillegg skal alle nødvendige opplysninger være tilgjengelig for helsepersonell, slik at helsehjelpen kan gis på et enhetlig og forsvarlig grunnlag. USHT Troms' bidrag i denne sammenheng ville kunne være strukturell tilrettelegging i systemet, samt veiledning/opplæring i bruk.

Gjennomgangen i kommunene viste, uten unntak, at de tekniske utfordringene er av en slik grad at det ikke er mulig å opprettholde verken de juridiske eller faglige krav til dokumentasjon av helsehjelp. Systemene oppleves som trege og de ansatte kan ikke stole på tilgjengelighet. Spesielt gjelder dette i forbindelse med systemarbeid/oppgraderinger. Disse foregår gjerne på dagtid, noe som selvsagt påvirker driften i unødvendig stor grad. I tillegg ledsages det som oftest av flere dager med stor grad av utilgjengelighet. Ofte skjer dette arbeidet på fredager, så en risikerer da at de ansatte er uten tilgang til Profil gjennom hele helga. De ansatte rapporterer også at de har store utfordringer i forhold til

tilganger og passord, noe som forhindrer at de kan oppfylle sin personlige dokumentasjonsplikt i henhold til loven.

### **Konklusjon og veien videre**

Formålet med pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender* handler om å bidra til å redusere pasientskader og å lære helsepersonell forbedringsarbeid. Dette læringsnettverket ga et viktig bidrag til dette.

Arbeidet viste at pasienter i både sykehjem og hjemmetjenester hadde flere legemiddellister som ikke var samstemte. Det ble også avdekket at flere pasienter sto på unødvendige eller uhensiktsmessige legemidler, samt legemidler med manglende påført indikasjon. Det var flere pasientjournaler hvor administrasjonen av legemidlet ikke var beskrevet eller beskrivelsen ikke var detaljert nok. Dette strider mot pasientjournalforskriften. Pasientens journal bør også inneholde en beskrivelse av hvordan legemidler skal gis, og hva som skal observeres og registreres (7). Evalueringen til arbeidsgruppene viste at et stort flertall av pasientene hadde tiltaksbeskrivelser, men innholdet var mangelfullt.

I løpet av perioden ble det utført legemiddelgjennomganger for 63 pasienter i sykehjem og hjemmetjenester. Antall legemiddellister ble færre og det ble en liten reduksjon i antall legemidler per pasient. Deltakerne fremhever at de har lært å gjennomføre legemiddelgjennomganger mere systematisk, fått økt kunnskap om bruk av legemidler hos eldre, bedre kjennskap til andre yrkesgrupper og bedre samarbeid med legene. De fikk også økt kunnskap med å evaluere og forbedre tiltaksbeskrivelser i Profil. Arbeidsgruppene evaluerte egne tiltaksbeskrivelser og kom med forbedringstiltak. Ved læringsnettverkets avslutning tilfredsstilte omtrent 80 % av alle tiltaksplaner forventningene. En svakhet i dette måleresultatet er at kvalitet av tiltaksbeskrivelser ikke ble definert på forhånd. Det ble dermed opp til den enkelte arbeidsgruppe å vurdere egne tiltaksplaner. Dette kan resultere i ulik vurdering av hva som er en tilstrekkelig og detaljert nok.

I 2015 ble det lovfestet at pasientjournaler skulle være elektroniske (10). Pasientjournalen er helsepersonells viktigste arbeidsverktøy for å få tilgang til nødvendig informasjon og yte forsvarlig helsehjelp. Kvalitet på helsetjenester og arbeidsprosessen påvirkes av at pasientjournalen ikke fungerer kontinuerlig. En god og funksjonell elektronisk pasientjournal er avgjørende for å følge opp pasientene og for samhandling internt i kommunen og mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene. Et journalsystem som ikke fungerer, fører til at pasientsikkerheten er truet. Resultatet av disse tekniske problemene, som er beskrevet på side 13, er at de ansatte ikke kan stole på Profil som sitt arbeidsverktøy i hverdagen. Det fører igjen til utstrakt bruk av utskrifter, papirsystemer og muntlig overføring av livsviktig informasjon. Det gjør også at målet med å ha kun én legemiddelliste, ikke vil være oppnåelig. Tvert imot gjør det at det må opereres med enda flere lister og sidesystemer, noe som igjen øker sjansen for feil.

Veien videre etter endt nettverk, er at kommunene jobber med å implementere samstemming av legemiddellister og tverrfaglig legemiddelgjennomgang som en fast prosedyre. Det er viktig at dette blir en rutine i arbeidshverdagen. Det er utarbeidet en felles veileder for samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgang i kommunene i Nord-Troms. Denne skal implementeres i helse- og omsorgstjenesten. Gruppelederne i hver arbeidsgruppe er invitert til en seminardag i slutten av februar 2020. Da utarbeides plan for implementering.

## Referanseliste

1. St. meld. nr. 15 (2017-2018). Leve hele livet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018.
2. Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetsprogrammet i trygger hender [cited 2019, 05. des]. Available from: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/forside>.
3. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomgang. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Report No.: IS-1998.
4. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, FOR-2012-08-29-842 (2012).
5. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, FOR-2008-04-03-320 (2012).
6. Helsedirektoratet. Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem 2018 [updated 20.06.2019; cited 2019, 05. des.]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-pa-sykehjem>.
7. Forskrift om pasientjournal, FOR-2019-03-01-168 (2019).
8. USHT. Dokumentasjon av helsehjelp [cited 2019, 05. des]. Available from: <https://www.utviklingscenter.no/dokumentasjon-av-helsehjelp.5774918-176102.html>.
9. Folkehelseinstituttet. Hva er et læringsnettverk? 2019 [cited 2019, 05. des]. Available from: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-et-laringsnettverk/>.
10. Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2015-07-01-853 (2015).

## Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Troms

Kontaktpersoner:

E-post: [birgitte.olsen@kafjord.kommune.no](mailto:birgitte.olsen@kafjord.kommune.no)

[toril.bulow@tromso.kommune.no](mailto:toril.bulow@tromso.kommune.no)

[www.tromso.kommune.no/usht-troms](http://www.tromso.kommune.no/usht-troms)

[www.utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)