

Farmasøyt i hjemmetjenesten

Innovasjonsprosjekt i Midtbyen og Nordøya hjemmetjeneste

- 2020 – 2023



Skrevet av:

Stine Haustreis, farmasøyt i prosjektstilling

Heba Jawad, farmasøyt i prosjektstilling

Ellen Riksvold, kommunefarmasøyt

Sammendrag

«Farmasøyt i hjemmetjenesten» er et treårig innovasjonsprosjekt, hvor det ble ansatt en farmasøyt i 100 % stilling i Tromsø kommune; hvorav 80 % i Midtbyen hjemmetjeneste og 20 % i Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Troms. *Målet med prosjektet var å forbedre legemiddelbehandlingen til pasientene, forbedre legemiddelhåndteringen i hjemmetjenesten, og synliggjøre at det er behov for farmasøyter i klinisk arbeid i hjemmetjenesten.*

Hjemmetjenesten har pasienter med behov for tett oppfølging av sin legemiddelbruk. Det er mye feil i pasientenes legemiddellister, og spesielt oppstår feilene ved overganger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Mange av pasientene er for syke/skrøpelige til å komme seg til fastlegen eller på apotek, og mangler dermed en arena hvor de kan få råd og veiledning om sin legemiddelbruk. Forbedring av legemiddelbehandlingen til hjemmetjenestens pasienter kan bidra til å gi dem mulighet til å bo lengre hjemme, og redusere risiko for feil behandling og pasientskader.

Farmasøyter er den helseprofesjonen som har legemidler som sitt kompetanseområde, og har dermed god forutsetning for å kunne følge opp legemiddelbehandlingen til pasientene. Det var derfor ønskelig å teste ut hvordan det fungerer med en farmasøyt som jobber klinisk i hjemmetjenesten, og som er til stede i enheten i det daglige – lett tilgjengelig for spørsmål fra ansatte og pasienter.

Prosjektet er i tråd med kommunens satsning på å bli mer proaktiv, helhetlig og personsentrert, ved å styrke hjemmetjenesten og de lavere trinnene i omsorgstrappen. «Farmasøyt i hjemmetjenesten» er en del av den større satsningen «Fremtidens helsetjeneste til hjemmeboende». Gjennom dette jobbes det med å utvikle en god arbeidsmetode for farmasøyten, og knytte sammen prosjektene innenfor satsningsområdet slik at de leder til en fremtidig helhetlig og bærekraftig helsetjeneste.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Troms har vært en viktig pådriver for prosjektet og sikret kontinuitet gjennom å finansiere deler (20%) av farmasøytstillingen i hele tidsperioden fra april 2020 til april 2023. Prosjektet faller naturlig inn under samarbeidsaktiviteter med Tromsø kommune som vertskommune og årlige samfunnsoppdrag fra Helsedirektoratet. Et av satsingsområdene er pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, hvor USHT over flere år har arbeidet med pasientsikkerhet knyttet til legemiddelbehandling. Innovasjonsprosjektet "Farmasøyt i hjemmetjenesten" bidrar til at erfaringer og kompetanse blir spredd til kommunene i fylket gjennom innovasjonsarbeid initiert av USHT. Farmasøyten er en sentral ressurs i dette arbeidet.

En stor andel av målene i prosjektet ble oppnådd allerede tidlig i prosjektperioden, heriblant målene som omhandler forbedret legemiddelbehandling for pasientene. En økende andel av hjemmetjenestens pasienter har fått samstemt sine legemiddellister, og gjennomført legemiddelgjennomgang, og dette har gitt riktigere legemiddelbehandling. Det er oppnådd flere forbedringer for pasientene. For eksempel fikk en pasient forbedret sin helsetilstand betydelig, fra å være sengeliggende og ansett som terminal, til å bli oppegående og stabil. Pasienten ble mer våken, begynte å snakke og spise igjen, og delta i aktiviteter på dagligstuen. En annen pasient hadde hyppige KOLS-forverring, og var innlagt på sykehus nesten månedlig. Etter legemiddelendringer har pasienten blitt betydelig bedre, og har ikke hatt ny innleggelse på snart tre år.

Det er avdekket uoverensstemmelser i legemiddellistene, og korrigert disse. Enkelte av uoverensstemmelsene var kritiske, og kunne medført alvorlige pasientskader dersom de ikke hadde blitt oppdaget. Eksempelvis var det en pasient som var ny for tjenesten, der det ble oppdaget at pasienten var satt på blodfortynnende medisin som han ikke skulle ha, og i et annet tilfelle en nyoperert pasient hvor det var glemt å gi hjertemedisiner som var kritiske for pasienten like etter operasjonen. I begge disse tilfellene ble farlige situasjoner avverget.

Sykepleierne i hjemmetjenesten har gitt tilbakemelding om at de anser farmasøyten som en svært viktig støttespiller, som bidrar til trygghet i arbeidshverdagen. De uttrykker at de ofte føler seg alene om ansvaret for legemiddelhåndteringen. Dermed har de hatt stor nytte av å ha en farmasøyt nært tilgjengelig til å rådføre seg med.

I helsepersonellkommissjonens rapport (NOU2023:4) er det tydelig beskrevet at det i fremtiden vil mangle helsefaglig utdannet personell til å ivareta alle oppgaver i hjemmetjenesten. Farmasøyten sin kompetanse har vist seg å være et viktig og verdifullt bidrag inn for å imøtekomme fremtidens utfordringer og behov. De har avlastet sykepleierne med sitt bidrag i kompliserte legemiddelbehandlinger, og bidratt sammen med sykepleierne til å øke pasientsikkerheten og unngå unødige helseskader på grunn av feil legemiddelbruk. Ved at farmasøytene har fulgt opp legemiddelbehandlinger med bl.a. pasientsamtaler, samstemming av legemiddelliste, koordinering og oppfølging, har de tatt ned belastningen for øvrig helsepersonell.

Prosjektet ble igangsatt på bakgrunn av en teori om at farmasøyter har verdifull kompetanse som vil gi stor effekt og verdi i kommunehelsetjenesten. Målinger og erfaringer fra prosjektperioden tilsier at dette stemmer, og det konkluderes med at prosjektet har en høy måloppnåelse.

Prosjektet «Farmasøyt i hjemmetjenesten» vant i 2022 Forbedringsprisen fra Helsedirektoratet nettopp på bakgrunn av de gode resultatene som farmasøytene har bidratt til.

Farmasøytene i hjemmetjenesten har forhindre feilbruk og pasientskader, forbedret kvaliteten på legemiddelbehandlingen til pasientene, og økt kompetansen til øvrig helsepersonell som håndterer legemidler ute i hjemmetjenesten. Dette har gitt en trygghet for både pasienter, pårørende og helsepersonell.

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn for prosjektet	6
1.1. Utvikling av hjemmetjenesten i Tromsø	6
1.2. Hva er farmasøytisk kompetanse.....	7
1.3. Behov for farmasøytisk kompetanse i hjemmetjenesten	8
1.4. Farmasøytens bidrag i legemiddelhåndteringen	9
2. Organisering	11
2.1. Farmasøyter i prosjektet	11
2.2. Finansiering av prosjektet	11
2.3. Organisatorisk plassering	11
2.4. Enheter	12
3. Farmasøytens arbeidsoppgaver – utfordringer og erfaringer	13
3.1. Samstemming av legemiddellister	13
3.2. Legemiddelgjennomgang	19
3.3. Legemiddelsamtale med pasienter	21
3.4. Rådgivning og kvalitetsarbeid	22
3.5. Kompetanseheving for ansatte	25
3.6. Veiledning av studenter	26
4. Resultater	27
4.1. Målinger	27
4.2. Nivå 1 målinger.....	28
4.3. Nivå 2 målinger.....	32
4.4. Kvalitetsindikatorer	39
4.5. Timeutvikling i hjemmetjenesten.....	42
4.6. Prioritering av arbeidsoppgaver.....	46
4.7. Evaluering fra ansatte i tjenesten	49
4.8. Behov for farmasøyt i andre enheter	51
4.9. Måloppnåelse.....	52
5. Konklusjon og avsluttende kommentarer	55
6. Vedlegg	56
6.1. Vinner av Forbedringsprisen 2022	56
6.2. Formidling og presentasjoner	57
6.3. Følgforskning fra UiT	58
6.4. Råd til kommuner som vurderer å ansette farmasøyter	60

Forkortelser

LMG	Legemiddelgjennomgang
LMS	Legemiddelsamstemming
LRP	Legemiddelrelaterte problemer
UoR	Uoverensstemmelse
FM	Forskrivningsmodul
USHT	Utviklingssenter for Sykehjem og Hjemmetjenester
HMS	Helse, Miljø og Sikkerhet
MIH	Mestring i Hjemmet
NFF	Norges Farmaceutiske forening
EPJ	Elektronisk pasientjournal
LIB	Legemidler i bruk

1. Bakgrunn for prosjektet

«Farmasøyt i hjemmetjenesten» er et treårig innovasjonsprosjekt som ble gjennomført i et samarbeid mellom Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Troms og hjemmetjenesten i Tromsø kommune i perioden 1.4.2020 - 1.4.2023. Målet med prosjektet var å forbedre legemiddelbehandlingen til pasientene, forbedre legemiddelhåndteringen i hjemmetjenesten, og synliggjøre at det er behov for farmasøyter i klinisk arbeid i hjemmetjenesten. Prosjektet er finansiert av innovasjonsmidler fra Statsforvalteren, omdisponering av interne midler i hjemmetjenesten og av USHT.

Temaet riktig legemiddelbruk har vært en lokal satsing i USHT siden 2010. USHT Troms har vært en viktig pådriver for prosjektet og sikret kontinuitet gjennom å finansiere deler (20%) av farmasøytstillingen i hele tidsperioden fra april 2020 til april 2023. Prosjektet faller naturlig inn under samarbeidsaktiviteter med Tromsø kommune som vertskommune og USHT sitt årlige samfunnsoppdrag fra Helsedirektoratet under pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Innovasjonsprosjektet skal bidra til at erfaringer og kompetanse blir spredt til kommunene i fylket gjennom innovasjons- og forbedringsarbeid initiert av USHT.

«Farmasøyt i hjemmetjenesten» er en del av den større satsningen «Fremtidens helsetjeneste til hjemmeboende». Hjemmetjenesten har pasienter med behov for tett oppfølging av sin legemiddelbruk. Prosjektet er i tråd med kommunens satsning på å bli mer proaktiv, helhetlig og personsentrert, ved å styrke hjemmetjenesten og de lavere trinnene i omsorgstrappen.

1.1. Utvikling av hjemmetjenesten i Tromsø

Hjemmetjenesten gir helsehjelp til innbyggere i Tromsø kommune som bor i egne hjem, i omsorgsboliger eller er tilreisende. Hovedtyngden av pasientene er over 65 år, men aldersspennet er per i dag fra 0 til over 100 år. Det er en nasjonal målsetning at innbyggerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig i eget hjem, denne målsetningen er også tydelig uttrykt i [Tromsø kommunes boligstrategi, Rett hjem 2023](#).

De største endringene i helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har skjedd i kommunehelsetjenesten, herunder spesielt i hjemmetjenesten (Omsorg 2020, [NOU 2023: Tid for handling](#)). Som følge av en rekke reformer, har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I tillegg kommer omstilling i spesialist-helsetjenesten med kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått mange flere og mer komplekse oppgaver som må håndteres. Både kvalitets- og ressursmessig ligger det et stort potensial i en enda sterkere satsning på og utbygging av hjemmetjenesten. De hjemmebaserte tjenestene møter ofte innbyggere i en tidlig fase av sykdomsutvikling. Her kan tjenestene bidra med forebyggende tiltak slik at innbyggerne kan leve og bo lengre i eget hjem, og ha en aktiv og meningsfull hverdag i fellesskap med andre.

Demografiske utviklinger, endringer i organisasjonen, og et ønsket fokus på mestring, tidlig innsats og forebygging har bidratt til at Seksjon for hjemmetjenester i Tromsø kommune siden 2018 har jobbet med flere tiltak. «Paraplyen» for alle tiltakene heter «**Fremtidens helsetjenester til hjemmeboende**».

Tiltakene er blant annet:

- Mestring i hjemmet: Tverrfaglig inntaksteam, tverrfaglig kartlegging og tverrfaglig innsats for å kunne gi rett tjeneste, på rett nivå til rett tid. Fokuset er tidlig rehabilitering og økt mestring for å unngå unødvendig helsetap og behov for økte tjenester
- Farmasøyt i hjemmetjenesten
- Oppgavefordeling/ Sykepleierteam
- Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for alle 79 åringer i Tromsø
- Helhetlig pasientforløp
- Dagaktivitet for eldre
- Demensomsorgen/Hukommelsesteam
- I tillegg innebærer satsningen en økt kompetanse og økt bruk av velferdsteknologi

Under kartleggingsfasen til «Fremtidens helsetjeneste til hjemmeboende» deltok ansatte fra forskjellige deler av tjenesten for å se på pasientforløpene. Her ble farmasøyt fremhevet som en viktig ressurs som manglet for de hjemmeboende pasientene.

1.2. Hva er farmasøytisk kompetanse

Farmasøyster er eksperter på legemidler.

Yrket farmasøyt har blitt delt opp i to ulike beskyttede titler:

- Provisorfarmasøyt (Master i farmasi, 5 års utdanning)
- Reseptarfarmasøyt (Bachelor i farmasi, 3 års utdanning)

Hovedforskjellen på de to yrkestitlene er lengden og innholdet i utdanningen, og yrkesmuligheter etter endt utdanning.

Reseptarfarmasøyster jobber i hovedsak på apotek, med ekspedering av resepter og kundeveiledning. Provisorfarmasøyster har et bredere og mer omfattende innhold i sin utdanning, som gjør at de er kvalifisert til flere ulike stillinger. For eksempel er klinisk farmasi en del av masterutdanningen, som gjør at provisorfarmasøyster kan inneha kliniske stillinger.

I henhold til [Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp](#) er det kun provisorfarmasøyster og leger som kan være faglig rådgiver for virksomhetsledere i kommunen - når de selv ikke er lege eller provisorfarmasøyt.

Med klinisk farmasi menes «*Farmasøytisk legemiddelkunnskap anvendt på pasientens farmakoterapeutiske problemstillinger, basert på kliniske data der farmasøyt har direkte eller indirekte kontakt med pasient*» (Norske Sykehusfarmasøytters Forening). Typiske oppgaver innen klinisk farmasi er legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomganger og legemiddelsamtaler med pasient. I Norge arbeider kliniske farmasøyster i henhold til en validert og evidensbasert modell som heter «Integrated medicines management» (IMM) der målet er en sømløs behandlingsskjede med optimal bruk av legemidler uten unødvendig opphold i behandlingen.

I dette prosjektet er det valgt å ansette provisorfarmasøyter. Det er to hovedgrunner til dette: For å oppnå målsettingen som er satt for prosjektet er det behov for kompetanse i klinisk farmasi. Og det var ønskelig at farmasøyten skulle inneha rollen som rådgiver i legemiddelhåndtering for lederne.

1.3. Behov for farmasøytisk kompetanse i hjemmetjenesten

Hjemmetjenestens pasienter er en pasientgruppe som i liten grad selv klarer å innhente den legemiddelinformasjonen de har behov for. De er ofte for syke/skrøpelige til å gå på apoteket eller til fastlegen, og mangler dermed en arena hvor de kan få råd og veiledning om sin legemiddelbruk. I noen tilfeller overtar hjemmetjenesten ansvaret for legemiddelhåndteringen. Både pasienter, pårørende og hjemmetjenesten har behov for råd og veiledning i legemiddelbruk.

Det er mye feil i pasientenes legemiddellister, og spesielt oppstår feilene ved overganger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Mange sykehusinnleggelses skyldes feil legemiddelbruk, og av disse er det mange som kan forebygges. Hjemmetjenesten har mange pasienter med lange legemiddellister og som har hyppige inn-/utskrivninger i sykehus, helsehus og avlastningsopphold i sykehjem. Det er mange behandlere involvert som forskriver legemidler, med ulike elektroniske journalsystemer som ikke snakker sammen. Dette blir problematisert på både lokalt og nasjonalt nivå.

Feil bruk av legemidler fører til mange unødige lidelser hvert år. Herunder er det blant annet legemidler som kan medvirke til fall og komplikasjoner gjennom flere ulike mekanismer blant annet søvnighet, svimmelhet og ustøhet, lavt blodtrykk, parkinsonismelignende virkninger, gangvansker, synsforstyrrelser, benskjørhet og blødningsrisiko. Hvis en kan forhindre fall ved rett legemiddelbruk, kan en forebygge store kostnader (mellom 250 000-1 000 000 for et hoftebrudd), samt forhindre økt behov for kommunale tjenester.

I [Meld. St. 24, Bo trygt hjemme](#) står følgende:

«Legemiddelbruken hos eldre er omfattende. Mange eldre har flere sjukdommar og bruker derfor fleire legemiddel. I 2020 fekk 91 prosent av alle over 65 år minst eitt legemiddel på resept, samanlikna med 65 prosent av dei under 65 år. Tal frå 2016 viser at 67 prosent av legemiddelbrukarane over 65 år brukte 5 eller fleire legemiddel, medan 28 prosent brukte 10 eller fleire legemiddel. Eldre er ofte ekstra sårbare for skadar som følge av feil legemiddelbruk, blant anna aukar risikoen for biverknader og fall, og risikoen aukar også dersom ein kombinerer fleire legemiddel. Feil skjer også i samband med at legemiddel blir gjorde i stand og administrerte. For å unngå skadelege effektar og biverknader er det viktig at legemiddelbruken hos eldre blir følgd nøye opp med regelmessige kontrollar, samstemming av medisinalister og legemiddelgjennomgangar, i tråd med krava til fastlegar og sjukeheimar. I tillegg er det behov for kvalitetssikra rutinar knytte til det å gjere i stand og administrere legemiddel.»

Hjemmetjenesten har mange pasienter med behov for tett oppfølging av sin legemiddelbruk. Dette er en omfattende prosess, men samtidig helt nødvendig for å forhindre feilbruk og forebygge uønskede legemiddelrelaterte bivirkninger og skader. Farmasøyter er den helseprofesjonen som har legemiddelbruk som sitt hovedfokusområde, og vil dermed ha en god forutsetning for å kunne følge opp legemiddelbehandlingen til pasientene. Det var derfor ønskelig å teste ut en farmasøyt som jobber klinisk i hjemmetjenesten i Tromsø kommune, som er til stede i enheten i det daglige – lett tilgjengelig

for spørsmål fra ansatte og pasienter. Farmasøyt kompetansen bidrar i stor grad til bedre legemiddelbehandling for pasientene, og bedre legemiddelhåndtering for hjemmetjenesten.

Som en del av kunnskapsgrunnlaget til «Tid for handling» har Oslo Economics bidratt med flere rapporter, heriblant en [Oppgavedeling i helse og omsorgssektoren](#) fra 2023. Rapporten peker på at farmasøytens kompetanse kan utnyttes i større grad enn i dag for å bidra til bedre legemiddelbruk og behandlingstilbud til pasientene.

Prosjektet «Farmasøyt i hjemmetjenesten» er i tråd med kommunens satsning på å bli mer proaktiv, helhetlig og personsentrert, ved å styrke hjemmetjenesten og de lavere trinnene i omsorgstrappen. Det er forankret i [Kommuneplanens samfunnsdel 2020-2032](#) ved samfunnsmålet om sosial bærekraft, og videre i [Handlingsprogram 2023-2026](#) hvor økt farmasøyt kompetanse er en av strategiene for å oppnå kommunens kompetansemål.

Forbedring av legemiddelbehandlingen til hjemmeboende pasienter bidrar til å gi mulighet til å bo lengre hjemme, og reduserer risiko for feilbehandling og pasientskader.

Det har vært tre tilfeller etter 2009 hvor sykehjemspasienter i Tromsø har fått forbedret sin helsetilstand etter en legemiddelgjennomgang, som har resultert i at de har flyttet hjem til egen bolig. Ved å rette innsatsen mot hjemmetjenestens pasienter kan man forhindre eller utsette behovet for sykehjems plass gjennom å forbedre legemiddelbehandlingen – før pasientene blir så dårlige at behovet for sykehjems plass oppstår.

1.4. Farmasøytens bidrag i legemiddelhåndteringen

Det vil ifølge SSB mangle 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere innen 2035, og det vil være behov for om lag 100 flere sykepleierårsverk og 200 flere fagarbeidere i 2026 enn det er i dag i Tromsø kommune. I [NOU 2023: Tid for handling](#) fremheves det at det blir stadig viktigere å bruke ansattes kompetanse riktig.

«Den samlede kompetansen må utnyttes bedre gjennom å fordele arbeidsoppgavene på flere yrkesgrupper, mer fornuftig bruk av nøkkelkompetanse og mobilisering av ubenyttet kompetanse. Dette vil frigjøre mer tid til pasientrettet arbeid, styrke det tverrfaglige samarbeidet og bidra til økt arbeidsglede, motivasjon og rekruttering.»

Det er mange ubesatte sykepleiestillinger i hjemmetjenesten, og dermed behov for at sykepleierne skal ha fokus på de sykepleiespesifikke oppgavene. Farmasøyt kan bidra med sin kompetanse til å øke kvalitet og forbedre arbeidsmetodene på legemiddelrelaterte oppgaver, undervise og veilede slik at helsepersonell blir tryggere i arbeidet med legemiddelhåndtering, og avlaste sykepleiere/vernepleiere ved å finne løsningsforslag til de mest utfordrende kliniske legemiddelvurderingene.

Det er en pågående krise i fastlegeordningen nasjonalt som medfører at mange pasienter står uten fastleger, og at det er utfordrende med godt samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene. I Tromsø har det vært gjort flere tiltak i fastlegeordningen («Tromsømodellen»), som har forbedret situasjonen. Men det er fortsatt stort arbeidstrykk på fastlegene.

Kommunehelsetjenesten får stadig flere og mer kompliserte medisinske oppgaver, som tidligere ble utført av spesialisthelsetjenesten. Dette kommer som en følge av samhandlingsreformen, økende mangel på helsepersonell, og de demografiske endringene med flere eldre i samfunnet. Det er spesielt utfordrende å følge opp hyppige endringer i pasientenes legemiddellister, det gjelder både for fastlegene, hjemmetjenesten og andre kommunale tjenester.

Dette innebærer at kommunehelsetjenesten er nødt til å tenke nytt om profesjonssammensetningen for å imøtekomme fremtidens utfordringer. Det er behov for å spisse oppgavene opp mot tilgjengelig kompetanse. Herunder kan farmasøytene bidra med sin spesialkompetanse innenfor legemidler, ved å tilrettelegge for god legemiddelhåndtering i tjenesten og god legemiddelbehandling for pasientene. Det er virksomhetslederne som har ansvaret for oppgavefordelingen, og må sørge for at deres ansatte har kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver. Her kan farmasøyten bidra med sin rådgivning.

Farmasøytens bidrag vil frigjøre noe tid for sykepleiere/vernepleiere, som kan brukes til sykepleiespesifikke oppgaver. Men det vil fortsatt være behov for ett tett samarbeid, da sykepleierne/vernepleierne er de som står pasienten nærmest i det daglige, og må opprettholde sin kompetanse innen legemiddelområdet. En farmasøyt bør dessuten ikke overta arbeidsoppgaver i sitt område alene, da det vil bli for sårbart ved fravær, men de kan bistå i de kompliserte sakene. En farmasøyt bør være en ressurs som tilrettelegger, gir råd og opplæring, kvalitetssikrer arbeidsprosesser, og følger opp pasienter gjennom overganger.

Farmasøyter vil, i tillegg til å optimalisere legemiddelbehandlingen, kunne avlaste annet helsepersonell, da det erfaringsmessig brukes mye tid på avklaringer rundt legemiddelbruk og oppfølging av denne.

Farmasøyter kan altså bidra til kvalitet, forsvarlige tjenester og som støtte til både helsepersonell og virksomhetsleder.

2. Organisering

2.1. Farmasøyter i prosjektet

I 2019 søkte Tromsø kommune etter innovasjonsmidler fra Statsforvalteren til å opprette et prosjekt som testet ut hvordan det ville være å ha en farmasøyt som jobbet klinisk i hjemmetjenesten, og som var til stede i enheten på daglig basis. Da prosjektet fikk tilslag på sin søknad, ble det utlyst prosjektstilling som farmasøyt i hjemmetjenesten, og farmasøyt startet i stillingen 1.4.2020.

Resultatene etter kun ett år i prosjektet var så gode at det allerede da var ønskelig å tenke langsiktig og stabiliserende, og få satt av midler til stillingen fremover. Farmasøyten som var tilsatt hadde fått en verdifull innsikt og erfaring, og hadde fått etablert sin rolle i hjemmetjenesten slik at farmasøytens arbeidskraft og kompetanse ble etterspurt i hverdagen fra både ledere og ansatte.

September 2021 – mars 2022 hadde farmasøyten svangerskapspermisjon, og i denne perioden ble det ansatt en ny farmasøyt i vikariat. Fra april 2022 jobbet begge farmasøytene i prosjektet. Våren 2022 ble det utlyst to faste stillinger som farmasøyt i hjemmetjenesten, som de to farmasøytene søkte på. Begge ble ansatt i faste stillinger i hver sin hjemmetjenesteenhet (Midtbyen og Nordøya) juli 2022.

2.2. Finansiering av prosjektet

USHT har vært en viktig pådriver for prosjektet, og har finansiert 20 % av farmasøytstillingen i hele tidsperioden fra april 2020 til april 2023. I tillegg finansierte USHT en høyere andel i 2021. I 2019 søkte Tromsø kommune, i samarbeid med USHT, om innovasjonsmidler fra Statsforvalteren. Prosjektet mottok et mindre tilskudd det første året, og dette ble avgjørende for oppstart av prosjektet.

- 2020: Prosjektet ble finansiert av innovasjonsmidler fra Statsforvalteren, USHT (20%) og Seksjon for hjemmetjenester (intern omdisponering).
- 2021: Prosjektet ble finansiert av Seksjon for hjemmetjenester (intern omdisponering) og USHT (20-40%).
- 2022-23: Prosjektet ble finansiert av budsjetterte midler i Seksjon for hjemmetjenester, og USHT (20%).

Seksjon for hjemmetjeneste i Tromsø kommune har fra 2022 avsatt midler i Handlings- og økonomiplanen (HAP) til prosjektet:

HAP 2022: 1 000 000 kr

HAP 2023: 1 400 000 kr

Budsjettmidlene fra hjemmetjenesten og USHT dekker til sammen kostnadene til farmasøytstillingene (en stilling fra april 2020, to stillinger fra april 2022).

2.3. Organisatorisk plassering

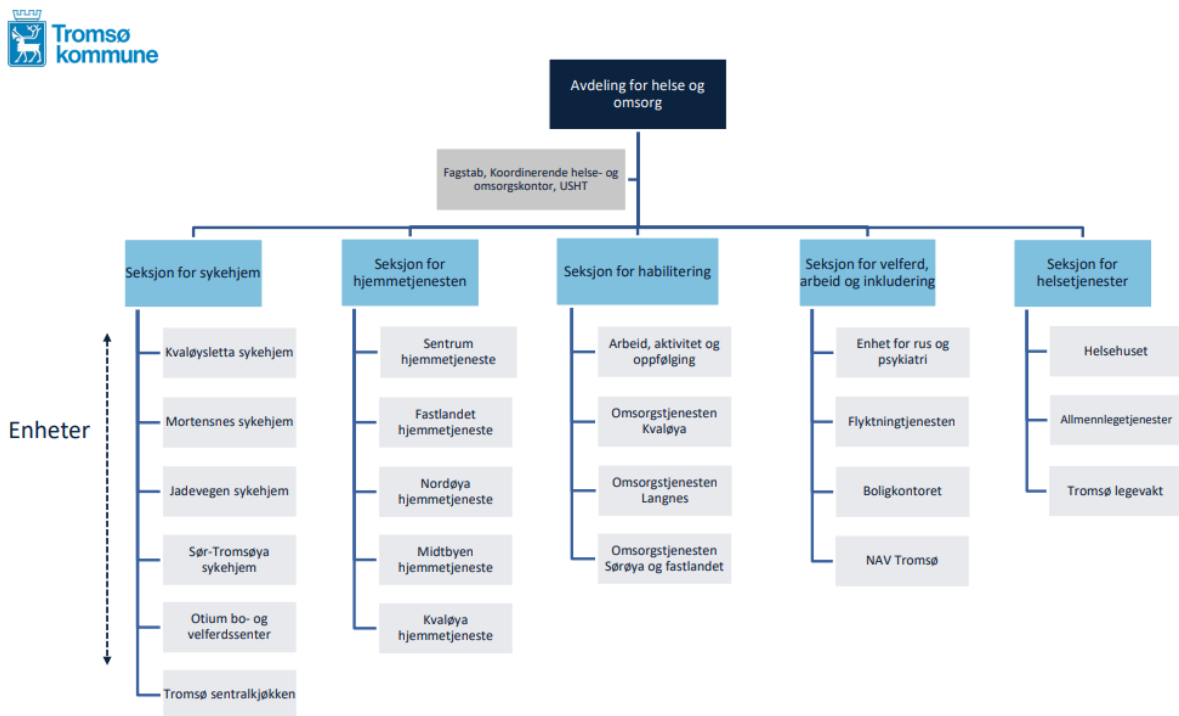
Farmasøyten ble først organisatorisk plassert i stab for hjemmetjenesten sentralt i Tromsø kommune, med fysisk plassering i Midtbyen hjemmetjeneste. I starten av prosjektet var man usikker på hvor stor arbeidsmengde det ville være for farmasøyten, og ønsket fleksibiliteten med at farmasøyten eventuelt også kunne bidra i flere enheter.

Gjennom det første året i prosjektet kom det tydelig frem at det var mer enn nok arbeidsoppgaver for farmasøyten i en enhet, og en ønsket å knytte farmasøyten tettere på stedlig leder. Organisatorisk overflytting til Midtbyen hjemmetjeneste skjedde 1.mai 2021. Nærhet til tjenesten og leder for tjenesten har vist seg å være en viktig suksessfaktor i prosjektet.

2.4. Enheter

Tradisjonelt har det vært kun yrkesgruppene sykepleier, vernepleier, helsefagarbeider/hjelpepleier og assistenter som jobber i hjemmetjenesten. I prosjektperioden har det vært ansatt 2 farmasøytter i tjenesteenheter i Tromsø kommune:

- Midtbyen hjemmetjeneste (fra april 2020)
- Nordøya hjemmetjeneste (fra august 2022)



Figur 1 Organisasjonskart Tromsø kommune

Midtbyen hjemmetjeneste

Midtbyen hjemmetjeneste består av fem avdelinger. To utesoner og tre avdelinger med omsorgsboliger. Enheten har omtrent 270 brukere og ansatte med total 140 årsverk, inkludert avdeling for hverdagsmestring og fysio – ergoterapi for voksne. Midtbyen hjemmetjeneste var den første enheten som startet med utviklingsprosjektene Mestring i hjemmet og Farmasøyt i hjemmetjenesten.

Nordøya hjemmetjeneste

Nordøya hjemmetjeneste består av fem avdelinger. To utesoner og To avdelinger med omsorgsboliger, samt nattjeneste. Enheten har omtrent 240 brukere og ansatte med totalt 103 årsverk (inkludert administrasjon og responscenteret).

3. Farmasøytens arbeidsoppgaver – utfordringer og erfaringer

Ved oppstart av prosjektet var det usikkert hvilke arbeidsoppgaver farmasøytene skulle utføre, og hvor stor kapasitet man kunne forvente fra en stilling. I utlysningsteksten til stillingen ble det beskrevet ulike arbeidsoppgaver, hvor de tre viktigste var samstemming av legemiddellister, legemiddelgjennomgang, og kompetanseheving for øvrige ansatte i tjenesten. Farmasøytene arbeidsoppgaver, utfordringer og erfaringer knyttet til disse, blir beskrevet videre i kapittelet.

3.1. Samstemming av legemiddellister

Legemiddelsamstemming (LMS) er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten sikrer fullstendig informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk. Samstemming av legemiddellister skal utføres når det fattes vedtak om bistand til legemiddelhåndtering til pasienter som bor i eget hjem, ved skifte av omsorgsnivå (eksempelvis for nye pasienter til hjemmetjenesten eller ved utskrivelse av pasienter fra UNN/Helsehus/institusjon) og ved legemiddelgjennomgang. Det bør også vurderes til pasienter der man mistenker manglende etterlevelse. En samstemt legemiddelliste skal følge pasienten i hele behandlingsskjeden for å oppnå sikker legemiddelbruk.

Man vet i dag at det er stor sjanse for feil i legemiddellistene spesielt ved skifte av omsorgsnivå. Feil eller ufullstendig legemiddelinformasjon kan føre til avbrutt, endret eller ufullstendig legemiddelbehandling. Videre beslutninger rundt sykdomsforløpet vil gjøres på feil grunnlag dersom utgangspunktet er mangelfullt og/eller inneholder feil. Dette kan medføre fare for pasientene og merkostnader for helsevesenet.

Samstemming av legemiddellistene kan være en tidkrevende prosess, men samtidig er det mye tid bespart på å ha en oppdatert medisinsliste til enhver tid, slik illustrert i kasus under.

Pasientkasuistikk 1

Hjemmetjenestens pasient er innlagt på sykehuset (UNN). Ettersom pasienten selv ikke kan gjøre rede for egen legemiddelbruk, ringer sykepleier fra UNN til hjemmetjenesten for å avklare pasientens faktiske legemiddelbruk.

Sykepleieren i hjemmetjenesten leter fram legemiddellisten fra i sin EPJ men finner raskt ut at den ikke er oppdatert. Sykepleier i hjemmetjenesten ringer videre til apoteket for å avklare hvilke medisiner pasienten har brukt den siste perioden, finner deretter fram gamle epikriser og Kjernejournal for å undersøke om disse stemmer overens med EPJ og informasjonen fra apoteket, og avklarer til slutt med sykepleierkollegaer angående funnene. Etter noen timers arbeid kunne sykepleieren i hjemmetjenesten ringe tilbake til sykehuset for å videreformidle pasientens faktiske legemiddelbruk. Sykepleier kommenterte selv at hen ville spart mye tid dersom legemiddellisten i EPJ hadde vært oppdatert.

Erfaring ved samstemming:

Farmasøytene har i prosjektperioden utført LMS, gitt opplæring og veiledning til sykepleierne/vernepleierne i riktig utføring av LMS, og bidratt til å optimalisere legemiddellistene i EPJ.

Det er økt antall pasienter som har fått samstemt sin legemiddelliste i forhold til tidligere, det er avdekket uoverensstemmelser i legemiddellistene, og disse er korrigert. Enkelte av

uoverensstemmelsene var kritiske, og kunne medført alvorlige pasientskader dersom de ikke hadde blitt oppdaget. Det er likevel mange utfordringer for å oppnå riktig legemiddelbruk:

- *Mange legemiddellister å forholde seg til:*

Det er mange legemiddellister i bruk per pasient. Alle som har ansvar for pasientens legemiddelbruk har hver sine legemiddellister, dette inkluderer fastleger, hjemmetjenesten, apoteket, sykehuset m. flere. Listene er ofte både elektroniske og i utskrevet versjon, for å dekke behovet til alle aktørene, inkludert pasienten selv. Følgende legemiddellister er det observert at pasienten kan ha:

- Multidosekort fra apotek som ligger inne på hjemmetjenestens kontor
- Multidosekort fra apotek som ligger ute hos pasienten
- Legemiddelliste i forskrivningsmodulen (kommunens EPJ)
- Legemiddelliste skrevet ut fra forskrivningsmodulen
- Legemiddelliste bakpå dosett
- Liste fra fastlege
- Liste over kur-legemidler
- Signeringslister for insulin (som noen ganger fungerer som doseringskort)

Det er vanskelig holde oversikt når det er mange lister å oppdatere i en travel hverdag. I Tromsø kommune er det Profil som er den elektroniske pasientjournalen (EPJ), og dermed den legemiddellisten som skal være den fullstendige oversikten over legemidler i bruk (LIB-liste).

Tidligere har mange avdelinger bruk multidosekortet som LIB-liste (i stedet for EPJ), og det er fortsatt noen avdelinger som gjør dette. Grunnen er at multidosekortet har et oppsett som er veldig tydelig og oversiktlig. Derfor er denne ofte å finne i bruk både på hjemmetjenestens kontor og ute hos pasientene. Dette er en utfordring da det medfører at oppdatering av legemiddellisten i EPJ blir nedprioritert. I prosjektperioden har det vært jobbet med å fremheve behovet for å holde EPJ oppdatert, og det har vært oppnådd en forbedring på flere avdelinger.

Oppdatert legemiddelliste i EPJ er spesielt viktig når hjemmetjenestens pasienter blir overført til annet omsorgsnivå, da disse bruker vår EPJ som hovedkilde ved samstemming. Det er flere eksempler på at det har blitt feil i legemiddelbehandlingen på UNN fordi legemiddellisten i EPJ ikke var oppdatert, som illustrert i pasientkasuistikk 2.

Pasientkasuistikk 2

Pasient fra hjemmetjenesten ble innlagt på sykehus på grunn av sammensatte problemer med blant annet nyoppstått atrieflimmer. Pasienten brukte metoprolol depot 50 mg en gang daglig i multidose, men i innleggelsesrapporten fra hjemmetjenesten var metoprolol oppført med gammel dosering 100 mg, en gang daglig. Dette bidro til at sykehuset gikk ut ifra feil dose, og under sykehusoppholdet ble metoprolol økt til 125 mg en gang daglig. Etter hjemkomst reagerte fastlege på at dette var en for rask økning til en pasient som brukte 50 mg, og endret dosen til 75 mg, med videre plan om langsommere opptrapping. Hjemmetjenesten ble forvirret og lurte på hvorfor styrken ble satt ned. Det viste seg at fastlegen hadde redusert metoprolol til 50 mg en stund tilbake i tid, men hjemmetjenesten fikk aldri beskjed om dosereduksjonen, og hadde ikke fanget opp dette selv fra multidoseoversikten. Legemiddellisten i EPJ hadde ikke blitt oppdatert, og dette førte til feilmedisinering.

Det har vært jobbet med å redusere antall legemiddellister i bruk, samt øke fokuset på oppdatering av EPJ. Elektronisk signering for utdeling av legemidler er en funksjon i EPJ som nylig er tatt i bruk av enkelte avdelinger i hjemmetjenesten. Den som deler ut legemidlene signerer elektronisk for hvert enkelt legemiddel som gis. Bruk av funksjonen fordrer at legemiddellisten i EPJ stemmer overens med legemidlene som er klargjort i multidose/dosett, og at alle som skal dele ut legemidler har tilgjengelig telefon/nettbrett. Dette har ført til en stor kvalitetsforbedring i legemiddelutdelingen. Behovet for papirlister er redusert, og en sideeffekt er at helsefagarbeiderne og assistentene som deler ut legemidler også bidrar til å holde listen oppdatert.

- *Multidose:*

Multidosekortet egner seg ikke som LIB liste da den kan mangle legemidler som brukes i korte perioder (kurer), samt at behovsmedisiner og medisiner som ofte justeres kan mangle fullstendig dosering. Noen ganger står det kun «brukes som avtalt med lege». Som beskrevet tidligere er det mange avdelinger som fortsatt bruker multidosekortet som LIB-liste pga. vanskeligheter med å holde FM oppdatert. Dette medfører altså en risiko for feil i legemiddellisten.

Multidose fungerer bra for pasientene som har lite medisinendringer og stabil legemiddelbruk. Det tar imidlertid mye tid å få gjort endringer i legemiddelbehandlingen. Tidsbruken inkluderer kommunikasjon med fastlegen og apoteket, bestilling og pakking av multidose, og transport av multidosene fra Oslo til Tromsø. Det kan derfor ta alt fra noen dager til uker før en oppdatering kommer i multidosen. Sykepleiere/vernepleiere må enten legge over legemidlene i dosett for denne perioden, eventuelt åpne opp multidoseposen, fjerne avsluttede legemidler for så å lime igjen. Dette er arbeidskrevende for hjemmetjenesten, samt at det øker risikoen for å gjøre feil.

Pasientkasuistikk 3

Pasient med multidose skulle avslutte behandlingen med Naproksen tablett. Da det tar lang tid å endre multidose valgte sykepleier å klippe opp de aktuelle multidoseposene og ta ut Naproksen tablett, for så og lime igjen posene. En annen sykepleier utførte deretter dobbeltkontroll, men fikk ikke medisineren i multidoseposene til å stemme. Sykepleieren trodde at pasienten hadde fått feil medisin pakket i multidosen og kontaktet farmasøyt for råd. Farmasøyt gjennomgikk posene sammen med sykepleier. Det viste seg at første sykepleier hadde brukt bildefunksjonen i Felleskatalogen for å se hvilke tablett som var naproksen, men hadde tatt utgangspunkt i feil synonympreparat (Napren-E istedenfor Naproksen). Napren-E tablett ligner på magnesium tablett, slik at sykepleieren hadde derfor plukket ut magnesium tablettene istedenfor Naproksen tablett. På grunn av dobbeltkontrollen ble feilen heldigvis oppdaget i tide og rettet opp i før multidosen ble levert til pasienten.

- *Glemt å gi medisin som ikke ligger i multidose:*

I multidose ligger kun tablett og kapsler, og ikke andre legemiddelformer. Et gjentagende avvik er at legemidler utenom multidose ikke blir gitt. Noe av årsaken til dette er at legemiddellisten ikke alltid leses før utdeling av medisin, og de ansatte antar at alle legemidlene ligger i multidosen. Det er gitt tilbakemeldinger om at dette skjer grunnet dårlig kommunikasjon mellom ansatte. Legemiddellisten sjekkes ikke for om det er andre legemidler utenom multidose som skal gis. Et eksempel er en pasient som etter legemiddelgjennomgang fikk endret Somac tablett til Nexium enterogranulat, grunnet

svelgevansker. Lege oppdaterte multidosekortet, og det ble bestilt nytt legemiddel. Men det ble ikke gitt til pasienten før etter to måneder, da en sykepleier la merke til at Nexium stod oppført på multidosekortet og lurte på om dette var noe pasienten skulle ha. Inntrykket er at det er lett å kun fokusere på det som ligger i multidose, og at man dermed kan glemme andre medisiner.

- *Poliklinikk UNN:*

Hjemmetjenesten har som oftest ikke oversikt over når pasientene skal til poliklinisk undersøkelse, spesielt for pasientene i utsoner. Dette gjør at pasienten ofte ikke har med seg oppdaterte legemiddellister fra hjemmetjenesten. Det er også sjeldent at pasienten har med seg papirer tilbake etter poliklinisk undersøkelse på UNN. Polikliniske epikriser kommer ofte sent, og av og til kommer de ikke. Dette gjør det vanskelig å oppdage eventuelle legemiddelendringer utført på poliklinikken. Dette er utfordrende både for hjemmetjenesten og fastlegene.

Pasientkasuistikk 4

Pasient fra hjemmetjenesten har vært i et omfattende sykeforløp med flere medisinendringer. Etter en måned ble pasienten innkalt til poliklinisk kontroll. Her ble det bestemt at pasienten skulle avslutte sin blodfortynnende medisin og jerntabletter i 4 uker frem til neste polikliniske undersøkelse. Hjemmetjenesten fikk ikke beskjed om avsluttende behandling. Fastlegen fikk epikrise fra poliklinikken, og ga beskjed til multidoseapoteket om endringene. Apoteket tok kontakt med hjemmetjenesten i forbindelse med en usikkerhet i medisineringsen. Hjemmetjenesten ble også usikre i og med at de ikke hadde fått beskjed om noen endringer. Farmasøyten ringte fastlegekontoret, som da kunne bekrefte at de hadde mottatt epikrise om endringer. Ettersom hjemmetjenesten ikke hadde fått beskjed med en gang hverken fra sykehus eller fastlege tok det nesten en uke før medisinene ble avsluttet.

- *Utskrivelse fra UNN:*

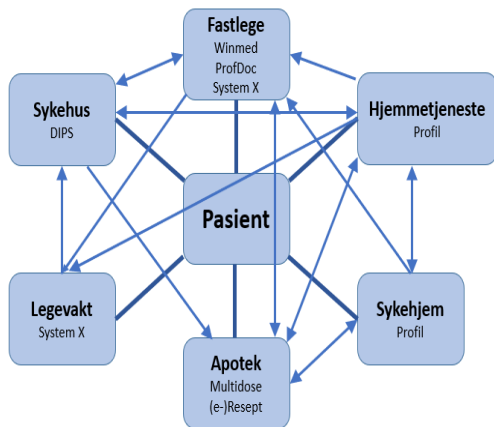
Foreløpige epikriser sendes ofte med pasientene når de skrives ut fra UNN, men det tar tid før ferdig godkjente epikriser kommer elektronisk. Siden det er de godkjente epikrisene fastlegene må forholde seg til, kan det ta tid før fastlegen får beskjed om legemiddelendringene som er utført på UNN. Hjemmetjenesten sender vanligvis beskjed til fastlege så snart de er blitt oppmerksomme på en legemiddelendring, men det er allikevel sjeldent fastlegen registrerer endringer i legemiddellisten før mottatt epikrise fra spesialisthelsetjenesten. Det er også vanskelig i de tilfellene sykehuset ikke har laget resept på nye medisiner (eventuelt ikke sender med nok medisiner ut). Dette setter hjemmetjenesten i en vanskelig situasjon. De ønsker å gi pasienten den oppdaterte og riktige legemiddelbehandlingen, men har ikke tilgang på legemidlene. Sykehuset anser pasienten som ferdigbehandlet, og fastlegens ansvar. Fastlegen har ikke mottatt epikrise med sykehusets nye legemiddelanbefaling, og kan derfor ikke endre forskrivningen. Hjemmetjenesten blir dermed «budbringeren» som må ringe frem og tilbake mellom partene for å få ordnet ny resept.

Det har også blitt avdekket at enkelte epikriser til tider kan inneholde svært mye tettskrevet tekst, slik at viktig informasjon kan «forsvinne i mengden». Det har vært tilfeller hvor deler av teksten er skrevet på et avansert fagspråk og med forkortelser som kan være vanskelig for hjemmetjenesten å forstå. I tillegg har det blitt oppdaget at legemiddelendringer har vært beskrevet i selve teksten, men ikke

legemiddellisten i epikrisen. Eksempelvis var det legemidler som skulle avsluttes, men dette ble ikke oppdaget og iverksatt før farmasøyten på et senere tidspunkt leste epikrisen.

- *Mange aktører:*

Informasjonsflyten mellom ulike aktører er svært utfordrende. Aktørene har elektroniske journalsystemer som ikke snakker sammen. Ved overføring av legemiddelinformasjon er blir det mange manuelle registreringer, hvilket er en risikofaktor for feil. Informasjonsflyten går i noen tilfeller begge veier, mens den andre ganger er enveis (**Figur 2**) Ved høyt tidspres skjer det forsinkelser i kommunikasjonen, som fører til at mottakende part ikke får informasjon om pasientens legemiddelbruk.



Figur 2 Kommunikasjon om pasientens legemiddelbruk

Noen pasienter følges tett av både spesialist-helsetjenesten og fastlegen. Informasjonsflyten går for sakte eller er ufullstendig og det fører ofte til rot i legemiddellistene. Dette oppdages ofte når hjemmetjenesten skal dele ut medisin, og ser at multidosen ikke stemmer overens med legemiddellisten. Dette preges også av et uklart ansvar for hvem som skal oppdatere multidose. Noen leger i spesialisthelsetjenesten melder selv inn endringer til multidose, mens andre forventer at fastlegen gjør dette. Det er også ulike oppfatninger blant fastlegene om dette.

Dersom en pasient er multisyk og har sammensatte problemstillinger er det ikke uvanlig at pasienten har flere behandlere i spesialisthelsetjenesten, i tillegg til fastlegen. På det meste har man sett at en pasient har hatt så mye som seks forskrivende leger. Dette gjør det vanskelig for fastlegen å holde oversikt, og har i noen tilfeller ført til uheldige hendelser, slik illustrert i **pasientkasuistikk 5**:

Pasientkasuistikk 5

En pasient fikk under et langvarig sykehusopphold optimalisert sin behandling for epilepsi, depresjon og uro. Spesialisthelsetjenesten sendte oppdatert medisinoversikt til apoteket for endring i multidose, og fastlegen fikk tilsendt epikrise.

Et halvt år senere tok hjemmetjenesten kontakt med fastlege med spørsmål om oppdatering av legemiddellisten etter ny endring, og dette ble utført. Kort tid etter legemiddelendringen reagerte pasienten med å bli nedsløvet, sengeliggende og til tider vanskelig å få kontakt med. Personalet i hjemmetjenesten forsto ikke hva som hadde hendt, og etter noen dager ba de farmasøyten om hjelp. Det viste seg at fastlegen ikke hadde fått med seg legemiddelendringene som var utført et halvt år tilbake i tid, og dette resulterte i at pasienten fikk tilbake alle gamle medisiner som var seponert. Medisineringen ble rettet opp, og det ble utført samstemming slik at fastlegen hadde samme medisinoversikt som hjemmetjenesten. Heldigvis ble pasienten mye bedre etter kort tid.

Denne kasuistikken viser hvor galt det kan gå når flere aktører er i bilde og spesielt hvis multidose endres uten at dette blir kommunisert godt nok til fastlegen.

- *Pasient tar ikke medikament som forskrevet*

Under samstemming er det oppdaget feilbruk hos pasienter som har endret sin medisinerings uten å prate med fastlegen først. Eksempelvis har pasienter på eget initiativ avsluttet eller redusert på medikamenter på grunn av opplevde bivirkninger, manglende effekt, utfordringer med administrering, eller etter lest pakningsvedlegg (som har bidratt til bekymring). Man ser derfor viktigheten med å involvere pasient i legemiddelsamstemminger der det lar seg gjøre. Farmasøyten har vært med å tydeliggjøre dette under undervisninger om LMS.

- *Tidsbruk sykepleiere/vernepleiere:*

Det er stor mangel på helsepersonell, særlig sykepleiere/vernepleiere. For noen avdelinger medfører dette en hard prioritering av arbeidsoppgaver. Det er vanskelig å sørge for riktig legemiddelbehandling til pasientene, når det er en slik knapphet på ressursene. Sykepleierne/vernepleierne i hjemmetjenesten har ofte for dårlig tid i hverdagen til å følge opp administrative oppgaver. En måte å løse dette på er en organisering hvor sykepleier/vernepleier har ansvarsuker hvor de tas ut av turnus. Da ville det vært lettere å oppdatere legemiddellisten, jobbe med legemiddeloppfølging og andre administrative oppgaver.

3.2. Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk vurdering av pasientens legemiddelbruk for å sikre god behandling og forebygge pasientskader. Dette oppnås ved at man ved legemiddelgjennomgangen avdekker og forebygger legemiddelrelaterte problemer (LRP), og at det angis tiltak for å løse de avdekkede problemene. Legemiddelgjennomgang bør utføres for nye pasienter og deretter bør det gjøres en vurdering en gang i året. Farmasøyt opplever at det gjøres LMG i størst grad i etterkant av samstemninger, og etter forespørsel fra sykepleier/vernepleier. Ansatte i hjemmetjenesten er viktige samarbeidspartnere for farmasøytene, særlig når det gjelder vurdering av behov for LMG. Farmasøyt har ikke mulighet til å oppdage alle problemstillinger relatert til legemiddelbruken. Eksempelvis fallproblematikk, svimmelhet og inhalasjonsutfordringer. LMG bør fortrinnsvis utføres tverrfaglig med både fastlege, farmasøyt og sykepleier/vernepleier fra hjemmetjenesten.

Erfaringer ved legemiddelgjennomgang

Farmasøytene har utført LMG for pasienter i enheten i samarbeid med fastlege og sykepleiere/vernepleiere. Det er økt antall pasienter som har fått legemiddelgjennomgang, og gjennom dette avdekket uhensiktsmessig legemiddelbruk og forbedret legemiddelbehandlingen.

Som farmasøyt i hjemmetjenesten får man mulighet til en langvarig og helhetlig oppfølging av pasientenes legemiddelbruk. Det oppleves som interessant og meningsfylt, men samtidig er det utfordrende at hver enkelt pasient tar mye tid.

I legemiddelgjennomgangen bidrar farmasøyten aktivt til å legge en god plan sammen med fastlege, sykepleier/vernepleier. Farmasøyten er diskusjonspartner og beslutningsstøtte for både fastlegen og sykepleiere/vernepleiere, i tillegg til å tilrettelegge og gi opplæring til pasienten og ansatte i hjemmetjenesten.

Dersom det er flere legemiddelendringer som skal utføres, er det som regel hensiktsmessig med en endring av gangen, og dette gjør LMG tidkrevende. For hver endring skal man følge opp at legemidlet forskrives riktig, kommer inn i multidose, utdeles og brukes riktig, observasjon av effekt eller bivirkninger, og tilbakemeldinger/kommunikasjon med fastlegen. Dette gir en god helhet i behandlingen. Farmasøyten får følge opp hvordan egne forslag faktisk påvirker pasienten, hvilket gir god læring og erfaring.

- *Forberedelser til LMG:*

Farmasøyt er ofte den som kommer mest forberedt til legemiddelgjennomgang, noe som kan tilskrives fastlegene og sykepleiere/vernepleiernes travle hverdag. Under legemiddelgjennomgangen tilføyer sykepleier/vernepleier med kliniske opplysninger som er viktig for å ta endelige avgjørelse for hva som skal gjøres videre for hvert legemiddel. Det oppstår gode diskusjoner og samtaler. Det tilstrebes å ha et kort forberedelsesmøte i forkant av den tverrfaglige legemiddelgjennomgangen slik at sykepleier/vernepleier er klar over hva som skal tas opp med fastlege og kan korrigere på opplysningene dersom nødvendig.

Ettersom farmasøyten har gjennomført LMG i flere enheter enn sin egen, er det erfart at det kan variere hvor forberedt sykepleier/vernepleier kommer til det tverrfaglige møtet. I andre enheter tar også sykepleier ansvar for organiseringen av LMG. De planlegger, avtaler tidspunkt og koordinerer. I Midtbyen er det farmasøyten som gjør dette arbeidet. Sykepleiernes forberedelse påvirker kvaliteten

på legemiddelvurderingen og tidsbruken i møtet. Det er viktig at sykepleiere/vernepleiere gjør forberedelser, fortrinnsvis med kartleggingsskjemaet for å få en god og strukturert LMG.

- *Dokumentasjon:*

Det er svært utfordrende å finne den informasjonen man trenger til oppfølging av legemiddelbruk. Det er spesielt ved forberedelser til legemiddelgjennomgang at dette blir tydelig. Det er mangelfull informasjon om indikasjoner for legemiddelbruk, sykdomsoversikt, CAVE, observasjoner og vurderinger. Viktig informasjon forsvinner i mengden av rapporter som er oppført i generelle tiltaksområder som «Fagnotat» eller «Administrasjon/observasjoner». Det er ikke lett å finne informasjon som bekrefter om pasienten tar medisinen som forskrevet, eller hvor mye som brukes av behovsmedisiner. Dette gjør det vanskelig å vurdere behov for videre legemiddelbruk.

- *Tverrfaglig kommunikasjon*

Tverrfaglig kommunikasjon er en essensiell del av alle legemiddelgjennomganger. Det gjøres først forberedelser for å identifisere problemstillinger knyttet til pasientens legemiddelbehandling, og deretter kommuniserer farmasøyt, sykepleier/vernepleier, fastlege og evt. pasienten selv for å komme frem til best mulig tilpasset legemiddelbehandling. Kommunikasjonen kan utføres over telefon, elektroniske meldinger (PLO) eller som tverrfaglige møter.

Det kan variere litt hvilken kommunikasjonsform som velges fra gang til gang. Dersom det er få problemer og disse har lav hastegrad, velges som regel PLO-meldinger som kommunikasjonsform. Dersom det er en omfattende LMG med flere ulike og komplekse problemstillinger, velges tverrfaglig møte som kommunikasjonsform. Ved problemstillinger med høy hastegrad, velges telefon som kommunikasjonsform, ettersom man da har mulighet til å løse problemstillingen raskt.

Tverrfaglige møter ansees som den beste måten å kommunisere med fastlegene på om helhetlig bruk av legemidler til pasientene. Man får en opplevelse av gode diskusjoner, løser flere problemstillinger og det oppnås en god flyt i dialogen.

- *Tidspunkt for legemiddelendringer*

Det er ikke alltid enkelt å gjennomføre endringer i legemiddelbehandlingen til pasienter som oppleves som stabile. Helsepersonell er bekymret for at det skal kunne medføre en forverring i pasientens tilstand. På samme grunnlag er det også utfordrende å gjøre endringer når pasientene er i ustabil tilstand. I hjemmetjenesten er det ønskelig å forebygge uhensiktsmessig bruk av legemidler til pasientene. Når man ikke "tør" å gjøre endringer blir det vanskelig å oppdage legemidler som pasienten ikke har behov for og som på sikt kan ende opp i kategorien uhensiktsmessig.

Man har eksempler fra både hjemmetjenesten og sykehjem hvor pasienter har fått det mye bedre etter legemiddelgjennomgang hvor unødvendige medisiner har blitt tatt bort. Dette er medisiner som burde vært tatt bort på tidligere tidspunkt. Samtidig er det utfordrende å finne ut på hvilket tidspunkt det er riktig å endre behandlingsstrategi fra å forebygge sykdom/forverring av sykdom, til å prioritere symptomlindring og avmedisinering som en forberedelse på best mulig legemiddelbehandling i alderdommen. Terskelen for å endre legemiddelbruk som er satt i gang av spesialister er høy, man ser at både fastleger og helsepersonell i hjemmetjenesten ofte synes dette er vanskelig.

Pasientkasuistikk 6

Det ble gjennomført en tverrfaglig legemiddelgjennomgang for en multisyk pasient som var sengeliggende, hadde nedsatt taleevne, og ble ansett for å være terminal. Legemiddelgjennomgangen resulterte i at fire legemidler ble seponert, doseringen av to legemidler ble redusert, samt at formuleringen til ett legemiddel ble endret slik at det ble lettere for pasienten å innta legemiddelet. Pasienten ble godt fulgt opp av lege, sykepleier og farmasøyt.

Etter kort tid ble pasienten mere våken, begynte å snakke igjen, fikk til å spise selv, og deltok i aktiviteter ute på dagligstuen.

3.3. Legemiddelsamtale med pasienter

Hjemmetjenestens pasienter er en pasientgruppe som i liten grad selv klarer å innhente den legemiddelinformasjonen de har behov for. De er ofte for syke til å gå på apoteket eller til fastlegen, men friske nok til å ta medisinerne selv. De har et behov for råd og veiledning i legemiddelbruk, men klarer altså ikke selv å oppsøke denne hjelpen.

Farmasøyten har hatt samtaler med flere pasienter om deres legemiddelbruk, og gitt tilpassede råd om riktig legemiddelbruk. Samtalene har omhandlet administrering og bruk av legemidler. I enkelte tilfeller ble det avdekket feilbruk, og/eller at pasientene ikke skjønnte hvorfor de brukte medisinerne. Pasientsamtalen har bidratt til riktigere bruk og bedre forståelse av legemiddelbehandlingen.



Figur 3 Farmasøyt (i midten) sammen med ansatt (til venstre) ute på hjemmebesøk for en inhalasjonsveiledning

3.4. Rådgivning og kvalitetsarbeid

Farmasøytene får stadig spørsmål angående håndtering av legemiddelbruk. Spørsmålene omhandler hjelp til samstemming av medisinlister, legemiddelgjennomganger, knusing av tabletter, oppbevaring av legemidler m.m. I kap. 4.3. kan man finne en oversikt over hvilke typer spørsmål som stilles.

Rådgivningen har bidratt til en bedre legemiddelhåndtering og trygghet blant pleierne. Herunder HMS-tiltak som arbeidsforhold på medisinrom og beskyttelse ved håndtering av risikolegemidler. Pleierne har benyttet farmasøytens kompetanse i mye større grad når de var lett tilgjengelig i enheten, og dermed har flere problemstillinger blitt håndtert og avklart.

Følgende områder har vært jobbet mye med gjennom prosjektperioden:

- A og B – preparater
- Medisinrom
- Lindrende skrin
- Risikolegemidler (cytostatika etc.)
- Elektronisk signering og dokumentasjon i Profil (EPJ)
- Digitale legemiddelhåndteringskurs for utdeling av medisiner
- Opplæring av helsefagarbeidere og assistenter
- Kvalitetsrapportering på legemiddelhåndtering
- Revidering kvalitetsplan i legemiddelhåndtering
- Sentral forskrivningsmodul

Det omtales her noen av punktene:

A og B – preparater

Enhetene har utfordringer med å regnskapsføre av A-preparater og oversikt over forbruk av B-preparater, og det har blitt oppdaget avvik i forbindelse med dette. Årsaken er kapasitet, men også manglende kunnskap om hvordan regnskap skal registreres. Det har derfor blitt brukt tid på å få opprettet regnskap og holdt undervisning for sykepleiere/vernepleiere om registrering og kontroll.

Risikolegemidler:

Pasientene som bor hjemme, blir stadig sykere og flere får derfor mer avansert behandling i hjemmet. Det har blitt oppdaget uheldige hendelser der ansatte har håndtert peroral cytostatika uten beskyttelse og i et tilfelle blitt avdekket at en enhet tilberedte intravenøse cytostatika. Det kommer stadig spørsmål fra ansatte om hvordan de skal håndtere cytostatika og hvilke sikkerhetstiltak som skal iverksettes for personalet. Det har derfor blitt brukt tid på, og det jobbes fremdeles med å gjøre ansatte kjent med hvilke tiltak som bør iverksettes når man har pasienter med kreftbehandling. Det har blitt opprettet samarbeid med kreftsykepleiere, forbedret prosedyrer, utarbeidet et skjema for risikovurdering og bedre merking av risikolegemidler.

Pasientkasuistikk 7

I forbindelse med oppstart av et nytt legemiddel ble det avdekket at enheten ikke hadde gode nok kunnskaper rundt håndtering av cytostatika (cellegift).

En pasient var kommet hjem etter opphold på UNN, og hadde fått forskrevet et nytt legemiddel i kategorien cytostatika. Hjemmetjenesten hadde satt i gang behandlingen, men uten å være klar over hvilken type legemiddel dette var, eller at de ansatte måtte beskytte seg selv under administreringen. (Eksponering for cytostatika kan være helseskadelig for personalet, både ved inntak og utskillelse av legemidlet.)

Farmasøyt oppdaget hendelsen en uke etter behandlingen var igangsatt. Dette var heldigvis tidsnok til å unngå helseskader hos personalet. Farmasøyten bidro til å lage gode rutiner for håndtering av cytostatika hjemme hos pasienten, samt øke bevisstheten blant sykepleiere, avdelingslederne og det øvrige personalet.

Kvalitetsplan for legemiddelhåndtering

Farmasøytene har deltatt i Legemiddelnettverket som hvert år gjennomgår innkommende endringsforslag og reviderer Kvalitetsplan for legemiddelhåndtering (som bl.a. inneholder alle legemiddelrutiner i kommunen). Gjennom farmasøytene kompetanse, spørsmål de har fått og problemstillinger de har møtt, har de bidratt til forbedringer og presiseringer i kvalitetsplanen. Dette gjelder bl.a. rutine for delegasjoner fra lederne, loggføring av B-preparater, og risikovurderinger knyttet til håndtering av cytostatika og andre legemidler som må håndteres med forsiktighet. I tillegg har man fått beskrevet ansvaret og arbeidsoppgavene til kliniske farmasøyer i kvalitetsplanen.

Kvalitetsrapportering:

Farmasøyt bidrar årlig i enhetens kvalitetsrapportering ved å ta ansvar for risikoanalysen som skal gjøres, samt sammen med sykepleier/vernepleier gjennomgå hvor mange pasienter som har fått vurdert LMG, gjennomført LMS og hvor mange tiltaksplaner for legemiddelhåndtering som er oppdatert. Farmasøytene følger også opp tiltakene for forbedring sammen med fag- og kvalitetskoordinator og lederne.

Kurs og opplæring av helsefagarbeidere og assistenter:

På grunn av kapasitetsmangel har det for enkelte avdelinger vært vanskelig å gjennomføre praktisk opplæring for helsefagarbeidere og assistenter som skal dele ut legemidler. Farmasøyt har for de avdelingene hjulpet til og gjennomgått den praktiske opplæringen etter bestått teoretisk del i medisinkurset. Man ser også ut fra de siste kvalitetsmålingene for legemiddelhåndtering at både sykepleiere/vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter mangler oppfriskningskurs i legemiddelhåndtering. Det har derfor blitt brukt tid på å hjelpe avdelingsledere å få oversikt over ansatte som har behov for oppfriskningskurs samt organisere kursprøver ved behov.

Medisinrom på Midtbyen

Kartlegging av forbedringsområder innenfor legemiddelhåndteringsrutiner viste et behov for forbedring av medisinrommet, og sykepleier/vernepleiers arbeidsprosess på medisinrommet. Medisinrommet var smalt og lite av størrelse, så det var utfordrende å jobbe flere personer samtidig på rommet. Det var registrert en hel del avvik, hvor feil i legemiddelhåndteringen var direkte relatert til dårlige arbeidsforhold på medisinrommet. Høsten 2020 begynte farmasøyt sammen med fag- og kvalitetskoordinator jobben med å planlegge nytt medisinrom. Medisinrommet ble ferdigstilt våren 2021. Nå har enheten et flott medisinrom med gode arbeidsforhold.



Figur 4 Medisinrommet ble ferdigstilt i vår 2021 og nå har enheten et flott medisinrom med gode arbeidsforhold.

3.5. Kompetanseheving for ansatte

Følgende undervisninger har vært gjennomført i prosjektperioden april 2020 – mars 2023:

- «Samstemming av legemiddellister», for sykepleiere og vernepleiere
- «Utdeling av legemidler», for helsefagarbeidere/assistenter
- «Bruk av Pasientnett», holdt av ansatte fra Apotek1
- «Teoretisk og praktisk utdeling av medisiner og elektronisk signering i Profil» for alle ansatte
- «Legemidler og fall» for fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og vernepleiere
- «Uhensiktsmessige forskrivninger for eldre», for sykepleiere og vernepleiere, og for arbeidsgruppen i Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk
- «Epilepsimedisiner og tilberedning av mikstur ved opptrekk i sprøyte samt viktigheten av dobbeltkontroll», for helsefagarbeidere/hjelpepleiere og assistenter med spesialtillatelse
- Fagdag USHT «Hvordan lykkes med legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang?», for sykepleiere og vernepleiere
- «Praktisk opplæring i utdeling av legemidler», for assistenter og hjelpepleiere/helsefagarbeidere i forkant av utdeling av delegasjon for legemiddeladministrering.
- «Legemidler og alkohol», arrangement av Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund – AEF, for leger, sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter
- «Legemidler og alkohol» for ansatte på Helsehuset
- «Inhalasjonsveiledning», for sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter
- «Legemidler og eldre», fagdag for alle ansatte
- «Digital samstemming i EPJ», for leger i Helsehuset og på sykehjemmene

Undervisninger gir kompetanseøkning for ansatte i hjemmetjenesten, og et høyere fokus på legemiddelbruk og legemiddelhåndtering. Sykepleiere og vernepleiere har svært mye medisinsk oppfølging av pasienter. Fysioterapeuter og ergoterapeuter trenger å vite hvordan legemiddelbruken påvirker pasientens evne til å nyttiggjøre seg av for eksempel trening. Helsefagarbeidere/hjelpepleiere og assistenter deler ut medisiner til pasientene, og trenger god opplæring i hvordan de skal administrere legemidlene og følge opp pasientene. Noen av undervisningene har vært gjennomført flere ganger, og noen gjentas kontinuerlig.

3.6. Veiledning av studenter

Masterstudenter i Farmasi ved UiT Norges arktiske universitet, har emnet FAR-3204 Avansert klinisk farmasi og tverrprofesjonelt samarbeid på første høstsemester. Emnet gir studentene et grunnlag for å forstå hvordan man benytte farmasøytisk kompetanse i samarbeid med pasient og annet helsepersonell for å fremme riktig legemiddelbruk. Hensikten med praksisen er at studentene skal øve på samstemming, legemiddelgjennomgang og pasientsamtaler – hvilket er kjerneoppgavene for kliniske farmasøyter.

Praksisen inneholder et 7 ukers praksisopphold i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Praksisoppholdet har de siste årene vært gjennomført i hjemmetjenesteenheter i Tromsø kommune, hvor man har farmasøyt tilgjengelig som veileder, altså Midtbyen og Nordøya hjemmetjenester. Farmasøytene bidrar i praksisoppholdet med koordinering, planlegging og veiledning.



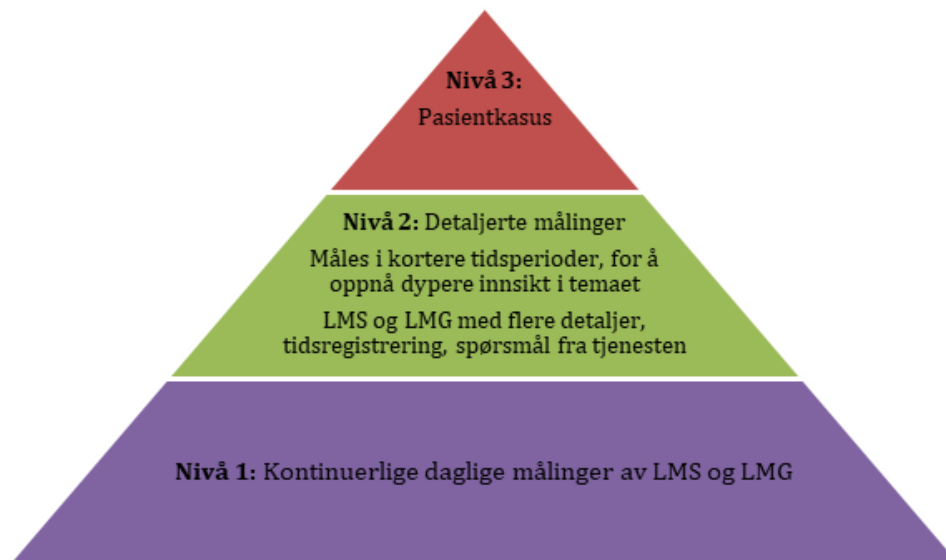
Figur 5 Farmasistudenter i dialog med sykepleierveileder på avdeling

4. Resultater

4.1. Målinger

I prosjektet har det vært utført målinger på tre nivåer;

- Nivå 1 målinger er kontinuerlige daglige målinger av gjennomførte LMG, LMS og pasientsamtaler.
- Nivå 2 målinger er mere detaljerte målinger utført i korte tidsperioder. Målingene utføres for å oppnå en dypere innsikt i enkelte områder.
- Nivå 3 målinger er pasientkasuistikker som særskilt beskriver utfordringer og/eller forbedringer oppnådd i forbindelse med prosjektet. I denne rapporten er pasientkasuistikkene beskrevet i tekstbokser i kap. 3.1, 3.2 og 3.4



Figur 6 Nivå 1, 2 og 3 målinger.

I tillegg til målingene i prosjektet, ser man at enhetenes årlige kvalitetsindikatorer er påvirket i gunstig retning av farmasøytenes arbeid. En beskrivelse av dette fremkommer i kapittel **4.4**.

Farmasøyten har også bidratt til å holde timeantallet stabilt/ lett nedadgående samtidig som kommunen har en markant økning i antall tjenestemottakere i hjemmetjenesten, se kapittel **4.5**.

4.2. Nivå 1 målinger

I hele prosjektperioden fra 1.4.2020 til 31.3.2023 ble det foretatt nivå 1 målinger på LMS og LMG. Hensikten med målingene er å få en oversikt over hvor mange LMS og LMG som gjøres av farmasøyten, for å vurdere arbeidskapasiteten, og for å senere kunne vurdere antall farmasøyter som trengs i tjenesten. Målingene gir også en oversikt over hvilke avdelinger som i størst og minst grad benytter seg av farmasøyten, og gir dermed en pekepinn på hvor farmasøyten skal tilby sin hjelp. I tillegg oppnås en oversikt på hvor mange uoverensstemmelser og legemiddelrelaterte problemer som er i listene. Resultatene er tilsvarende med andre målinger som har vært gjort tidligere i Tromsø kommune, og med nasjonale tall. Det viser at uoverensstemmelser i legemiddellister ved overganger i omsorgsnivå fortsatt er en utfordring som det er viktig å ha fokus på og jobbe for å forbedre.

Legemiddelsamstemming

Som man ser ut ifra **Tabell 1** ble det i prosjektperioden gjennomført totalt 205 LMS, og det ble avdekket 486 uoverensstemmelser totalt i samstemmingsprosessen. Dette utgjør gjennomsnittlig 2,4 uoverensstemmelser per pasient.

Tabell 1 Antall samstemminger og uoverensstemmelser

Periode	Antall LMS Midtbyen	Antall LMS Nordøya	Antall LMS Andre enheter	LMS totalt	Antall UOS	UOS/ pasient
April 20-mars 21	49	-	1	50	61	1,2
April 21-mars 22	64	-	-	64	149	2,3
April 22-mars 23	40	35	16	91	276	3,0*
Totalt	153	35	17	205	486	2,4

* Antall uoverensstemmelser ser ut til å ha økt ut fra tabellen. Dette er imidlertid en følge av at farmasøytene har endret tellemåten underveis. I starten ble ikke uoverensstemmelser i forskrivningsmodulen telt med, så lenge pasienten fikk riktig medisin. Men sett i etterkant burde de vært med, ettersom de øker risikoen for feil når pasienten senere flyttes videre til neste omsorgsnivå. Endringen i tellemåten ble gjort fra medio vår 2022.

Fra april 2022 er det to farmasøyter i prosjektet, hvilket naturlig har ført til at kapasiteten øker. I tillegg til arbeid på egne enheter har farmasøytene utført LMS på andre enheter i forbindelse med LMG

Det er i gjennomsnitt 2,4 uoverensstemmelser pr pasient som er oppdaget gjennom samstemming. Dette er som forventet, selv om man selvfølgelig hadde ønsket at det var mindre. Så lenge man har elektroniske systemer som ikke kommuniserer med hverandre, vil det fortsatt oppstå uoverensstemmelser. Dette viser viktigheten av å samstemme legemiddellistene!

Tabell 2 Oversikt over hvilke omsorgsnivå pasienten kom fra i forbindelse med samstemming

Kom fra:	April 20 - Mars 21			April 21 - Mars 22			April 22- Mars 23		
	Antall LMS	Antall UOS	UOS/pasient	Antall LMS	Antall UOS	UOS/pasient	Antall LMS	Antall UOS	UOS/pasient
Avdeling UNN	17	21	1,2	23	58	2,5	31	87	2,8
Helsehuset	8	3	0,4	3	7	2,3	3	4	1,3
Hjemme	22	33	1,5	35	76	2,2	56	183	3,3
Poliklinikk UNN	4	9	2,3	2	7	3,5	1	2	2

I utgangpunktet skal legemiddelsamstemming utføres når tjenesten mottar nye pasienter, og i forbindelse med skifte av omsorgsnivå. Det foreligger imidlertid flere legemiddellister per pasient, som bidrar til usikkerhet rundt hvilke legemidler pasienten faktisk bruker. Det har derfor vært behov for å gjøre legemiddelsamstemming selv om pasienten ikke har vært i et forløp, eller er ny for tjenesten. I tillegg gjøres det legemiddelsamstemming i forbindelse med tverrfaglig legemiddelgjennomgang, da også er pasienten i kategorien «hjemme».

I **Tabell 2** kan en se at det har blitt utført flest legemiddelsamstemminger når pasienten er hjemme, og når de kommer fra avdeling på UNN. Det er flest uoverensstemmelser i legemiddellisten når pasienten er hjemme. De fleste feilene skyldes at legemiddellisten i Profil ikke er oppdatert, eller at pasienter ikke tar medisin som forskrevet. Det avdekkes også mange uoverensstemmelser i forbindelse med opphold på UNN. Dette skyldes feil i epikriser, at kommunen ikke har fulgt opp eller fått beskjed om legemiddelendringen som anbefalt, og at pasienten ikke tar medisin som forskrevet.

Det er verd å merke seg at for pasientene som er kommet til hjemmetjenesten fra Helsehuset, har det vært færrest uoverensstemmelser totalt. Dette tyder på at Helsehuset har gode rutiner for samstemming og for utskrivelser.

Legemiddelgjennomgang

Gjennom hele prosjektperioden ble det totalt utført 151 legemiddelgjennomganger, og det ble avdekket 490 legemiddelrelaterte problemer. Dette gir et gjennomsnitt på 3,2 LRP per pasient.

Tabell 3 Gjennomførte legemiddelgjennomganger i prosjektperioden, og avdekkede legemiddelrelaterte problemer

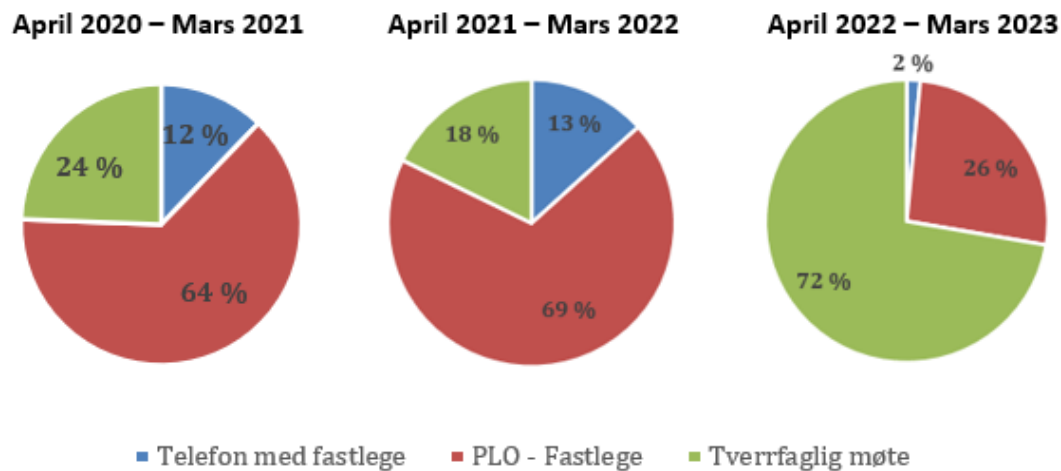
Periode	Antall LMG	Antall LMG	Antall LMG	LMG totalt	Antall LRP	LRP/pasient
	Midtbyen	Nordøya	andre enheter			
April 20-mars 21	41	-	1	42	141	3,4
April 21-mars 22	40	-	4	44	99	2,3
April 22-mars 23	13	19	33	65	255	3,9
Totalt	94	19	38	151	495	3,2

Tabell 3 viser en fordelt oversikt over LMG som var utført gjennom de ulike årene. Fra april 2022 er det to farmasøyter i prosjektet, hvilket naturlig har ført til at kapasiteten øker. Ut fra **Tabell 3** ser man at antall LMG for en farmasøyt har vært i overkant av 40 LMG pr år. Dermed kunne man forventet et høyere antall LMG for to farmasøyter. Imidlertid ble det prioritert en del andre arbeidsoppgaver denne perioden, samt at fokuset på å utføre LMG gjennom tverrfaglige møter har vært økt, hvilket er mere tidkrevende enn kun elektronisk kommunikasjon.

Det er i gjennomsnitt 3,2 legemiddelrelaterte problemer pr pasient som er avdekket gjennom LMG. Dette er som forventet, selv om man selvfølgelig hadde ønsket at det var mindre. De ulike legemiddelrelaterte problemene er mer utfyllende beskrevet i kap. 4.3. Dette viser viktigheten av å gjøre legemiddelgjennomganger!

Kommunikasjon

Figur 7 viser en oversikt over hvilken kommunikasjonsform som ble brukt til legemiddelgjennomganger i prosjektperioden.



Figur 7 Kommunikasjonsmåte for legemiddelrelaterte problemer i perioden april 2020 til mars 2023 ved Midtbyen og Nordøya hjemmetjeneste

I april 2020 til mars 2022 ble det utført flest legemiddelgjennomganger med kommunikasjonsform PLO-meldinger med fastlege. Dette skyldes i stor grad koronapandemien, som begrenset fysiske møter. Metoden tverrfaglig LMG er nok heller ikke godt nok implementert i hjemmetjenesten, de ansatte er ikke vant med å møtes fysisk med fastlegen. Kommunikasjon per PLO er kommunikasjonsmåten som er mest brukt. Det er en adekvat og enkel måte å kommunisere på, men svartiden er ofte lang (noen ganger langt over 1 uke), og den gode diskusjonen uteblir. På tross av pandemien har det likevel blitt utført noen tverrfaglige legemiddelgjennomganger hvor man har møttes fysisk, og disse har vært en god arena for nyttige diskusjoner.

Etter mars 2022 ser man at antallet gjennomførte tverrfaglige legemiddelgjennomganger har økt betraktelig, fra omtrent 20% til 70%, hvilket er positivt og i tråd med vårt ønske. Samtidig er det mer tidkrevende å organisere tverrfaglige møter.

4.3. Nivå 2 målinger

Nivå 2 målinger har vært gjennomført for å oppnå en dypere forståelse av problemstillinger knyttet til LMS og LMG. Målingene har kun vært utført i kortere perioder. Det er registrert målinger som viser hvor pasientene kommer fra når det utføres LMS, hvor uoverensstemmelsene oppstår, hvilke typer uoverensstemmelser som oppdages, hvem som tar initiativ til å gjennomføre LMS og LMG, type legemiddelrelaterte problemer og hvem som har tatt initiativ til LMG.

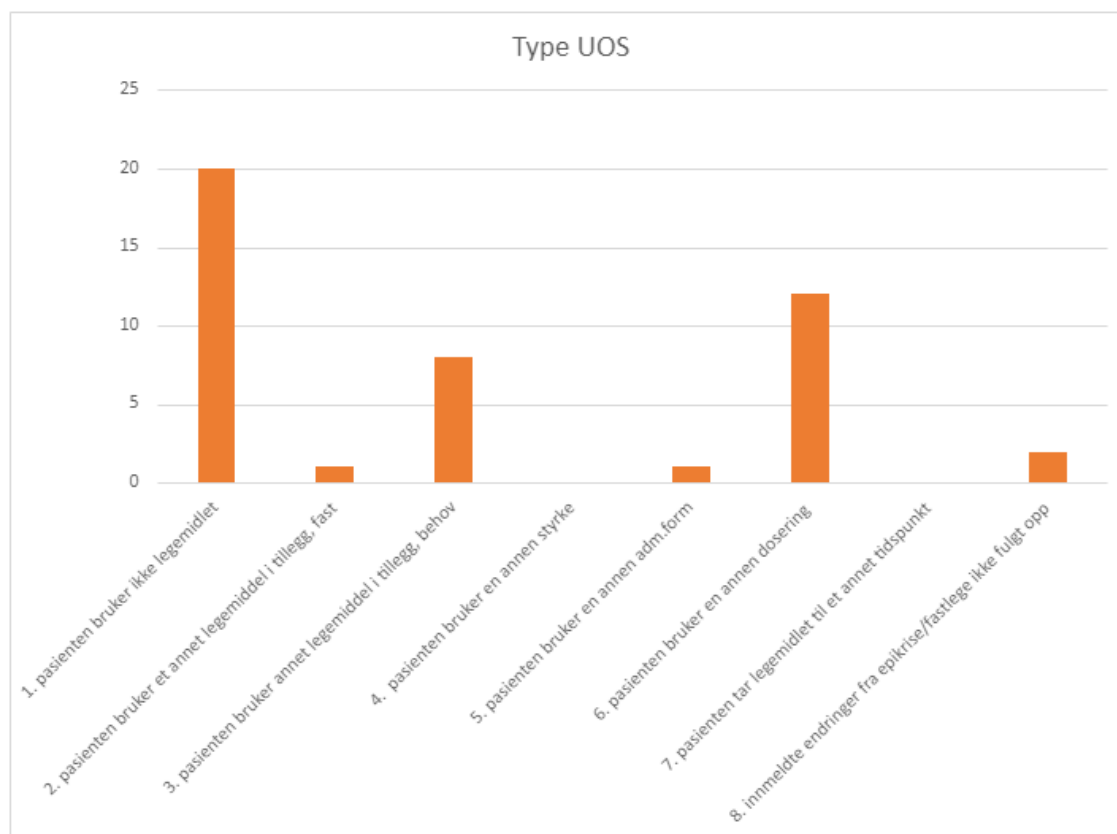
Det første året ble det registrert nivå-2 målinger i syv måneder, fra april – desember 2020. Dette var i startfasen av prosjektet, og det var usikkerheter rundt hvor mye som skulle måles. Vurdering etter denne tidsperioden endte med at det kun skulle gjøres nivå-2-målinger i kortere perioder, da dette var svært tidskrevende. Neste periode ble gjennomført i januar – mars 2023.

Det er forsøkt å måle alvorlighetsgrad på uoverensstemmelser, men de har vært vanskelig å kategorisere, spesielt der farmasøytens inngripen har forhindret feilmedisineringer. Farmasøytens opprydding i legemiddellistene har en forebyggende effekt, og forhindrer at pasientene blir feilmedisinert. Men hvor stor alvorlighet feilene kunne medført er vanskelig å bestemme. Resultatene er dermed ikke inkludert i rapporten.

Det er også registrert hvem som henvender seg til farmasøyten med ulike spørsmål, og hva farmasøyten bruker tiden sin på.

Samstemming:

Figur 8 viser hvilke typer uoverensstemmelser som er oppdaget ved samstemming.



Figur 8 Oversikt over hvilke typer uoverensstemmelser som oppdages ved legemiddelsamstemming

Uoverensstemmelser som oppdages oftest er at pasienten ikke bruker legemidlet, eller at pasienten bruker annet legemiddel eller annen dosering enn det som står oppført i legemiddellisten. Dette skyldes som oftest at hjemmetjenestens liste ikke er oppdatert ut fra det pasienten egentlig bruker. Det kan f.eks. være kur-legemidler som burde vært avsluttet for lenge siden, eller behovsmedisiner som ikke har vært brukt på lenge.

Uoverensstemmelsene som oppdages er ofte grunnlaget for at man planlegger og iverksetter legemiddelgjennomganger i etterkant av samstemmingen. Man ser at det er et behov for å gjøre nye vurderinger av hva som er hensiktsmessig legemiddelbehandling for pasientene, ikke bare videreføre tidligere behandling.

Tabell 4 viser opphavet til uoverensstemmelsene, målt i en tidsperiode på tre måneder:

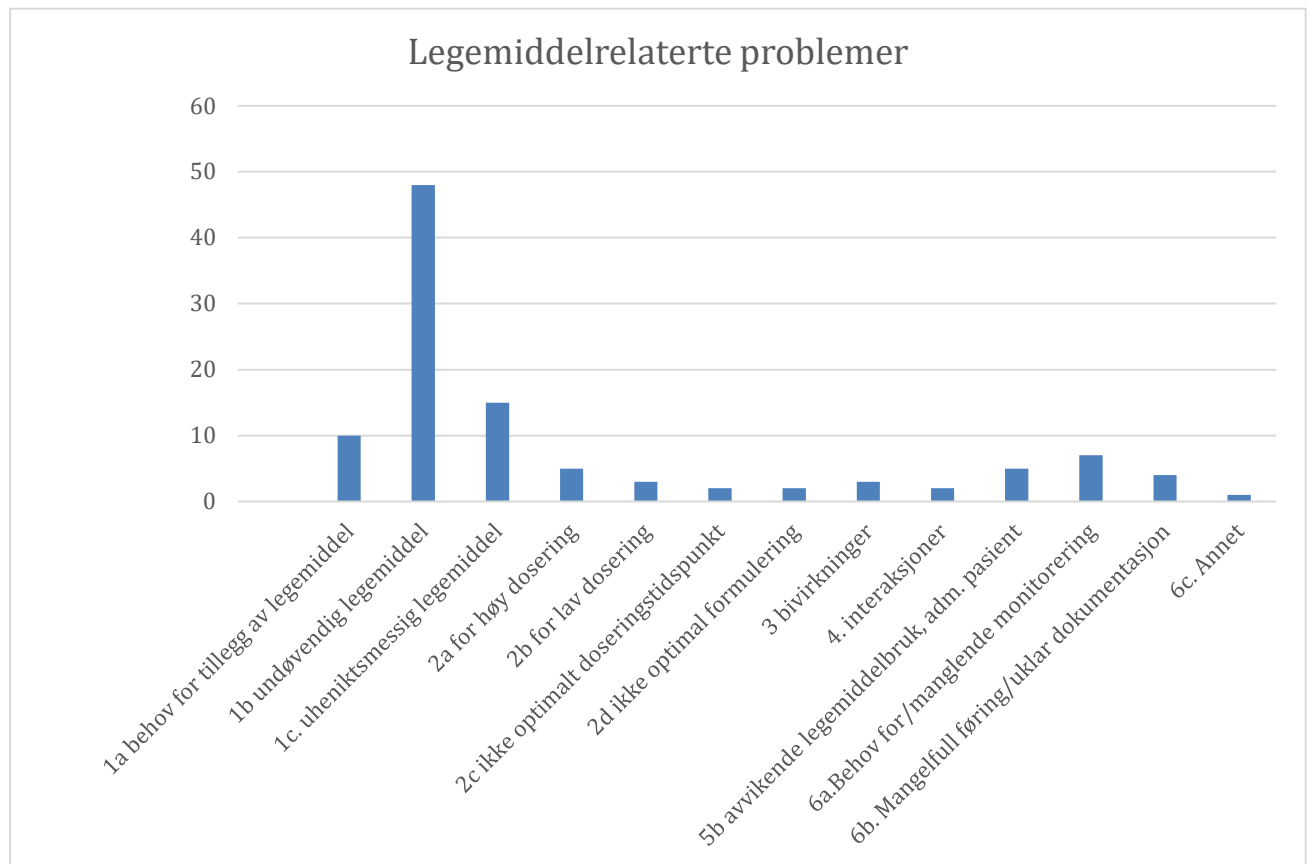
Tabell 4 Oversikt over opphavet til feilen, registrert i tidsrommet januar-mars 2023 (HT=hjemmetjeneste, FL=fastlege, LM=legemiddel)

Hvor er feilen?	Antall	UOS	UOS/pasient
1. Liste HT- Ikke fulgt opp fastlegens liste	9	26	2,9
2. Liste HT- Epikrise ikke fulgt opp	4	10	2,5
3. Liste FL/HT- Pasient tar ikke LM som forskrevet	4	7	1,75
4. Feil i epikrise	3	8	2,7
5. Feil både i epikrise og HT liste	2	11	5,5
6. Feil FL - ikke oppdatert liste	3	6	2

Det er tydelig at feil oppstår i alle legemiddellistene, både fra hjemmetjenesten, fastlegen og sykehuset. Det er utfordrende å holde legemiddellistene oppdatert for alle parter.

Legemiddelgjennomgang

Oversikt over kategorier av legemiddelrelaterte problemer:



Figur 9 Oversikt over type legemiddelrelaterte problemer i perioden januar-mars 2023

I **Figur 9** er det presentert en oversikt over hvilke LRP som er identifisert. Unødvendig legemiddel ble registrert flest ganger, etterfulgt av uhensiktsmessig legemiddel og behov for tillegg av legemiddel. Noen ganger var det behov for tillegg av legemiddel ettersom det var oppdaget at pasienten hadde diagnoser eller plager der det manglet behandling. F.eks. er det flere tilfeller der farmasøyt har oppdaget at pasienten ikke har hurtigvirkende behandling (Ventoline) ved en KOLS/Astma diagnose.

Unødvendig legemiddelbruk er antagelig en følge av at pasientenes legemiddelbruk ikke blir godt nok revurdert. Pasienter blir stående på legemidler som har vært indisert på et tidligere tidspunkt i livet deres, uten å bli fjernet når behovet opphører. Det mangler ofte en plan for hvordan legemiddelbruken skal endres i takt med utvikling av sykdom og symptomer. Når pasientene ikke lengre klarer å etterspørre dette selv, blir det i liten grad gjort, muligens fordi ansvaret for oppfølgingen ikke er tydelig. Eksempler:

- Man skal revurdere behovet for demensmedisiner (kolinesterasehemmere) hver 6. måned, da disse kun har effekt i en begrenset periode.
- Legemidler mot depresjon skal vanligvis kun brukes i korte perioder (inntil 2 år).
- Legemidler med antikolinerge effekter kan føre til forvirring og tidlig utvikling av demens, bruken av disse må derfor revurderes ofte.

Hvem har initiert LMS og LMG?

I to tidsperioder har det vært registrert hvem som har tatt initiativ til LMS og LMG, hhv. april – desember 2020 og januar – mars 2023.

Tabell 5 Oversikt over hvem som tar initiativ til legemiddelsamstemming

Enhet	Tidsperiode	Antall LMS	Initiert av farmasøyt	Initiert av andre i hjemmetjenesten	Initiert av fastlege
Midtbyen	April-des 2020	38	27 (71%)	10 (26%)	1 (3%)
Midtbyen	Jan-mars 2023	10	4 (40%)	6 (60%)	-
Nordøya	Jan-mars 2023	7	7 (100%)	-	-
Andre enheter	Jan-mars 2023	6	5 (83%)	-	1 (17%)

For Midtbyen er det observert en liten forskyvning mot at andre ansatte som tar initiativ til LMS. Dette er positivt. Ellers er det i all hovedsak farmasøytene som tar initiativet. LMS er en arbeidsoppgave sykepleiere/vernepleiere kan gjøre selvstendig og alene, derfor har farmasøyten stort sett kun fått henvendelser når det har vært LMS som har vært utfordrende og tidkrevende for sykepleierne/vernepleierne å gjøre.

Tabell 6 Oversikt over hvem som tar initiativ til legemiddelgjennomgang

Enhet	Tidsperiode	Antall LMG	Initiert av farmasøyt	Initiert av andre i hjemmetjenesten	Initiert av fastlege
Midtbyen	April-des 2020	32	17 (53%)	14 (44%)	1 (3%)
Midtbyen	Jan-mars 2023	6	2 (33%)	4 (67%)	-
Nordøya	Jan-mars 2023	7	6 (86%)	1 (14%)	-
Andre enheter	Jan-mars 2023	12	-	11 (92%)	1 (8%)

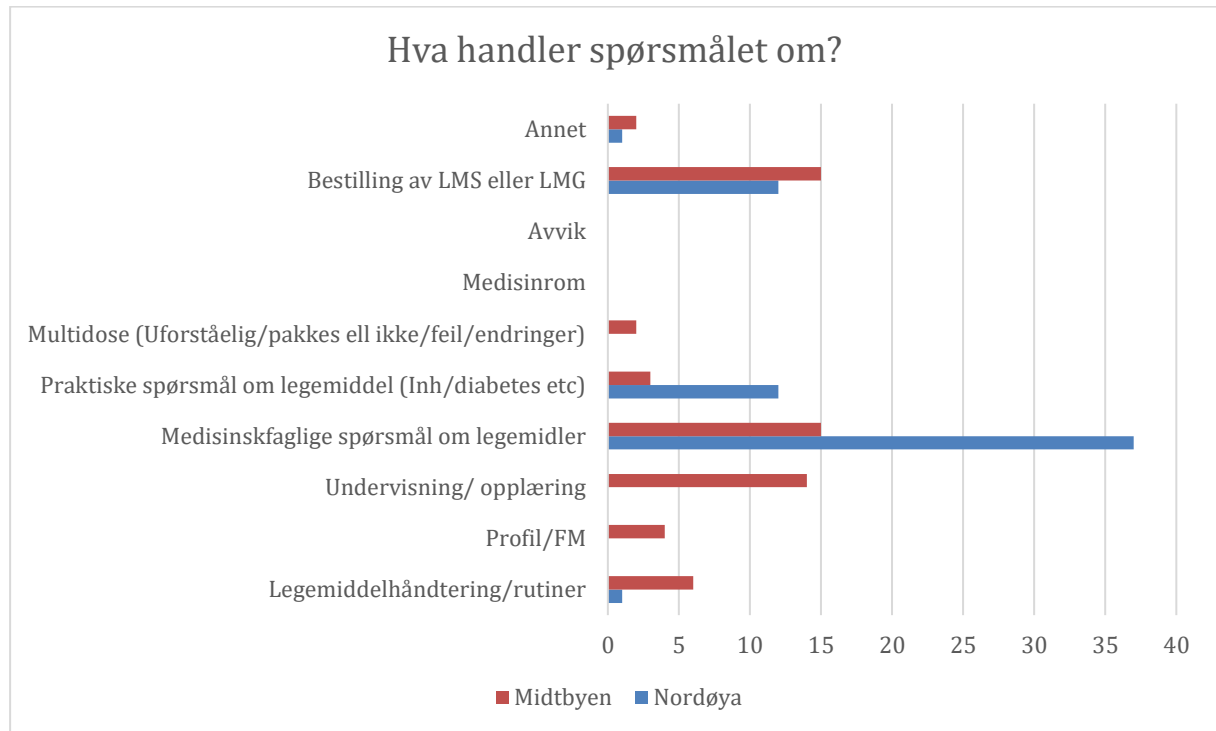
For Midtbyen er det her også en liten forskyvning mot at andre ansatte tar initiativ til LMG. Dette kan tyde på at fokuset på legemiddelbehandlingen til pasientene er økt blant helsepersonellet på enheten, og at farmasøyten dermed har fått henvendelser fra hjemmetjenesten når de har sett pasienter de mener er aktuell for en legemiddelgjennomgang, f.eks. ved endret sykdomsforløp.

Farmasøyt blir som regel alltid påkoblet når det vurderes å gjennomføre en LMG, men påkobles kun ved LMS der det har vært utfordrende eller tidkrevende for sykepleier/vernepleier å gjennomføre.

Måling av mottatte spørsmål

Spørsmål som ble mottatt ble registrert for å kartlegge hva spørsmålene handler om og hvilke avdelinger og profesjon/rolle som benytter den farmasøytiske kompetansen mest. Det ble registrert spørsmål fra september -22 til november -22.

Hva handler spørsmålet om?

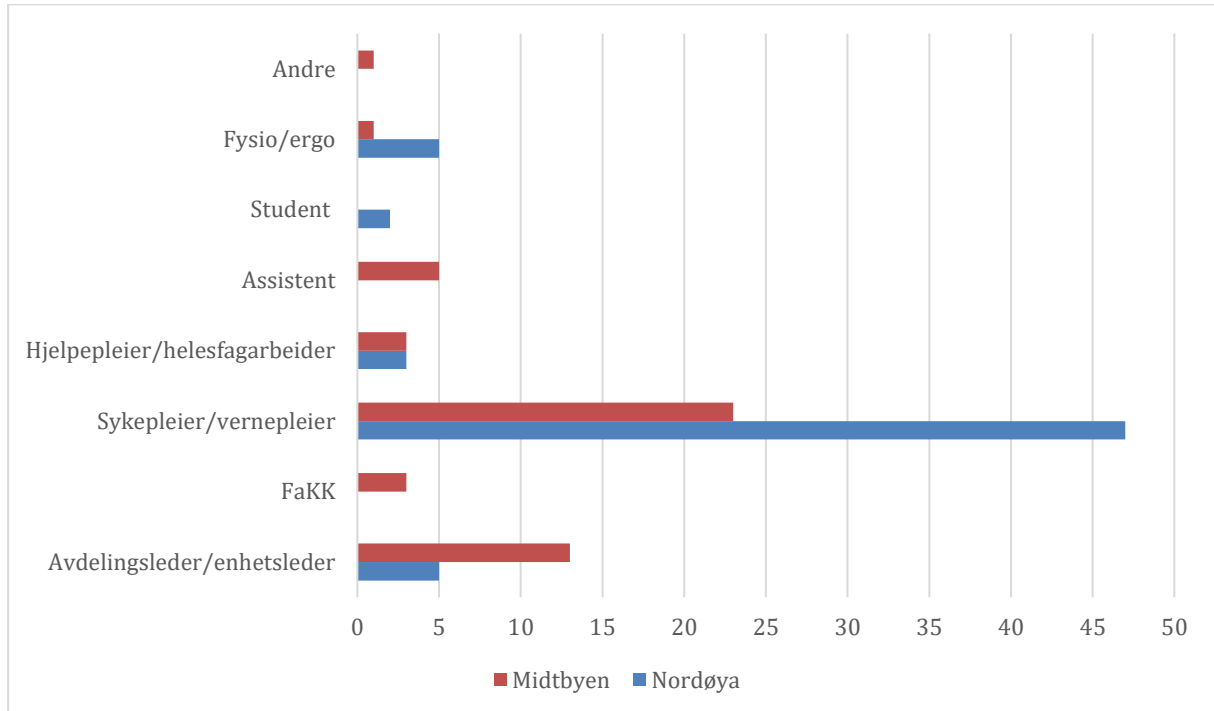


Figur 10 Oversikt over mottatte spørsmål innenfor gitte kategorier.

Figur 10 presenterer en oversikt over antall spørsmål stilt til farmasøyt og hva spørsmålene omhandlet, både på Midtbyen og på Nordøya hjemmetjeneste. Her kan man se en overvekt av medisinskfaglige spørsmål, noe som er i tråd med det som var forventet. Eksempel på spørsmål farmasøyten fikk her var ang. opptrapping av smertestillende til en pasient med bruddskade, mulige bivirkninger av legemidler og egnede medisineringsstidspunkter. Et eksempel på spørsmål på legemiddeladministrasjon var kontroll av inhalasjonsteknikk hos pasienter, håndtering av middel mot psoriasis, om hvor lenge pasient må vente/om det er nødvendig å vente med å innta medisin dersom pasienten tok en annen medisin med interaksjonspotensiale. Farmasøyt har kapasitet til å bidra mer i forhold til spørsmål om rutiner og legemiddelhåndtering, undervisning, opplæring, samt arbeid innen avvik, legemiddelhåndtering og medisinrom. Det er blitt arbeidet mer med dette i vår 2023.

Ut ifra perioden målingene ble tatt, er det observert at spørsmål fra Midtbyen kommer i flere kategorier sammenlignet med Nordøya. Det stilles spørsmål fra multidose, Profil, legemiddelhåndteringsrutiner og det registreres flere forespørsler innen gjennomføring av LMG og LMS. Dette kan skyldes at Midtbyen har hatt farmasøyt lenger sammenlignet med andre enheter. Ved Nordøya er det stort sett medisinfaglige spørsmål som stilles, Dette vil antageligvis endre seg etter hvert når enheten blir bedre kjent med hva farmasøyt kan bidra med.

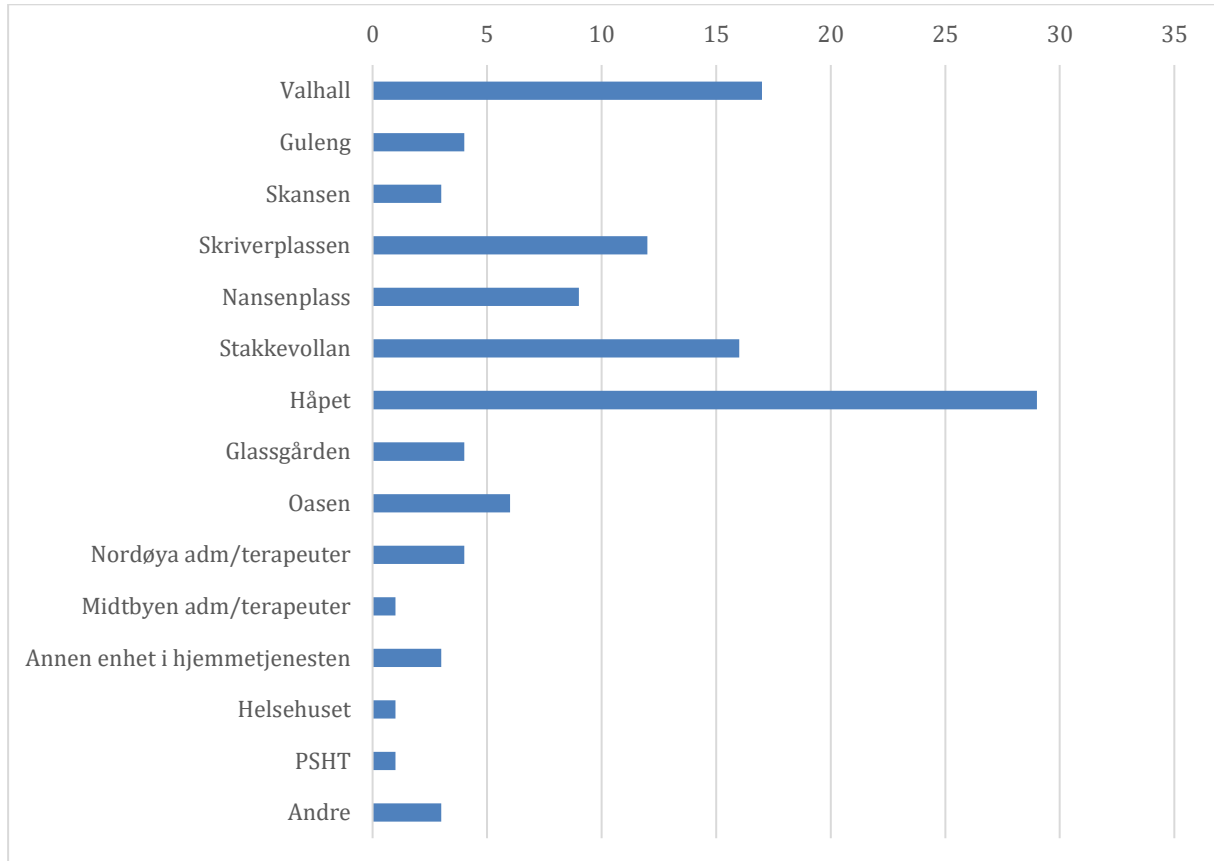
Hvem spør?



Figur 11 Oversikt for hva den som spør jobber med. Sykepleiere/vernepleiere spør mest, ettersom det er de som jobber med istandgjøring av medisiner.

Figur 11 viser oversikt over yrket til spørsmålsstiller. Det er positivt at farmasøyten blir brukt av mange roller og profesjoner. Sykepleiere/vernepleiere stiller flest spørsmål noe som er naturlig da de har mange arbeidsoppgaver innenfor legemiddelhåndtering og er den yrkesgruppen farmasøyten samarbeider mest med. Farmasøyt mottar også enkelte spørsmål fra hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter, om opplæring og legemiddelbehandlingen til pasienter de er primærkontakter til. Man ser også at avdelingsledere bruker farmasøyten. Spørsmålene omhandler da hovedsakelig legemiddelhåndteringsrutiner, legemiddelhåndteringskurs, opplæring av helsefagarbeidere og assistenter. I perioden spørsmålene ble registrert var både farmasistudentene og sykepleierstudentene i praksis ved enhetene og derfor naturlig at farmasøyt mottok en del spørsmål fra dem. Både ved Midtbyen og Nordøya jobber farmasøytene i team med fysioterapeuter og ergoterapeuter og farmasøyt kan eksempelvis få henvendelse fra dem om å dra ut til pasient for å gjøre LMS, LMG og pasientsamtaler. Fag og kvalitets koordinator (FAKK) jobber mye med faglige oppgaver, rutiner og forbedringsarbeid i enheten og er derfor en naturlig samarbeidspartner for farmasøyten.

Hvor jobber de som spør?



Figur 12 Oversikt arbeidsplass til den spørrende ansatte. Det er avdeling Håpet, Stakkevollan og Valhall som spør farmasøyt mest.

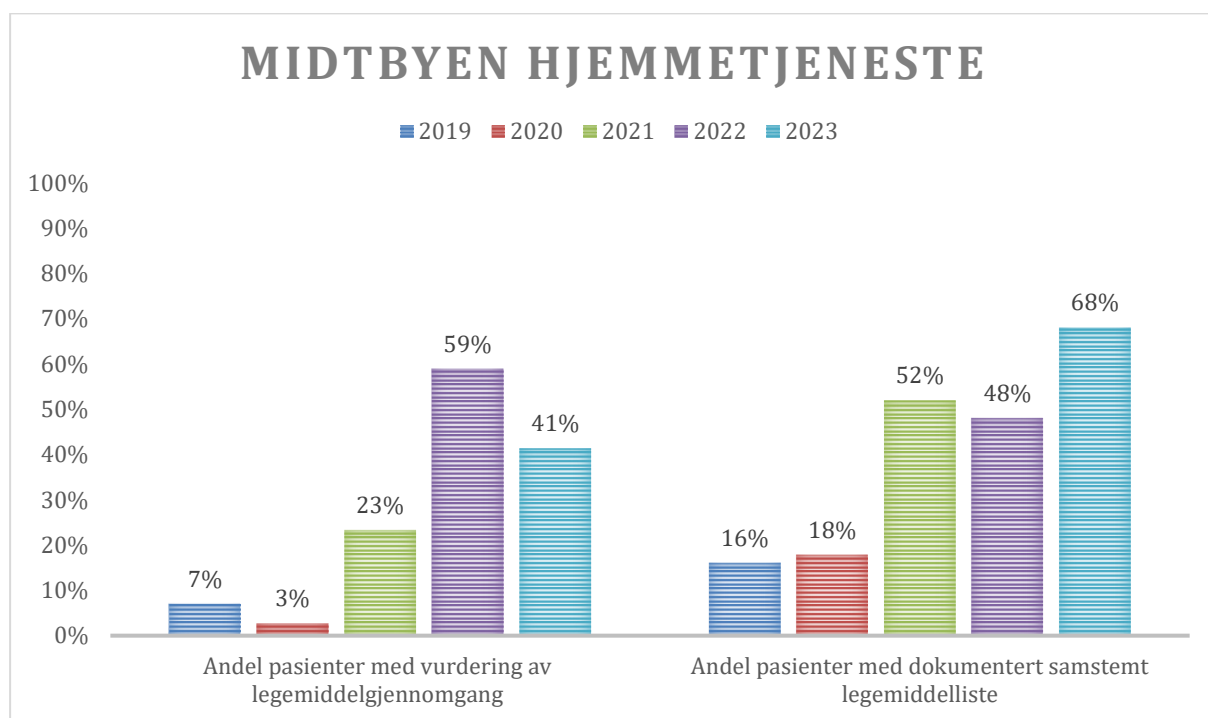
Figur 12 viser en oversikt over hvilken avdeling spørsmålstiller arbeider ved. Fra figuren kan man se at mange spørsmål kommer fra avdeling Håpet, Stakkevollan og Valhall. Disse avdelingene tar ofte kontakt med farmasøyt enten ved nye pasienter, eller ved endringer i legemiddelbehandling som skaper usikkerheter blant de ansatte. På Nordøya hjemmetjeneste er farmasøyt lokalisert i samme bygg som avdeling Stakkevollan og Håpet, noe som kan være årsaken til at de fleste spørsmålene kommer fra disse avdelingene.

Enkelte avdelinger bruker ikke farmasøytisk kompetanse like mye. Dette skyldes muligens en kombinasjon av lav bemanning, utskiftning av personale, samt at pasientgruppen i avdelingen er relativt stabil og følges godt opp av spesialisthelsetjenesten. Henvendelser kommer dermed gjerne i perioder, og erfaringsvis ser man at det varierer mellom avdelingene.

Det er fremdeles en del å jobbe med når det kommer til å bevisstgjøre personale hva farmasøyt kan bidra med i enheten. Dette kan også ha bidratt til at noen avdelinger ikke har benyttet seg av farmasøyt like mye som andre avdelinger. Ettersom det har vært en ny rolle som stadig er under utvikling har dette tatt noe tid. Dette er også særlig viktig ved nyansatte sykepleiere/vernepleiere i avdelingen.

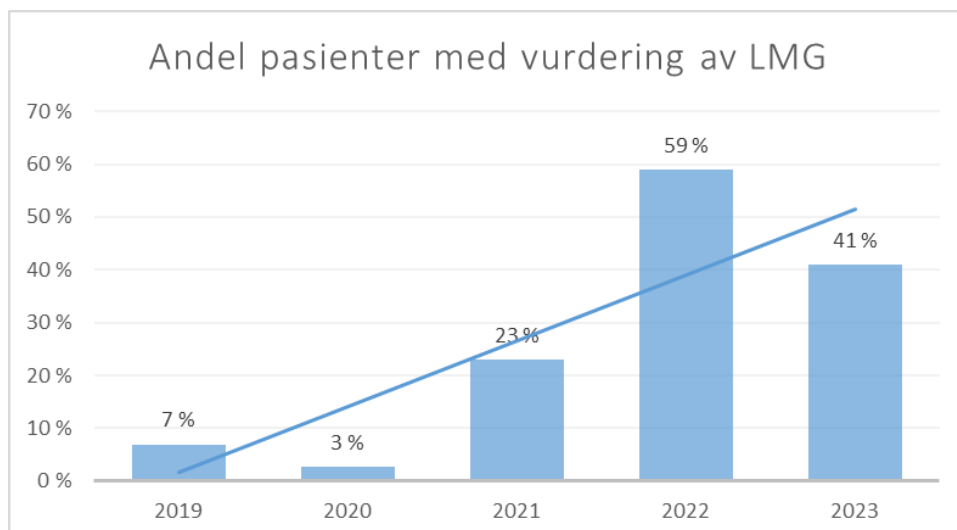
4.4. Kvalitetsindikatorer

I Tromsø kommune har enhetene rapportert måltall på ulike kvalitetsindikatorer hvert år siden 2018. Kvalitetsindikatorerne gir en prosentvis indikasjon på hvor stor grad ulike kvalitetsprosedyrer og opplæringer følges opp i enhetene. Kvalitetsindikatorerne er punktmålinger utført 1. februar hvert år. Ettersom enhetene kontinuerlig har en pasientflyt med innkost av nye pasienter, vil det sjeldent være mulig å oppnå 100% på måletidspunktet. Ønsket målsetting for kvalitetsindikatorerne er å oppnå en gjennomføringsprosent på ca. 95% innenfor hver kategori.



Figur 13 Kvalitetsindikatorer Midtbyen hjemmetjeneste 2019 – 2023. Indikatorerne er punktregistreringer fra 1.februar hvert år.

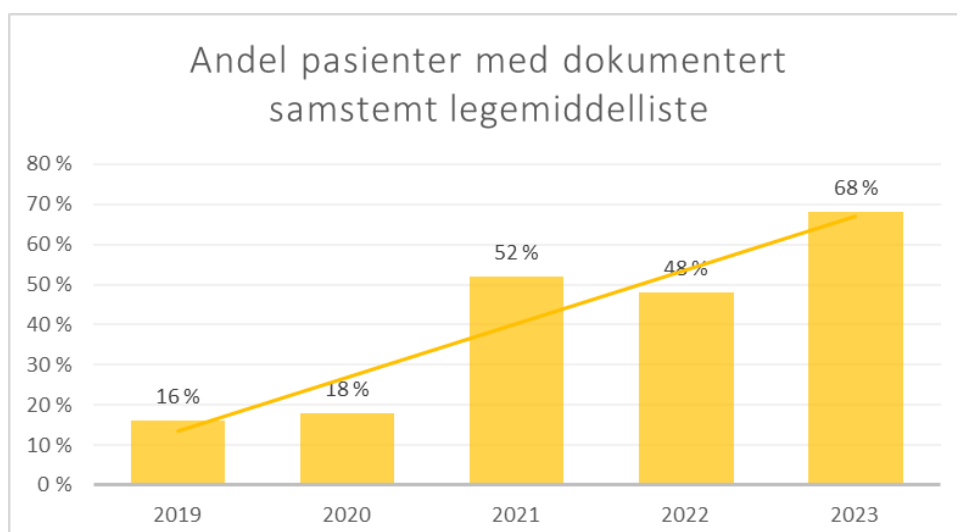
Sammenlignet med årene før, viser **Figur 13** at det har vært en betydelig forbedring i kvalitetsindikatorerne for legemiddelgjennomgang og samstemming i årene 2021 - 2023 som er årene etter farmasøyt ble ansatt (grønn, lilla og lyseblå søyle). Men selv om forbedringene er betydelige, er målsettingen ikke oppnådd enda, da de krever kontinuerlig og systematisk arbeid. Man ser noen svingninger, men likevel en klart økende trend for begge indikatorerne. Svingningene skyldes blant annet at fokuset varierer, ettersom farmasøytene også har brukt mye av arbeidstiden på andre arbeidsoppgaver, som forbedring av rutiner, opplæring av helsepersonell, og oppstart av prosjektet på ny enhet (Nordøya).



Figur 14 Indikatoren viser hvor stor andel av pasientene som er vurdert for LMG i løpet av siste år, her vist fra årene 2019 til 2023 for Midtbyen hjemmetjeneste

Antall pasienter med vurdering av legemiddelgjennomgang: Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk vurdering av pasientens legemiddelbruk for å sikre god behandling og forebygge pasientskader. På **Figur 14** viser indikatoren hvor stor andel av pasientene som har fått en vurdering av sitt behov for LMG i løpet av siste år. For pasienter man ser har behov for LMG, skal dette planlegges og gjennomføres. Det er naturlig at det har blitt et høyere fokus på LMG etter farmasøyten startet, ettersom LMG er en av kjerneoppgavene til en klinisk farmasøyt.

I tillegg har enkelte avdelinger, gjennom utplassering fra UiT Norges arktiske universitet, hatt farmasistudenter som har utført farmasifaglige arbeidsoppgaver hver høst fra 2020. Dette har vært med på å bidra til en positiv framgang i kvalitetsindikatorerne for LMG og for samstemming f.o.m. 2021.

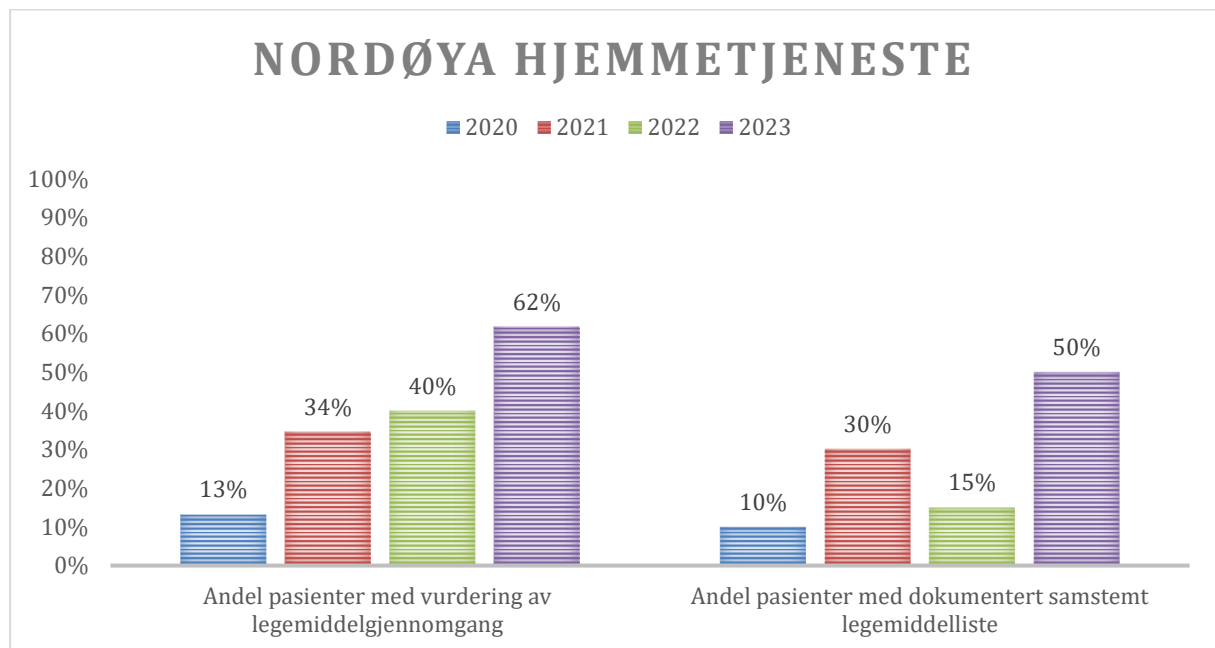


Figur 15 Indikatoren viser hvor stor andel av pasientene som fikk dokumentert samstemt sin legemiddelliste ved innkomst til enheten, her vist fra årene 2019 til 2023 for Midtbyen hjemmetjeneste

Andel pasienter med dokumentert og samstemt legemiddelliste: Indikatoren viser hvor stor andel av pasientene som fikk samstemt sin legemiddelliste ved innkomst til enheten, samt at det er

dokumentert at samstemmingen er utført i henhold til prosedyren. Ifølge **Figur 15** er det blitt mer fokus på samstemming gjennom årene ettersom dette også er en kjerneoppgave for farmasøyten.

En av årsakene til at indikatoren ikke har enda høyere verdi, er mangelfull dokumentasjon og manglende kapasitet blant sykepleiere og vernepleiere. Farmasøyt har gjennom undervisninger og egen arbeidsmetodikk tydeliggjort viktigheten av dokumentasjon av utført arbeid, og det har vært sentralt i all undervisning og opplæring til hver enkelt ansatt, og er noe som kontinuerlig arbeides med.



Figur 16 Kvalitetsindikatorer Nordøya hjemmetjeneste 2020 – 2023. Indikatorene er punktregistreringer fra 1.februar hvert år.

Kvalitetsindikatorerne i **Figur 16** viser at Nordøya har samme trend som Midtbyen; at det har vært en betydelig forbedring i kvalitetsindikatorerne for legemiddelgjennomgang og samstemming etter farmasøyt ble ansatt (lilla søyle). Denne enheten har også hatt farmasistudentene i praksis hver høst fra 2020, hvilket har bidratt til å utføre samstemming og LMG for pasientene.

4.5. Timeutvikling i hjemmetjenesten

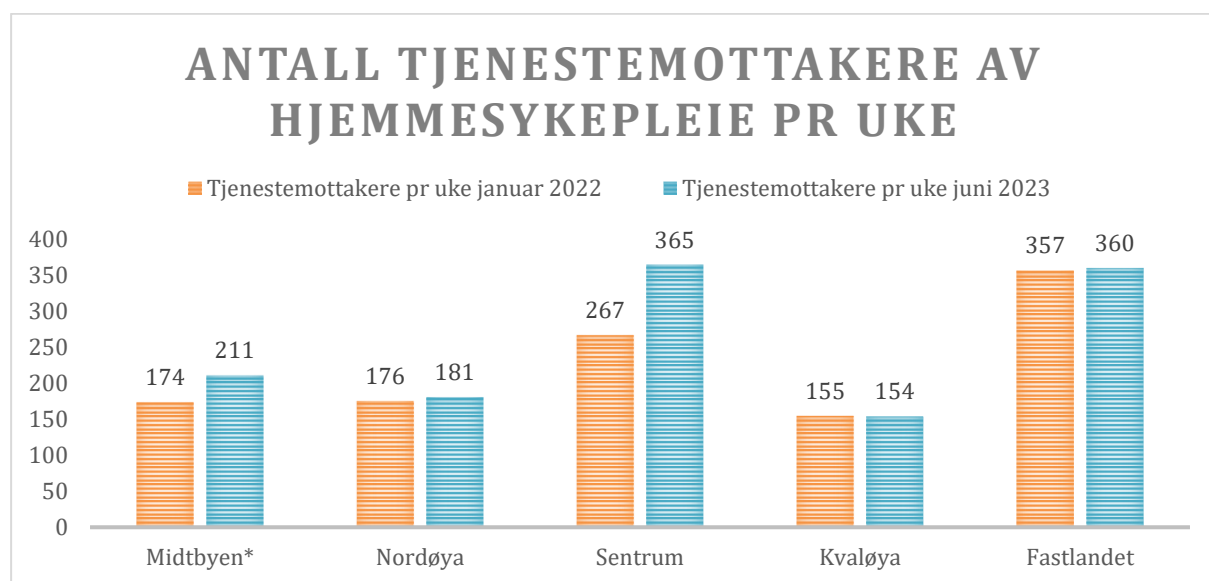
Fra januar 2022 til juni 2023 har det vært en økning i antall tjenestemottakere av hjemmesykepleie, det har økt fra 1129 personer til 1271 personer (13% økning), og økningen gjelder først og fremst Midtbyen og Sentrum. Demografi og befolkningsutviklingen fremover tilsier at det vil bli flere eldre, spesielt på Fastlandet (nordover) og på Sentrum sør.

Utvikling i tjenestemottakere av hjemmesykepleie i Seksjon for hjemmetjenester 07.01.22-23.06.23

Tabell 7 Utvikling i antall tjenestemottakere av hjemmesykepleie i de ulike enhetene

Avdeling	Tjenestemottakere av hjemmesykepleie pr uke januar 2022 (antall)	Tjenestemottakere av hjemmesykepleie pr uke juni 2023 (antall)	Endring i antall tjenestemottakere	Prosentvis endring
Midtbyen*	174	211	37	21 %
Nordøya	176	181	5	3 %
Sentrum	267	365	98	37 %
Kvaløya	155	154	-1	-1 %
Fastlandet	357	360	3	1 %
Tromsø	1129	1271	142	13 %

*ekskl. avdeling Skansen, siden brukergruppen ikke er sammenlignbar med de andre avdelingene

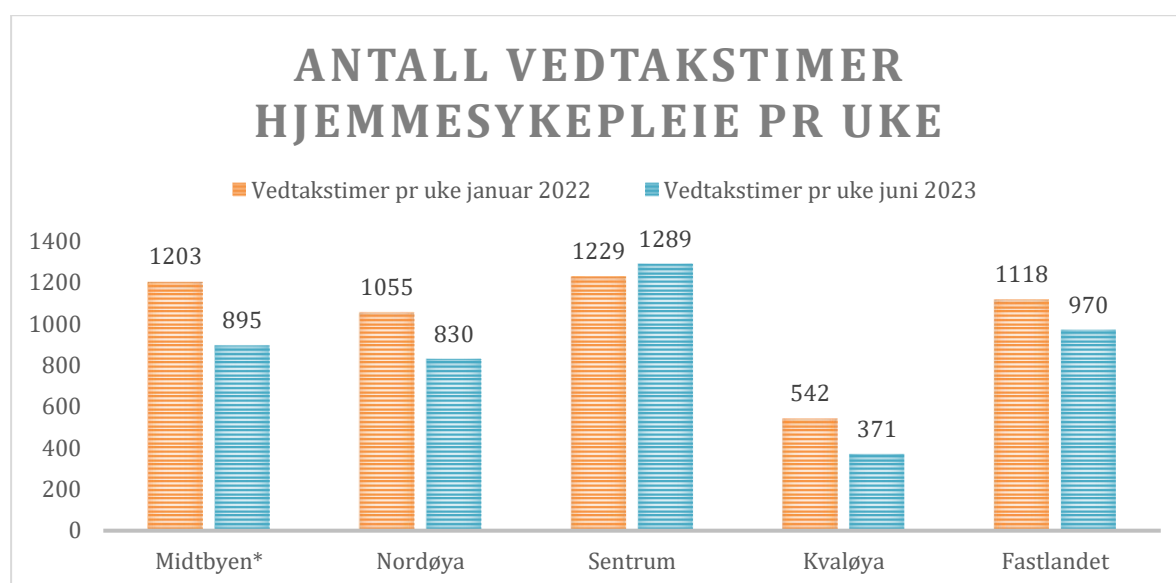


Figur 17 Antall tjenestemottakere av hjemmesykepleie per uke i de ulike enhetene

Timesutvikling i Seksjon for hjemmetjenester 07.01.22-23.06.23

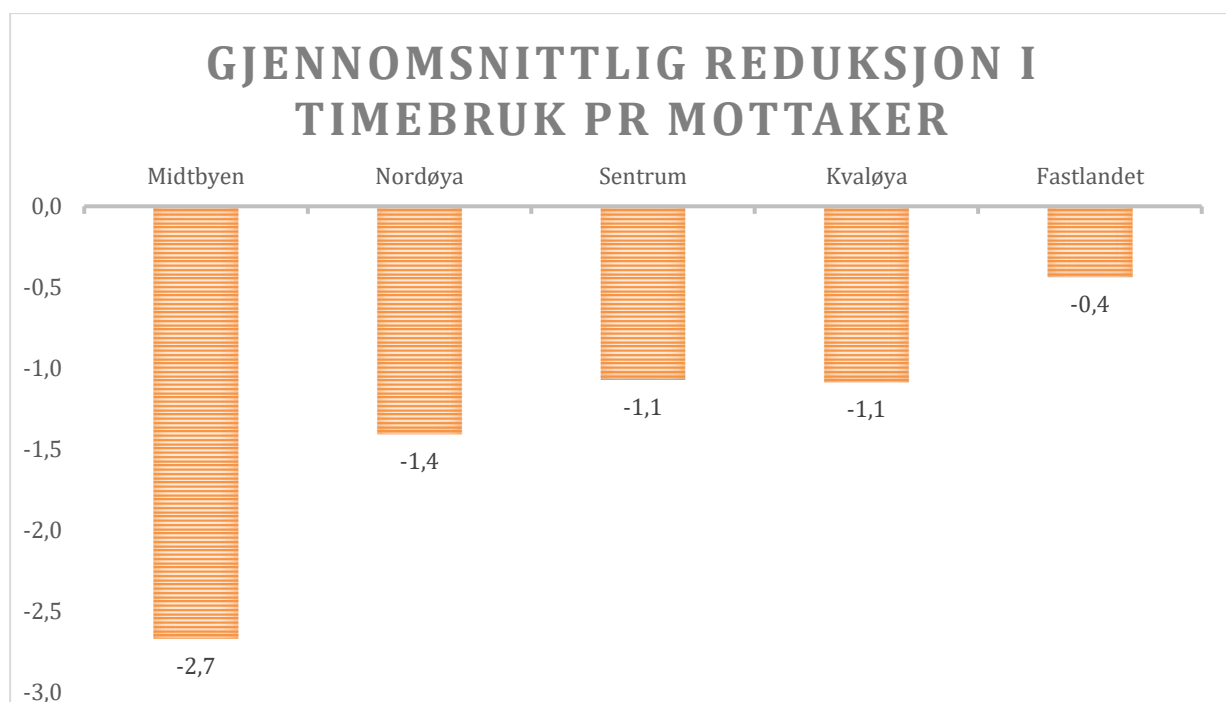
Tabell 8 Timesutvikling i de ulike enhetene

Avdeling	Vedtakter pr uke januar 2022	Vedtakter pr uke juni 2023	Endring i vedtakter	Prosentvis endring
Midtbyen*	1203	895	-308	-26 %
Nordøya	1055	830	-225	-21 %
Sentrum	1229	1289	60	5 %
Kvaløya	542	371	-171	-32 %
Fastlandet	1118	970	-148	-13 %
Tromsø	5147	4355	-792	-15 %



Figur 18 Antall vedtakter i hjemmesykepleien for de ulike enhetene, per uke

Selv om det har vært en økning i antall tjenestemottakere (Figur 17), har det vært en reduksjon i antall vedtakter for de fleste enhetene (Figur 18). Det er sannsynlig at tjenesteutviklingsprosjektene som har vært utført de siste årene står for en betydelig del av denne endringen. Det kan også være flere årsaker til dette, som at brukere med høyt antall vedtakter er kommet til eller gått bort, eventuelt feil i timeregistreringene.



Figur 19 Gjennomsnittlig reduksjon i timebruk per mottaker for de ulike enhetene.

Slik **Figur 19** viser, er endringen størst i Midtbyen hjemmetjeneste, her er den gjennomsnittlige reduksjonen i timebruk pr tjenestemottaker -2,7%.

Midtbyen er den enheten som først startet med tjenesteutviklingsprosjektene, og som er kommet lengst i implementeringen av disse. «Mestring i hjemmet» og «Farmasøyt i hjemmetjenesten» er de prosjektene som sannsynligvis i størst grad har vært med på å påvirke endringen. Dette er de to største utviklingsprosjektene som har et klart fokus på tverrfaglighet, forebygging og kvalitetsforbedring. Gjennom «Mestring i hjemmet» har et tverrfaglig team bestående av sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og saksbehandler gjennomgått og vurdert helsehjelpen pasientene får fra hjemmetjenesten. Det har vært et stort mestrings-fokus, hvor man hjelper pasientene til å i større grad klare seg selv i hverdagen. Det er naturlig at dette også kan bety reduksjon i timeantallet. Farmasøyten har vært en del av dette teamet, i tillegg til å ha gjennomført prosjektet hvor de optimaliserer legemiddelbehandlingen til pasientene gjennom samstemming og tverrfaglige legemiddelgjennomganger.

Farmasøyten har bidratt til en bedre legemiddelbehandling for pasientene. Det virker altså som en sideeffekt av dette er at pasientene trenger mindre bistand fra hjemmetjenesten i hverdagen. Det er flere kasuistikker som støtter opp under denne teorien.

- En pasient hadde hyppige epilepsianfall, og hjemmetjenesten ønsket i utgangspunktet å øke antall besøk for å lettere følge opp pasienten under og etter anfallene. Det ble gjennomført en LMG og i samarbeid med farmasøyt og fastlege ble det foreslått medisinendringer. Etter endringene gikk antallet epilepsianfall betydelig ned, og hjelpebehovet til pasienten ble dermed mindre.
- En pasient hadde hyppige KOLS-forverring og var ofte (månedlig) innlagt på UNN. Etter medisinendringene som farmasøyten og PSHT foreslo fikk pasienten bedre kontroll på sykdommen, og i etterkant har ikke pasienten vært innlagt. Dette er nå snart tre år siden.

- Farmasøyten har gjentatte ganger oppdaget at pasienter bruker kur-legemidler lengre enn nødvendig. I ett tilfelle ble det oppdaget at en pasient hadde besøk 4 ganger daglig for å få dryppet antibiotika i øyet etter en infeksjon. Ettersom behandlingstiden var overstegget, ble det opprettet kontakt hos fastlegen for kontroll, og behandlingen ble avsluttet. Dermed var det ikke nødvendig med 4 besøk fra hjemmetjenesten hver dag.
- En pasient brukte smerteplaster mye lengre enn det som var planlagt, og pasienten hadde ikke smerter lenger. Pasienten sov mye, var vanskelig å vekke og var nedsløvet av smertemedisin. Medisinen ble gradvis trappet ned og seponert, og pasienten fikk det bedre. Det var dermed ikke nødvendig for hjemmetjenesten å besøke pasienten hver 3. dag for å gi smerteplaster.

Stabile pasienter betyr mindre oppfølgingsarbeid for tjenesten, og er dermed med på å redusere vedtakstimen. Kasuistikkene sett sammen med at Midtbyen er den enheten som har redusert timebruken mest (**Figur 19**), viser en sannsynlig sammenheng. Dette antyder at tverrfaglig arbeid med de aktuelle profesjonene fungerer godt ift. å tilpasse tjenestens timeantall til pasientenes behov.

Tendensen er positiv i den forstand at den medfører en større sannsynlighet for at tjenesten vil være i stand til å ta imot økningen av nye brukerne de nærmeste årene, som følge av demografiutviklingen som forventes. I tillegg til at dette gir en samfunnsøkonomisk gevinst med færre innleggelse i spesialist-/kommunale institusjoner.

4.6. Prioritering av arbeidsoppgaver

I henhold til målsettingen i prosjektet var det planlagt at farmasøyten først og fremst skulle utføre kliniske arbeidsoppgaver på pasientnivå, deretter bidra med undervisning, veiledning og rådgivning i enheten. Tidlig i prosjektperioden ble det tydelig at enheten også hadde behov for at farmasøyten skulle ta ansvar for legemiddelhåndteringsrutiner og implementering av disse. Det ble derfor laget en funksjonsbeskrivelse, og et forslag til hvordan farmasøyten skulle prioritere mellom arbeidsoppgaver.

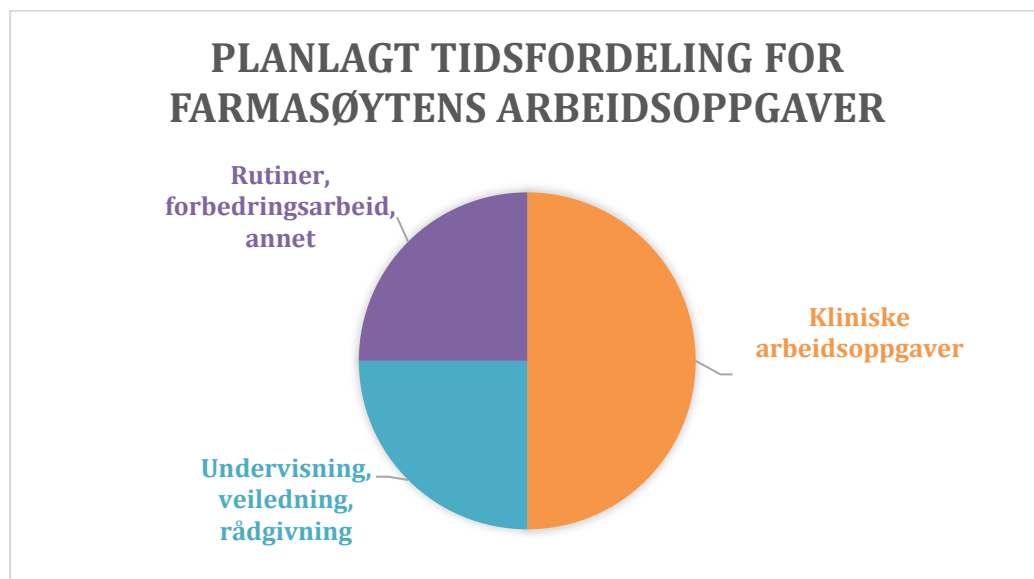
Funksjonsbeskrivelse

Arbeidsoppgaver for farmasøyt i hjemmetjenesten:

- Samstemming av legemiddellistene til pasientene
- Legemiddelgjennomgang i samarbeid med sykepleier/vernepleier og lege
- Legemiddelsamtale med pasienter og evt. pårørende
- Rådgivning i legemiddelhåndtering
- Systematisk arbeid med kunnskap- og kompetanseheving for ansatte
- Utarbeide, implementere og følge opp enhetens faglige rutiner og prosedyrer i legemiddelrelaterte oppgaver, og delta i årlig revisjon av Kvalitetsplan for legemiddelhåndtering
- Planlegge og delta i fagutviklingsoppgaver og prosjektarbeid
- Opplæring og veiledning av nytilsatte og studenter
- Delta i faglige nettverk, legemiddelnettverket og samhandle på tvers av enheter
- Delta i enhetens kvalitetsutvalg

Anbefalt prioritering mellom arbeidsoppgaver

I **Figur 20** er det illustrert hvordan tiden bør prioriteres. Det var ønskelig at om lag 50% av tiden skulle brukes til kliniske arbeidsoppgaver, 25% til undervisning, veiledning og rådgivning, og 25% til rutiner og forbedringsarbeid m.m.



Figur 20: Prioritering av tidsbruk til ulike arbeidsoppgaver

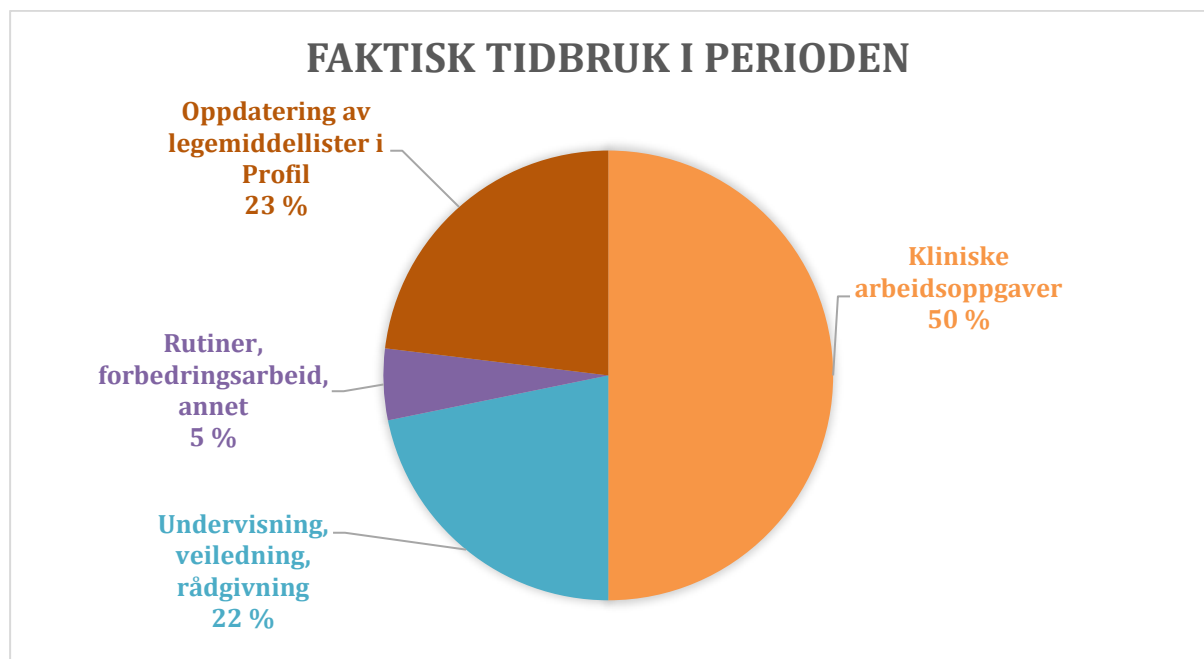
Tidsregistrering

For å kartlegge hvor mye tid farmasøyten bruker på ulike arbeidsoppgaver, og for å finne ut hvordan farmasøyten kunne disponere tiden best mulig, ble det foretatt en tidsregistrering, som er presentert i **Tabell 9**. Det ble laget et skjema hvor farmasøyten registrerte hvor lang tid som ble brukt for hver arbeidsoppgave i perioden 24.1 - 4.2 2022.

Arbeidsoppgaver	Antall timer
LMG	9
Forberedelse og etterarbeid til LMG	10
LMS	6
Forberedelse og etterarbeid til LMS	6
Pasientinformasjon	4
Møter (MIH, inntaksmøter)	4
Andre møter	10
Undervisning/framlegg	0
Rådgivning i avdeling	4
Annet	7
Profil	18

Tabell 9 Oversikt over arbeidsoppgaver, og hvor mye tid som er brukt.

I figuren under er det illustrert hvordan tiden faktisk har vært bruk i perioden det ble foretatt tidsregistreringer.



Figur 21 Oversikt over planlagt og faktisk tidsbruk på de ulike arbeidsoppgavene

Ut i fra **Tabell 9** og **Figur 21** er det observert følgende:

Kliniske arbeidsoppgaver:

Det er utført kliniske arbeidsoppgaver med samstemming, legemiddelgjennomganger og legemiddelsamtaler med pasienter, samt forberedelser og etterarbeid til dette. Inntaksmøter og MIH-møter er kliniske møter hvor pasientbehandlingen blir vurdert tverrfaglig. Registreringen viser at kliniske arbeidsoppgaver var utført i henhold til anbefalt tidsfordeling.

Undervisning, veiledning, rådgivning:

Det ble ikke utført noen undervisninger i denne perioden. Det er en tilfeldighet som ikke vektlegges i denne registreringen, da det er utført mange undervisninger i prosjektperioden totalt.

Rådgivning i avdelingen var utført i henhold til anbefalt tidsfordeling.

Rutiner, forbedringsarbeid, annet:

Arbeidsoppgaver som å besvare spørsmål/henvendelser, registrere målinger, arbeid med lindrende skrin, dobbeltkontroll med sykepleier/vernepleier, og kommunikasjon via telefon med annet helsepersonell/ansatte var registrert i kategorien «annet».

Farmasøyt deltok på møter i forbindelse med HMS, ledermøter, merkantile møter og møter med USHT. Det var flere møter enn vanlig denne perioden.

Profil:

Farmasøyten har oppdatert og korrigert legemiddellister i FM, som forberedelse og tilrettelegging for oppstart av elektronisk signering. Dette skulle egentlig vært gjort av sykepleier, men farmasøyt måtte bidra på grunn av sykepleier/vernepleiers travle hverdag. Det ble i ettertid oppdaget viktigheten med å involvere sykepleieren under innføring av elektronisk signering, ettersom det tok lengre tid for sykepleiere og andre ansatte i avdelingen å venne seg til denne løsningen, enn det som var antatt.

Evaluering av tidsregistreringen

Tidsregistreringen bidro til bedre tidsplanlegging, vurdering av oppgavefordeling, og en kritisk gjennomgang av hvilke møtearenaer farmasøyten skulle prioritere.

4.7. Evaluering fra ansatte i tjenesten

Etter prosjektets første år ble det gjennomført en evaluering på Midtbyen hjemmetjeneste. Personalet fikk utdelt et evalueringsskjema med spørsmål, hvor de besvarte anonymt. I tillegg ble enhetsleder og Fag- og kvalitetskoordinator bedt om å gi en uttalelse. Ved slutten av prosjektperioden ble det også gjennomført evaluering ved Nordøya hjemmetjeneste, som da hadde hatt farmasøyt i nesten ett år.

Personalet har gitt tilbakemelding om at det er bra å ha en farmasøyt lett tilgjengelig, som kan diskutere problemstillinger rundt pasientenes legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering i enheten. Gjennom evalueringen er det ytret ønske fra personalet om mer undervisning om enkelttemaer. Noen ønsker også at farmasøyten skal være enda mer ute på «sin avdeling».

Enhetsleder Midtbyen:

«Det å ha hatt en farmasøyt i så tett samarbeid med hjemmetjenesten har gjort at vi har fått økt fokus på og bevissthet rundt våre rutiner og vår praksis når det gjelder legemidler. Vi har kunnet drive en del prosjekt og utvikling i enheten som har vært tilpasset den enkelte avdelingens behov og dermed truffet godt i å skape en bedre kvalitet og sikkerhet i en så viktig del av vår virksomhet og tjeneste. Dette har vært litt vanskelig å få til tidligere ettersom avdelingslederne ofte har begrenset med tid og mulighet til å drive og gjennomføre et slikt arbeid i tillegg til øvrige administrative oppgaver. Avdelingslederne og våre pleiere har kjent en stor faglig støtte i å kunne involvere og søke råd og veiledning hos en farmasøyt. Vår kvalitet rundt håndteringen av legemidler har derfor blitt betydelig bedret.

For brukerens del har dette også gitt en bedre og tryggere hverdag i deres bruk av medisiner. Vi har hatt en del skikkelige solskinnshistorier der noen brukere på mange måter har «våknet til liv» etter en god og grundig LMG, der farmasøyten hadde en viktig rolle i dette og med et godt samarbeid med fastlege og avdelingen. Det har vært fantastisk å se og høre om! Vi har virkelig satt pris på å ha en så viktig kompetanse så nært vår virksomhet og våre brukere.»

Enhetsleder Nordøya:

«Farmasøyten følger opp legemiddelavvik, tilstreber kvalitet i legemiddelhåndtering, følger opp rutiner, etablerer rutiner og ser til at enheten følger de opp. Farmasøyten er en god rådgiver for avdelingsledere og enhetsleder for å sikre at enheten forholder seg til lovverk. Hun sikrer god pasientoppfølging innenfor legemidler og en svært viktig ressurs for sykepleierne.»

Fag- og kvalitetskoordinator Midtbyen:

«I min stilling som Fag og kvalitetskoordinator har farmasøyten vært en uunnværlig støttespiller i forhold til fag og kvalitetsarbeid.

Corona-vaksinering av beboere og ansatte ble trygt og forsvarlig gjennomført da vi hadde farmasøyt kompetanse som ekstra kvalitetssikring. Det er stort behov for flere i hjemmetjenesten som kan kontrollere, kvalitetssikre og veilede, og en farmasøyt er etter min mening en nødvendighet i vår tjeneste.»

Noen sitater fra ansatte i Midtbyen:

- *«Fantastisk bra å ha farmasøyt. Lett å kontakte, hun følger opp problemstillinger og kontakter lege»*
- *«Bra å ha noen å rådføre oss med i medikamentelle spørsmål. Samarbeid rundt utprøving av nye medikamenter. Bedre kvalitet i samstemming og legemiddelgjennomgang. God oppfølging i kompliserte saker»*

- «Det har vært fantastisk å ha en farmasøyt i kollegiet. Medisinsamstemming blir gjort oftere, og mulige medikamentfeil har blitt avdekket tidligere»
- «Ønsker å ha farmasøyt fast ansatt. Det blir vanskelig å tette kunnskapshullet av andre hvis farmasøyt slutter»
- «Det å ha fått farmasøyt på enheten må være et av de beste tiltakene Tromsø kommune har gjort»

Noen sitater fra ansatte på Nordøya:

- «Det føles tryggere å håndtere medisin som ufaglært. Man kan alltid spørre. Og man lærer mye»
- «Godt å kunne diskutere om medisiner før man eventuelt prater med legen»
- «Lett tilgjengelig ved spørsmål, og gode råd/tips. Faglig dyktig og oppdager feil tidlig ved å gå gjennom medisinlisten. Gir forslag på alternative medikamenter til legen når noen har dårlig effekt og kontakter lege for seponering av medisiner som er unødvendige»
- «Bedre oppfølging /avklaring på medisinbruk hos pasienter når tid ikke strekker til i avdelingen. Bedre evaluering på avslutning av medisiner som er korttidsbehandling»
- «En forbindelse mellom sykepleier og lege når det gjelder legemidler, som gjør det enklere å samarbeide om pasienter/brukere»
- «Trygghet ved at farmasøyt har hatt medikamentgjennomgang med fastlege og pasient. Har avdekket og forbedret kvaliteten for den enkelte bruker. Gir faglig gode råd og har kunnskaper som bidrar til bedre løsninger»
- «Hjelper oss mye i det daglige med medisinlister, resepter, og lignende. Stiller spørsmål ved medisinbruk (vanedannende medisiner) og foreslår nye medisiner eller seponere medisiner til lege»

4.8. Behov for farmasøyt i andre enheter

I løpet av prosjektperioden ble det meldt behov for farmasøytisk kompetanse i flere enheter i kommunen. Behov ble meldt fra de tre siste hjemmetjenesteenhetene, Helsehuset, og flere av sykehjemmene. Det ble meldt både direkte til farmasøytene, og tatt opp gjennom seksjonenes kvalitetsutvalg som innspill til virksomhetsplaner og budsjettarbeid.

For å imøtekomme behovene, og for å fremheve farmasøytens rolle i kommunehelsetjenesten, har farmasøytene utført enkelte oppdrag for disse enhetene.

Andre hjemmetjenesteenheter

Det meldes om behov for farmasøyt i de andre hjemmetjenesteenhetene, og dermed har farmasøytene i prosjektperioden også bidratt i legemiddelgjennomganger og undervisning i flere enheter. Farmasøytene har gjennomført 8 legemiddelgjennomganger ved Fastlandet hjemmetjeneste, og 13 ved Kvaløysletta hjemmetjeneste (inkludert Brensholmen) i prosjektperioden. Det er også holdt undervisning om samstemming av legemiddellister for sykepleiere/vernepleiere i enhetene Kvaløysletta og Fastlandet hjemmetjeneste.

Helsehuset

Helsehuset inneholder alle kommunens korttidsplasser, ØHD, lindrende avdeling m.fl. og er dermed en viktig samarbeidspartner for hjemmetjenesten. Mange av hjemmetjenestens pasienter er tidvis innlagt på Helsehuset. Farmasøytene hadde derfor et behov for å bli bedre kjent med Helsehuset, i tillegg til at Helsehuset vurderte å ansette farmasøyt. Våren 2022 ble det utført to uker med hospitering, for å bli bedre kjent og samtidig se hvordan farmasøyt kan jobbe ved Helsehuset. Det ble utført kliniske arbeidsoppgaver med legemiddelgjennomganger og legemiddelsamstemming, og besvart spørsmål om legemidler fra de ansatte. Hospiteringen viste at det var behov for farmasøytisk kompetanse ved Helsehuset til å utføre samme arbeidsoppgaver som i hjemmetjenesten; samstemming, legemiddelgjennomgang, pasientsamtaler og hjelpe til med legemiddelhåndteringen i enheten, men i tillegg også bidra i utskrivelser og sikre god legemiddelinformasjon ut fra Helsehuset.

Sykehjem

Sykehjemmene har etablerte rammer og rutiner for legemiddelgjennomganger, og forskriftskrav om dette ved innkomst og deretter en gang i året for alle pasienter. De etterspør derfor bistand fra farmasøyt til legemiddelgjennomganger regelmessig. De ønsker også farmasøyt til undervisning og rådgivning. For sykehjemmene som holder til i samme lokaler som hjemmetjenesten, skal det vurderes om farmasøytten også kan bidra i sykehjemmet.

4.9. Måloppnåelse

Før prosjektstart ble det definert tre hovedmål for prosjektet, for hhv. pasientene, enheten og farmasøyten. Tabellen under viser graden av måloppnåelse ved prosjektets slutt. Måloppnåelsen er basert på både kvalitative og kvantitative mål, som understøttes av både målinger, kasuistikker og tilbakemeldinger fra ansatte og erfaringer. Ut fra **Tabell 10** kan det konkluderes med at prosjektet har oppnådd en høy måloppnåelse.

Tabell 10: Definerte mål før prosjektets oppstart og angivelse av i hvilken grad disse er oppnådde ved prosjektets slutt.

Måloppnåelse:	Ikke oppnådd	Delvis oppnådd	Oppnådd
Mål 1: Forbedre legemiddelbehandling for hjemmetjenestens pasienter			
Øke andel pasienter som får samstemt legemiddellisten i forhold til fjoråret			Ja
Avdekke uoverensstemmelser i legemiddellistene gjennom samstemmingen, og korrigere disse			Ja
Øke andel pasienter som får legemiddelgjennomgang (LMG) i forhold til fjoråret			Ja
Avdekke uheldig legemiddelbruk gjennom LMG, og forbedre legemiddelbehandlingen			Ja
Utføre legemiddelsamtaler med pasienter			Ja
Pasienter fått forbedret sin helsetilstand pga. legemiddeldringer foreslått av farmasøyt			Ja
Alvorlige legemiddelavvik oppdaget i tide og avverget			Ja
Mål 2: Forbedre legemiddelhåndtering i enheten			
Økt kunnskap og kompetanse til sykepleiere/vernepleiere			Ja
Økt kunnskap og kompetanse til helsefagarbeidere			Ja
Økt kunnskap og kompetanse til andre ansatte i hj.tj.			Ja
Bidratt til riktigere legemiddelhåndtering i enheten			Ja
Tilrettelagt for bedret legemiddeldelegering for lederne			Ja
Forbedre arbeidsforhold på medisinrommet			Ja
Forbedre samarbeid med fastlegene			Ja
Forbedre arbeidsmetodikk for legemiddelhåndtering		Delvis	
Igangsatt elektronisk signering for gitt legemiddel		Delvis	
Forbedre informasjonsflyt i pasientforløp		Delvis	
Mål 3: Teste ut arbeidsmetodikk og behov for farmasøyt i klinisk arbeid i hjemmetjenesten, og på sikt få ansatt farmasøyt(er) i fast stilling			
Funnet god arbeidsmetodikk for farmasøyt			Ja
Fått bekreftet at det er behov for farmasøyt i hjemmetjenesten (se kommentarer fra evalueringen)			Ja
Planlagt videreføring av prosjektet til øvrige hjemmetjenesteenheter			Ja
Ansatt farmasøyt(er) i fast stilling			Ja

Mål 1: Forbedret legemiddelbehandling for hjemmetjenestens pasienter

Det er økt antall pasienter som har fått samstemt sin legemiddelliste i forhold til tidligere, det er avdekket uoverensstemmelser i legemiddellistene, og disse er korrigert. Enkelte av uoverensstemmelsene var kritiske, og kunne medført alvorlige pasientskader dersom de ikke hadde blitt oppdaget. Det er også økt antall pasienter som har fått legemiddelgjennomgang, og gjennom dette avdekket uhensiktsmessig legemiddelbruk og forbedret legemiddelbehandlingen. En pasient har fått forbedret sin helsetilstand fra å være sengeliggende og terminal til å bli oppegående og stabil etter legemiddelendringer.

Kvalitetsindikatorer, målinger og kasuistikker understøtter at målet med forbedret legemiddelbehandling er oppnådd. Kasuistikkene gir et kvalitativt grunnlag som forteller oss at pasientene får riktige legemidler og god veiledning. Pasientene uttrykker trygghet og tillit og setter pris på råd, veiledning og hjelp. Målingene på LMS og LMG gir et kvantitativt grunnlag på i hvor stor grad kvalitetsprosedyrene utføres, og sier også noe om kapasiteten til både farmasøytene og sykepleierne/vernepleierne i enheten.

Selv om forebygging er vanskelig å dokumentere, er det mest sannsynlig spart innleggelse på sykehus, redusert tjenestenivå (antall besøk og timeantall), og forhindret feilbehandlinger, som igjen kunne medført fall, økt sykkelighet, økt bistandsbehov, mere legetjenester og forringet livskvalitet.

Målingene viser en tendens som tilsier at det er mulig å utsette tjenestebehovet eller ta ned tjenestevolumet. Dette er imidlertid ikke bare relatert til prosjektet med farmasøyt i hjemmetjenesten, men til summen av alle tiltakene som er gjort innenfor «Fremtidens helsetjeneste til hjemmeboende».

Mål 2: Forbedret legemiddelhåndtering i enheten

Sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og andre ansatte i hjemmetjenesten har fått økt sin kunnskap og kompetanse om legemidler, legemiddelhåndtering og legemiddelbruk. Dette er gjort både gjennom undervisninger, rådgivning og veiledning gitt i arbeidshverdagen, og gjennom at de ansatte har observert jobben som farmasøyt har utført. Dette må imidlertid gjentas kontinuerlig, når det kommer nye ansatte til enhetene.

Gjennom evalueringen er det kommet flere gode utsagn fra helsefagarbeidere og sykepleier – de er fornøyde, føler seg tryggere, og får lett tilgjengelig hjelp. De beskriver at det er godt å ha farmasøyt å diskutere faglige problemstillinger med, det styrker tjenesten å ha noen som er spesielt gode på akkurat legemidler, som er en så stor del av tjenesten, og med en relativt høy risiko.

Farmasøyt har forbedret legemiddelhåndteringen i enheten, gjennom blant annet å tilrettelegge for bedre delegeringsrutiner for lederne, forbedret håndtering av cytostatika, og forbedret arbeidsforhold på medisinerrommet.

Tjenesten har i løpet av prosjektperioden opplevd et bedre samarbeid og tettere dialog med fastlegene, og ser for seg at kompetansen som farmasøyt har bistår legen med å følge opp de pasientene som trenger det mest. Det er observert at farmasøytene kan bidra i prioritering av haste- og alvorlighetsgrad ift oppfølging av legemiddelbruk innen et stadig økende antall eldre.

Enkelte delmål er bare delvis oppnådd, eks: elektronisk signering for gitt legemiddel som foreløpig er innført på to av fem avdelinger på Midtbyen. Dette arbeidet fortsetter også etter prosjektperioden er

over. Kvalitetsindikatorer, kasuistikker og tilbakemeldinger fra ansatte understøtter delvis oppnådd/oppnådd mål.

Mål 3: Teste ut arbeidsmetodikk og behov for farmasøyt i klinisk arbeid i hjemmetjenesten, og på sikt få ansatt farmasøyt(er) i fast stilling

Teorien om at det er behov for farmasøyt i hjemmetjenesten er blitt bekreftet, det er helt tydelig gjennom både måltall, kasuistikker og evaluering fra de ansatte i hjemmetjenesten.

Klinisk arbeid i hjemmetjenesten var et nytt arbeidsområde for farmasøyter i Norge, så det fantes ikke eksisterende prosedyrer å jobbe etter eller steder man kunne innhente erfaringer fra. Det har derfor vært jobbet mye med å finne en god arbeidsmetodikk, og denne utvikles fortløpende.

Det har ikke vært mulig å sette en konkret grense for kapasiteten til en farmasøyt. Kapasiteten avhenger av antall pasienter i enheten, kompleksitet i pasientgruppen, kompetanse hos øvrige ansatte i enheten, i tillegg til faktorer hos den enkelte farmasøyt (kompetanse, arbeidskapasitet) og arbeidsverktøy/rammer (digitalt). Farmasøytens arbeidsoppgaver har vært beskrevet i funksjonsbeskrivelsen og det ble satt en prioritering (kap. 4.6) som fremhevet at kliniske oppgaver skulle ha høyt fokus.

Farmasøytene har jobbet både klinisk med pasientoppfølging, og på enhetsnivå med internkontroll, rutiner og opplæring av helsepersonell. Kapasiteten har flere ganger vært utfordret av mange omfattende og tidkrevende arbeidsoppgaver, så det har daglig vært prioriteringer om hva som var viktigst for å få en best mulig utnyttelse av farmasøytens kompetanse og kapasitet.

Ettersom det har vist seg å være vellykket med farmasøyt i hjemmetjenesten, er det besluttet å ansette farmasøyter i alle hjemmetjenesteenhetene. Pr. november 2023 er det ansatt farmasøyt i 4 av 5 enheter; Midtbyen og Nordøya har sine i drift, Sentrum startet i august og Fastlandet/Otium i 2024. For Kvaløya er ansettelsesprosessen i gang. I tillegg er det ansatt farmasøyt i Helsehuset i ett års engasjement som startet i juni 2023.

5. Konklusjon og avsluttende kommentarer

Prosjektet ble igangsatt på bakgrunn av en teori om at farmasøytter har verdifull kompetanse som vil gi stor effekt og verdi i kommunehelsetjenesten. Målinger og erfaringer fra prosjektperioden tilsier at dette stemmer, og det konkluderes med at prosjektet har en høy måloppnåelse (kap. 4.9).

Prosjektet «Farmasøyt i hjemmetjenesten» vant i 2022 Forbedringsprisen fra Helsedirektoratet nettopp på bakgrunn av de gode resultatene som farmasøytene har bidratt til (vedlegg 1).

Farmasøytene ved Midtbyen og Nordøya hjemmetjenester har forhindret feilbruk og pasientskader, forbedret kvaliteten på legemiddelbehandlingen til pasientene, og økt kompetansen til øvrig helsepersonell som håndterer legemidler ute i hjemmetjenesten. Dette har gitt en trygghet for både pasienter, pårørende og helsepersonell.

I helsepersonellkommissjonens rapport (NOU2023:4) er det tydelig beskrevet at det i fremtiden vil mangle helsefaglig utdannet personell til å ivareta alle oppgaver i hjemmetjenesten. Farmasøytene sin kompetanse har vist seg å være et viktig og verdifullt bidrag inn for å imøtekomme fremtidens utfordringer og behov. De har avlastet sykepleierne med sitt bidrag i kompliserte legemiddelbehandlinger, og bidratt sammen med sykepleierne til å øke pasientsikkerheten og unngå unødige helseskader på grunn av feil legemiddelbruk. Ved at farmasøytene har fulgt opp legemiddelbehandlinger med bl.a. pasientsamtaler, samstemming av legemiddelliste, koordinering og oppfølging, har de tatt ned belastningen for øvrig helsepersonell.

Det er identifisert tre suksesskriterier i prosjektet som må fremheves:

1. Sterk lokal tilknytning. Farmasøytene har hatt sitt arbeidssted plassert sentralt i enheten, hvor de var lett tilgjengelig for alle ansatte i hjemmetjenesten.
2. Måltrettet og systematisk arbeid. Gjennom hele prosjektet har det vært fokus på å skrive ned målinger, erfaringer og kasuistikker som støtter opp under hva som har vært gjort i prosjektet.
3. Faglig nettverk for farmasøytene. Farmasøytene har hatt en fast møtarena gjennom hele prosjektperioden for å diskutere faglige problemstillinger. Et slikt nettverk har vært veldig nyttig for å støtte opp under den farmasifaglige identiteten, slik at man er trygg i egen rolle når man samhandler med andre profesjoner.

På bakgrunn av erfaringene fra prosjektet, er det besluttet å ansette farmasøyt i alle hjemmetjenesteenhetene i Tromsø kommune. Det skal også vurderes hvilke andre enheter i kommunen som kan ha behov for farmasøyt. Prosjektet startet i hjemmetjenesten, ettersom det ble ansett å være størst behov der, og vurderingen gjøres nå videre i forløps-kjeden, med Helsehuset og etter hvert sykehjem.

Denne formen for satsing på klinisk farmasøyt i hjemmebasert omsorg var ved oppstart av prosjektet unik i Norge. Erfaringer fra prosjektet har dermed nasjonal overføringsverdi. Samarbeidet med og finansiering fra USHT har vært utløsende for prosjektet. Dette har bidratt til kontinuitet slik at klinisk farmasøyt i hjemmetjenesten er implementert og blitt en del av daglig drift i kommunen. Satsingen har vært integrert i USHT sine arbeidsmetoder og nettverk og samarbeidet har gitt en synergi effekt. For USHT innebærer dette nyttige erfaringer knyttet til utvikling, implementering og spredning av nye tjenester. Ovenfor andre kommuner må det fremheves at det tar tid å bygge opp en ny tjeneste, så for hver ny enhet/farmasøyt vil det medføre en del arbeid. Det er viktig å tilpasse forholdene lokalt, og ha en god plan for hvilke arbeidsoppgaver farmasøytten skal utføre før oppstart.

6. Vedlegg

6.1. Vinner av Forbedringsprisen 2022

Prosjektet "Farmasøyter i hjemmetjenesten - Tromsø kommune" vant Forbedringsprisen 2022 som utdeles av Helsedirektoratet på Pasientsikkerhetskonferansen.

Farmasøytene i prosjektstillingene, kommunefarmasøytene, administrativ leder og seksjonsleder for hjemmetjenesten var til stede på Pasientsikkerhetskonferansen og mottok prisen fra Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol. Farmasøytene fikk presentere prosjektet på konferansens plenumscene, og ble invitert til å arrangere en parallellsesjon på Pasientsikkerhetskonferansen 2023.

Juryens begrunnelse:

«Årets Forbedringspris tildeles hjemmetjenesten i Tromsø kommune, Midtbyen hjemmetjeneste, for deres innsats med å forbedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen til brukere i hjemmetjenesten. Dette innovasjonsprosjektet springer ut fra et kjent utfordringsbilde med høy forekomst av feil i hjemmeboende brukeres legemiddellister, spesielt i overgangene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. For å øke pasientsikkerhet og kvalitet i legemiddelbehandlingen, ble det ansatt to kliniske farmasøyter i hjemmetjenesten. Denne tilgangen på farmasøyter har bidratt til kompetanseheving og høyere faglig kvalitet med målbare resultater knyttet til økt antall gjennomførte legemiddelsamstemminger, legemiddelgjennomganger, identifiserte avvik og legemiddelrelaterte problemer. Dokumentasjonspraksis er blitt bedre, og flere brukere har fått individuelle tiltaksplaner. Prosjektet har også testet bruk av videokommunikasjon ved dobbeltkontroll. Det har vært tett samarbeid mellom ansatte i hjemmetjenesten, brukere, fastlege og spesialisthelsetjenesten i arbeidet. Legemiddelbehandling og overganger mellom tjenestenivå er to områder som representerer høy risiko for pasientsikkerheten. Dette prosjektet adresserer dette på en solid og bærekraftig måte, resultatene er gode og det er et stort potensial for læring og spredning.»



Figur 22 Farmasøyt Stine Haustreis (til høyre), farmasøyt Heba Jawad (nr. 2 fra høyre), seksjonsleder Roar Evjen (i midten) og kommunefarmasøyt Ellen Riksvold (nr. 2 fra venstre) mottar forbedringsprisen 2022 fra Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol (til venstre).

6.2. Formidling og presentasjoner

Prosjektet har vært presentert på følgende arenaer:

- Legemiddelnettverket (sept 2021, jan, april, des 2022, juni 2023)
- Ledergruppen i Helse og omsorg (okt 2021)
- Onsdagsmøte Universitetssykehuset Nord Norge (nov 2021)
- Seminar for kommunefarmasøytter og arbeidslivsutvalget i NFF i Uppsala (nov 2021)
- Helse- og velferdsutvalget (nov 2021)
- Fagkveld for farmasøytter i NFF avd. Troms (nov 2021)
- Fagmøte for stab i Helse og omsorg (feb 2022)
- Diskusjonsmøte med interne og eksterne deltakere (mars 2022, se info under)
- Vårkonferansen til USHT/Statsforvalteren (mars 2022)
- Pasientsikkerhetskongressen på Gardermoen (nov 2022)
- Helsepolitikere i stortingsgruppen fra Arbeiderpartiet/Senterpartiet (jan 2023)
- Äldre, vård- och omsorgsförvaltningen i Hälso- och sjukvårdsenheten i Göteborg (jan 2023)
- Sykepleierforbundet (jan 2023)
- Sykehusapoteket Nord-Norge (jan 2023)
- Fagdag om samstemming og legemiddelgjennomgang ved USHT (mars 2023)
- ASSS samling (Samling for landets 12 største kommuner), (mai 2023)
- Arendalsuka (aug 2023)

Det har også vært gjennomført presentasjoner til andre kommuner på forespørsel. Kommunene ønsket å høre mere om prosjektet, for å vurdere om de selv skal ansatte farmasøyt. Forespørslene er kommet i etterkant av at prosjektet vant Forbedringsprisen fra Helsedirektoratet høsten 2022. Ledergrupper fra Kristiansand og fra Nordstrand i Oslo har vært på besøk i Tromsø, det samme har kommunefarmasøytene fra Trondheim. For kommunene Lillehammer, Stange, Øvre Eiker og Rana har det vært gjennomført presentasjoner digitalt.

4. mars 2022 ble det arrangert et diskusjonsmøte om bruk av farmasøyt i kommunehelsetjenesten. Her ble det presentert bakgrunn av prosjektet og foreløpige resultater. Det var deltagere fra internt i kommunen samt eksterne samarbeidspartner. Representant for fastlegene forklarte at de så nytteverdi ved å ha farmasøyt i hjemmetjenesten, og ønsker mer samarbeid med farmasøytten. Representant fra UiT/Institutt for farmasi (IFA) forklarte at mye av feilene oppstår ved overganger mellom helsetjenestene på grunn av ulike legemiddellister/journalsystemer og manglende kommunikasjon. Farmasøytter kan bidra til å løse flere av disse utfordringene. UiT/IFA ønsker å bruke kommunehelsetjenestene som praksisarena i større grad, ettersom dette gir et nytt perspektiv til legemiddelbruk hos farmasistudentene. Ønsket til UiT/IFA er at alle studentene får klinisk praksis i både UNN og kommunen. Frem til nå har det vært 4-6 studenter fra hvert kull som har hatt sin kliniske praksis i kommunehelsetjenesten. Det er også ønskelig å videreutvikle praksis for farmasistudentene i samarbeid med farmasøytten i hjemmetjenesten. Representanter fra Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) er svært fornøyde med samarbeidet med farmasøyt i hjemmetjenesten, og ønsket mer av dette. Norges Farmaceutiske forening (NFF) representant har tydeliggjort at farmasøytter har lyst til å jobbe i kommunene og trekker frem fordeler som at man har et tverrfaglig felleskap med flere grupper av helsepersonell, samt at man kommer nært pasienter som har store behov for hjelp med sine legemidler.

6.3. Følgeforskning fra UiT

Høsten 2019 ble det startet opp et samarbeid mellom kommunen og forskningsgruppen IPSUM ved Institutt for farmasi (IFA) ved UiT Norges arktiske universitet, USHT Troms, og Senter for e-helseforskning. Følgeforskningen ble igangsatt, og PhD stipendiaten startet i sitt arbeid i mars 2020.

Skrevet av Karl Erik Bø, PhD stipendiat ved UiT:

Overordnet formål for prosjektet:

Å gjennomføre forskning som kan gi bedre effekt av farmasøytiske tjenester i Tromsø kommune.

Bakgrunn for gjennomføring av forskningen:

- Effekten av farmasøytiske tjenester i primærhelsetjenesten er usikre. Internasjonal forskning viser at de stort sett ikke reduserer sykkelighet eller dødelighet, men at de kan påvise mulig uheldige legemiddelkombinasjoner.
- Begrepet 'farmasøytiske tjenester' er både diffust og mangefasettert. Det favner bredt og omfatter mange del-oppgaver. To av de mest omtalte farmasøytiske tjenestene, legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, er også sammensatt av mange sub-intervensjoner. Dette viser at 'farmasøytiske tjenester' må operasjonaliseres før det er mulig å forstå hva de inneholder. Innholdet i tjenestene må også kunne beskrives, i så stor detalj som mulig, før de kan måles.
- For å lykkes med innføring og normalisering av farmasøytiske tjenester kreves betydelig innsats. Omgivelsene har stor innvirkning på i hvor stor grad et nytt program vil nå sine mål.

Formål delprosjekt 1 og 2:

- Å identifisere forhold som fremmer og/eller hindrer implementering av farmasøytiske tjenester i hjemmetjenesten i Tromsø.
- Å utvikle strategier for integrering og bærekraft for farmasøytiske tjenester i Tromsø kommune.

Metode:

- Kvalitativ forskning, semistrukturerte intervju.

Gjennomført pr. oktober 23:

- Intervjuet 18 informanter fra to av Tromsø kommunes enheter for hjemmetjeneste.
- Data ble innsamlet hhv vår 2021 og høst 2022, altså i oppstartsfasen i hver av enhetene.
- Det ble benyttet organisasjons- og implementeringsteori for å identifisere hvilke forhold som kan fremme, og hvilke forhold som kan være til hinder for, integreringen av farmasøytene og de farmasøytiske tjenestene.

Resultater

De fleste hadde en svært positiv holdning til farmasøytene som kollega og hadde forventning om at farmasøytens bidrag ville øke kvaliteten på legemiddelhåndteringen. Fravær, høy utbyttefrekvens av ansatte og mangel på fagpersonell ble meldt å forårsake stress og brudd på prosedyrer for legemiddelhåndtering. Infrastruktur (f.eks. datasystemer) ble rapportert å gjøre det vanskelig å sammenfatte legemiddelinformasjon for pasientene. Resultatene viste manglende kunnskap om farmasøytens kompetanse og hva de kan bidra med, og følgelig ulike forventninger til hvilke arbeidsoppgaver farmasøytene skulle utføre. Dette antyder at rolleavklaringen i forkant ikke har vært

god nok. Farmasøytene meldte behov for å utføre kliniske og pasientrettede oppgaver som legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, mens enkelte helsepersonell meldte behov for dobbeltkontroll og legemiddelhåndtering. Gjennom intervjuene kom det også frem at avdelingsledere ikke følte at de hadde fått god nok informasjon om ansettelse av farmasøyt og hva farmasøyten kan brukes til. Resultater fra første artikkel kan leses her: [Første artikkel](#)

Konklusjon:

Med støtte i forskningslitteratur er det identifisert forhold som både kan fremme og hindre innføring av farmasøytiske tjenester i Tromsø kommune.

Forhold som kan fremme integrering av farmasøyer og nye arbeidsmetoder:

- Positive holdninger og optimisme knyttet til prosjektet.

Forhold som kan hindre integrering av farmasøyer og nye arbeidsmetoder:

- Lav bemanning, og mangel på fagpersonell.
- Manglende kunnskap om farmasøytens kompetanse, samt manglende forståelse av hvilke oppgaver farmasøyten skal utføre gjør det vanskelig å utnytte tjenestene på en god måte.
- Manglende rolleavklaring fører til ansvarsfragmentering og usikkerhet.

Anbefalinger for framtidig praksis:

Tromsø kommune kan, på bakgrunn av resultatene i forskningen, utvikle implementeringsstrategier som øker sannsynligheten for bærekraft av de farmasøytiske tjenestene. En eventuell utvidelse av prosjektet «Farmasøyer i Tromsø kommune» bør baseres på følgende:

- Sikre god kunnskap: Ved integrering av nye yrkesgrupper i et eksisterende team er det viktig å sikre at profesjonene har gjensidig kunnskap om hverandres kompetanser (god rolleavklaring). Dette krever opplæring og støtte. Også ved et ønske om større oppgaveglidning er det viktig å gi adekvat trening, samt sikre tett samarbeid, og informasjonsdeling.
- Utføre tilstrekkelig kartlegging: Bruk tid på å finne ut hva som faktisk er behovet i organisasjonen, enheten, eller på avdelingene.
- Forskning: Ved etablering av lignende tjenester i andre land brukes det betydelige ressurser på forskning. Dersom Tromsø kommune ønsker å sikre at farmasøytiske tjenester blir den nye normalen i deler av kommunehelsetjenesten kan det være nødvendig med flere forskningsprosjekter.

Kommunens kommentar til resultatene:

Farmasøyt i hjemmetjenesten er en helt ny og unik stilling, og i starten visste man ikke helt hvilke arbeidsoppgaver farmasøyten skulle ha, annet enn at farmasøyten skulle jobbe klinisk med legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Ut over dette var man fleksibel og ønsket å se hva som viste seg å være behovet i tjenesten. Det kan være en av årsakene til at det i starten var utfordrende å gi tilstrekkelig informasjon om hvilke arbeidsoppgaver farmasøyten skulle jobbe med.

Til senere ansettelser er det bedre planlagt hva farmasøyten skal gjøre, og det er laget en opplæringsplan for oppstart av nye farmasøyer. Det vil også brukes mer tid på involvering av avdelingsledere. Ved oppstart i nye enheter må alle ansatte få tilstrekkelig informasjon ved gjentagende anledninger, det må legges en god plan for implementering av farmasøyt i enheten og forventningsavklaring både fra farmasøyt og ansatte i enheten.

6.4. Råd til kommuner som vurderer å ansette farmasøyter

På bakgrunn av erfaringene fra prosjektet «farmasøyt i hjemmetjenesten» i Tromsø kommune er det ønskelig å gi følgende råd til andre kommuner som vurderer å ansette farmasøyter i sin tjeneste:

1. Kartlegg innad i egen organisasjon hvilke legemiddelrelaterte arbeidsoppgaver det er behov for at farmasøyten skal bidra i.
 - a. Vanlige arbeidsoppgaver på systemnivå: Etablering og oppfølging av rutiner for legemiddelhåndtering, rådgivning i legemiddelhåndtering, internkontroll, avviksoppfølging, revisjoner, anbud/innkjøpsavtaler, undervisning, kompetanseheving, utviklingsarbeid og samhandling (f.eks. med fastleger, multidoseapotek, spesialisthelsetjenesten og universitet)
 - b. Vanlige pasientnære arbeidsoppgaver: Samstemming av legemiddellister, legemiddelgjennomgang, legemiddelsamtaler med pasienter og evt. pårørende, oppfølging av legemiddelbruk og multidose og samhandling rundt enkeltpasienter.
 - c. Arbeidsoppgaver bør tilpasses lokalt ut fra hva som er behovet i kommunen.
2. På bakgrunn av valgte arbeidsoppgaver – vurder hvilken farmasøyt som trengs; provisorfarmasøyt (master i farmasi, 5 år) eller reseptarfarmasøyt (bachelor i farmasi, 3 år). Det er i masterutdanningen farmasøytene oppnår klinisk kompetanse til å utføre samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomganger. Det er også kun provisorfarmasøyter som kan være medisinskfaglig rådgiver for virksomhetsledere i hht Legemiddelhåndteringsforskriften.
3. Planlegg hvor i organisasjonen farmasøyten skal ansettes.
 - a. Hvis farmasøyten i hovedsak skal ha arbeidsoppgaver på systemnivå, er det en fordel med plassering på overordnet nivå i kommunen. Denne rollen for farmasøyter i norske kommuner kalles «Kommunefarmasøyt».
 - b. Hvis farmasøyten i hovedsak skal utføre pasientnære arbeidsoppgaver, bør plasseringen være i en tjenesteenhet, fortrinnsvis direkte under virksomhetsleder. I Tromsø har man valgt å kalle denne rollen «Klinisk farmasøyt».
4. Avklar hvor farmasøytens fysiske arbeidssted skal være. Kommunefarmasøyter plasseres vanligvis på Rådhuset. Kliniske farmasøyter bør plasseres sentralt i sin tjenesteenhet, hvor de er lett tilgjengelig for de ansatte i tjenesten. Nærhet til tjenesten har vist seg å være en viktig suksessfaktor i Tromsø.
5. Forbered organisasjonen på at det skal ansettes farmasøyt, og gi tilstrekkelig og gjentagende informasjon til alle som skal samarbeide med farmasøyten. Bruk tid på å skape forståelse og involvering.
6. Sett konkrete mål for hvilke gevinster farmasøytens bidrag skal føre til, og planlegg målinger, indikatorer og evalueringer.
7. Lag en god plan for oppstarten. Farmasøyt i kommunehelsetjenesten er en helt ny rolle, så en god plan vil lette oppstarten for både tjenesten, farmasøyten, og dens leder. Regelmessige oppfølgingssamtaler mellom farmasøyt og leder er viktig, spesielt i starten.
8. Legg til rette for at farmasøyten kan delta i et farmasifaglig nettverk, for å oppnå faglig støtte og trygghet. Farmasøytene i norske kommuner har et faglig nettverk, med digitale møter en gang pr måned.

Farmasøyt i hjemmetjenesten

Innovasjonsprosjekt i Midtbyen og Nordøya hjemmetjeneste 2020-2023

Skrevet av:

Stine Haustreis, Farmasøyt i prosjektstilling, Midtbyen hjemmetjeneste

Heba Jawad, Farmasøyt i prosjektstilling, Nordøya hjemmetjeneste

Ellen Riksvold, Kommunefarmasøyt, Avdeling for Helse og omsorg

Dato: 1.11.2023