

Legemiddelgjennomganger på sykehjem i Bergen kommune

Strukturert, tverrfaglig legemiddelgjennomgang er en hensiktsmessig og nyttig metode for avdekking av legemiddelrelaterte problemer. Metoden bidrar til en mer systematisk oppfølging av beboere/pasienter på sykehjem og hever kvaliteten på legemiddelbehandlingen. Dette er hovedkonklusjonen fra prosjektet «Riktigere legemiddelbruk» utført ved fem sykehjem i Bergen kommune.

Eli Tverborgvik^{1,2}, Harald Aasen³, Kjell Krüger⁴ og Mette Maja Bredal Irgens²

1. Apotek 1 Bømlo

2. Sjukehusapoteket i Bergen, Avdeling for farmasøytiske tenester, Sjukehusapoteka Vest HF

3. Sykehjem, Bergen kommune

4. Bergen kommune, Løvåsen sykehjem

E-post: eli.tverborgvik@apotek1.no

HOVEDBUDSKAP

Strukturert, tverrfaglig legemiddelgjennomgang er en hensiktsmessig og nyttig metode for avdekking av legemiddelrelaterte problemer.

Metoden bidrar til en mer systematisk oppfølging av beboere/pasienter på sykehjem.

(Klinisk) farmasøyt må være til stede på institusjonen ved gjennomgangen.

PROBLEMSTILLING

Forskning har vist at tverrfaglige legemiddelgjennomganger for pasienter i sykehjem avdekker og løser mange legemiddelrelaterte problemer. Hvordan kan man omsette forskningen til daglig praksis i sykehjem?

BAKGRUNN FOR PROSJEKTET «RIKTIG LEGEMIDDELBRUK» I BERGEN KOMMUNE

Kompleksiteten i legemiddelbehandling er økende, og det er store utfordringer knyttet til legemiddelbruk og legemiddeelhåndtering på alle nivåer i helsetjenesten. For å møte disse utfordringene på en god måte er vi avhengige av et velfungerende samarbeid mellom helsepersonell med ulik faglig bakgrunn. I Norge er det lang tradisjon for samarbeid om kvalitetsarbeid i legemiddeelhåndtering. Farmasøyter har tidligere jobbet mest på systemnivå i kommunehelsetjenesten (1), men i de senere årene har flere studier synliggjort

behov for og nytte av tverrfaglige legemiddelgjennomganger som kvalitetshevende tiltak på sykehjem (2–5). Gjennomgang av pasienters legemidler, diagnoser og laboratorieverdier vil kunne avdekke legemiddelrelaterte problemer, som for eksempel unødvendig behandling, interaksjoner, bivirkninger, ikke-optimal dosering, ikke-optimalt legemiddelvalg (6). Målet med en legemiddelgjennomgang er å bidra til økt pasientsikkerhet og rasjonell legemiddelbruk. Økt satsing på legemiddelgjennomganger er også i tråd med målsettinger i samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktig legemiddelbruk og Helsedirektoratets rapport Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien (7–9).

Helsedirektoratet utlyste i juni 2010 midler under overskriften «Riktigere legemiddelbruk, tilskuddsmidler for å sikre at pasienter får riktig legemiddelbehandling». Tilskuddet skulle blant annet stimulere til etablering av ordninger med legemiddelgjennomganger i kommunene for eldre legemiddelbrukere. En søknad om midler til prosjektet «Riktigere legemiddelbruk» ble sammenfattet i samarbeid mellom overlege i Bergen kommune og Avdeling for farmasøytiske tenester ved Sjukehusapoteket i Bergen. Utlysningsteksten og tildelingsbrev ga visse kriterier for tildelingen: 1) at kommunen skulle etablere tverrfaglige team med minimum farmasøyt, lege og sykepleier, og 2) at det ble etablert nye ordninger og strukturer som sikrer bedre og riktigere legemiddelbruk hos eldre.

HENSIKT

Hovedhensikten med prosjektet var å tilpasse en metode for strukturert, tverrfaglig lege-

middelgjennomgang til klinisk praksis ved sykehjem. Det var sentralt at metoden skulle kunne brukes uten ekstra arbeidsbelastning og at implementering skulle tilpasses sykehjemmenes arbeidsrutiner.

MATERIALE OG METODE

En prosjektgruppe ble etablert i august/ september 2010, bestående av to sykehjemsleger og en klinisk farmasøyt. Fem sykehjem ble valgt ut til å delta i prosjektet. Disse representerte ulike typer sykehjem i Bergen. Et sykehjem var drevet av en privat stiftelse og hadde mange aldershjems pasienter, de fire øvrige var kommunale hvorav ett hadde en byomfattende psykiatrisk avdeling, ett hadde mange plasser for korttidsopphold og rehabilitering, ett var ledet av en hjelpepleier og det siste var et undervisningssykehjem. Dette var et kvalitetsutviklingsprosjekt (ikke et forskningsprosjekt) og prosjektet ble derfor ikke vurdert av Regional Etisk Komité.

Det ble etablert en fagring som inkluderte en sykepleier (fagkonsulent) fra hvert sykehjem. Et skjema for informasjon om og undersøkelse av hver pasient (se tabell 1) ble testet ut i en pilot på en post ved hvert av de fem sykehjemmene. Vekt, blodtrykk og puls ble målt, og ved mistanke om hjerterytmeforstyrrelser (irregulær puls) ble EKG tatt. Aktuelle blodprøver ble tatt av alle pasienter og det ble foretatt en vurdering av mental status, funksjonsnivå, falltendens, psykiske symptomer og adferd (uro, vandring, aggressivitet). For å vurdere grad av demens brukte man Mini Mental Status (MMS) i pilotfasen, mens Klinisk demensvurdering (KDV) (10) ble brukt i hovedprosjektet. Funksjonsnivå i dagligdage aktiviteter ble vurdert ut fra Barthels ADL-indeks (11). I tillegg skulle alle diagnoser oppdateres i journal-

fremdeles en årskontroll, og alle mente at en legemiddelgjennomgang kunne gi årskontrollen mye bedre struktur og høyere nytteverdien. Det ble sagt at årskontrollen vanligvis innebærer de samme komponentene som angitt i tabell 1, men mangel på struktur kunne føre til at ikke alle punkter ble gjennomgått for hver pasient. Tilbakemeldingen fra sykepleierne var at prosjektet hadde medført en større arbeidsbelastning ettersom alle pasientene måtte undersøkes over et kort tidsrom (tre måneder), men at dersom legemiddelgjennomgangene ble spredd utover året, ville dette ikke medføre en større arbeidsbelastning. Alle legene, unntatt én, mente at en farmasøyt må være tilgjengelig på avdelingen ved den tverrfaglige gjennomgangen. Den ene legen oppga at som et alternativ kunne farmasøyten være tilgjengelig på telefon. De fleste kjente til at Bergen kommune samarbeider med rådgivende farmasøytter, og alle involverte parter i prosjektet mente det ville være nyttig å utvide profilen og inkludere mer pasientrettet arbeid for farmasøytene, slik som legemiddelgjennomganger.

Tidsbruk for farmasøyt i prosjektet ble beregnet til cirka 20 minutter/beboer, inkludert forberedelse og tverrfaglig gjennomgang.

DISKUSJON

Det hyppigst forekommende LRP var unødvendig legemiddel eller uhensiktsmessig legemiddelvalg, i samsvar med flere tidligere studier (3, 5). Metoden som ble brukt i vårt prosjekt la opp til at konkrete blodprøver og kliniske undersøkelser skulle være gjennomført før farmasøyten gjennomførte legemiddelgjennomgangen, og kan forklare at LRP-kategorien «behov for / manglende monitorering» ikke forekom spesielt hyppig i vårt materiale sammenliknet med andre studier (5). Tabell 3 viser nedgang i antall ordinasjoner per sykehjem etter tverrfaglig legemiddelgjennomgang. Dette gjenspeiler en nedgang i antall ordinasjoner per pasient. Det var imidlertid markante forskjeller fra sykehjem til sykehjem. Dette kan skyldes ulike pasientpopulasjoner, men kan også være relatert til den enkelte leges kapasitet til å endre legemiddelbehandlingen i ettertid, samt innstilling til tverrfaglige legemiddelgjennomganger og samarbeid med klinisk farmasøyt.

Det viste seg å være større mangler i Profil angående diagnoser enn først antatt, og legene måtte derfor bruke en del tid på oppdatering av diagnoselisten. Dette ville ikke ellers blitt prioritert ifølge prosjektdeltakerne, og prosjektet bidro derfor til kvalitetsheving også på dette området.

Hensikten med prosjektet var å innføre en

Tabell 2. Skjematisert tilnærming til intervju for evaluering.

<p>Før legemiddelgjennomgang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planlegging pasientgjennomgang, ansvar og gjennomføring • Tidsbruk undersøkelse av pasient; hvem gjennomførte • Laboratorieprøver; gjennomføring, arbeidsbelastning • Gjennomføring og vurdering av beboers fysiske og mentale tilstand, arbeidskrevende? Nyttig? • Gjennomgang diagnoseregister <p>Under legemiddelgjennomgang / tverrfaglig møte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelgjennomgang med farmasøyt; nyttig? Komplisert/ukomplisert • Rollefordeling lege/sykepleier/farmasøyt • Gjennomføring og dokumentasjon av endringer <p>Vurdering av metoden – Er metoden hensiktsmessig?</p>
--

Tabell 3. Legemiddelrelaterte problemer hos 224 pasienter ved fire sykehjem i Bergen.

Institusjon	Ordinasjoner	Antall LRP	Antall pasienter	LRP per pasient
A	557	128	53	2,42
B	547	100	58	1,72
C	413	95	43	2,21
D	834	111	70	1,59
Totalt/gjennomsnitt	2351	434	224	1,98

metode for legemiddelgjennomganger som kunne brukes uten at det medførte en større arbeidsbelastning for personalet ved sykehjemmene. Tilbakemeldingene fra prosjektdeltakerne var at det i prosjektfasen var en større arbeidsbelastning, men at dette ikke ville vært tilfelle i daglig praksis, når legemiddelgjennomgangene kunne fordeles utover året. Det ble også poengtert at systematikken i metoden ville heve kvaliteten på årskontrollene. De samlede erfaringer fra prosjektet tilsa at metoden brukt her vil være gjennomførbar også på andre sykehjem, uten for stor arbeidsbelastning på de involverte parter. Evalueringen konkluderte således at hensikten med prosjektet ble oppnådd.

Tidsbruk for farmasøyt var lav i dette prosjektet (anslagsvis 20 minutter per pasient), sammenliknet med tidligere erfaringer i kollegiet og rapporter fra andre steder (14). Det var rasjonelt for farmasøytens tidsbruk at all nødvendig informasjon ble utlevert i forkant av gjennomgangen (tabell 1), snarere enn at farmasøyten skulle finne informasjon selv i journalen. Dersom farmasøyten ikke fant frem til relevant informasjon i forhold til potensielle LRP i informasjonen utlevert fra sykehjemmet, ble problemstillingen tatt opp i det kliniske team som kjente pasienten godt og ofte kunne svare uten å slå opp i pasientens journal.

RAPPORTERING TIL HELSEDIREKTORATET – KONKLUSJONER OG TILRÅDINGER

Prosjektleder presenterte følgende konklusjoner i rapport tilbake til Helse-direktoratet:

1. Strukturert, tverrfaglig legemiddelgjennomgang er en hensiktsmessig, nyttig og kvalitetshevende metode for avdekking av legemiddelrelaterte problemer, og gir mer systematisk oppfølging av beboere/pasienter på sykehjem.
2. (Klinisk) farmasøyt må være til stede på institusjonen ved gjennomgangen.
3. Det anbefales at denne eller tilsvarende metode benyttes minst årlig på alle langtidsbeboere ved alders- og sykehjem.
4. Diagnoseregistrering i fagsystem må foretas mer systematisk, og bør bli et obligatorisk valg ved all journalføring i institusjon.
5. Det må planlegges forskningsprosjekter for å få vurdert effekt av tiltaket både på den enkelte pasient og på legemiddelbruken generelt i institusjon (for eksempel ved mer utstrakt bruk av legemiddelstatistikk).

Legemiddelbehandling i kommunehelsetjenesten blir mer og mer avansert, og behovet for kvalitetsforbedrende tiltak både på systemnivå og individnivå forventes å

øke. Legemiddelgjennomganger er et nyttig tiltak som bør inkorporeres i gjeldende avtaler om farmasøytisk rådgivning. Nasjonal veileder i legemiddelgjennomganger (fra Helsedirektoratet), som ventes publisert snarlig, vil være et viktig verktøy i gjennomføringen av dette.

Finansiering

Prosjektet «Riktig legemiddelbruk» i Bergen kommune ble delvis finansiert med midler fra Helsedirektoratet, og dels finansiert av Bergen kommune.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

REFERANSER

1. Fauskanger HT, Irgens MMB. Kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen i kommunehelsetjenesten. *Geriatrisk sykepleie* 2010; 2: 9–12.
2. Kersten H, Ruths S, Wyller TB. Farmakoterapi i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129: 1732–5.
3. Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: What are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12: 176–80.
4. Roberts MS, Stokes JA et al. Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 51: 257–65.
5. Halvorsen KH, Ruths S, Granås AG et al. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care* 2010; 28: 82–8.
6. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 3073–6.
7. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen.
8. St.meld. nr. 18 (2004–2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
9. Helsedirektoratet 2011. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter/Sider/default.aspx (søkedato 10.04.12).
10. Klinisk Demensvurdering (KDV) Hughes et al. 1982. Tilgjengelig fra www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=2295 (søkedato 13.10.11).
11. BARTHEL ADL-INDEX. Opprinnelig versjon Mahoney FI, Barthel DW. *Maryland State Med J* 1965; 14: 61–65. Norsk oversettelse revidert 2008 Saltvedt I, Helbostad JL et al. Tilgjengelig fra www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=394 (søkedato 25.04.12).
12. Bakken MS, Granås AG, Ruths S et al. Oversatt versjon av: Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al. STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment): consensus validation. *Int J Clin Pharm Ther* 2008; 46: 72–83. Norsk versjon tilgjengelig på: www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachment/929?_ts= (søkedato 20.04.2012).
13. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A et al. The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. *Scand J Prim Health Care* 2009; 27: 153–9.
14. Presentasjon av Marja Kos, Sykehusapotekene i Nord-Trøndelag. Legemiddelgjennomganger i sykehjem. Tilgjengelig fra www.fylkesmannen.no (søkedato 22.04.12).

Manuskriptet ble mottatt 21. desember 2011 og godkjent 10. mai 2012. ■



Munnskold er vondt. Godt at Aftamed finnes.

Aftamed gir effektiv lindring ved smerter i munnen som for eksempel munnskold eller tannfrembrudd.

- Umiddelbar smertelindring
- Påskynder tilheling og reduserer antall nye blemmer / sår (afte)
- Kan brukes av spedbarn, barn og voksne
- Fester til munnslimhinnen
- Finnes som gel og spray

Aftamed får du kjøpt på apotek eller fra www.vitaflo.no

Vitaflo Scandinavia AB NUF
Tel: +47 67 11 25 45
E-post info@vitaflo.net

