



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE

Riktig legemiddelbruk i kommunehelsetjenesten

Erfaringer fra læringsnettverk i Nord-Trøndelag



Siri Andreassen Devik



HINT

Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 9/2014

Riktig legemiddelbruk i kommunehelsetjenesten

Erfaringer fra læringsnettverk i Nord-Trøndelag

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 9/2014

Siri Andreassen Devik

Riktig legemiddelbruk i kommunehelsetjenesten

Erfaringer fra læringsnettverk i Nord-Trøndelag

Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge
Høgskolen i Nord-Trøndelag

2014

© Forfatteren/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.9/2014

Tittel: Riktig legemiddelbruk i kommunehelsetjenesten:
Erfaringer fra læringsnettverk i Nord-Trøndelag

Forfattere: Siri Andreassen Devik

Rapporten er kvalitetssikret av: Prof. Ingela Enmarker
(fagansvarlig ved Senter for omsorgsforskning, Midt-
Norge)

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN (trykt utgave): 978-82-93269-80-9

ISBN (digital utgave): 978-82-93269-81-6

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no

SAMMENDRAG

Riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten har vært innsatsområdet i et læringsnettverk der 11 nordtrønderske kommuner deltok i perioden desember 2013 til juni 2014. Læringsnettverket har fulgt pasientsikkerhetskampanjens modell der målet er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Kommunene har deltatt med team bestående av to til sju personer (de fleste med deltakere fra både sykehjem og hjemmetjeneste). Deltakerne har arbeidet med forskningsbaserte tiltak for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen i egen kommune. I perioden ble det arrangert tre samlinger der kommunene fikk dele erfaringer og refleksjoner i tillegg til konkrete faglige foredrag. Av målbare resultater ble totalt 242 tverrfaglige legemiddelgjennomganger utført. Samstemming av legemiddellister og kvalitetssikring av dokumentasjon var andre fokusområder i teamene. Resultatoppnåelsen rapporteres her slik den var å lese i teamenes sluttrapporter. Kampanjens database for målinger – Extranet – ble oppfattet som vanskelig å bruke og det var få kommuner som utførte registreringer her.

Læringsnettverket har bestrebet å legge til rette for samhandling og tverrfaglighet. Blant deltakerne var sykepleierne i klart overtall. Fire kommuner hadde farmasøyt i teamet, mens bare to leger var registrert som deltakere. Tverrfaglighet ses som en klar

forutsetning om arbeidet med riktigere legemiddelbruk skal lykkes. Læringsnettverket har tilbudt en samhandlingsarena som kunne vært utnyttet bedre.

Deltakerne erfarte læringsnettverket som krevende og som noe de brukte lang tid på å forstå. Prosjektgruppa har likevel et klart inntrykk av at deltakelsen har tent en gnist og gitt kommunene arbeidsredskap som er oppfattet som nyttige. Hvorvidt læringsnettverket har bidratt til å skape varige endringer gjenstår å se.

FORORD

Denne rapporten er skrevet på vegne av prosjektgruppa som har arbeidet med Læringsnettverket i Nord Trøndelag. Jeg vil takke alle medlemmene; Inger Lise Fiskvik, Anne Merethe Hernes, Tone Sæther, Edel Nessemo, Anita Susegg og Hege Therese Bell for et godt og stimulerende samarbeid i prosjektperioden. Jeg vil også takke Hilde Nordseth Bratli og Lena Jovik fra Verdal som stilte opp som veiledere til tildelte kommuneteam.

5.oktober

Siri Andreassen Devik

INNHOOLD

SAMMENDRAG V

FORORD VII

INNLEDNING 1

MANDAT OG ORGANISERING 3

BAKGRUNN 5

Innsatsområdet 5

Kampanjens arbeidsmodell 7

HENSIKT 11

Overordnet mål 11

Delmål 11

METODE 13

Deltakere og rekruttering 15

Samlinger 16

Veiledning 17

Kommunikasjon og informasjonsflyt 17

Evaluering 18

RESULTATER 19

Deltakelse 19

Resultatoppnåelse i kommunene 21

Deltakernes evaluering av samlingene og
gjennomføringen av læringsnettverket 26

DISKUSJON 29

KONKLUSJON 37

LITTERATUR 39

VEDLEGG 43

Vedlegg 1: Invitasjonsbrev 45

Vedlegg 2: Program for samlingene 46

Vedlegg 3: Kompendium 49

Vedlegg 4: Evalueringsskjema 60

Vedlegg 5: Avtale med kommunene 61

INNLEDNING

¹ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet>

Riktig legemiddelbruk er ett av innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender».¹ Den nasjonale kampanjen ble startet i januar 2011 som en tre årig kampanje, og er nå videreført i et fem årig program fra 2014-2019 (HOD, 2012- 2013). Målet med kampanjen er å bidra til reduksjon av pasientskader og øke pasientsikkerheten både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Utviklingssentrene for sykehjem (Verdal kommune) og hjemmetjenesten (Stjørdal kommune) i Nord Trøndelag deltok, henholdsvis i 2012 og 2013, i nasjonale læringsnettverk for riktig legemiddelbruk. De nasjonale læringsnettverkene ble arrangert som separate nettverk; ett for sykehjem og ett for hjemmetjenesten. Utviklingssentrene deltok med tverrfaglige team og fikk presentert tiltak for å optimalisere legemiddelbehandlingen til langtids- pasienter og brukere i tjenesten. Gjennom deltakelsen nasjonalt forelå det forventinger om videre spredning av erfaring og kunnskap til øvrige kommuner i fylket. Begge utviklingssentrene mottok dessuten tilleggsbevilgninger fra Helsedirektoratet med oppfordring om å arrangere læringsnettverk i eget fylke. Utviklingssentrene inngikk høsten 2013 en samarbeidsavtale med Fylkesmannen i Nord Trøndelag, Senter for Omsorgsforskning (SOF) Midt Norge og Høgskolen i Nord Trøndelag (HINT) for å

etablere et prosjekt med mål om gjennomføring av læringsnettverk for både sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag.

Denne rapporten beskriver prosjektgruppens planlegging, gjennomføring og evaluering av prosjektet.

MANDAT OG ORGANISERING

Mandatet til prosjektgruppa:

Planlegge, gjennomføre og evaluere læringsnettverk for riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag, perioden 01.09.2013 -01.09.2014

Gjennomføringen av prosjektet har hatt følgende organisering:

Styringsgruppe:

- Utviklingscenter for sykehjem i Nord Trøndelag: Une L. Hallem
- Utviklingscenter for hjemmetjenesten i Nord-Trøndelag: Arne Tveit
- Kommuneoverlege, Verdal kommune: Ragnhild Aunsmo
- Fylkesmannen i Nord Trøndelag: Torgeir Skevik
- Senter for Omsorgsforskning Midt Norge: Kirsten Lange
- Høgskolen i Nord Trøndelag, avd. farmasi: Wenche Wannebo

Prosjektgruppe:

- Utviklingssenter for sykehjem, Verdal: Ass.
Avdelingssykepleier: Anita Susegg
- Utviklingssenter for sykehjem, Verdal: Ass.
Avdelingssykepleier: Edel Nesseemo
- Utviklingssenter for hjemmetjenesten, Stjørdal:
Sykepleier/Fagkoordinator: Inger Lise Fiskvik
- Utviklingssenter for hjemmetjenesten, Stjørdal:
Vernepleier: Anne M. Hernes – fra 2014:
Sykepleier/Fagkoordinator: Tone Sæther
- Høgskolen i Nord Trøndelag: Farmasøyt/
stipendiat: Hege Therese Bell
- Senter for omsorgsforskning Midt Norge:
Sykepleier/stipendiat, leder for prosjektgruppa:
Siri A. Devik

BAKGRUNN

INNSATSOMRÅDET

Feilmedisinering fører årlig til unødvendige lidelser for mange pasienter, og Helsetilsynet (7/2010) har avdekket en rekke mangler ved dagens praksis.

Legemiddelrelaterte problemer forekommer i alle deler av helsetjenesten. Et legemiddelrelatert problem kan defineres som følgende; «En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt».² Med potensielt problem menes forhold som kan forårsake legemiddelrelatert sykkelighet og død dersom man unnlater å følge opp, mens et reelt problem allerede manifesterer seg med tegn og symptomer. Problemene kan være relatert til den som forskriver og administrerer legemidler, relatert til pasientens legemiddelbruk eller til legemidlet i seg selv. Både norske og internasjonale studier viser høy forekomst av legemiddelrelaterte problemer både i sykehus (Mannheimer mfl, 2006), sykehjem (Ruths mfl, 2003) og allmennpraksis (Zermansky mfl, 2001). Konsekvensene er økt sykkelighet med redusert livskvalitet, og økt dødelighet for pasientene, samt store

² Pharmaceutical Care Network Europe PCNE Classification for drug-related problems V5.01. <http://www.pcne.org/sig/drp/documents/PCNE%20classification%20V5.01.pdf> (23.06.14)

utgifter for helsevesenet. Det eksisterer bred enighet i fagmiljøene om et betydelig forbedringspotensial.

Eldre personer er de som bruker flest legemidler (Reseptregisteret, 2009:2) og er kanskje de som er mest sårbare for legemiddelrelaterte problemer. De har ofte mange sykdommer og omsetning av legemidler er endret som følge av fysiologisk aldring. Eldre har gjerne kontakt med flere behandlere samtidig, og skifte av omsorgsnivå vil involvere flere som skal bistå med administrering av medisiner (Ranhoff, 2010).

Legemiddelbehandling til eldre stiller derfor store krav til helsepersonells kunnskaper og til systemene som skal ivareta behandlingen (Topinková mfl 2012; Wannebo og Sagmo, 2013). En rekke studier viser at feil på legemiddellister hos eldre, som bruker mange legemidler, er alarmerende høyt (Koper mfl, 2013; Slabaugh mfl, 2010). Feilene kan både være knyttet til overgangen mellom sykehus og hjemmet (Vira mfl, 2006) eller mellom ulike aktører i det enkelte omsorgsnivå; for eksempel mellom fastlege og hjemmesykepleie (Heier mfl, 2007). Konsekvensene kan være at pasienter får feil type legemiddel, for høy eller lav dose, ikke får nødvendig legemiddel eller at kombinasjoner av legemidler kan føre til skade.

Forskning viser at tverrfaglige intervensjoner, for eksempel innføring av farmasøytisk kompetanse (Kaur mfl, 2009) kan føre til mer hensiktsmessig legemiddelbruk. Både legers og sykepleieres kunnskap og bevissthet øker i samarbeid med farmasøyt (Verrue mfl, 2009). Tverrfaglige legemiddelgjennomganger (LMG) er en strategi som adresserer både kompleksitet og unikhhet i den enkelte pasients helsetilstand og legemiddelprofil. Tiltaket har vist seg nyttig og er mest utprøvd blant pasienter i sykehjem (Ruths mfl, 2003; Crotty mfl, 2004; Nishtala mfl, 2009), men også funnet effektivt og gjennomførbart hos pasienter som bor hjemme (Sorensen mfl, 2004; Winona mfl, 2007).

På bakgrunn av de erkjente utfordringene har Helsedirektoratet (2011) gitt ut en veileder med foreslåtte forbedringstiltak når det gjelder bedre rutiner, samarbeid, kompetanse og gjennomgang av

den enkelte pasients legemiddelbehandling. Disse tiltakene har vært retningsgivende i utformingen av tiltakspakkene som finnes i læringsnettverksmodellen.

KAMPANJENS ARBEIDSMODELL

LÆRINGSNETTVERK

Pasientsikkerhetskampanjens arbeid med de ulike innsatsområdene er basert på læringsnettverk som metode. Læringsnettverk er benyttet til systematisk forbedringsarbeid med fokus på kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og organisasjoner. Et læringsnettverk kan kjennetegnes som følgende:

- En eller flere personer, eventuelt et fagmiljø, har ansvar for å planlegge og organisere læringsnettverket.
- Nettverket består av tverrfaglig sammensatte forbedringsteam.
- Hensikten er å forbedre et eller flere områder som har lav kvalitet.
- Deltakerne får innblikk i forskning, og lærer av andre som har gjennomført forbedringer på området.
- Deltakerne lærer om og bruker forbedringsmetoder og enkle verktøy i arbeidet.
- Teamene lager målbare mål for forbedringsområdet og samler data for å følge med om målene blir nådd.
- Teamene møtes på 3-4 samlinger over en bestemt tidsperiode for å dele erfaringer og inspirere hverandre.
- Mellom samlingene møtes deltakerne i teamene regelmessig og jobber med spesifikke oppgaver.

(Kunnskapssenteret, 2013)

Læringsnettverket baserer seg på Gjennombruddsmodellen som ble utviklet av The Institute of Healthcare Improvement (IHI) i Boston – «The Breakthrough Series Collaborative Methods».³ Gjennombruddsmodellen er benyttet av legeforeningen i en årrekke. Dens hensikt er å skape kultur og kompetanse for forbedring på den enkelte virksomhet. Målet for deltakerinstitusjonene er å anvende innsatsressurser mer hensiktsmessig og igangsette prosessendringer som gir dokumenterbare forbedringer. Modellens styrke er at den integrerer evidensbasert kunnskap med den kompetanse som eksisterer hos de som arbeider i feltet og som står pasientene nærmest (Sundar, 2005).

³ www.IHI.org

TILTAKSPAKKER OG MÅLINGER

Kampanjen har utarbeidet tiltakspakker beregnet på det enkelte innsatsområdet. Tiltakene er forskningsbaserte og skal være enkle å iverksette. De er beskrevet i egne veiledere; en for sykehjem og en for hjemmetjenesten.

For sykehjem:

- Tverrfaglige legemiddelgjennomganger ved innkomst, halvår og årskontroll.
- Opprette registreringstype «legemiddelgjennomgang» i pasient journal.
- Pleieplan med observasjoner og rapporter innen 24 timer i henhold til oppfølging av forskrivning.
- Tverrfaglige undervisnings- og case-møter i avdelingene.

For hjemmetjenesten:

- Samstemt legemiddellisten mellom pasient, hjemmetjeneste og fastlege.
- Tverrprofesjonell strukturert legemiddelgjennomgang av hjemmeboende pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering.

- Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal (innen to virkedager) etter endring.
- Etabler struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging.

Formålet med tiltakspakkene er å skape forbedring over tid med hensyn til pasientsikkerhet. For å kunne synliggjøre resultater og stimulere til videre forbedring har kampanjen opprettet en nettbasert database for målinger – Extranet. I denne databasen får alle deltakende team tilgang til en egen side hvor de kan registrere sine målinger. Obligatoriske målinger er – andel pasienter der LMG er utført, andel pasienter med dokumentert oppfølgingsplan i elektronisk pasientjournal og andel legemidler med påført indikasjon. For hjemmetjenesten inngår også andel pasienter med dokumentert samstemt legemiddelliste. Målemetoden som benyttes bygger på løpende målinger som kan framstilles visuelt i tidsserier. Diagrammene gir oversikt over utviklingen over tid, og det enkelte team oppfordres til å benytte dette til faglige diskusjoner og evalueringer lokalt.

FORBEDRING I PRAKSIS

Forbedringsarbeidet i læringsnettverket tar utgangspunkt i Demings sirkel (1986), også kalt PDSA sirkelen (Plan, Do, Study, Act). I korte trekk består dette i å identifisere det området som skal forbedres, prøve ut tiltak, evaluere resultatet og deretter korrigere med nye tiltak.



Figur 1: Forbedringsarbeid som en sirkulær prosess (Demings sirkel).

HENSIKT

Den overordnede hensikten med å gjennomføre læringsnettverket har vært å spre kunnskap om riktig legemiddelbruk og forbedringsarbeid til helsepersonell med ansvar for pasienter i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag.

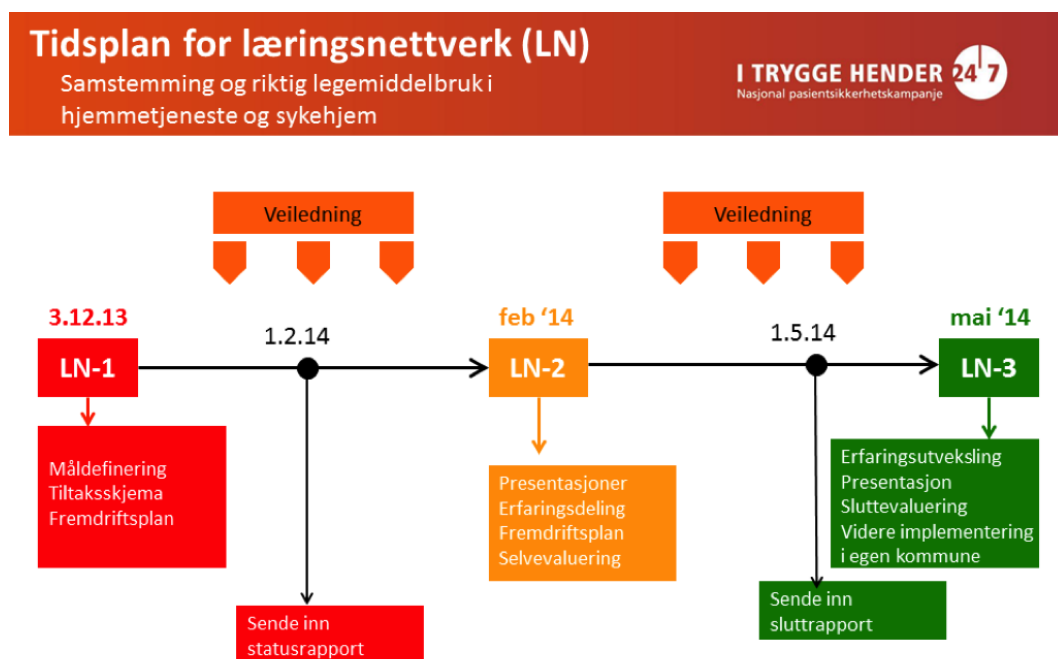
Følgende delmål ble satt for prosjektgruppas arbeid med gjennomføringen:

- Tilrettelegge for deltakelse av alle fylkets kommuner
- Gjennomføre et felles nettverk som dekker både sykehjem og hjemmetjenesten
- Tilrettelegge for tverrfaglig sammensetning i teamene
- Starte innovasjon i den enkelte virksomhet/kommune

METODE

I dette kapitlet beskrives prosjektgruppas arbeid med gjennomføringen av læringsnettverket. Ulike kilder ble benyttet i planleggingsfasen: Kampanjens sekretariat, erfaringer fra Verdal og Stjørdal, andre fylker som hadde gjennomført eller var i gang med gjennomføring av læringsnettverk, og styringsgruppa i prosjektet. En framdriftsplan ble utformet med sikte på å gjennomføre tre samlinger slike kampanjens mal foreslo.

Figur 2: Tidsplan for læringsnettverket.



Figuren viser tidsplanen slik den ble forespeilet. Dato for LN-2 ble 11.mars og LN-3 var 3.juni

Prosjektgruppa utnyttet erfaringene som både Verdal og Stjørdal hadde gjort seg gjennom deltakelsen i det nasjonale læringsnettverket. Malen, utarbeidet av sekretariatet, ble anvendt som en veileder og tilpasset våre lokale behov. Vi valgte å tilby veiledning istedenfor telefonkonferanser mellom samlingene. Hver kommune fikk tildelt en veileder som selv hadde deltatt i nasjonalt læringsnettverk. En annen tilpasning var å la kommunene presentere sine erfaringer muntlig (ev. med PowerPoint) istedenfor posterpresentasjon slik den nasjonale malen la opp til. Alle statusrapporter og sluttrapporter ble distribuert til samtlige deltakere (både på mail og utdelt som utskrift på samling 2 og 3). Deltakerne fikk utdelt et deltakerbevis etter å ha gjennomført læringsnettverket.

DELTAKERE OG REKRUTTERING

Utgangspunktet for prosjektet var å utforme et læringsnettverk som skulle rettes mot alle kommuner i fylket og som skulle favne både sykehjem og hjemmetjenesten. Fylket består av 23 kommuner og er geografisk langstrakt. Prosjektgruppa vurderte derfor muligheten for å arrangere to parallelle nettverk for henholdsvis norddelen og sørdelen av fylket. Den endelige avgjørelsen om å holde bare ett nettverk ble tatt etter første samling (se diskusjonen).

Et invitasjonsbrev (vedlegg 1) ble utformet og sendt via epost til pleie- og omsorgsledere i alle de 23 kommunene. Invitasjonen ble også sendt til et fora for fastlegene i fylket, med hjelp av kommuneoverlegen i styringsgruppa. Det ble opplyst om at det ville bli søkt til legeföreningen for godkjenning av samlingene slik at de ble poenggivende for leger. I tillegg gikk invitasjonen ut til sykehusapotekene. På en helse og omsorgskonferanse på Stiklestad i september ble det utdelt flygeblad om pasientsikkerhetskampanjen og læringsnettverket. Informasjon om Læringsnettverket ble også lagt ut på hjemmesiden til SOF Midt Norge.

Kommunene ble oppfordret til å delta med tverrfaglig sammensatte team bestående av tre til fem personer. Deltakelse av både lege, sykepleier og farmasøyt var ønskelig. Hver kommune hadde anledning til å stille med to team hver (fra hvert omsorgsnivå) eller et blandet team/felles-team. Av invitasjonen framgikk det at deltakelse var gratis, men at kommunene selv måtte dekke eventuelle permisjoner og reiseutgifter. Det ble også opplyst om at kommunene måtte påregne å dekke noe av kostnadene knyttet til bevertning om påmeldingen ble stor. Ledere ble spesielt oppfordret til å delta på første og siste samling.

Invitasjonsbrevet inneholdt en link til elektronisk påmelding i tillegg til oppgitt kontakinformasjon til prosjektleder.

SAMLINGER

Det ble gjennomført tre samlinger i læringsnettverket; 3. desember 2013, 11. mars 2014 og 3. juni 2014. Valg av lokaler for samlingene ble bestemt ut fra antall deltakere og reiseavstanden til de påmeldte kommunene. Steinkjer ble et naturlig geografisk midtpunkt. Den første samlingen ble avholdt på Statens Hus, mens de to andre ble lagt til HINT sine lokaler. Innholdet på samlingene ble delvis guidet av kampanjens mal, av prosjektgruppas egen kompetanse (bl.a. erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk), og av evalueringene som deltakerne gjorde etter hver samling. Innledningsvis ble det utarbeidet en grov skisse for ønsket innhold, men programmet for den enkelte samlingene ble justert ad hoc. Tematiske bærebjelker har vært:

- Opplæring i tiltakspakker og målinger
- Forbedringsarbeid
- Tverrfaglig samhandling
- Legemidler og eldre

- Dokumentasjon
- Brukermedvirkning
- Erfaringsdeling og samarbeid

Programmene for de tre samlingene ligger som vedlegg 2 i denne rapporten. På den første samlingen deltok tre ressurspersoner fra kampanjens sekretariat. Deltakerne fikk da en innføring i bakgrunnen for kampanjen og forbedringsarbeid i praksis. Tiltakspakkene ble også gjennomgått og de som skulle ha ansvar for målinger fikk en egen opplæring i Extranet. Foruten de tre ressurspersonene bidro tre andre eksterne foredragsholdere i tillegg til prosjektgruppas medlemmer med presentasjoner på samlingene.

VEILEDNING

Hvert team fikk tildelt en navngitt veileder på samling1. Denne veilederen hadde selv deltatt i nasjonalt læringsnettverk. Det ble utarbeidet en prosedyre for hvordan veiledningen skulle foregå. I utgangspunktet lå det til rette for to veiledninger mellom hver samling (per telefon eller mail). Teamene ble ansvarliggjort i forhold til å melde behov og tema/problemstilling, men den første kontakten ble foretatt av veileder.

KOMMUNIKASJON OG INFORMASJONSFLYT

Prosjektgruppa utarbeidet et kompendium (vedlegg 3) som ble sendt på mail til alle påmeldte deltakere før første samling. Heftet ble også opptrykt til alle og utdelt på denne samlingen. Alle teamdeltakerne fikk i oppdrag å fylle ut et skjema med opplysninger om teamet; teamleder, måleansvarlig (i Extranet),

deltakere, og deres kontaktinformasjon. På den første samlingen ble også tiltakspakkene og diverse sjekklister og skjema, utarbeidet av Verdal og Stjørdal, utdelt. Kommunikasjon med kommunene mellom samlingene skjedde i hovedsak på mail. De fikk tilsendt presentasjoner fra foredragsholdere (i forkant når det lot seg gjøre) og oversikt over alle deltakende kommuner (med epost og telefonnummer). Invitasjoner til samling 2 og 3 ble også sendt på mail med påmeldingsfrist for hver samling. Telefonisk kontakt ble tatt når det oppstod behov for purring på rapporter (statusrapport og sluttrapport) eller påmelding til samlinger.

EVALUERING

Deltakerne ble bedt om å fylle ut et enkelt evalueringsskjema (vedlegg 4) etter hver samling. På den siste samlingen ble de også bedt om å evaluere læringsnettverket som helhet. Evalueringene har i stor grad fungert som rettesnor for planlegging av påfølgende samling. Inntrykkene er oppsummert i denne rapporten.

RESULTATER

DELTAKELSE

Da det gjenstod en uke før påmeldingsfristen utløp hadde bare tre kommuner meldt seg på via den elektroniske linken. Etter en ringerunde var 13 kommuner påmeldt. Oppgitte årsaker til at kommuner ikke valgte å delta varierte. Flere sa at de ikke kunne prioritere dette fordi de allerede var inne i prosjekter som de ønsket å fullføre først. En kommune gjennomgikk en omstillingsprosess på grunn av dårlig økonomi og valgte derfor å avstå. Den telefoniske kontakten avslørte at informasjonen ikke alltid var mottatt av rette vedkommende, eller at informasjonen var videresendt men påmeldingsfristen kunne være glemt. Noen brukte lang tid på å rekruttere medlemmer til teamet. Sykefravær ble oppgitt som en medvirkende årsak.

Til første samling var 13 kommuner påmeldt. En av disse møtte ikke til samling 1 og meldte seg senere av læringsnettverket. 12 kommuner gjensto, men ytterligere en kommune sluttet før siste samling. Årsaken som ble oppgitt var problemer med legedekningen. De to kommunelegene som fantes var begge sykemeldte i lange perioder. I følge teamleder

manglet legevikarene oversikt over pasientene og de prioriterte ikke tid til legemiddelgjennomganger. Den sistnevnte kommunen fikk tilsendt presentasjoner fra siste samling og gav uttrykk for at læringsnettverket så langt hadde vært nyttig og at de ville videreføre arbeidet som var startet. Totalt utgjorde deltakende kommuner 11 av 23 kommuner. De som deltok var: **Lierne, Røyrvik, Namdalseid, Snåsa, Verdal, Verran, Frosta, Inderøy, Meråker, Leksvik, og Stjørdal.**

En avtale (vedlegg 5) for deltakelsen ble sendt ut til alle deltakende kommuner. Den ble underskrevet av nærmeste overordnede leder. Ledelsen forpliktet seg med dette til å støtte opp under arbeidet med læringsnettverket. Dette innebar å påse at deltakerne i teamet stilte på alle de tre samlingene og tilrettelegge for at teamet fikk mulighet til å jobbe med implementering i egen enhet.

Hver kommune stilte med ett team hver, der åtte av teamene var felles-team (deltakere fra både sykehjem og hjemmetjeneste), to kommuner deltok med hjemmetjeneste-team og en kommune med et sykehjems-team. Antall deltakere i hvert team varierte fra to til sju personer. Endelig deltakerantall var 52 personer, derav to leger, fire farmasøyter, 45 sykepleiere og en omsorgsarbeider. Utskifting av medlemmer førte til at det ikke ble de samme deltakerne som deltok på alle samlingene for en del av kommunene. Ledelsen var godt representert i sju av 11 team. De fleste lederne var på avdelingsledernivå og en kommune hadde to enhetsledere som teammedlemmer.

RESULTATOPPNÅELSE I KOMMUNENE

MÅLSETTINGER

På første samling utarbeidet alle teamene lokale målsettinger for arbeidet med tiltakspakkene. De definerte utfordringer, tiltak og mål, og fordelte ansvar over en bestemt tidsperiode. Teamene hadde ulikt tidsperspektiv for målsettingen slik at enkelte la en plan for hele læringsnettverksperioden, mens andre planla fram til samling 2. På samling 2 fikk teamene anledning til å sette nye mål eller revurdere de første. Stort sett var målsettingene konkrete og målbare. De aller fleste hadde tallfestet ønsket resultat. Legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister, som er sentrale tiltak i tiltakspakkene, var naturlig nok i fokus for de fleste. Selv om tiltakspakkene virket styrende for målsetting var de samtidig farget av lokale utfordringer i den enkelte kommune. Dette la premisser for hvilke utfordringer det enkelte team måtte ta utgangspunkt i. For eksempel kunne utfordringen være at legemiddellister kun ble ført og oppdatert på papir. Målsettingen ble da å få disse dokumentert i den elektroniske pasientjournalen (Profil, som samtlige kommuner var brukere av).

Andre team startet med målsettinger som omhandlet hvordan læringsnettverket som prosjekt skulle ha framdrift i egen enhet. Informasjonsmøter og inngåelse av samarbeidsavtaler var eksempel hos disse. Gjennomføring av målinger i Extranet var et mål hos omtrent halvparten av kommunene.

Oppsummert var de vanligste målene (rangert etter hvor hyppig de opptrådte): 1. Gjennomføre LMG, 2. Samstemme legemiddellister, 3. Påføre indikasjon bak forskrivning, 4. Lage rutiner for LMG (sjekklister, inklusjonskriterier) og 5. Anvende Extranet og lage rutiner for registrering.

OPPNÅDD RESULTAT

Resultatene er basert på det som ble oppgitt i sluttrapportene.

Selv om gjennomføring av LMG konkret var oppført som mål hos sju av kommunene, ble dette gjennomført i samtlige kommuner. Totalt viser rapportene at 242 legemiddelgjennomganger ble utført i perioden desember-2013 – juni 2014. Antall i den enkelte kommune varierte fra tre til 52. Rapportene gir ingen beskrivelse av hvordan LMG foregikk praktisk.

Foruten gjennomførte legemiddelgjennomganger ble også andre resultat beskrevet. Samstemming av legemiddellister var et oppgitt resultat hos seks kommuner og fem kommuner var i mål med informasjon til kolleger og leger. Arbeidet med å oppdatere legemiddellistene, dvs. påføre indikasjon bak forskrivning var godt i gang i fem kommuner. Tabell 1 på side 24 gir en oversikt over kommuner og beskrivelser av resultat. Til tross for at fem kommuner sa at de hadde registrert målinger i Extranet var det bare to kommune som hadde lagt inn grafer i sine sluttrapporter.

FAKTORER SOM PÅVIRKET RESULTATOPPNÅElsen

I både statusrapportene (som ble innsendt før samling 2) og sluttrapportene beskrev teamene ulike forhold som påvirket den lokale gjennomføringen. Tilstrekkelig tid til å sette seg inn i og til gjennomføre tiltak i egen enhet ble nevnt i alle rapportene som en avgjørende faktor. Sju kommuner beskrev at det var vanskelig å få frigitt tid til å møtes i teamet og jobbe med prosjektet. Noen oppgav at ledelsen ikke var så kjent med eller involvert i prosjektet, mens andre så mangel på tid i sammenheng med travelhet eller stort sykefravær i den aktuelle tidsperioden. Lav sykepleiedekning i enkelte kommuner ble også sett som en begrensende faktor. Og andre pågående prosjekt samtidig opplevdes krevende.

Kommunene stilte dessuten med ulikt utgangspunkt. To av kommunene var godt kjent med legemiddelgjennomganger gjennom et allerede tett samarbeid med tilsynsfarmasøyt. Andre måtte starte med å dokumentere legemiddellistene elektronisk (hadde kun papirutgaver fra før). Samarbeid med farmasøyt ble nevnt i alle rapportene som en svært avgjørende suksessfaktor. Åtte av de 11 kommunene hadde avtale med tilsynsfarmasøyt. En kommune opprettet avtale med sykehusfarmasøyt i forbindelse med læringsnettverket. To kommuner samarbeidet ikke med farmasøyt gjennom prosjektet, men oppgav at det hadde vært ønskelig. Farmasøyten ble framhevet som svært viktig for framdrift og inspirasjon i de kommunene som hadde avtaler.

Både tilsynsleger og fastleger ble opplevd som positive og samarbeidsvillige. Utfordringer som ble beskrevet handlet mest om sykefravær og varierende legedekning. Dette førte til at samarbeid med vikarleger eller nyansatte krevde ekstra tid. I en av kommunene fikk man ikke på plass rutiner for samstemming av legemiddellister fordi fastlegene sa at de behøvde mer tid til å se på egne rutiner først. Noen team beskrev utfordringer med å ansvarliggjøre legene til å klargjøre legemiddellister i forkant av LMG. Sykepleierne opplevde i disse tilfellene at det å måtte etterspørre opplysninger eller påminne legene riktig føring av legemiddellister virket unødvendig tidkrevende.

Eksisterende rutiner for dokumentasjon kunne også være en kilde til frustrasjon. Noen kommuner beskrev dokumentasjonen som uoversiktlig, der noen opplysninger ble ført elektronisk mens andre ble nedtegnet på papir og systematisert i permer. Mye av ressursene gikk dermed med til å spore opp opplysninger og «rydde» i systemer.

Registrering i Extranet medførte en del frustrasjon. Flere kommuner valgte etter hvert å ikke prioritere tid på denne registreringen. Deltagerne i en kommune sa at de kunne hatt nytte av mer individuell oppfølging med bruken av Extranet.

Tabell 1: Oversikt over kommuner, team og resultat

KOMMUNE	INN-BYGGERTALL	TYPE TEAM	PASIENTGRUNNLAG	GJENNOMFØRT ANTALL LMG	ANDRE OPPNÅDDE TILTAK	EXTRANET
Verran	2562	Felles	95	11	Info til kolleger/leger, kriterier og sjekklister for LMG, avtale m farmasøyt	Ja
Verdal	14788	Hjemmetjeneste	96	10	Info til kolleger/leger, indikasjon bak forskrivning, samstemming	Nei
Snåsa	2156	Felles	98	50	Info og opplæring til kolleger/leger, samstemming, indikasjon bak forskrivning, dokumentasjon	Ja
Røyrvik	498	Felles	24	3	Legemiddelliste i profil, rutine for LMG	Nei
Namdals- eid	1676	Felles	40	5	Info til kolleger/lege, samstemming, rutiner for LMG, rutiner for dokumentasjon	Nei
Meråker	2553	Felles	60	52	Samstemming, indikasjon bak forskrivning, signert legemiddelliste	Ja
Lierne	1385	Sykehjem	18	3	Rutiner for LMG, indikasjon bak forskrivning, dokumentasjon	Nei
Inderøy	6720	Felles	170	24	Indikasjon bak forskrivning, samstemming, dokumentasjon, undervisningsmøter	Nei
Frosta	2653	Felles	84	45	Samstemming, Rutiner for dokumentasjon, opplæring av kolleger	Ja
Stjørdal	22683	Hjemmetjeneste	65	14	Info til kolleger/leger, sjekklister for LMG	Ja
Leksvik	3555	Felles	50	25	Samstemming	Nei

PLAN FOR VEIEN VIDERE

Omtrent alle teamene hadde gjort seg tanker om hvordan tiltakene de hadde jobbet med skulle videreføres. Planen var å fortsette arbeidet som var påbegynt og videreutvikle dette (blant annet spre kunnskapen til andre avdelinger, enheter i kommunen). Fokus på å få satt tiltakene i system slik at både LMG og samstemming av legemiddellister skulle bli en del av de daglige rutinene var gjennomgående. Kvalitetssikring gjennom bedre dokumentasjon var også et satsningsområde for flere. I tillegg ble viktigheten av å lære opp kolleger og fordele oppgaver poengtert; «slik at flere kan dra lasset sammen – skape rutiner».

DELTAKERNES EVALUERING AV SAMLINGENE OG GJENNOMFØRINGEN AV LÆRINGSNETTVERKET

Evalueringene etter første samling tydet på at deltakerne syntes de fikk for mye informasjon på en gang. Dette gjaldt først og fremst den skriftlige informasjonen som ble utdelt på samlingen. En del av det skriftlige materialet bestod av eksempler på sjekklister for legemiddelgjennomgang utarbeidet av Verdal og Stjørdal. De fikk også utdelt informasjon om tiltakspakkene, målinger i Extranet, og et kompendium som beskrev gjennomføringen av læringsnettverket som helhet. Inntrykket ble overveldende og flere beskrev at de strevde med å forstå hva de var med på. Noen kunne ha tenkt seg en mer grundig gjennomgang av hva læringsnettverket gikk ut på, og flere etterlyste mer veiledning under gruppearbeidet i eget team. De savnet en mer konkret informasjon om hva som var forventet av dem.

Innleggene fra foredragsholderne ble vurdert som svært bra. Og spesielt ble erfaringene fra Verdal og Stjørdal framhevet som gode og nyttige. Deltakerne oppfattet også at tiltakspakkene ble gjennomgått på en god måte og at foredragene ellers var inspirerende. Mange var imidlertid mindre fornøyd med lokalene hvor samling 1 ble gjennomført i og særlig lydforholdene der. Gjennomgangen av Extranet ble i tillegg vurdert som litt for kort og noen sa at de hadde ønsket mer praktisk trening med PC.

Evaluerer av samling 2 viste at foredrag med farmasøyt fikk spesielt god vurdering. Innholdet ble oppfattet som konkret og svært relevant. Møtet med andre kommuner og utveksling av erfaringer var også verdsatt, men her hadde ikke alle det samme utbyttet. Noen mente at tiden som var avsatt til dette var for lang og andre savnet mer ekstern «styring» av diskusjonen. Det var også et tydelig ønske om demonstrasjoner av praktiske eksempler når det gjaldt legemiddelgjennomganger. Case fra klinisk praksis ble spesielt nevnt. Igjen gikk en del evalueringer ut på at informasjonen i forkant av læringsnettverket kunne vært bedre. Deltakerne ønsket at de hadde vært mer forberedt før de startet. Denne gangen var lokalene i større grad tilfredsstillende.

På den siste samlingen var deltakerne svært fornøyde og entusiastiske i forhold til presentasjonene som hver enkelt kommune var bedt om å holde. Det å få dele erfaringer, både det som var problematisk og det man hadde lyktes med, ble oppfattet som svært stimulerende. Erfaringene var ofte gjenkjennbare og delingen inspirerte med mange gode eksempler. Teamene gav også tilbakemeldinger om gode foredrag og gjennomføring av dagen. Innleggene fikk kreditt for å være mer praktisk- erfarings baserte og foredraget fra en kommunelege vakte særskilt begeistring. Mange uttrykte at læringsnettverket hadde bidratt til å bevisstgjøre og motivere til videre innsats i egen kommune. Utbyttet handlet i stor grad om at et viktig tema var satt på dagorden og at samtlige kommuner hadde startet en prosess for å kvalitetssikre

legemiddelbehandlingen. Extranet viste seg å være utfordrende å bruke for svært mange kommuner. Det handlet både om problemer med å logge seg på og forståelse og praktisk bruk av programmet. Mange hadde problemer med å se nytteverdien i statistikken, og svært få kunne tenke seg, eller hadde planer om, å fortsette å registrere i systemet.

Samlet sett dreide evalueringene mer og mer i en positiv retning gjennom perioden. Utsagn om lange dager, mye informasjon og uklarhet i forhold til hva som var forventet av dem, utgjorde likevel en rød tråd i evalueringene. Til gjengjeld var inntrykket ved siste samling oppløftende. Deltakerne sa at de hadde lært mye og at det var skapt et engasjement for å fortsette med de redskapene som læringsnettverket hadde gitt dem.

DISKUSJON

Hensikten med læringsnettverket var å spre kunnskap om riktig legemiddelbruk og forbedringsarbeid til helsepersonell med ansvar for pasienter i kommunehelsetjenesten i Nord Trøndelag. Et delmål var å nå alle fylkets kommuner. Med en deltakelse på 11 av 23 kommuner ligger fylket omtrent på gjennomsnittet på landsbasis (52 % per mars 2014). Blant de deltakende kommunene savnet vi tre av de fire bykommunene. Etter det prosjektgruppa kjenner til har ikke disse kommunene avtale om tilsynsfarmasøyt. Samarbeid og avtaler med farmasøyt ble framhevet som svært viktig når teamene evaluerte forbedringsarbeidet i egen kommune. Det kan jo tenkes at kommuner som valgte å avstå dermed gikk glipp av en viktig bevisstgjøring her.

Påmeldingen til læringsnettverket var i utgangspunktet skuffende lav, men purringen med direkte kontakt gav resultater. I kontakten med de kommunene som ikke ønsket deltakelse var følgende begrunnelser vanlige: Ønske om å avslutte pågående prosjekter først, og vanskelig å avsette tid i en allerede presset ressurs-situasjon bemanningsmessig eller økonomisk. Problemstillingen som angikk flere konkurrerende prosjekt samtidig var noe som også ble kommentert i flere sluttrapporter. Dette kunne oppfattes som forstyrrende og hemmende i forhold til resultatoppnåelsen. Prosjektgruppa tror at slike

tilbakemeldinger krever ettertanke, ikke minst hos nasjonale aktører som ruller ut denne typen kampanjer. Når oppmerksomhet og ressurser skal deles på mange fokusområder kan resultatet lett bli fragmentert. Små kommuner, med begrensede ressurser og få personer å spille på vil kanskje være ekstra sårbare i denne sammenheng.

Et annet delmål for læringsnettverket var å gjennomføre et felles nettverk for både sykehjem og hjemmetjenesten. Denne typen felles læringsnettverk var, per september 2013, i liten grad utprøvd nasjonalt, men prosjektet innhentet verdifull informasjon fra Akershus som hadde startet et felles nettverk mens vi var i planleggingsfasen. Den største forskjellen mellom tiltakspakkene var at hjemmetjenesten skulle ha et fokus på samstemming av legemiddellister i tillegg til gjennomføring av LMG. Planleggingen og gjennomføringen av samlingene forløp uproblematisk i forhold til å dekke behovene til begge nivå. Deltakernes evaluering gav heller ingen tegn på at behovene deres ikke ble dekket i så henseende. Det som ble kommentert i denne forbindelse handlet om at tildelt veileder burde «komme fra» samme omsorgsnivå som teamet representerte. Dette gjaldt trolig de teamene som representerte bare ett av nivåene. De fleste teamene var felles-team.

Med tanke på den langstrakte geografien i fylket var prosjektgruppa åpen for alternativt å kjøre to runder med samling 2 og 3. Dette ville korte avstanden for en del kommuner og kanskje bidra til større deltakelse. Samling 1 måtte nødvendigvis være en felles samling for å garantere en god gjennomgang av læringsnettverkets metode og tiltakspakker (her bidro representanter fra det nasjonale sekretariatet). Etter samling 1, som ble gjennomført i Steinkjer, var det ingen av teamene som kommenterte reiseavstander. Vi fortsatte derfor læringsnettverket uten å dele opp fylket. Dessuten vurderte prosjektgruppa at utbytte av erfaringsdelingen mellom kommunene ville bli størst om nettverket ble holdt samlet.

Målet om tverrfaglig sammensetning i teamene

viste seg utfordrende å nå. Vi må konstatere at legene stort sett var fraværende. Bare to leger ble oppgitt som medlemmer av team, men disse var kun tilstede på samling 1. Sammenlignet med læringsnettverk i andre fylker ses dette som en felles erfaring.⁶ Prosjektgruppa var forberedt på utfordringen det kunne innebære å tilrettelegge for god legedeltakelse. Alle fastlegene i fylket fikk derfor egen invitasjon via et fora for kommuneoverlegene. Det ble imidlertid ikke foretatt en direkte puring per telefon. Invitasjonen forespeilet at samlingene ville bli poenggivende for leger (godkjenning via legeforeningen). Heller ikke dette så ut til å gi positivt utslag. Prosjektgruppa erkjenner at en mer pågående holdning, kanskje også via media, kunne ha bidratt til å sette prosjektet mer på dagsordenen lokalt. Kommunene ble invitert og oppfordret til å stille med tverrfaglig sammensatte team, der lege, farmasøyt og sykepleier spesielt ble nevnt. Kommunene fikk dermed selv det største ansvaret for å rekruttere gjennom sine lokale avtaler med tilsynsleger eller fastleger. Prosjektgruppa har gjort seg noen tanker om hva som kan ligge bak den lave deltakelsen og finner flere mulige årsaker. Tapt inntektsfortjeneste og forskyvning av pasientkonsultasjoner kan være et resultat for leger som må «ta fri» for å møte på slike samlinger. Det kan også være at tradisjonen for denne typen samhandlingsarbeid ikke er så sterk blant leger. En studie av Hanson mfl.(2002) viser at legers profesjonelle norm, i sterkere grad enn for eksempel sykepleieres, er sosialisert inn i rollen som autonom ekspert. Selv om legen, etter Helsepersonelloven § 11, har det medisinske behandlingsansvaret og er den som skal ta beslutninger om behandlingen av den enkelte pasient (Statens Helsetilsyn, 2009), vil god behandling nødvendigvis være et tett samarbeid med andre faggrupper. Vi tror nok at legene deler synet på viktigheten av tverrfaglighet på dette området. Spørsmålet er heller hvordan leger vurderer eget ansvar for å tilrettelegge for denne samhandlingen – hvordan bidrar man til å skape samhandling om samhandlingen? Første bud, slik vi ser det,

⁶ Rapport fra UT for sykehjem Møre og Romsdal. <http://www.utviklingssenter.no/laeringsnettverk-riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem.5384820-185788.html>

må nødvendigvis være at partene faktisk møtes. Betingelsene for slike møter vil videre omhandle både innhold og arena. I dette tilfellet mener prosjektgruppa at læringsnettverket har vært en glimrende arena for å føre sammen de aktuelle partene. Innholdet har vi også reflektert over og stilt oss spørsmål om hvorvidt tilbudet traff målgruppen. Underveis i planleggingen av program for samlingene mottok vi innspill som tyder på at leger etterspør mer konkret faglig innhold. Prosjektgruppa synes det har vært utfordrende å både skape tilstrekkelig rom for gruppeprosesser og samtidig arrangere et konkret og fagrettet kurs. Vi har ansett forbedringsarbeid i team med refleksjon og erfaringsdeling som læringsnettverkets viktigste anliggende. Dette mener vi også i stor grad er oppnådd. Mange uttrykte en takknemlighet over økt bevisstgjøring og at læringsnettverket har etterlatt et viktig påbegynt arbeid ute i kommunene. I diskusjonen rundt årsaker til at så få leger meldte sin interesse, har prosjektgruppa landet på konklusjonen om at en lege burde ha sittet i prosjektgruppa. Legene vet selv best hvor skoen trykker og om eventuelle hensyn som burde vært tatt i denne sammenheng.

Selv om få leger deltok direkte i team har vi inntrykk av at samarbeidet ute i kommunene har fungert greit. Teamene har rapportert om positive leger som har bidratt med samarbeid om både samstemming og LMG. Etter et innlegg av en fastlege på samling 3 fikk vi forståelse for at teamene ble ekstra motiverte til å fortsette arbeidet med å ansvarliggjøre legene i dette arbeidet.

Farmasøyter utgjør en annen viktig faggruppe, og i alt fire farmasøyter deltok i hvert sitt kommuneteam. Selv om ikke farmasøyten var med som deltaker i alle team var det tydelig at avtaler og samarbeid allerede eksisterte i de fleste kommunene. Tre kommuner manglet avtale med tilsynsfarmasøyt og for to av disse resulterte læringsnettverket i en plan om å tilknytte farmasøyt i framtida.

Problematiseringen rundt innhold på samlingene

og utfordringene som deltakerne hadde med å forstå hva læringsnettverket innebar, kan handle om at dette for mange var en ukjent arbeidsform. Sammenlignet med tradisjonelle kurs og fagdager, som gjerne arrangeres for kommunalt ansatte, krevde læringsnettverket i mye større grad aktivitet under og ikke minst mellom samlingene. Forventningene samsvarte dermed ikke med det de møtte på første samling. Her kan også manglende informasjon utgjøre en årsak. Flere sa at de savnet mer informasjon og en tydelighet også fra ledelsen som hadde rekruttert dem til teamarbeidet. Prosjektgruppa hadde inntrykk av at deltakerne ikke hadde fått (eller lest) invitasjonsbrevet som ble stilet til ledere. For mye og for lite informasjon ses som et stadig tilbakevendende tema. Mye av kommunikasjonen med kommunene og deltakerne foregikk via mail. Og informasjonen ble tilsendt alle som ble oppgitt som deltakere (der vi fikk navn og epostadresser). I løpet av perioden skjedde det imidlertid en del utskifting av medlemmer i noen kommuner. I de tilfellene hvor dette ikke ble rapportert til prosjektgruppa fikk nødvendigvis ikke alle den samme informasjonen. Innlevering av statusrapporter og sluttrapporter krevde i flere tilfeller en del purring. Telefonisk kontakt med kommunene kunne også i noen tilfeller være tidkrevende – det kunne være vanskelig å komme i kontakt med rette vedkommende. Dette kunne henge sammen med turnusarbeid og i noen tilfeller sykemeldinger.

Tilbakemeldingene om at det ble gitt i overkant mye informasjon på første samling tas til etterretning. Samtidig tror prosjektgruppa at en viss frustrasjon alltid vil være tilstede når man blir presentert for noe nytt og ukjent. En slik frustrasjon kan kanskje også være nødvendig da den kan utløse kreativitet og problemløsningsevne. På første samling ble det poengtert at det enkelte team – den enkelte kommune – selv var den drivende kraften i dette arbeidet. Teamene måtte selv klargjøre lokale utfordringer og se målsettingen i sammenheng med ressursene de hadde til rådighet. Både gjennomførelsen av og

levedyktigheten til tiltakene ville i stor grad avhenge av dette. Selve introduksjonen av læringsnettverk som arbeidsform og forbedringsarbeid som tema ble gjennomgått på samling¹. Muligens hadde det vært behov for å gjenta eller i enda større grad rette oppmerksomhetene på den prosessen som var forventet å skje i teamene. Vi ser at deltakerne brukte lang tid på å forstå seg selv som «eiere» og drivere av forbedringsarbeidet. Et større fokus på arbeidsformen ville imidlertid fortrenge tid som var tiltenkt på andre tema som også var ansett som vesentlige. En løsning kunne ha vært å utvide læringsnettverket med en fjerde samling. En annen refleksjon omkring dette er at gruppeprosessen kanskje led under at teammedlemmer ble utskiftet. Nye medlemmer måtte da nødvendigvis sette seg inn i prosjektet uten at de hadde fått den innledende informasjonen som ble gitt på samling 1. Gruppeprosessen kan dessuten ha blitt påvirket av antall deltakere i hvert team. Her varierte tallet fra to til sju personer, mens anbefalingen var på tre til fem personer.

Veiledningen var tiltenkt teamene som en hjelp i arbeidsprosessen mellom samlingene. I stedet for å arrangere telefonkonferanser vurderte vi at veiledning ville tilrettelegge bedre for teamenes individuelle behov og utgjøre en mer fleksibel kontakt. Som opplyst om, i kompendiet til alle deltakerne, tok veileder første kontakt. Senere måtte teamet selv ta kontakt og etterspørre veiledning på definerte utfordringer. Responsen på dette var lav. Etter samling 2 inntok derfor veilederne en mer aktiv rolle der de påny tok direkte kontakt med «sin» kommune. Evalueringen er likevel at dette tilbudet ble lite benyttet. Om årsaken var manglende avsatt tid til prosjektet mellom samlingene vet vi ikke. Sju team rapporterte om for lite tid avsatt til prosjektet i sin helhet. Om dette handlet om lite frigitt tid fra ledelseshold er vanskelig å kommentere. Halvparten av kommunen hadde imidlertid avdelingsleder med som teammedlem. Blant de som kommenterte veiledningen i sine sluttrapporter gjaldt dette behov for mer individuell oppfølging med

Extranet. Vi oppfattet at mange hadde problemer med å bruke Extranet og ser at det kunne ha vært nyttig med mer praktisk demonstrering. Det var nok også en svakhet blant medlemmene i prosjektgruppa - at ingen hadde denne kompetansen.

Når vi ser på resultatoppnåelsen i kommunene vurderer vi at delmålet om å starte en innovasjon i den enkelte virksomhet er oppnådd. Ut fra det som kan leses i sluttrapportene er svært mye gjort og viljen til videreføring er tydelig. Gjennomføring av tverrfaglige legemiddelgjennomganger er gjort i stor skala (242 LMG). Det høye tallet på gjennomførte LMG til tross for at dette ikke var nedfelt som en målsetting hos alle kommunene er litt interessant. Sammenhengen mellom definert målsetting og hva som faktisk ble oppnådd ses ikke alltid som samsvarende i helhetsbildet av kommunene. Dette gjelder for så vidt for en del av de andre resultatene også. En tolkning av dette kan være at forbedringsarbeidet ikke nødvendigvis har fulgt trinnene i Demings-sirkel (s. 10), eller at målsettingen ikke har vært reelt styrende for det praktiske arbeidet. Prosjektgruppa har ikke grunnlag for videre spekulering i dette, men synes det er verdt å merke seg at forbedringsarbeid i praksis kanskje ikke alltid følger en skissert teoretisk modell? De tre kommunene som utmerket seg med særlig høyt antall LMG, var også de kommunene som hadde kjennskap til LMG fra før. Forbedringsarbeid tar tid, som kommunene nettopp påpeker!

Arbeidet med læringsnettverket har vært spennende for medlemmene i prosjektgruppa. Erfaringene som er høstet oppsummeres som givende og stimulerende såvel faglig som samarbeidsmessig. Innad i gruppa har vi forsøkt å skape demokratiske prosesser og sett erfaringene som medlemmene fra Verdal og Stjørdal hadde som en uvurderlig ressurs. Det å holde kontakt med kommunene og sørge for god informasjonsflyt har tidvis vært krevende. Hverdagen til turnus-arbeidende klinikere tilsier at tiden og anledningen til å holde seg oppdatert på mail kan være begrenset. Vi har også forståelse for at

«prosjektarbeid» kan oppleves som noe som kommer på toppen av de daglige oppgavene. Forbedringsarbeid er like fullt noe som bør være en del av kulturen – man skal utføre jobben – og man skal jobbe med å gjøre jobben bedre.

Foruten satsning på systematisk kvalitetsarbeid og reduksjon av pasientskader ønsker pasientsikkerhetskampanjen å sette søkelys på brukerperspektivet. Gjennom hele prosessen med å planlegge samlingene har dette vært et tema for prosjektgruppa. Gjentatte forsøk på å skaffe et innlegg fra en brukers/pårørendes perspektiv mislyktes. Vi endte til slutt opp med å ta temaet opp som en inngangsport til diskusjon på siste samling. Vi er usikre på om vi klarte å anspore nok oppmerksomhet på dette. Brukerperspektivet ble ikke nevnt i noen av sluttrapportene fra kommunene.

KONKLUSJON

Læringsnettverket har vært en møteplass for forbedringsarbeid i riktig legemiddelbruk i 11 nordtrønderske kommuner. Innsatsområdets viktighet er tydeliggjort, forbedringsverktøy er formidlet og en prosess er startet. Av målbare resultater konstateres at 242 tverrfaglige legemiddelgjennomganger er utført.

Tverrfaglighet er en klar forutsetning om arbeidet med forbedret legemiddelbruk skal lykkes. Sykepleierne, som representerte den største deltakergruppen, kan ikke gjøre denne jobben alene. De trenger både legens og farmasøytens medvirkning. Læringsnettverket har tilbudt en samhandlingsarena på dette området som kunne vært utnyttet bedre. Samhandlingskultur er ikke noe som må tas for gitt - også det er noe som må læres og arbeides med. Det blir nytteløst å drive med samhandling i ulike «skyttergraver». Tverrfagligheten som læringsnettverket bestrebet burde trolig vært gjenspeilet i sammensetningen av prosjektgruppa. Sykepleier - og farmasøyperspektivet var godt ivaretatt, men legen manglet.

Kommunene som deltok erfarte læringsnettverket som krevende og som noe de brukte lang tid på å forstå. De gjennomgikk en prosess der frustrasjon etter hvert fikk vike for løsningsorientering som resulterte i faktiske resultater. Antagelsen er at et eieforhold til prosjektet utviklet seg og at de forstod at de selv

måtte stå for både framdrift og retning. I motsetning til kjente kursdager krevde læringsnettverket en ny innstilling. Det meste av arbeidet skjedde nettopp mellom samlingene. Tid ble sett som en avgjørende suksessfaktor, og hvor godt prosjektet var forankret i ledelsen spilte trolig en rolle. Travelhet i avdelingen/enheten, sykefravær og vikarproblematikk vil uansett være tilbakevennende utfordringer i klinikernes hverdag. Om kvalitetshevende tiltak skal ha mulighet til å bli noe mer enn bare et prosjekt må nødvendigvis endringene få en plass i de daglige rutinene.

Oppsummert evaluerer prosjektgruppa at læringsnettverket har lyktes i å starte en prosess. Hvor sirkulær denne prosessen har vært, og vil være, vet vi mindre om. Det er vanskelig å danne seg et bilde av hvordan deltakerne har målt, evaluert og korrigert lokale tiltak (jfr. Demings sirkel). Det er heller ikke entydig om målsettingen (som ble skriftliggjort) var reelt styrende. Oppnådde resultater tyder på at tiltakspakkene og kravet om obligatoriske målinger ble oppskrifter som det var enklest å følge.

Prosjektgruppa har inntrykk av at læringsnettverket har tent en gnist og gitt kommunene arbeidsredskap som er oppfattet som nyttige. Stort sett alle sier de har planer for veien videre, selv om de ikke konkret er redegjort for. Hvorvidt læringsnettverket har bidratt til å skape en forskjell som gir seg utslag i varige endringer ute i kommunene gjenstår å se.

LITTERATUR

- Crotty, M., Halbert, J., Rowett, D., Giles, L., Birks, R., Williams, H., & Whitehead, C. (2004) An outreach geriatric medication advisory service in residential aged care: a randomized controlled trial of case conferencing. *Age and Ageing*, 33, 612-617
- Deming, W. E. (1986) *Out of crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Study
- Hanson, E., Andersson, B. A., Magnusson, L., Lidskog, R., & Holm, K. (2002). Information Centre: responding to needs of older people and carers. (Review). *British Journal of Nursing*, 11(14), 935-940
- Heier, K.F., Olsen, V.K., Toverud, E. L., Rognstad, S., Straand J.(2007) Riktig legemiddelopplysninger og farvel til dosettene? *Sykepleien Forskning* 2(3): 166-170
- Helsedirektoratet (2011) Riktig legemiddelbruk til elder pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Forslag til tiltak. IS 1887 <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter/Publikasjoner/riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter.pdf>
- Helsetilsynet (7/2010) Rapport fra Helsetilsynet: Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem 2008-2010.Helsetilsynet

- HOD, Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2012-2013) Meld. St. nr. 10 God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten. <http://www.regjeringen.no/pages/38154897/PDFS/STM201220130010000DDDPDFS.pdf> (23.06.14)
- Kaur S., Mitchell G., Vitetta L., Roberts M.S.(2009) Interventions that can Reduce Inappropriate Prescribing in the Elderly. *Drugs Aging* 26(12); 1013-1038
- Koper, D., Kamenski, G., Flamm, M., Böhmendorfer, B., Sönnichsen, A. (2013) Frequency of medication errors in primary care patients with polypharmacy. *Family Practice*, 30 (3), 313-319
- Kunnskapssenteret (2013) Håndbok i Læringsnettverk. <http://www.kunnskapssenteret.no/h%C3%A5ndbok-i-l%C3%A6ringsnettverk>
- Mannheim B., Ulfarson J., Eklof S. et.al. (2006) Drug related problems and pharmacotherapeutic advisory intervention at a medicine clinic. *European Journal of Pharmacology* 62; 1075-81
- Nishtala, P., S., Hilmer, S., N., McLachlan, A., J., Hannan, P., J. & Chen, T., F. (2009) Impact on residential medication management reviews on drug burden index in age-care homes: a retrospective analysis. *Drugs & Aging*, 26, 677-686
- Ranhoff A.H.(2010). Legemidler til eldre – til nytte og skade. *Norsk Farmasøytisk tidsskrift* nr. 1; 18-19
- Reseptregisteret 2009:2: Reseptregisteret 2004-2008. Folkehelseinstituttet
- Ruths S., Straand J., Nygaard H.A. (2003) Multidisciplinary medication review in nursing home residents: What are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURSE) study. *Quality and safety in Health Care* vol.12 No.3, p 176

- Slabaugh, S., L., Maio, V., Templin, M., Abouzaid, S. (2010) Prevalence and risk of polypharmacy among elderly in an outpatient setting a retrospective cohort study in the Emilia-Romagna region, Italy. *Drugs Aging*, 27, 1019-28
- Sorensen, L., Stokes, J., A., Purdie, D., M., Woodward, M., Elliott, R., & Roberts, M., S. (2004) Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 58(6), 648- 664
- Statens Helsetilsyn (2009) Veileder for tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem. Internserien - 3/2009. https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veileder_tilsyn_legemidellbehandlsykehjem_internserien3_2009.pdf
- Sundar, T. (2005) Bedre rusbehandling – også et medisinsk ansvar. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr.20 (125), 2843
- Topinková, E., Baeyens, J., P., Michel, J.-P., Lang, P.-O. (2012) Evidence-Based Strategies for the Optimization of Pharmacotherapy in Older People. *Drugs & Aging*, 29(6), 477-494
- Verrue, C., Petrovic, M., Mehuys, E., Remon, J., Stichele, R. (2009) Pharmacists' Interventions for Optimization of Medication Use in Nursing Homes: A Systematic Review. *Drugs & Aging*, vol. 26 (1), 37-49
- Vira, T., Colquhoun, M., EtcHELLS, E. (2006) Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care*, 15, 122-6
- Wannebo, W., Sagmo, L. (2013) Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien Forskning* 1, 26- 34
- Winona, S., P., Byles, J., E., Cockburn, J. (2007) Medication review: Patient Selection and General Practitioner`s Report of Drug-Related Problems and Actions Taken in Elderly Australians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 927-934

Zermansky A.G., Petty D.R., Raynor D.K. et. al (2001)
Randomised controlled trial of clinical medication
review by pharmacist of elderly patients receiving
repeat prescriptions in general practice. British
Medical Journal, 323: 1340

VEDLEGG

- Vedlegg 1 Invitasjonsbrev
- Vedlegg 2 Program for samlingene
- Vedlegg 3 Kompendium
- Vedlegg 4 Evalueringsskjema
- Vedlegg 5 Avtale med kommunene

VEDLEGG 1: INVITASJONSBREV



FYLKESMANNEN I
NORD-TRØNDELAG



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nord-Trøndelag



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE



Invitasjon til læringsnettverk for riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag

Fylkesmannen i Nord Trøndelag, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Nord Trøndelag, Høgskolen i Nord Trøndelag og Senter for Omsorgsforskning Midt Norge har den glede å invitere alle kommuner i fylket til å delta i læringsnettverket "Riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten".

Riktig legemiddelbruk er ett av innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» (les mer på www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Verdal kommune og Stjørdal kommune har deltatt i nasjonale læringsnettverk for henholdsvis, sykehjem og hjemmetjenesten, og vil nå spre den gode kunnskapen til de andre kommunene i Fylket.

Læringsnettverket består av 3 samlinger fordelt på 9 måneder, der deltakerne blir introdusert til innsatsområdet, tiltakene, forbedringsverktøy og målemetoder. Teamene skal arbeide med innføring av legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister på sin arbeidsplass. Måloppnåelse og resultat vektlegges.

Alle deltakende kommuner vil i utgangspunktet få plass til 2 team – ett for sykehjem – og ett for hjemmetjenesten. I noen kommuner vil det kanskje være mest hensiktsmessig med ett blandet team.

Teamet bør bestå av 3-5 personer med tverrfaglig sammensetning; lege/tilsynslege/fastlege, sykepleier eller annet helsepersonell med daglig ansvar for legemiddelbruk, farmasøyt og leder. Antall og størrelse på teamene bør vurderes ut fra kommunestørrelsen. Det søkes legeföreningen om godkjenning av samlingene som poenggivende.

Erfaringer viser at et godt resultat er avhengig av at ledelsen engasjerer seg slik at teamet får avsatt tid til å planlegge, gjennomføre og følge opp tiltak som skal settes i gang lokalt. Det forventes derfor at et av teammedlemmene er avdelingsleder/mellomleder/fagkoordinator. Enhetsledere/virksomhetsledere i helse og omsorgstjenesten inviteres til første samling og siste samling som observatører. Dette for å sikre vedvarende resultater og spredning i kommunene.

Øvrige representanter fra ledergruppa ønskes også velkommen til læringsnettverket

Forventet tidsbruk læringsnettverk:

* **Samling 1: Steinkjer – Statens hus, 3.desember 2013**

* Samling 2 og 3: geografisk plassering er ikke avklart, men er tenkt lagt til mars og mai 2014

I tillegg til gjennomgang og undervisning om tiltakspakkene vil profesjonelle foredragsholdere bli innleid til aktuelle tema.

VEDLEGG 2: PROGRAM FOR SAMLINGENE



FYLKESMANNEN I
NORD-TRØNDELAG



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nord-Trøndelag



Senter for
omsorgsforskning
M I D T - N O R G E

Læringsnettverk i riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag

Steinkjer, Statens Hus: 3. desember 2013, kl.10-16

09.30 -10.00: Registrering og kaffe

10.00-10.15: *Velkommen til læringsnettverk!*

Marit Dypdal Kverkild, Fylkeslege i Nord Trøndelag

Praktiske opplysninger

Siri A. Devik, prosjektleder for arbeidsgruppa

10.15 -11.00: *Pasientsikkerhetskampanjen « I trygge hender»*

Maren Schreiner, Kampanjemedarbeider

11.00 -11.15: Pause

11.15-11.35: *Forbedringsarbeid*

Une Lyngsaunet Hallem, Utviklingskoordinator(Helse og osmorgstj, Verdal)

11.35 -12.15: *Erfaringer fra Verdal kommune og Stjørdal kommune*

Edel Nesseemo og Anita Susegg(Verdal),

Inger Lise Fiskvik og Anne Merethe Hernes(Stjørdal)

12.15 -13.00: Lunsj

13.00 -13.45: *Hvordan kan målinger bidra til forbedring?*

Roar Sørensen, seniorrådgiver, Pasientsikkerhetskampanjen

13.50 -14.35: *Tverrfaglig samarbeid for å sikre riktig legemiddelbruk*

Morten Finckenhagen, overlege, spesialist

13.50 -14.35: Opplæring av måleansvarlige(**Parallellsesjon**)

Roar Sørensen

14.35 -14.50: Pause, kaffe & frukt

14.50 -15.45: *Innledning til teamarbeid* (Inger Lise Fiskvik og Anne Merethe Hernes)

15.45 -16.00: *Oppsummering og avslutning*(Siri A. Devik)



FYLKESMANNEN I
NORD-TRØNDELAG



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nord-Trøndelag



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE

Læringsnettverk i riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag

Steinkjer, Hint: 11.mars, Bygg C, kl.10-16

09.30 -10.00: Registrering og kaffe

10.00-10.15: *Velkommen!*

Praktiske opplysninger

Siri A. Devik, prosjektleder for arbeidsgruppa

10.15 -11.15: *Hvorfor er legemiddelgjennomgang hos eldre viktig?*

Hege Therese Bell, farmasøyt og stipendiat(Hint)

11.15 -11.30: Pause

11.30 -12.15: *Erfaringsutveksling på tvers av teamene*

12.15 -13.00: *Lunsj*

13.00 -13.45: *Erfaringsutveksling forts*

13.45 -14.00: Pause

14.00 -14.45: *Dokumentasjon i Profil*

Lena Nordstrøm, systemansvarlig for Profil, Stjørdal kommune

14.45 -15.00: Pause, kaffe & frukt

15.00 -15.45: *Teamarbeid*

15.45 -16.00: *Oppsummering og avslutning*(Siri A. Devik)



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nord-Trøndelag



HINT



FYLKESMANNEN I
NORD-TRØNDELAG



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE

Læringsnettverk i riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag

Steinkjer, Hint: 3.juni, Bygg C, kl.09.45 – 15.30

09.30 -09.45: Registrering og kaffe

09.45 -10.00: *Velkommen! Praktiske opplysninger*

Siri A. Devik

10.00 -10.45: *De ulike perspektiver ved legemiddelgjennomgang*

Hege Therese Bell/Siri A. Devik

10.45 -10.55: *Pause*

10.55 -12.00: *Presentasjon av team-arbeidet i kommunene*

Kommunene blir inndelt i 2 grupper

12 – 12.45: *Lunsj*

12.45 – 13.30: *Veien videre... spredning i egen kommune*

Inger Lise Fiskvik

13.30 – 14.00: Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjekt

Wenche Wannebo, stipendiat/Høgskolelektor, Hint

14.00 – 14.10: *Pause*

14.10 – 14.45: *Teamarbeid med leder – Plan for videre spredning i egen kommune*

14.45 – 15.15: *«Selvfølgelig er fastlegene med» - Samarbeid mellom fastlegen og primærhelsetjenesten*

Leif Edvard Muruvik Vonen, kommunelege i Stjørdal

15.15 -15.30: Oppsummering og avslutning

VEDLEGG 3: KOMPENDIUM



FYLKESMANNEN I
NORD-TRØNDELAG



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nord-Trøndelag

RIKTIG LEGEMIDDELBRUK I HJEMMETJENESTE OG SYKEHJEM

Kompendium til forbedringsteam i læringsnettverk desember 2013



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE

Kompendium, læringsnettverk Nord-Trøndelag, desember 2013 – mai 2014

Innholdsfortegnelse

RIKTIG LEGEMIDDELBRUK I HJEMMETJENESTE OG SYKEHJEM	1
VELKOMMEN TIL LÆRINGSNETTVERK.....	3
HVA ER ET LÆRINGSNETTVERK?.....	3
HVA GÅR DET UT PÅ?.....	3
SKAL ALLE TENKE LIKT OG NÅ SAMME MÅL?	3
HVA SKAL TIL FOR Å LYKKE?.....	3
HVORFOR DELTA?.....	3
KRAV TIL MÅLFORMLERINGER	5
SPESIFIKT	5
MÅLBART.....	5
ANSPORENDE.....	5
REALISTISK.....	5
TIDSBESTEMT	5
ENIGHET	5
IMPLEMENTERINGSPLAN FOR TILTAKSPAKKEN.....	6
STATUSRAPPORT	7
SLUTTRAPPORT	8
VEILEDNING	9
NYTTIGE BEGREPSAVKLARINGER I LÆRINGSNETTVERKET.....	10
SAMSTEMMING	10
LEGEMIDDELJENNOMGANG (LMG).....	10
LEGEMIDDELRELATERTE PROBLEMER (LRP).....	10
MONITORERING.....	10
TILTAKSPAKKENE	10
MÅLINGER	10
EXTRANET	10

Velkommen til læringsnettverk

Hva er et læringsnettverk?

Læringsnettverk er en internasjonalt anerkjent metode for å lykkes med forbedringsprosjekter i medisinsk praksis. Konseptet er opprinnelig utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, og har i USA og flere andre land, bl.a Norge, med hell vært anvendt på en rekke medisinske områder. I dette kompendiet har vi tilpasset konseptet til den norske pasientsikkerhetskampanjen.

Hva går det ut på?

Et læringsnettverk består normalt av totalt tre samlinger som er spredt over 7 måneder. Deltakende tam planlegger endringsarbeidet på samlingene, og jobber med å iverksette dem mellom samlingene.

Læringsnettverk baserer seg på enkle prinsipper. Det involverer elementer som vi vet vekker arbeidsinnsats, entusiasme og effektivitet for å løse et problem. Elementene er for eksempel direkte eierskap til problemet, påvirkningsmulighet, fellesskap, konkurranseånd, resultatmåling, ytre press, sekundering, veiledning og støtte.

Læringsnettverket bygger disse faktorene inn i en strukturert, fastlagt ramme, hvor hver aktivitet kommer på rett plass og til rett tid. Dette innebærer fastlagte arbeidsformer, tidsfrister, innsending av rapporter, og ikke minst deltakelse på de tre læringsnettverksamlingene (LN1, LN2 og LN3). De ytre rammene er lagt for å fremme effektivitet og resultater, og må følges for at metoden skal fungere.

Skal alle tenke likt og nå samme mål?

Tema for dette læringsnettverket er samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjeneste og sykehjem. Med erfaringer fra gjennomførte piloter og egne læringsnettverk foreligger nå tiltakspakke og forslag til målinger. Hvordan teamene innfører tiltakene i daglig klinisk praksis, planlegger teamet sammen på samlingene – og tester mellom samlingene. På den måten får hver enkelt, og teamet som helhet, et eierforhold til utfordringene, endringsarbeidet, målingene og sluttproduktet. At team fra flere kommuner – og fra både hjemmetjeneste og sykehjem deltar og utveksler erfaringer, gir også økt inspirasjon og læringsmuligheter.

Hva skal til for å lykkes?

Vi må ha realistiske forestillinger om hva vi er i gang med. Endringsarbeid innen et så komplekst felt som helsetjenester er ikke noe som gjøres med venstre hånd. For å lykkes med å innføre forbedringstiltak må man være innstilt på å sette av tid og ressurser. Prosjektet har derfor, som nevnt en god del faste rammer, som tidsfrister, innlevering av arbeidsoppgaver etc.

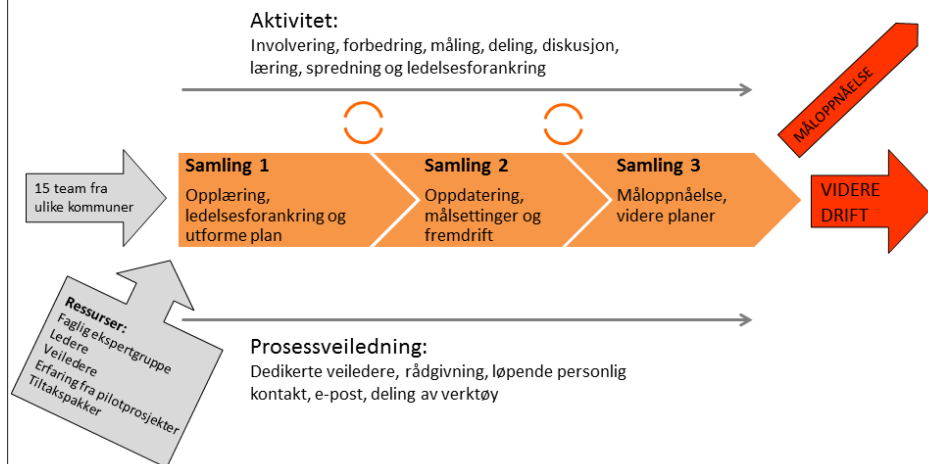
Hvorfor delta?

Ved å delta i læringsnettverket vil du og teamet ditt få kjennskap til anerkjente og effektive metoder for å oppnå endring og forbedring i det daglige arbeidet. Dere vil bli introdusert til målemetoder og teknikker, få innsikt i forbedringsmodellen, og ikke minst prøve ut konkrete tiltak og følge forbedringene i egen virksomhet. Læringsnettverket vil også kunne gi et nettverk av kollegaer fra hele Nord-Trøndelag, som jobber med de samme utfordringene i egen kommune. Disse vil kunne bidra som verdifulle diskusjonspartnere både ei løpet av læringsnettverket – og senere.

Læringsnettverk

I TRYGGE HENDER 24/7
 Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

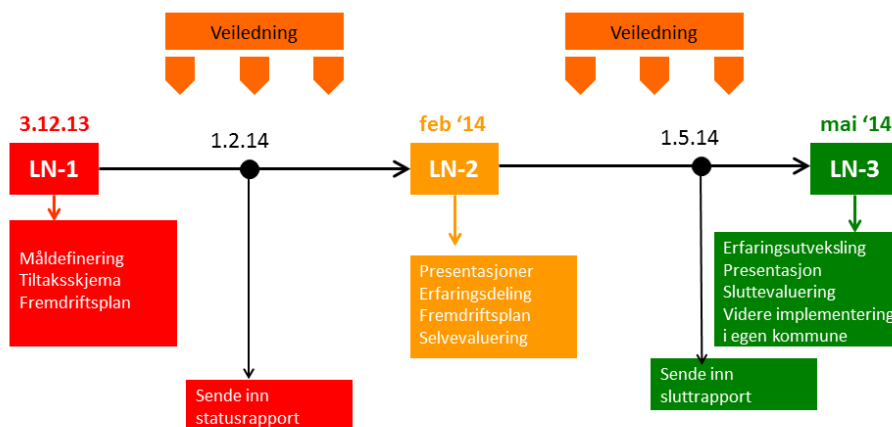
En metode for å spre forbedringsarbeid i helsetjenesten



Tidsplan for læringsnettverk (LN)

Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjeneste og sykehjem

I TRYGGE HENDER 24/7
 Nasjonal pasientsikkerhetskampanje



Kompendium, læringsnettverk Nord-Trøndelag, desember 2013 – mai 2014

Krav til målsetting

Spesifikt

Klar, konkret, entydig, tallfestet angivelse av forventet resultat

Målbart

Man skal kunne vite når målet er oppnådd

Ansporende

Være utfordrende, gi mulighet for egenutvikling, inspirere til nyteknning

Realistisk

Oppnåelig i forhold til andre oppgaver og ressurser

Tidsbestemt

Angi når resultatet skal være nådd

Enighet

Enighet om målet, forankring i gruppa og hos problemeier

Målsetting for tiltakspakken

Skjemaet fylles ut av teamet i hver av samlingene og levers på slutten av dagen. Dere mottar kopi på e-post i etterkant av samlingen.

- Samling i februar Samling i mai

Deltagende enhet	
Teamleder/E-post	
Teamets mål	
Målinger på Extranet	<ul style="list-style-type: none"> • Andel pasienter med dokumentert samstemning av legemiddelliste mellom pasient, fastlege og hjemmetjeneste (valgfritt sykehjem) • Andel pasienter med dokumentert utført tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang etter rutine • Andel legemidler med indikasjon oppført bak forskrivningen • Andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddelbehandling i EPJ

Område	Utfordring hos oss:	Ressurser hos oss:	Hva skal gjøres?	Hvem skal gjøre det?	Når skal det gjøres?					
					Desember	Januar	Februar	Mars	April	Mai

Statusrapport frist 1. Februar 2014

Deltakende enhet:	
Gruppeleder:	
Måleansvarlig:	
Gruppemedlemmer:	
Veileder:	

Statusrapporten skal være på maks 3 sider inkludert grafer (extranet). Rapporten skal være en sammenfatning av gruppens arbeid og gi anledning til refleksjon over det som er gjort til nå.

Beskrivelse av enheten:

(Type avdeling, antall sengeplasser/brukere, antall stillinger for leger, pleiepersonale, sekretær osv. – maks 5 linjer):

- **Plan: (Redegjør for mål, målinger og planer)**
 - Hva er hensikten med den endringen som skal prøves ut? Beskriv kort hvorfor dette målet ble valgt, og hvordan dere i planleggingsfasen tenker å nå målet.
 - Vil målingene dere gjør vise ei hvilken grad dere når målet?
 - Ansvarsfordeling: Hvem gjør hva, hvor, hvordan og når?

- **Do: (Beskriv hva som har skjedd så langt)**
 - Hvilke tiltak ble iverksatt?
 - Har dere prøvd ut forbedringene i liten skala før dere innførte dem overalt? Fortell kort hvordan det gikk.
 - Hendte det noe uforutsett da dere prøvde ut/innførte forbedringene?

- **Study: (Redegjør for og tolk registrerte data. Bruk grafiske fremstillinger)**
 - Gi en grafisk fremstilling av målingene over tid ved å skille på baseline og tiden etter at endring er innført. Nevn målgruppe, og eksklusjons- og inklusjonskriterier
 - Har dere gjennomført endring av arbeidsmåter som har ført til forbedringer? Hva viser målingene? Er resultatet blitt annerledes enn dere antok?
 - Hva har dere lært av de erfaringene og målingene dere har gjort så langt?

- **Act: (Hvilke konsekvenser får resultatene av arbeidet så langt?)**
 - Hva vil dere korrigere i veien videre? Skal tiltakene beholdes og videreføres eller forkastes? Er det spesielle hindringer dere må ta hensyn til?
 - Finnes det ressurser – personer eller annet – som kan fremme selve endringsarbeidet?
 - Hvilke andre tiltak skal prøves?
 -

- **Hva har dere lært så langt?**
 - Muligheter og barrierer i arbeidet med forbedringsprosesser på arbeidsplassen?
 - Hva har dere lært om forbedringsarbeid?
 - På hvilke fagområder ser dere behov for kompetanseutvikling?
 - Prioriterte innsatsområder frem til neste rapport?

Statusrapporten sendes innen på e-post til:

Siri.a.devik@hint.no

Sluttrapport frist 1. Mai 2014

Deltakende enhet:	
Gruppeleder:	
Måleansvarlig:	
Gruppemedlemmer:	
Veileder:	

Statusrapporten skal være på maks 3 sider inkludert grafer (extranet). Rapporten skal være en sammenfatning av gruppens arbeid og gi anledning til refleksjon over det som er gjort til nå.

Beskrivelse av enheten:

(Type avdeling, antall sengeplasser/brukere, antall stillinger for leger, pleiepersonale, sekretær osv. – maks 5 linjer):

- **Bakgrunn og hensikt: (Redegjør for mål, målinger og planer)**
 - Hva var hensikten med den endringen som skulle prøves ut? Beskriv kort hvorfor dette målet ble valgt, og hvordan dere i planleggingsfasen tenkte å nå målet?
- **Metode og tiltak: (Beskriv hva som er gjort. Bruk også grafiske fremstillinger)**
 - Beskriv rammer og vilkår for teamets arbeid i prosjektperioden (For eksempel hyppigheten og tid til teammøter, fristilling av personale). Har det blitt vesentlige endringer i organisasjonen i prosjektperioden (For eksempel personale, bruk av tid og andre ressurser)?
 - Hvilke tiltak ble iverksatt?
 - Ble forbedringene prøvd ut i liten skala før dere innførte dem overalt? Fortell kort hvordan det gikk.
 - Hendte det noe uforutsett da dere prøvde ut/innførte forbedringene?
 - Gi en grafisk fremstilling av målingene over tid ved å skille på baseline og tiden etter at endring er innført. Nevn målgruppe, og eksklusjons- og inklusjonskriterier.
- **Resultat: (Beskriv resultatene av prosjektet, både målinger og andre resultater dere har observert).**
 - Har dere gjennomført endring av arbeidsmåter som har ført til forbedringer? Hva viser målingene? Er resultatet blitt annerledes enn dere antok?
 - Hva har dere lært av de erfaringene og målingene dere har gjort så langt?
 - Hva har dere lært om forbedringsarbeid og behovet for fagkompetanse?
 - Hva har vært mest givende og mest vanskelig ved å arbeide med forbedringskunnskap?
 - Hva er deres samlede erfaringer med Læringsnettverksmetoden?
- **Veien videre: (Beskriv en plan for videre kvalitetsarbeid)**
 - Hva vil dere korrigere i veien videre? Skal tiltakene beholdes og videreføres eller forkastes? Er det spesielle hindringer dere må ta hensyn til?
 - Finnes det ressurser – personer eller annet – som kan fremme selve endringsarbeidet?
 - Muligheter og barrierer i arbeidet med forbedringsprosesser på arbeidsplassen?
 - På hvilke fagområder ser dere behov for kompetanseutvikling?

Statusrapporten sendes innen på e-post til: Siri.a.devik@hint.no

Kompendium, læringsnettverk Nord-Trøndelag, desember 2013 – mai 2014

Veiledning

Hvert enkelt team får tildelt en veileder som selv har deltatt i nasjonalt læringsnettverk. Alle teamene får møte veileder på første samling.

Veiledning mellom samlingene

- i utgangspunktet 2 kontakter mellom samlingene
- veileder tar første kontakt
- teamet må klargjøre hva de ønsker veiledning på (problemdefinering)
- kontakt kan skje både på telefon og mail

Kommune	Veileder	epost/telefon
Stjørdal	Inger Lise Fiskvik	inger.lise.fiskvik@stjordal.kommune.no/95160334
Leksvik	Inger Lise Fiskvik	inger.lise.fiskvik@stjordal.kommune.no/95160334
Frosta	Tone Sæther	tone.saether@stjordal.kommune.no/90589550
Meråker	Lena Jovik	lena.jovik@verdal.kommune.no/74048481
Verdal	Edel Nesseemo	edel.nesseemo@verdal.kommune.no/74048416
Inderøy	Edel Nesseemo	edel.nesseemo@verdal.kommune.no/74048416
Snåsa	Anita Susegg	anita.susegg@verdal.kommune.no/74048462/74048450
Namdalseid	Anita Susegg	anita.susegg@verdal.kommune.no/74048462/74048450
Flatanger	Hilde N. Bratli	hilde.nordseth.bratli@verdal.kommune.no/74048420
Verran	Hilde N. Bratli	hilde.nordseth.bratli@verdal.kommune.no/74048420
Høylandet	Lena Jovik	lena.jovik@verdal.kommune.no/74048481
Lierne	Anne M. Hernes	anne.merethe.hernes@stjordal.kommune.no/98848603
Røyrvik	Anne M. Hernes	anne.merethe.hernes@stjordal.kommune.no/98848603

Nyttige begrepsavklaringer i læringsnettverket

Samstemming

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har valgt å ta utgangspunkt i WHO's definisjon for samstemming av legemiddellister og har med utgangspunkt i dette laget en norsk definisjon som lyder slik:

"Legemiddelsamstemming er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten skal sikre overføring av korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddelbruk."

Legemiddelgjennomgang (LMG)

Legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet. Selve legemiddelgjennomgangen kan gjøres av behandlende lege alene, eller i tverrfaglige team der behandlende lege er en del av teamet. Legen er ansvarlig for den endelige beslutning om videre legemiddelbehandling for pasienten. Legemiddelgjennomganger skal baseres på en samstemt legemiddelliste fra aktuelle behandlingsnivå samt relevante kliniske opplysninger (1).

Legemiddelrelaterte problemer (LRP)

Legemiddelrelaterte problemer er en hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling og som reelt eller potensielt interferer med ønsket helseeffekt. Med potensielt problem menes forhold som kan forårsake legemiddelrelatert sykkelighet eller død dersom man unnlater å følge opp, mens et reelt problem allerede manifesterer seg med tegn og symptomer (2).

Monitorering

Monitorering er fortløpende registrering av data som samles inn, som å observere virkning/bivirkning ved bruk av blodtryksmåling, observasjon av hud, pust med mer.

Tiltakspakkene

Tiltakspakkene består overordnet sett av de fire-fem viktigste kunnskapsbaserte tiltakene for å forebygge risiko for skade innen bestemte fagområder.

Målinger

Målinger er de tall og fakta som dere observerer og samler inn etter hvert som dere jobber. Målingene settes inn i tabeller og grafer for å synliggjøre resultatene på en oversiktlig måte (kampanjen tilbyr et enkelt datasystem kalt Extranet).

Extranet

Extranet er pasientsikkerhetskampanjens nettbaserte database hvor alle enheter som deltar i kampanjen får tildelt egen teamhjemmeside der man kan registrere målingene sine. I tillegg til at Extranet fungerer som et dokumentasjonsverktøy gir systemet også tilgang til statistisk prosesskontroll (SPC), et statistikkverktøy utviklet for forbedringsarbeid.

Annen informasjon:

Nyttige nettsider:

- www.pasientsikkerhetskampanjen.no
- Her kan dere gå inn og velge fanen ”Riktig legemiddelbruk i sykehjem” eller ” Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten” hvor dere finner mer informasjon om:
 - Tiltakspakken
 - Sjekkliste for legemiddelgjennomgang
 - Sjekkliste for samstemming (kun på hjemmesykepleiesiden)
 - START og STOPP-kriteriene
 - Erfaringer fra andre nettverk
- <http://omsorgsforskning-midt.no>
 - Her finner dere egen lenke til læringsnettverket vårt i Nord-Trøndelag

Kontaktinformasjon prosjektgruppa:

Funksjon	Navn	Kontaktinfo
Leder/ sykepleier	Siri Devik	Siri.a.devik@hint.no 473 70 814
Hjemmetjeneste/sykepleier	Inger Lise Fiskvik	Inger.lise.fiskvik@stjordal.kommune.no 951 60 334
Hjemmetjeneste/vernepleier	Anne Merethe Hernes	Anne.merethe.hernes@stjordal.kommune.no 988 48 603
Sykehjem/sykepleier	Anita Susegg	Anita.susegg@verdal.kommune.no 74 04 84 62/74 04 84 50
Sykehjem/sykepleier	Edel Nesseemo	Edel.nesseemo@verdal.kommune.no 74 04 84 16
Farmasøyt Legemiddelgjennomganger Legemiddelsamstemming	Hege Therese Bell	Hege.t.bell@hint.no 920 80 915

Referanser:

1. Nasjonal veileder om legemiddelgjennomganger. In: Helsedirektoratet, editor. 2012.
2. Ruths S VK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2007;127:3073-76.

VEDLEGG 4: EVALUERINGSSKJEMA

I TRYGGE HENDER 24/7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

Evalueringsskjema

Nevn tre ting du har vært fornøyd med

- _____
- _____
- _____

Nevn tre ting vi kan forbedre

- _____
- _____
- _____

Hvilket utbytte synes du at du har hatt av deltakelsen i læringsnettverket?

- _____
- _____
- _____
- _____

Takk for dine tilbakemeldinger!

VEDLEGG 5: AVTALE MED KOMMUNENE



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Nord-Trøndelag



FYLKESMANNEN I
NORD-TRØNDELAG



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE



HINT
HOOGSKOLEN I NORD-TRØNDELAG

Vedlagte avtale skal underskrives og sendes per post til Siri A. Devik Høgskolen i Nord Trøndelag, Finn Christensens veg 1, 7800 Namsos eller skannes og sendes per epost til: Siri.a.devik@hint.no

Avtale om deltagelse i læringsnettverket for innsatsområdet «Riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten»

Denne avtalen inngås mellom virksomhetsleder/enhetsleder eller avdelingsleder, ved aktuelt arbeidssted i deltagende kommune og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenesten

_____ kommune forplikter seg med dette til å støtte oppunder arbeidet med læringsnettverk i Riktig legemiddelbruk i sykehjem. Det innebærer følgende:

- Påse at deltakere i teamet stiller på alle tre samlingene
- At teammedlemmene får avsatt tid til å jobbe med implementering i egen avdeling samt spredning i kommunen.

Deltakere i teamet: _____ (kontaktperson)

Dato:

Avdelingsleder

Virksomhets/enhetsleder

Utviklingssenter for sykehjem, Utviklingssenter for hjemmetjenesten i Nord Trøndelag



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Nord-Trøndelag

Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 9/2014
www.omsorgsforskning.no