



# Bacheloroppgave

**SY300215 Bacheloroppgave i sykepleie**

**Legemiddelgjennomgang i sykehjem**

**Medication reviews in nursing homes**

**Kandidatnummer: 10002 og 10003**

**Totalt antall ord:7861**

**Antall sider inkludert forsiden: 50**

**Hovedveileder: Rigmor E. Alnes**

**Innlevert Ålesund, 22.05.2018**

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: 1. ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. 2. ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. 3. ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. 4. har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. 5. ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <b>betrakte som fusk</b> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 22.05.2018

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Sykehjemspasienter behandles med mange legemidler samtidig. En legemiddelgjennomgang gir bedre kvalitet i behandlingen og øker pasientsikkerheten. Det er nødvendig å identifisere de riktige pasientene, innhente nødvendig pasientinformasjon, vurdere pasient og legemiddelbruk, identifisere legemiddelrelaterte problemer, foreslå tiltak og følge opp gjennom handling og dokumentasjon. **Hensikt:** I hvilken grad har leger og sykepleiere ved sykehjem tatt i bruk denne systematikken for å ivareta pasientsikkerheten. **Problemstilling:** Blir legemiddelgjennomganger og oppfølging basert på disse utført i tråd med intensjonene i pasientsikkerhetsprogrammet? **Metode:** Kvalitativ studie utført med enkelt casesdesign, ved et sykehjem, i gjennomføringen av legemiddelgjennomgang hos tre langtidspasienter. Data ble innhentet fra pasientenes journal. **Resultat:** En bevisstgjøring omkring rollefordeling ved utførelse av legemiddelgjennomgang, stabilt personale, fokus på god dokumentasjon, god intern opplæring i rutiner, tverrfaglig samarbeid og en bevisstgjøring omkring bruken av beroligende medikamenter, er avgjørende faktorer for at legemiddelgjennomgang gjennomføres med god kvalitet. **Konklusjon:** Sykepleiere og leger ved sykehjemmet har påbegynt et systematisk arbeid for å bedre pasientsikkerheten, men det kreves ytterligere fokus for å optimalisere kvaliteten slik at denne blir formålstjenlig. Legemiddelgjennomgang blir noen ganger utført i tråd med intensjonene i pasientsikkerhetsprogrammet. Sjekklisten blir anvendt og rutineene fulgt, men i varierende grad. For å bedre pasientsikkerheten kreves det ytterligere fokus på dokumentasjonsplikten, og økt bevissthet knyttet til langvarig bruk av beroligende legemidler. Det bør tilstrebes en god organisatorisk kultur for tverrfaglig samarbeid, og en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom lege, sykepleier og farmasøyt. Stabilitet i personalgruppen, samt en fast ansatt sykehjemslege og farmasøyt kan bidra til å skape kontinuitet i arbeidet.

## Abstract

**Background:** Nursing home patients are on multiple medications. A medication review provides quality in treatment and increases patient safety. It is crucial to identify the correct patients, obtain the necessary patient information, assess patient and drug use, identify drug-related problems, propose measures, and follow these through action and documentation. **Objective:** Assess the extent to which doctors and nurses at nursing homes use medication review to ensure patient safety. **Topic:** Are drug reviews and follow-up based on these performed in accordance with the intentions of the Norwegian patient safety program? **Method:** A qualitative study with case design. Studying a nursing home in the implementation of drug review of three long-term patients. Data was collected from documentation in the patient's journal. **Result:** Conscious awareness of role distribution in implementing medication review, stable staff, focus on good documentation, good internship training in routines, interdisciplinary collaboration and awareness of the use of sedative medications are crucial factors for carrying out medication review with good quality. **Conclusion:** Nurses and doctors at the nursing home have begun a systematic pursuit to improve patient safety. Further focus is needed to optimize quality to be appropriate. Medication reviews are sometimes performed in accordance with the intentions of the Norwegian patient safety program. The checklist is used, and the routines are followed, but to varying degrees. In order to strengthen efforts to improve patient safety, further focus is required on the obligation to document. Increased awareness of long-term use of antipsychotics and opioid drugs is crucial. Good organizational culture for interdisciplinary cooperation, a clear division of roles and responsibilities between the doctor, nurse and pharmacist should be sought. Stability in staff, as well as a permanent physician and pharmacist can create continuity in the process.

## Forord

Denne studien er utarbeidet i forbindelse med avslutningen av Bachelor studiet i sykepleie ved NTNU i Ålesund. Vi snart i mål med grunnutdanningen og kan ta fatt på læringen som sykepleiere. Det har vært en spennende tid.

En stor takk til hovedveileder Rigmor E. Alnes og til biveileder Marianne Frilund. Dere har inspirert oss, bidratt til konstruktive diskusjoner og løftet oss videre når vi har hatt behov for det. Vi vil også takke Torill Skorpen for god hjelp, nyttige tips og gjennomlesing. Kari Blindheim har gitt oss innspill i seminar og fortjener en takk.

Arbeidet med oppgaven har vært utfordrende, lærerikt og svært interessant for oss. Det har vært krevende å drive forskning på dette nivået, og jobben har vært større enn vi forestilte oss. Vi er likevel svært tilfreds med å bli plukket ut til å være blant de seks første bachelorstudenter som leverer en empirisk bacheloroppgave ved NTNU Ålesund. Vi takker også våre medstudenter som har bidratt som opponenter med støtte og kritikk.

En stor takk til institusjonen som har gitt oss mulighet til å gjennomføre denne studien. Vi setter pris på samarbeidet! Vi vil gjerne også takke alle pasienter og pårørende som har gitt oss tilgang til journalene sine.

Sist men ikke minst må vi rette en takk til våre familier som har støttet oss og gitt oss rom til å være studenter gjennom tre år. Det har nok vært en krevende tid også for dere.

Ålesund, mai 2018.

*“Let whoever is in charge keep this simple question in her head (not, how can I always do this right thing myself, but) how can I provide for this right thing to be always done?”*

Florence Nightingale

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Forord</b> .....	<b>iii</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Valg av tema og studiens hensikt.....	2
1.2 Problemstilling .....	3
1.3 Definisjon av sentrale begrep.....	3
1.3.1 Legemiddelgjennomgang .....	3
1.3.2 Legemiddelrelaterte problemer.....	3
1.3.3 START – STOPP verktøyene .....	4
1.3.4 Polyfarmasi .....	4
1.3.5 Multisyke pasienter .....	4
<b>2. Teorigrunnlag</b> .....	<b>5</b>
2.1 Retningslinjer fra pasientsikkerhetsprogrammet.....	5
2.2 Eldre og legemidler .....	7
2.3 Legemiddelrelaterte problemer og pasientskade.....	8
2.4 Dokumentasjon .....	9
2.5 Kontinuerlig forbedring og kvalitet .....	10
<b>3. Metode</b> .....	<b>12</b>
3.1 Metodisk tilnærming .....	12
3.1.1 Case 1.....	12
3.1.2 Case 2.....	13
3.1.3 Case 3.....	13
3.1.4 Sykehjemmets rutiner og casedesign.....	13
3.2 Utvalg .....	13
3.3 Etikk .....	14
3.4 Datainnsamling .....	15
3.5 Dataanalyse .....	17
<b>4. Funn</b> .....	<b>18</b>
4.1 Funn i hvert enkelt Case.....	18
4.1.1 Case 1.....	18
4.1.2 Case 2.....	20
4.1.3 Case 3.....	22
4.2 Funn samlet, basert på alle tre case.....	23
<b>5. Tolking og kritisk gransking</b> .....	<b>25</b>
<b>6. Diskusjon</b> .....	<b>26</b>
6.1 Uklar rollefordeling og viktighet av stabilt personale.....	26
6.2 Bevisstgjøring omkring medisinerings .....	27
6.3 Gode interne rutiner og kompetanseheving .....	28
6.4 Tydeliggjøring av dokumentasjonsplikten.....	29
6.5 Arbeid og kompetanse på tvers av profesjoner .....	30
<b>7. Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>Litteratur</b> .....	<b>33</b>
<b>Figurer</b> .....	<b>38</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>40</b>

# 1. Innledning

Pasientsikkerhet kom som ny helsedisiplin på 1990-tallet med målsetting om å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten. Dette gjøres ved å rapportere, analysere og forhindre feil som fører til negative konsekvenser for pasientene (Måløy, Nygård og Eines, 2017).

Eldre (over 65 år) står for nesten halvparten av den totale legemiddelbruken, til tross for at de utgjør 15% av befolkningen. Risiko for feilmedisinering øker i takt med antall legemidler (Helsedirektoratet, 2017). Kartlegging viser at 12% av pasientskadene skyldes feil legemiddelbruk (St. meld. nr. 10 (2012-2013), s. 32). Ingen vet nøyaktig hvor mange pasienter som skades eller dør på grunn av uheldig legemiddelbruk, men det er rimelig å tro at omtrent halvparten av legemiddelskadene kan forebygges (Finckenhagen m.fl., 2014). I norsk sammenheng har arbeidet med pasientsikkerhet vært knyttet til kampanjen «I trygge hender 24-7», med status som eget program i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Orvik, 2015, s. 73). Hensikten med pasientsikkerhetsprogrammet er å redusere svikt i behandlingen innen de ulike feltene i helsetjenesten. Feil bruk av legemidler fører til mange unødige lidelser hvert år. Avvik i legemiddelbehandling kan bestå av feil i oversikten over pasientens medisiner, svikt i kommunikasjon mellom behandlere og manglende oppfølging av helsetjenesten. Dette kan føre til at pasientene får feil type legemiddel, for få, for mange, feil dose, eller kombinasjoner som fører til skade (Helsedirektoratet, 2017). Konsekvensene av legemiddelfeil kan i verste fall være dødelige (Nordeng, 2014, s. 37; Thiruchelvam mfl, 2017; Reeve mfl, 2017).

I St. Meld. 16 (2010– 2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan ble det anbefalt å gjøre legemiddelgjennomganger systematisk i sykehjem (St. meld. nr. 28 (2014-2015), s. 51). Målet med en legemiddelgjennomgang er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres. Legemiddelgjennomgang er spesielt aktuelt for pasienter som er multisyke og dermed bruker mange legemidler, eller der hvor man mistenker at pasienten har symptomer som kan skyldes legemidler/legemiddelrelaterte problemer (Engh mfl, 2017). Helsedirektoratet ferdigstilte i 2012, og oppdaterte i 2015, en nasjonal veileder for legemiddelgjennomgang.



Denne ble implementert gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammets tiltak for riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste. Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet laget i 2014 en sjekkliste til bruk ved legemiddelgjennomgang. Sjekklisten er et praktisk verktøy i forberedelsen og gjennomføringen. En legemiddelgjennomgang forutsetter at det finnes en korrekt liste over pasientens legemidler i bruk (St. meld. nr. 28 (2014-2015), s. 51).

## **1.1 Valg av tema og studiens hensikt**

God kvalitet ved legemiddelbehandling innebærer best mulig effekt, færrest mulig bivirkninger og at pasienten mestrer livet med behandling. Dette forutsetter at pasientsikkerheten er ivaretatt og innebærer at pasienter ikke blir unødig skadet ved bruk av legemidler. En legemiddelgjennomgang gir bedre kvalitet i behandlingen, økt pasientsikkerhet, bedre helse for pasienten, og kan føre til færre sykehusinnleggelses. Regjeringen har forskriftsfestet plikt ovenfor kommunene til å sørge for systematiske legemiddelgjennomganger for pasienter i sykehjem (St. meld nr. 28 (2014-2015), s. 13-14). I samråd med legen, har sykepleiere en sentral funksjon i sykehjem relatert til administrering og oppfølging av pasienters legemiddelbehandling. Tilsynsrapporter og erfaringer fra praksis tilsier at dette samarbeidet er sårbart. Kvaliteten på legemiddelbehandlingen er i stor grad avhengig av tilgang til legeressurser. Samarbeid med pasient og pårørende, sykepleierens kompetanse i oppfølging av forskrivning, observasjoner av effekt og eventuelle bivirkninger er også av betydning (Bostrøm, 2011, s. 5). I henhold til yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, samt bidrar til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidsstedet (Norsk Sykepleieforbund, 2011, s. 8-10). Sykepleiere bør være på vakt ovenfor legemiddelrelaterte problemer hos risikogrupper, eksempelvis eldre pasienter som bruker mange legemidler (Nordeng, 2014, s. 36). Helsepersonelloven (1999, §4) slår fast at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet. Dette ser vi igjen i velgjørhetsprinsippet hvor tanken om å både ville, og etter beste evne, gjøre det beste for pasienten (Nordtvedt, 2016, s. 96).

Virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter med langtidsopphold i sykehjem, både ved innkomst og minst en gang årlig. Utover dette skal

legemiddelgjennomganger utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling (Forskrift om legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten, 2008, §5a).

Vi er opptatt av at sykehjem leverer høy faglig kvalitet i sine tjenester og ønsker derfor å studere hvor langt dette arbeidet har kommet. Hensikten med denne studien er å kartlegge i hvilken grad leger og sykepleiere ved et utvalgt sykehjem har tatt i bruk denne systematikken for å ivareta pasientsikkerheten.

## **1.2 Problemstilling**

Bli legemiddelgjennomganger og oppfølging basert på disse utført i tråd med intensjonene i pasientsikkerhetsprogrammet?

Forskningsspørsmål: Hvor godt blir rutiner fulgt i forbindelse med legemiddelgjennomganger for et utvalg pasienter ved et sykehjem, og hvordan samsvarer dette med intensjonene i pasientsikkerhetsprogrammet?

## **1.3 Definisjon av sentrale begrep**

### *1.3.1 Legemiddelgjennomgang*

Med en legemiddelgjennomgang (LMG) menes en strukturert og systematisk evaluering av den enkelte pasientens legemiddelregime i den hensikt å optimalisere effekten av legemidlene og redusere risiko ved legemiddelbruk. Dette oppnås ved at man ved LMG avdekker og forebygger legemiddelrelaterte problemer, og at det angis tiltak for å løse disse (Engh mfl, 2017). Selve LMG kan gjøres av behandlende lege alene, eller i tverrfaglige team der behandlende lege er en del av teamet. Behandlende lege ved sykehjem er ansvarlig for den endelige beslutning om videre legemiddelbehandling for pasienten. LMG skal baseres på en samstemt legemiddelliste fra aktuelle behandlingsnivå, samt relevante kliniske opplysninger (Helsedirektoratet, 2015, s. 4).

### *1.3.2 Legemiddelrelaterte problemer*

Med et legemiddelrelatert problem (LRP) menes en hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt forstyrrer 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 viser seg med tegn og/eller symptomer (Engh mfl, 2017).

### *1.3.3 START – STOPP verktøyene*

Dette er systematiske verktøy som benyttes for å vurdere forskrivningskvalitet, og gjør det enklere å vurdere pasientenes legemiddelbehandling (Helsedirektoratet, 2015). START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) defineres som et kartleggingsverktøy som sier noe om hvilke legemidler som er best egnet for den eldre pasienten. STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) er et kartleggingsverktøy som viser hvilke legemidler som *ikke* bør brukes av den eldre pasienten (Skjerdal, 2016). Disse verktøyene er anbefalt benyttet i sammenheng med tverrfaglig LMG (Helsedirektoratet, 2015).

### *1.3.4 Polyfarmasi*

Begrepet er i følge Rognstad (2014) ikke entydig definert. Noen definerer det som samtidig bruk av mange legemidler, andre vil forbeholde begrepet til samtidig bruk av for mange legemidler eller legemidler som ikke er nødvendige. Polyfarmasi øker sannsynligheten for bivirkninger og interaksjoner. Eldre pasienter er mest sårbare for uhensiktsmessige effekter av legemidler (Rognstad, 2014; Thiruchelvam mfl, 2017; Reeve mfl, 2017) og dette bør derfor unngås (Spigset, 2003, s. 20).

### *1.3.5 Multisyke pasienter*

Eldre har i større grad enn yngre mennesker flere sykdommer samtidig. Den viktigste årsaken til dette er generelle aldersforandringer som forårsaker økt risiko for en rekke sykdommer. Sykdommer som er vanlige i høy alder, opptrer ofte samtidig i forskjellige organer hos en og samme pasient. Det å ha mange sykdommer på en gang gjør situasjonen vanskelig for pasienten, både i forbindelse med behandling, diagnostikk og risikoen for komplikasjoner. Den multisyke eldre har økt risiko for bivirkninger fordi de ofte bruker mange legemidler. Multisyke har også økt risiko for inaktivitet, ernæringssvikt, depresjon og funksjonssvikt (Ranhoff, 2014, s. 84-85).

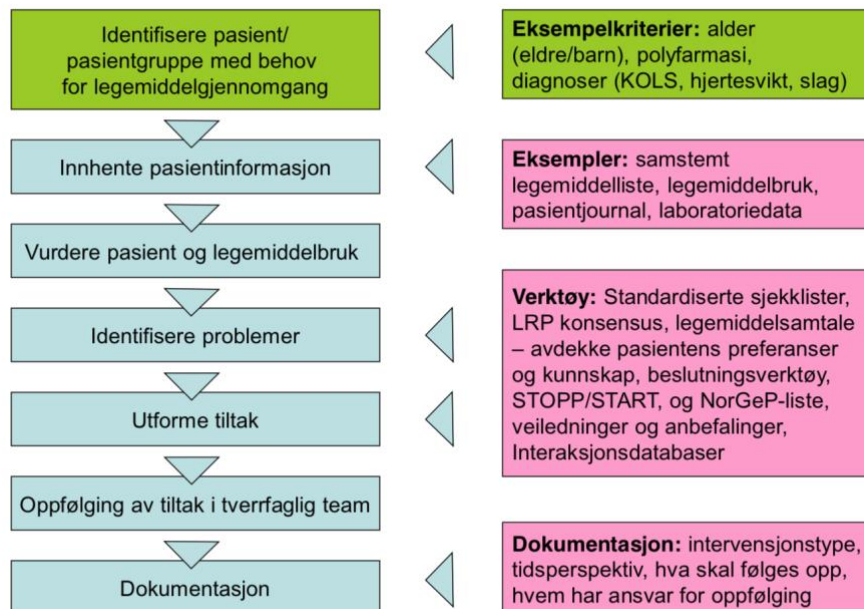
## 2. Teorigrunnlag

### 2.1 Retningslinjer fra pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet, «I trygge hender 24-7», er ett nasjonalt sikkerhetsprogram som tar sikte på å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Programmet har som sine tre hovedmål å redusere pasientskade, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenestene. Innunder dette finner vi programmet «Riktig legemiddelbruk i sykehjem», som innbefatter LMG (Helsedirektoratet, 2010). Tiltak som fremheves for å sikre riktig legemiddelbruk i sykehjem:

- Tverrfaglig strukturert LMG ved innkomst, halvår og årskontroll
- Etablere struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og LMG med oppfølging.
- Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal innen 24 timer etter endringer.

(Helsedirektoratet, 2017)



Illustrasjonen viser en mulig skjematisk gjennomføring av LMG (Helsedirektoratet, 2015, s. 10).

LMG er spesielt aktuelt for pasienter som er multisyke og dermed bruker mange legemidler, eller der hvor man mistenker at pasienten har symptomer som kan skyldes legemidler/LRP (Thiruchelvam mfl, 2017; Reeve mfl, 2017; Engh mfl, 2017).

Hovedpunktene i gjennomføringen av LMG er:

- Innhenting av informasjon om pasientens sykdomshistorie. Det må nylig være gjennomført grundig og bred klinisk undersøkelse med supplerende informasjon (som for eksempel EKG, blodprøver, røntgenundersøkelse, endret farmakokinetikk hos pasienten).
- Innhenting av oversikt over de legemidler som pasienten bruker, både faste- og behovslegemidler. Listen skal inneholde opplysninger om produktnavn, virkestoff, legemiddelform, styrke, dosering- og bruksområde.
- Pasientens egen forståelse og motivasjon er viktig for å sikre best mulig etterlevelse av legemiddelbehandlingen. For enkelte pasientgrupper er det viktig med dialog med pårørende. Det bør derfor vurderes om det skal legges til rette for en samtale mellom helsepersonell og pasient/pårørende.
- Det kan også være aktuelt å innhente informasjon om tidligere allergier og signifikante bivirkninger av legemidlene som brukes/har vært brukt.
- For å understøtte legemiddelvalg med bakgrunn i legemiddelgjennomgangen må det benyttes relevante beslutningsstøtteverktøy, sjekklister, interaksjonsdatabaser og liknende.
- Videre vurderes det om pasienten har et aktuelt eller et potensielt legemiddelrelatert problem.
- Endringene/tiltakene gjøres med bakgrunn i de avdekkede legemiddelrelaterte problemene.
- Dokumenter gjennomført legemiddelgjennomgang, hvilke legemiddelrelaterte problemer som er avdekket, hva som krever videre tiltak og/eller oppfølging, til hvilket tidspunkt tiltakene skal utføres og hvem som er ansvarlig for oppfølging.

(Helsedirektoratet, 2015, s. 11-16).

## 2.2 Eldre og legemidler

Sykehjemspasienter behandles ofte med mange legemidler samtidig (Sørås mfl., 2014). Gjennomsnittlig bruker personer over 70 år tre til fem legemidler fast. Hos de aller eldste er tallet enda høyere og sykehjemspasienter bruker i gjennomsnitt seks til åtte legemidler daglig (Spigset, 2003, s. 18). Devik mfl. (2016, s. 16) fant at sykehjemspasienter bruker åtte faste legemidler, og at de har tre LRP. Fysiologiske aldersforandringer, konsekvenser av økt sykkelighet og praktiske vansker knyttet til medisineringen, gjør at legemiddelbehandling ofte kan være spesielt problematisk hos eldre pasienter. Samtidig bruk av mange legemidler øker bivirkningsrisiko og medfører større fare for legemiddelinteraksjoner (Ruths og Straand, 2015; Thiruchelvam mfl, 2017). Ett eksempel på dette er samtidig bruk av Warfarin og Acetylsalisylsyre, som kan gi økt blødningsrisiko (Legemiddelverket, 2018). En norsk studie som pågikk gjennom seks år viste at 40% av eldre i sykehjem bruker antidepressive legemidler, nesten en tredjedel av beboerne bruker beroligende og bortimot en av fire anvender angstdempende legemidler (Helvik mfl., 2017). 40% av alle sovemidler og midler mot angst og depresjon, og 34 % av sterke smertestillende, brukes av aldersgruppen 65 år og eldre (Helsedirektoratet, 2011, s. 10). Virkningen av legemidler kan endres i høy alder, både når det gjelder karakter og styrke. Fordi virkningen av aldring og sykdom på legemidlers effekt ytrer seg forskjellig fra individ til individ, øker variabiliteten i respons med alderen. Større sykkelighet i eldre år betyr dessuten at man i økende grad må ta kontraindikasjoner med i betraktning når det gjelder valg av legemiddel (Ruths og Straand, 2015). Ni kommuner i Trøndelag har deltatt i en studie av 148 eldre pasienter som viste at 85 % av deltakerne fikk endret sin legemiddelbehandling som følge av LMG. Problemene som forekom hyppigst var; unødvendig legemiddel, mangelfull føring av legemiddelliste og behov for tillegg av legemiddel (Devik mfl., 2016, s. 6). Ved seponering av legemiddel kan det være risiko for forverring av tilstanden og/eller nye symptomer. Komplekst sykdomsbilde kan medføre skepsis for seponeringer både fra lege og pasient (Reeve mfl, 2017).

## 2.3 Legemiddelrelaterte problemer og pasientskade

Ved 13% av innleggelsene i spesialisthelsetjenesten i 2013 inntrådte uønskede hendelser som førte til en pasientskade som gjorde det nødvendig med tiltak, forlenget sykehusopphold eller førte til alvorlige konsekvenser for pasienten. 15 % av disse pasientskadene var forårsaket av legemidler (St. meld nr. 28 (2014-2015), s. 52). En studie utført i Frankrike viste at av 2018 pasienter, over 70 år, opplevde 201 av disse at medikamentelle bivirkninger var årsak til sykehusinnleggelse og 36 pasienter døde av legemiddelrelaterte skader (Laroche mfl., 2006, s.179). I Norge ser vi at 10 % av alle innleggelser av eldre i medisinsk avdeling er forårsaket av LRP (Helsedirektoratet, 2015, s. 8). Statens Helsetilsyn har i sin rapport «Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging» (2010) funnet avvik knyttet til legemiddelbehandling hos 76% av sykehjemmene det var gjort tilsyn ved. Dette dreier seg om både styring og organisering av legetjenestene, tilrettelegging for forsvarlig vurdering, oppfølging av legemiddelbehandlingen og dokumentasjonen (Helsetilsynet, 2010, s. 14). En studie utført av Halvorsen i 2012 viste at uhensiktsmessige legemidler ble brukt av 31% av sykehjemspasientene. Samtidig bruk av tre eller flere psykofarmaka og/eller opioide legemidler forårsaket flest problemer. Potensielt alvorlige legemiddelinteraksjoner ble funnet hos ca. 10 % av pasientene (Halvorsen, 2012, s. 10). Ved Ålesund sykehus ble det i 2011 gjennomført en studie som viste at to tredjedeler av pasientene hadde uoverensstemmelser mellom dokumentert og faktisk bruk av legemidler (Holler m. fl, 2015). Fallprosjektet (2012, s. 6 og s. 16) gjorde analyser av medikamenter pasientene benyttet før og etter innleggelse i sykehus. Denne viste en utstrakt bruk av medikamenter som øker risiko for fall, samt stor grad av polyfarmasi. 44 % av pasienter som faller står på mer enn 5 faste legemidler dagen før fallhendelsen.

Et omfattende legemiddelprosjekt fra Sykehjemsetaten i Oslo har vist at utgiftene har gått ned og innføring av LMG antas å være en påvirkende faktor (St. meld. nr. 28 (2014-2015), s. 52). Oslo kommune gjennomførte i 2011 og 2012 et prosjekt for tverrfaglig LMG hos 1437 pasienter ved 29 sykehjem. LMG resulterte her i en reduksjon på i gjennomsnitt 1,3 legemidler per pasient. Hver pasient hadde i gjennomsnitt 2,7 LRP og ifølge Sykehjemsetaten i Oslo ble 99,5 prosent av disse løst ved LMG (St. meld nr. 10 (2012-2013), s. 33/ St. meld. nr. 28 (2014-2015), s. 52). Resultater i prosjektet viste at pasientene fikk økt overskudd og livskvalitet. Sykehjemmene reduserte bruken av sovemidler, antidepressiva, vanddrivende legemidler og blodfortynnende medisiner (St. meld. nr. 28

(2014-2015), s. 52). I tverrfaglige team anbefales det at ulike helsepersonellgrupper bidrar, eksempelvis farmasøyt, sykepleier eller annet relevant helsepersonell med legemiddelkompetanse (Helsedirektoratet, 2015). En farmasøyt har kunnskap om legemidlers sammensetning og egenskaper, samt hvordan legemidler skal brukes og mulige bivirkninger/interaksjoner (Norges Farmaceutiske Forening, 2018).

## **2.4 Dokumentasjon**

Journalføring skal være en innarbeidet rutine i yrkesutøvelsen hos helsepersonell. Statens helsetilsyn finner likevel til dels store mangler i sakene de behandler. Et eksempel er i saker som gjelder legers uforsvarlige rekvirering av vanedannende legemidler hvor det typisk mangler nedtegnelse av sykehistorien, informasjon om kliniske funn, diagnostikk, terapeutiske overveielser og behandlings- og nedtrappingsplaner (Helsetilsynet, 2017, s. 33). I følge Helsepersonelloven (2001) § 39 har alle som yter helsehjelp plikt til å skrive pasientjournal, og § 40 fastsetter kravene til journalens innhold. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Den fungerer som et arbeidsverktøy for de som yter helsehjelp og er sentral når pasienter bytter behandler, eller ved samarbeid med andre i helse- og omsorgstjenesten. Pasientjournalen skal gi annet helsepersonell en oversikt over helsehjelpen som er gitt. Dette sikrer kontinuitet og forsvarlig pasientbehandling. For sykepleiere som arbeider på sykehjem, vil relevante og nødvendige opplysninger kunne være pasientens allmenntilstand, hvilke legemidler som er gitt og eventuelle nye observasjoner (Helsetilsynet, 2017, s. 33).

Legen skal dokumentere i pasientjournalen at det er foretatt en LMG, inkludert dato, hvem som utførte denne, hvilke endringer som gjøres i legemiddelbehandlingen, samt andre tiltak. Endringer i legemiddelbehandlingen og andre tiltak bør begrunnes. En plan for oppfølging av tiltakene bør også dokumenteres (Engh m. fl, 2017). Dersom det utføres ekstra utredninger i forbindelse med LMG, slik som litteratursøk og interaksjonssøk, må det vurderes om dette skal registreres i journalen (Helsedirektoratet, 2015, s. 16). Når flere helsearbeidere er involvert og pasienten har mange kroniske og alvorlige sykdommer, og bruker ulike og til dels potente legemiddel, er en oppdatert journal med nødvendige



opplysninger viktig for å sikre forsvarlig legemiddelbehandling (Helsetilsynet, 2010, s. 21).

## 2.5 Kontinuerlig forbedring og kvalitet

Kontinuerlig forbedring kjennetegnes ved en tydelig pasientorientering og prosessuell tilnærming på tvers av enheter. Den baseres på en grunnleggende ide om en gradvis økende kvalitet gjennom trinnvis endring. Små endringer gjøres, for så å prøves ut og vurderes. Videre arbeid baseres på disse vurderingene (Orvik, 2015, s. 273). Kravet om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten er forankret i juridiske normer om faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Orvik, 2015, s.71). All virksomhet må organiseres slik at de som arbeider i virksomheten kan overholde lovpålagte plikter (Befring, 2015, s. 52). Kvalitet i alle ledd kan være livsviktig for pasienter, men sikrer ikke kvalitet i de delene av pasientforløpet som kliniske enheter sammen har ansvar for (Orvik, 2015, s. 275).

Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i en eller flere av dimensjonene av kvalitet. Disse kan måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultatet av helsetjenesten for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør sees i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten. Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

- Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre)
- Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet for eksempel diagnostikk, behandling)
- Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet)

En av kvalitetsindikatorerne som nevnes i Legemiddelmeldingen er andel beboere i institusjon ( $\geq 65$  år) som har fått LMG siste seks måneder (St. meld nr. 28 (2014-2015), s. 70). Det organisatoriske aspektet ved kvalitet handler om kommunikasjon, samhandling, koordinering og kontinuitet – herunder kompetanse, stillingsstørrelser, rutiner og retningslinjer for dokumentasjon (Orvik, 2015, s.85).

Økt spesialisering og samarbeid skaper behov for koordinerte og trygge helsetjenester. Leger må ikke bare forstå de systemene de jobber innenfor, men også kunne bidra til å

kvalitetssikre og forbedre disse systemene (Orvik, 2015, s. 307). For å bygge varige systemer som styrker kvalitetskulturen i helse- og omsorgstjenestene kreves det dyktige ledere og klinikere med god verdi- og kulturforståelse (Orvik, 2015, s.74). Ledelsen skal sørge for at virksomheten kan oppfylle forpliktelser til å gi nødvendig helsehjelp og de krav som stilles til helsehjelpen (Befring, 2015, s. 50). Internkontroll utgjør kjernen i et kvalitetssystem og handler om virksomhetens interne styring og egenkontroll. Hensikten med internkontroll er å sikre at tjenester som ytes er forsvarlige og i tråd med kravene i gjeldende lover og forskrifter (Helsedirektoratet, 2010, s. 16).

## 3. Metode

### 3.1 Metodisk tilnærming

I kliniske fag er det viktig at man gjør konkret praksis til gjenstand for undersøkelse, dette mener vi at vårt prosjekt er ett godt eksempel på. Vi begrunner det med at helsefaglig forskning i begrenset grad har vært rettet mot praksis (Thornquist, 2003, s.213-214). Dette er en empirisk studie, altså består vår forskning av innhenting av data om virkeligheten, i denne sammenheng data hentet fra pasientjournaler. Med empirisk forskning menes kunnskap som baserer seg på observasjoner registrert i form av data (Christoffersen mfl., 2015, s. 21-22).

Ved å gå i dybden på den helsehjelpen som har blitt utført i forbindelse med gjennomføring av LMG hos tre langtidspasienter ved ett sykehjem, har vi utført en kvalitativ studie. Med kvalitativ metode i forskning er målet å oppnå dybdekunnskap og en helhetlig forståelse av få enheter (Thornquist, 2003, s.202). Ved denne metoden søker vi å forstå menneskelig virksomhet, sosiale systemer, prosesser og de praksiser de impliserer og skaper. Vi søker å gi økt kunnskap om særtrekk, mønstre og sammenhenger som er relevante i arbeidet med LMG (Thornquist, 2003, s.205).

Casestudier brukes når vi gjennom datasamling ønsker å hente inn mye og detaljert informasjon fra få enheter over en bestemt tidsperiode (Christoffersen mfl., 2015, s. 149). Sykehjemmet vi har valgt å bruke i vår studie har hatt rutine for å gjennomføre LMG av alle pasienter, en gang i halvåret, siden 2013. Som studieobjekt kan en case være et program, en hendelse eller aktivitet, der kildene er tids- og stedsavhengig (Christoffersen mfl., 2015 s. 160). I vår studie er LMG av tre utvalgte pasienter å forstå som tre caser, hvor aktiviteten er LMG.

#### 3.1.1 Case 1

Pasienten er 79 år. Kom til sykehjemmet i 2013 og har hatt langtidsplass siden mars 2014. Pasienten er definert som mulitsyk med hypotyreose, angina pectoris, diabetes type 2 og depresjon. Pasienten står på 16 faste legemidler og fire behovsmedisiner.

### *3.1.2 Case 2*

Pasienten er 81 år. H\*n har vært ved sykehjemmet siden 2013 og har langtidsplass. H\*n er kreftsyk og lider av jernmangelanemi. Pasienten står oppført med 11 faste legemiddel inkl. Sobril (Benzodiazepiner) og Seroquel (Antipsykotikum), samt fem behovslegemidler (inkl. Sobril).

### *3.1.3 Case 3*

Pasienten er 95 år og kom til sykehjemmet mot slutten av 2013. Aktuelle diagnoser er demens og depressiv lidelse. Pasienten står på tre faste legemidler. H\*n har Sobril og Paracetamol som behovsmedisin.

### *3.1.4 Sykehjemmets rutiner og casedesign*

Sykehjemmet har utarbeidet prosedyre for utførelse av LMG ut fra pasientsikkerhetsprogrammet, veilederen for LMG, samt i dialog med lege. Det ble utarbeidet en sjekklister (se punkt 3.4) som sykepleiere og lege skulle fylle ut i forkant av LMG, og denne benyttes for å innhente relevant informasjon om pasientens kliniske tilstand. Data fra sjekklister, nye blodprøver, legemiddel-interaksjonsliste og gjennomgang av START – STOPP kriteriene, gir lege viktig informasjon for å kunne vurdere om pasientens legemiddelbruk er adekvat. Vi har i vår studie valgt et enkelt casedesign og samlet informasjon om gjennomføring av LMG hos tre enkeltindivider/pasienter basert på dokumentasjon i pasientjournalene. Analysen går på tvers av enhetene, altså en totalvurdering av case 1, 2 og 3. Enkeltcasedesign er hensiktsmessig når studien kan avdekke viktige hendelser eller situasjoner (Christoffersen mfl., 2015, s. 150).

## **3.2 Utvalg**

Sykehjemmet ble valgt på bakgrunn av at det siden 2013 har hatt fokus på gjennomføring av LMG hver 6. måned, og at sykehjemmets ledelse hadde ønske om en kvalitetsvurdering av LMG. Kriterier for utvalg var at pasientene hadde bodd på sykehjemmet i minimum to år, og brukte mer enn ett legemiddel. Dette valgte vi med bakgrunn i at det ville være avgjørende å ha pasienter der vi kunne danne oss ett tydelig bilde av oppfølgingen over tid. Da vi startet prosjektet fant vi seks aktuelle pasienter. Ved nærmere ettersyn ble det klart at kun tre av pasientene fylte de kriteriene vi hadde satt, dette utgjorde totalt 21 LMG.

### 3.3 Etikk

Sykepleie og helsefaglig forskning er underlagt en rekke lover og etiske retningslinjer. Videre redegjør vi for prosessen rundt hvordan disse er ivaretatt.

For å kunne initiere studien ble et informasjonsskjema (vedlegg 3) om studien og et skjema for samtykke utarbeidet. I samarbeid med veileder søkte vi så Regional Etisk Komite (REK) om godkjenning for studien. Svaret fra REK (vedlegg 1) var at etter søknaden fremstod prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt, men som kvalitetssikring av rutiner for LMG i sykehjem. Studien falt derfor ikke innenfor helseforskningsloven.

Søknad ble deretter sendt til NSD hvor vi fikk til svar (vedlegg 2) at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt, og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Behandling av personopplysninger i forbindelse med et forskningsprosjekt er unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningslovens § 33 første ledd dersom prosjektet er tilrådd av personvernombud. Omfatter prosjektet medisinsk og helsefaglig forskning, skal det i tillegg være tilrådd av en regional forskningsetisk komité (Personopplysningsforskriften, 2001). Det ble videre vurdert at den valgte fremgangsmåten for inklusjon av personer uten full samtykkekompetanse, ville bidra i betydelig grad til å redusere personvernulempen ved deltakelse, og at opplysningene vil kunne komme gruppen som helhet til gode. På bakgrunn av dette fant personvernombudet at samfunnsinteressen i at studien finner sted, ville overstige ulempen den medfører for den enkelte.

Ledelsen ved sykehjemmet ga oss tilgang til aktuelle pasientjournaler i prosjektperioden, etter at pasientene hadde samtykket til å delta i studien. I de tilfellene hvor pasientene ikke var samtykkekompetente ble nærmeste pårørende forespurt. Samtykke ble innhentet ved hjelp av ansatte ved sykehjemmet. Alle data som er hentet fra pasientjournaler er anonymisert og ble gjort ved å gi hver pasient ett tall istedenfor å benytte navn og/eller fødselsdatoer. Koblingsnøkkel finnes i pasientjournalens løpenummer og kan ikke spores. Det aktuelle sykehjemmet er også anonymisert i vårt arbeid. Alle data er behandlet i tråd med NTNU sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

### **3.4 Datainnsamling**

Studien er gjennomført i tidsrommet oktober 2017 – mai 2018. Datainnsamlingen ble gjort i mellom mars og mai 2018. Informasjonen ble hentet fra flere ulike faner i dokumentasjonsprogrammet. Noen faner var avsluttet og erstattet med nye. Vi måtte derfor lete i historikken av erstattede faner for å finne informasjon som var relevant for vår studie. Dette kompliserte innhenting av data. Det finnes en egen fane for dokumentasjon av LMG, men denne var ikke alltid benyttet da lege ved enkelte anledninger opprettet et ordinært legenotat i journalen. Sykepleierdokumentasjonen ble funnet under fanen «Kontakt med lege/nettverk», både under rapport og evaluering. Vi har også benyttet fanen «Medisiner» for å kontrollere at indikasjon er påført hvert enkelt legemiddel, og for å kartlegge pasientens nåværende (april 2018) medisinliste opp mot interaksjoner og START – STOPP kriteriene. Alle medisinlister er hentet på samme dato. Vi benyttet sjekklisten utarbeidet av sykehjemmet for utførelse av LMG som en ledesnor i arbeidet for å ha et klart bilde av hvilken informasjon som var relevant. Sjekklisten oppsummeres i tekstboksen som følger på neste side.

Sjekklisten inneholder følgende punkter som skal vurderes av lege og/eller sykepleier i forkant av, eller ved gjennomføring av LMG:

- Alle legemiddel skal føres inn i legenotat av lege – det skal sjekkes om indikasjoner er påført legemiddelkortet - dato for siste årskontroll, LMG og innkomst skal dokumenteres – samtykkekompetanse og HLR skal tas stilling til og legemiddelkortet skal skrives ut.
- Puls, BT og SpO2 måles og det skal tas EKG. Pasienten skal undersøkes for ødem og dyspné i hvile og aktivitet, samt at pasienten skal vurderes for anginaplager.
- Hudstatus vurderes med fokus på eventuell kløe, utslett, tørrhet og sår, dersom sår skal dette vurderes ved hjelp av Norton-skala.
- Det skal vurderes om pasienten har smerter.
- Måling av vekt og utregning av KMI, vurderinger omkring matlyst, eventuell kvalme og munntørrhet.
- Opplysninger omkring hvorvidt pasienten er plaget med obstipasjon eller diare. Det skal fremgå om pasienten er kontinent eller inkontinent, og om vedkommende bruker kateter.
- En vurdering av gangfunksjon, stivhet og eventuell svimmelhet – bevegelse i ledd og skjelvinger, om pasienten har hatt noen fall siste 6 måneder og hvilke hjelpemiddel pasienten bruker.
- Det skal gjøres en vurdering av pasientens kommunikasjonsevner og eventuelt behov for demensutredning/MMS-test. Det skal også tas stilling til uro, forvirring, nedstemt, engstelse, agitasjon, hallusinasjon og kognitiv svikt
- Det skal kartlegges om pasienten er trøtt på dagtid, har søvnforstyrrelser eller problemer med innsovning, og hvor mange timer pasienten sover på natt og dag.
- Motsetter pasienten seg legemidler eller glemmer å ta legemidler? Opplever pasienten svelgvansker?
- Det skal gjennomføres en interaksjonsanalyse og en gjennomgang av start-stopp-listen.
- Bruker pasienten tobakk og alkohol?
- Cave/allergi skal gjøres rede for.
- Det skal tas blodprøver som er relevante for de diagnoser pasienten har, samt for de legemidler pasienten bruker.
- Informasjon om hvem som er pårørende innhentes.
- Pasientsammenfatning – tiltaksplaner – IPLOS – dato for neste gjennomgang skal dokumenteres.

Sjekklisten inkluderer også status forbundet med øyne, ører, svelg, tenner og ekstremiteter. Dette har vi ikke sett etter i vår datainnsamling da den hovedsakelig fokuserer på legemidler.

### **3.5 Dataanalyse**

Datamaterialet ble beskrevet med tekst og ført inn i Excel regneark hvor det ble kodet en tallverdi for gjennomførte tiltak og dokumentasjon. Endringer over tid ble analysert ved å angi en prosentvis andel av sjekklisten som var dokumentert. Vi har også kvalitativt vurdert dokumentasjonen av LMG ut fra sjekklisten og forutsetningene i Pasientsikkerhetsprogrammet. En viktig del av analysejobben er å lete etter fellesnevnerne for å angi konsistente og inkonsistente funn på tvers av materialet (Christoffersen mfl., 2015, s. 151). Med dette mener vi trender som er sammenfallende eller ulike.

Dokumentasjonsplikten er begrunnet i pasientens behov for forsvarlig oppfølging og sikkerhet. Denne plikten inntreffer når helsepersonell utfører pasientrettede tiltak (Vabo, 2014, s.71). Vi forutsetter derfor i denne studien at alt pasientarbeid som er utført i forbindelse med LMG, skal være registrert i journalene.

For å systematisere datamaterialet benyttet vi oss av sjekklisten, gjort rede for under punkt 3.4. I denne registrerte vi hvilke punkter i LMG som var gjennomført, intervallene mellom LMG og om det var dokumentert tidspunkt for neste LMG. Dette ga oss god oversikt over hvilken informasjon som var relevant, og gjorde det mulig å identifisere eventuell mangel på informasjon i journalene. Vi laget deretter en tidslinje for hver pasient for å skape en oversiktlig fremstilling av prosessen.

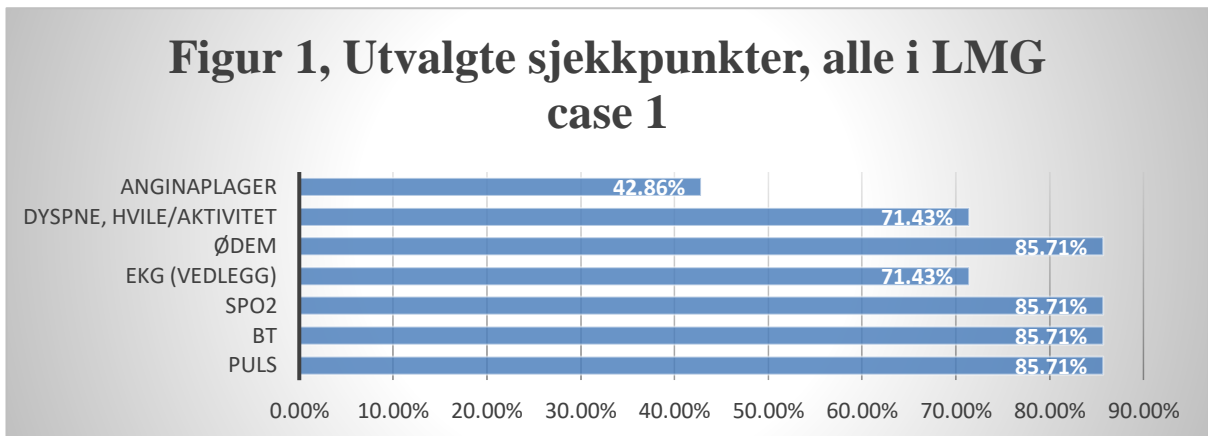


## 4. Funn

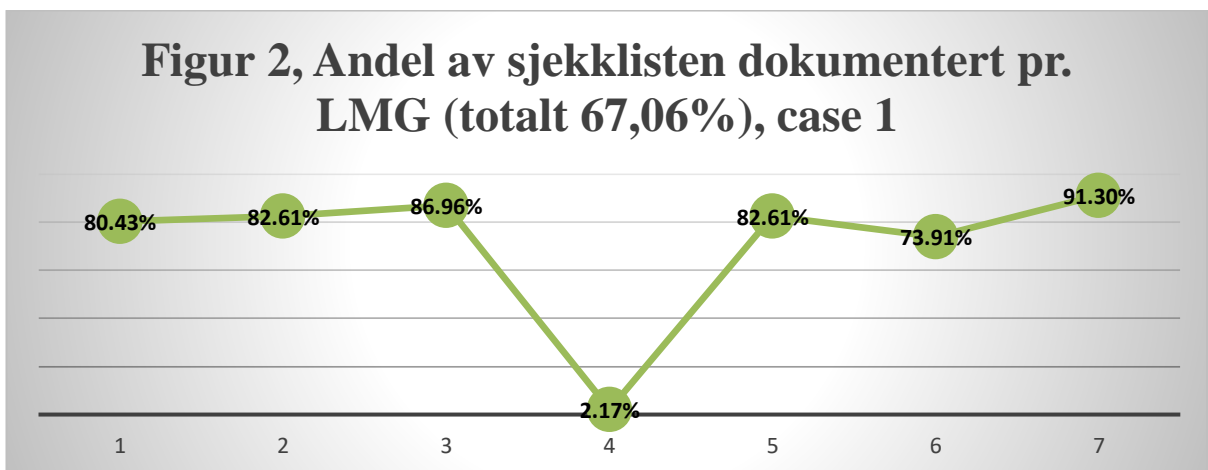
Resultater og funn fremstilles først fra hver individuell case, etterfulgt av en samling funn som er gjennomgående for alle tre case.

### 4.1 Funn i hvert enkelt Case

#### 4.1.1 Case 1



Figur 1 fremstiller utvalgte punkter i sjekklisten i alle sju LMG i case 1.



Figur 2 viser en prosentvis fremstilling av dokumentert oppfyllelse av sjekklisten ved de syv LMG som er gjort med denne pasienten. Den gjennomsnittlige utførelsen er på 67,06%, basert på alle syv LMG.

Første LMG ble utført 1 år etter innleggelse og det er gjennomført sju LMG i perioden oktober 2014 – oktober 2017, hvorav seks av disse er godt dokumentert. Ved LMG i april 2015 har lege kopiert første avsnitt fra foregående LMG og dokumenterer derfor dette som LMG nummer en. Dette resulterer i en følgefeil ved neste LMG, hvor lege da tror det er LMG nummer to. Tre av LMG mangler informasjon om HLR status. Informasjon om siste årskontroll og siste LMG mangler gjennomgående. Vurdering av kontinens/inkontinens er dokumentert i to av sju LMG.

Ved LMG i november 2015 beskrives det at EKG viser mulig grenblokk og legen seponerer Selo-Zok, men skriver at dersom pasienten får anginasmerter skal h\*n få Monoket OD. I alle utførte LMG så langt står det at pasienten ofte er nedstemt, uten at det er gjort noen vurdering av Cipralax og Sobril dosering. 87% av sjekklisten er dokumentert.

I juni i 2016 blir ikke planlagt LMG gjennomført og det er bare vekt som er dokumentert.

Ved LMG i oktober 2016 dokumenterer lege at seponeringer er gjennomført, uten å føre hvilke medikamenter det gjelder. Sykepleier dokumenterer i samme LMG: «*Lege har ordnet opp i medisinalisten og tatt bort unødvendige ting. H\*n har blant annet seponert multivitamin og Kajos.*» Det er ikke samsvar mellom navn på legenotatet og navnet på legen som blir oppført i sykepleienotatet.

Ved LMG i mai 2017 seponerer legen Hiprex på grunn av manglende indikasjon på legemiddelkort, pasienten har gjennom flere år vært plaget med gjentakende urinveisinfeksjon. H\*n seponerer også Ovestrin på grunn av usikker effekt. Lipitor seponeres på grunn av lav forventet levetid. Sykepleier dokumenterer at Sobril skal trappes ned og etterspør seponering av Tramadol. Legen tar ikke stilling til eventuell seponering av Tramadol før i november 2017. Legen har heller ikke dokumentert om det er tatt stilling til eller at Sobril skal trappes ned.

Ved LMG i november 2017 er utførelse eller resultat av EKG ikke dokumentert. Legen seponerer Sobril og Paracet som behovsmedisin, en uke senere seponerer legen også Sobril som fast legemiddel. Her finner vi at legen har gjort en grundig gjennomgang av interaksjonsanalyser og diskusjon som vist i tekstboksen under.

**Utdrag fra interaksjonsanalyse, case 1:**

*Interaksjon mellom opioid: (Norspan/Tramadol) og benzo: økt sedasjon mulig. OBS: Sedasjon.*

*ASA og SSRI - mulig risiko for GI – blødning. Ingen sikker risikoøkning. Medisinen kan beholdes uendret hvis klar indikasjon for disse – og det er det etter min vurdering.*

*SSRI og Afipran: Afipran- risiko for ekstrapyramidale bivirkninger. Afipran er evt. medisin – lite brukt – derav lite relevant.*

**Utdrag fra START – STOPP vurdering, case 1:**

*Start kriterier: Indikasjon for Albyl-E – karsykdom.*

*Stopp: Burinex . indisert pga. hjertesvikt og ødem. Tiazid ikke pga. urinsyregikt.*

**Utdrag fra diskusjon:**

*God indikasjon for hjertemedisin, ikke behov for nitrater pga. ikke aktiv angina nå. H\*n bør fortsatt stå på Zyloric forebyggende mot urinsyregikt... .. det er grunnlag for å diskutere indikasjon for fast Sobril... både på grunn av klinikk, interaksjoner og generelle betraktninger..... er en del søvning på dagtid ...kan være aktuelt å ta bort Sobril på dagtid, men det avventes noe så en kan diskutere den med sykepleier som kjenner pasienten best.*

**4.1.2 Case 2**

Innkostnotatet fra juni 2013 er en kopi av epikrisen fra sykehuset og det er ikke gjort egne pasientvurderinger av sykehjemslege. Det er i forbindelse med innleggelsen ikke dokumentert noen gjennomføring av LMG. Blodprøver blir tatt for første gang i oktober 2013, men det er ikke dokumentert noen LMG i forbindelse med disse prøvene.

I februar 2014 dokumenterer sykepleier at det har blitt tatt blodprøver i forbindelse med LMG, denne LMG er heller ikke dokumentert som gjennomført.

Sykepleier dokumenterer, i januar 2015, gjennomføring av LMG, men det finnes ingen legenotat for denne. 28,26 % av sjekklisten er utført, dette inkluderer målinger av BT, puls, SpO<sub>2</sub>, EKG, smertevurdering og fallrisiko. Det er også tatt blodprøver.

I august 2015 dokumenterer lege at det har blitt gjennomført LMG. Av denne fremkommer det at pasienten har blitt behandlet med Marevan i 1,5 år for lenge, og denne blir derfor seponert. Ved denne LMG er 69,57% av sjekklisten dokumentert.

I november 2016 dokumenterer sykepleier at blodprøver har blitt tatt i forbindelse med LMG. En uke etter blodprøven dokumenterer sykepleier at LMG blir utsatt en uke på grunn av tidsmangel for lege. I desember 2016 dokumenterer sykepleier at sjekklisten for LMG har blitt hentet av legen i avdelingen. Det er etter dette ikke dokumentert noen videre oppfølging eller gjennomføring av LMG hos denne pasienten, verken av lege eller sykepleier (før august 2017).

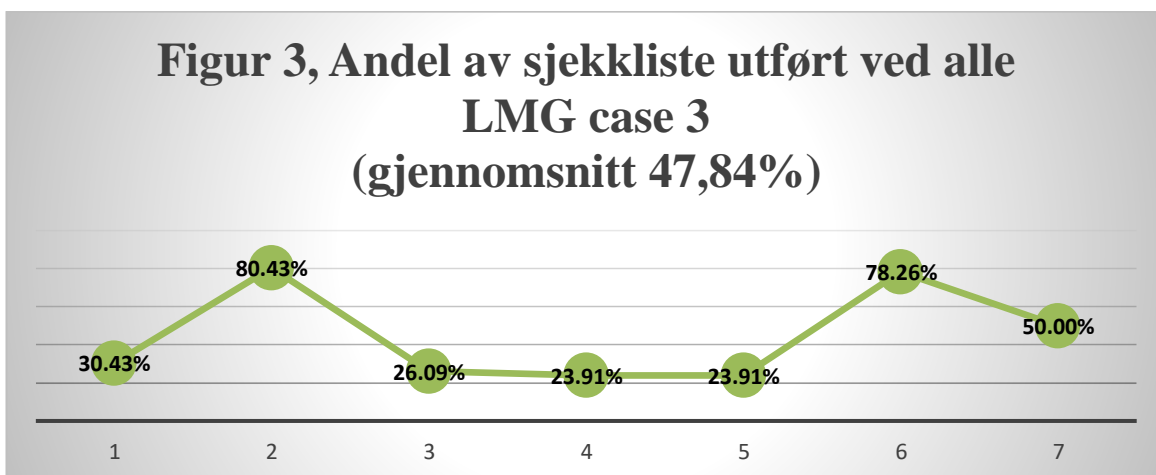
I august 2017 oppretter lege ett legenotat i forbindelse med gjennomføring av LMG, men EKG og blodprøver er de eneste punktene fra sjekklisten som er tatt stilling til. Sykepleier dokumenterer at LMG er gjennomført, men utdyper ikke utover dette.

I februar 2018 er det kun sykepleier som har dokumentert en gjennomføring av LMG, det finnes i forbindelse med denne altså ingen legenotat. 71,74% av sjekklisten er dokumentert gjennomført.

Det er hos denne pasienten aldri dokumentert dato for neste gjennomgang i journalsystemet, vi finner heller ikke dokumentasjon for gjennomgang av START – STOPP kriteriene. MMS testing er kun tatt stilling til en gang mellom 2013 og 2018, dette fant sted i 2016.

Det tar to år før det blir gjennomført en tilnærmet fullstendig LMG og etter dette tar det igjen 17 måneder før neste tilfredsstillende LMG.

#### 4.1.3 Case 3



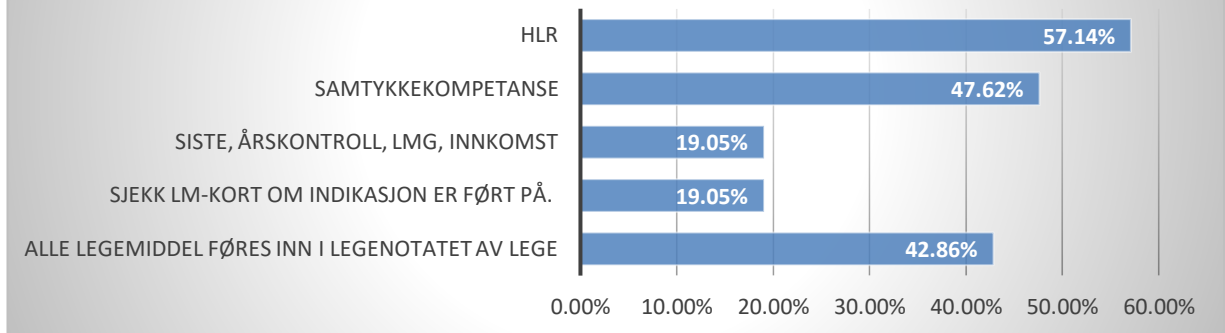
Figur 3 viser prosentvis fremstilling av dokumentert oppfyllelse av sjekklisten ved de syv LMG som er gjort med denne pasienten. Den gjennomsnittlige utførelsen er på 47,84%, basert på alle syv LMG.

Det er gjennomført syv LMG i perioden desember 2013 – november 2017. Ved de to første LMG finnes det ingen sykepleiedokumentasjon. To av LMG er godt dokumentert med, henholdsvis, 80,43% og 78,26% utført. Ved begge LMG i 2015 er i underkant av 24% av sjekklisten gjennomført, her ser vi eksempelvis at blodprøver, ikke er dokumentert. SpO<sub>2</sub>, EKG og vekt er dokumentert i alle LMG. Seks av LMG mangler dokumentasjon som bekrefter at en START – STOPP analyse er gjennomført.

I november 2016 skriver legen at det er første årskontroll siden innleggelse i 2013. Dette er ikke riktig og det er ikke samsvar mellom legens dokumentasjon og sykepleiers notat. Legen skriver at pasienten sover omtrent hele døgnet. Ett år senere, i november 2017, dokumenterer legen at pasienten sover 20-22 timer i døgnet og velger derfor å seponere Sobril.

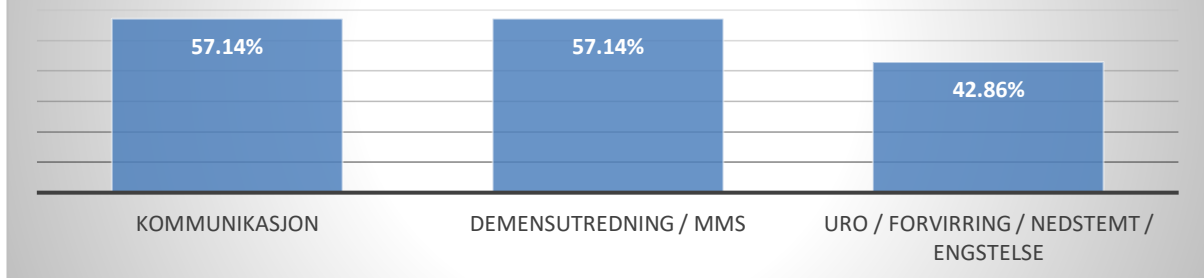
## 4.2 Funn samlet, basert på alle tre case

**Figur 4, Utvalgte sjekkpunkter ved alle LMG (21. stk) i alle case**



I figur 4 fremgår en prosentvis utførelse av dokumentert HLR status, samtykkekompetanse, siste LMG - årskontroll - inntøyst, indikasjoner på legemiddelkort og om alle legemidler er ført inn i legenotatet. Dette er en samlet tabell for alle de 21 legemiddelgjennomgangene i alle tre case.

**Figur 5, Basert på alle LMG (21. stk) i alle case**



Figur 5 viser en prosentvis oversikt over dokumentert utførelse av kommunikasjonsevner, demensutredning/MMS, uro – forvirring – nedstemthet – engstelse, er basert på ett gjennomsnitt av alle 21 LMG.

Vitale målinger i forkant av LMG, utført av sykepleier, er gjennomgående godt dokumentert, herunder vekt, blodtrykk, EKG, SpO2 og puls. Dette er også godt dokumentert i flere tilfeller hvor leges dokumentasjon er mangelfull eller ikke eksisterer. Det er flere tilfeller hvor sykepleiers og legens dokumentasjon ikke samsvarer, altså at opplysningene som er dokumentert er motstridende eller ulike. I case 1 blir det i 2014

dokumentert av lege at HLR status og samtykkekompetanse ikke er tatt stilling til, sykepleier dokumenterer derimot at pasienten vurderes som samtykkekompetent og HLR pluss.

Vurdering av anginalplager er dokumentert i 19,05% av legemiddelgjennomgangene. Utførte blodprøver i forkant av LMG er det punktet som er best dokumentert med 80,95%. I forhold til start-stopp-listen er det såpass mangelfull dokumentasjon i journalene til pasientene, at tallene er ikke målbare. En fullstendig liste over hvilke medisiner pasientene står på ved utførelsen av LMG er inkludert i et fåtall av gjennomgangene. Det samme gjelder vurderinger gjort i forbindelse med videre plan og utførte tiltak. I de fleste LMG finnes det ikke dokumentasjon som bekrefter vurdering av seponering basert på stopp screening og aktuell helsetilstand. Påføring av indikasjoner på legemiddelkortet var mangelfull i 2013. Her ser vi en klar og betydelig forbedring hvor alle legemidler i dag (april 2018) er påført indikasjon i journalen i alle caser.

Det fremgår av de tre casene at det i perioden mellom 2013 og 2018 har vært flere ulike leger som har fulgt opp pasientene ved sykehjemmet. Og at det er store variasjoner i kvaliteten på utførelsen av LMG avhengig av hvilken lege som har stått for gjennomføringen, og i hvor lange perioder den aktuelle legen har vært ved sykehjemmet.

Alle pasientene har stått på beroligende legemidler over lengre perioder, uten at det er dokumentert vurdering av eventuell effekt/bivirkninger i flertallet av LMG. Det er også dokumentert et stort antall timer søvn og nedstemthet, uten at dette knyttes opp mot bruken av beroligende medikamenter.

Det finnes intervaller på over ett år mellom LMG. Dette resulterer i tilfeller av manglende dokumenterte vurderinger av pasientenes generelle situasjon og medikamenter. Det er også vanskelig å se at det er gjort løpende vurderinger forbundet med pasientenes samtykkekompetanse.

Det fremgår ikke av vår datainnsamling at gjennomgangene blir jevnt over bedre fra 2013 til og med 2018. Det finnes kvalitativt gode og mindre gode gjennomganger i både 2013 og 2018, og i tiden mellom.

## 5. Tolking og kritisk gransking

Vi har som nevnt tatt høyde for at det kan være punkt på sjekklisten som er utført, men ikke dokumentert. Vår vurdering bygger derimot på de opplysninger som faktisk er dokumentert gjennomført. Det har vært tidkrevende og vanskelig å systematisere all data, da det gjennomgående er gjort journalnotat på ulike steder i pasientenes journaler. Vi har evnet å sette dette i system ved hjelp av god grunnleggende kunnskap til dokumentasjonsprogrammet den aktuelle kommunen benytter, og mye tid. Den prosentvise oppfyllelsen av sjekklisten kunne viste seg å være annerledes dersom pasientutvalget hadde vært større. Vi mener på tross av dette at funnene som går igjen hos alle tre pasientene må kunne betegnes som informative for det videre arbeidet med gjennomføring av LMG.

Vår studie er nyttig for praksisfeltet i den forstand at den tydelig viser viktigheten av LMG for å unngå feilmedisinering og polyfarmasi hos den multisyke pasienten. Svakheten i studien vil være at pasientutvalget er lite, og man kan ikke si med sikkerhet at resultatet vil være representativt for gruppen som helhet. Det vil være rimelig å anta, som nevnt tidligere, at det er utført arbeid i forbindelse med vårt pasientutvalg som ikke har blitt dokumentert, og at pasientene dermed kan ha fått bedre oppfølging enn det som fremgår av journalene. Det siste året har det aktuelle sykehjemmet hatt ett prøveprosjekt hvor de har samarbeidet med farmasøyt i forbindelse med gjennomgang av pasientenes medisinlister. Vi har funnet lite dokumentasjon i journalene som er gjort av farmasøyten, men vi må anta at det gjort arbeid i forbindelse med eventuelle legemiddelinteraksjoner i dette tidsrommet. Gjennom vår studie har vi sett behovet for ytterligere forskning i forbindelse med anvendelse av START – STOPP kriteriene. Det er viktig for pasientgruppen som helhet, for å unngå skade forårsaket av legemidler, at dette verktøyet benyttes i større grad. Det er etter vår mening hensiktsmessig å gjennomføre liknende studier med ett større pasientutvalg, da gjerne med pasienter fra flere ulike sykehjem. Dette for å skape et bredere bilde av hvilke trender som går igjen, både positive og negative. Det er mulig at en slik studie vil kunne synliggjøre hvordan leger og sykepleiere definerer sine roller ved LMG.



## 6. Diskusjon

I denne studien skulle vi finne svar på i hvilken grad rutiner ble fulgt i utførelsen av LMG ved et utvalgt sykehjem, og om oppfølging basert på disse gjennomgangene ble gjort i tråd med intensjonene i pasientsikkerhetsprogrammet. Vi fant at en bevisstgjøring omkring rollefordeling ved utførelse av LMG, stabilt personale, fokus på god dokumentasjon, tilstrekkelig opplæring i interne rutiner, tverrfaglig samarbeid og en bevisstgjøring omkring bruken av beroligende medikamenter, er avgjørende faktorer for at dette skal kunne gjennomføres med god kvalitet og kontinuitet.

### 6.1 Uklar rollefordeling og viktighet av stabilt personale

Behandelende lege er den sentrale aktøren i en LMG, og er ansvarlig for den endelige legemiddelforskrivningen. LMG i seg selv kan gjøres av legen, av annet kvalifisert helsepersonell, eller i team (Helsedirektoratet, 2015, s.4). Vår studie tydeliggjør behovet for en strukturert rollefordeling i utførelsen av LMG. I noen tilfeller blir alle forberedende undersøkelser gjennomført av sykepleier, men LMG blir likevel ikke utført som planlagt. Sykepleier har en sentral funksjon i planlegging, kvalitetssikring og gjennomføring av LMG. Mange eldre behandles med legemidler ordinert av forskjellige leger, og ikke sjelden forlenges behandlingen selv om indikasjonsgrunnet ikke (lenger) er til stede (Ruths og Straand, 2015). Dette ser vi i funnet hos pasienten som ble behandlet med Marevan i 1,5 år for lenge. Tydelige rutiner, systematisk rapportering og oppfølging er et systemansvar som påhviler eier av sykehjemmet og ledelsen (Befring, 2015, s. 44). Ledere må påse at det er et internkontrollsystem i virksomheten, som betyr systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovbestemte krav (Befring, 2015, s. 51). Vi ser at det er store forskjeller i utførelsen av LMG avhengig av hvilken lege som har vært inne på sykehjemmet i perioden, og hvilken sykepleier som har hatt ansvar for LMG hos de ulike pasientene. Vi finner også at det har det vært hyppige utskiftninger i legerollen og/eller bruk av vikarer. Mange leger har vært ved sykehjemmet i korte perioder. Dette gjenspeiler seg i kontinuiteten og kvaliteten ved gjennomføring av LMG. Ett eksempel på dette er, som gjort rede for i case 1, seponering av Hiprex med begrunnelse i at legen ikke kunne finne

indikasjon for bruken hos pasienten. Den aktuelle pasienten hadde blitt satt på Hiprex av en annen lege på grunn av gjentakende urinveisinfeksjoner over flere år. Vi mener med bakgrunn i våre funn at en fast ansatt sykehjemslege kan bidra til kontinuitet i behandlingen av pasientene, og dermed øke pasientsikkerheten.

I en artikkel i Sykepleien (06/2017) fremhever Helvik personsentrert pleie som bidragsyter til å redusere legemiddelbruken, men mener at dette ikke praktiseres ved mange sykehjem. Dette kan tilskrives manglende kompetanse og lite kontinuitet i pleien. Lav bemanning og tidsbegrensning gjør det utfordrende å gjennomføre pleietiltak som kan bidra til å redusere medisinerings (Helmers, 2017, s. 21). Vi har som nevnt sett at det er store variasjoner i kvaliteten på pasientarbeidet basert på hvilken sykepleier som har stått for gjennomføringen. Det vil være rimelig å anta at det skyldes flere faktorer, deriblant tidsmangel og usikker rollefordeling. Det fremkommer av studien til Helvik (2017) at det må legges større vekt på sykepleiekompetansen (Helmers, 2017, s. 21). Det er vanskelig å få kontinuitet i pleien med mange små stillinger og vikarer (Helmers, 2017, s. 22).

## **6.2 Bevisstgjøring omkring medisinerings**

Internasjonale studier viser økt dødelighet ved bruk av antipsykotika hos eldre (Helmers, 2017, s. 23). Sykehjemsbeboere står på psykofarmaka over lange tidsperioder, uten at dette nødvendigvis er det beste for pasienten. Bruken bør følges opp bedre. Pasienter som har vært lenge på sykehjem har mer langvarig bruk av antipsykotika og angstdempende legemidler, enn de som har vært på sykehjem i korte perioder (Helmers, 2017, s.20). Vi ser i case 3 at lege dokumenterer ved LMG at pasienten sover «omtrent hele døgnet», uten å ta stilling til doseringen eller eventuell seponering av beroligende medikamenter. Først ved LMG ett år senere skriver legen at pasienten sover 20-22 timer i døgnet og behandleren velger derfor å seponere Sobril.

Sørås mfl. (2014) fant at en av de vanligste kombinasjonene i gruppen «ta forholdsregler» (interaksjoner) var opioider pluss benzodiazepiner. I case 1 ser vi ett eksempel på at sykepleier etterspør en vurdering av seponering av Tramadol, legen tar først stilling til dette seks måneder senere. Det er flere eksempler i vår studie som viser at sykepleiere etterspør vurderinger av beroligende og smertestillende medikamenter. Det blir også i denne casen, case 1, dokumentert gjennom tre ulike LMG at pasienten ofte er nedstemt,

men det blir ikke gjort noen vurdering i forbindelse med dosering av Cipralex og Sobril som pasienten står på fast. Dette tydeliggjør behovet for en økt bevisstgjøring og kompetanseheving for helsearbeidere knyttet, til bruken av benzodiazepiner og antipsykotika.

### **6.3 Gode interne rutiner og kompetanseheving**

Som vår studie illustrerer er LMG en kvalitetssikring av den enkelte pasients legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet. Manglende LMG kan medføre redusert pasientsikkerhet. Det er positivt at vitale målinger og blodprøver gjennomgående er godt dokumentert. Sykepleier dokumenterer stadig utfyllende, også hvor leges notat er mangelfullt. Derimot ser vi begrenset dokumentasjon av anginaplager, som kan være viktig informasjon for klinisk vurdering i forbindelse med START-kriteriene. God informasjon om pasienten danner grunnlag for aktuelle diagnoser og gir indikasjon for legemiddelbehandling (Helsedirektoratet, 2015, s. 11). I sykehjem kan man bli flinkere til å bruke systematisk kartlegging og observasjon av helse og symptomer. Bruker man slike verktøy kan man se om medisinene faktisk gir en endring, eller hva som skjer dersom man tar dem bort (Helmers, 2017, s. 21).

Sjekklisten utarbeidet av sykehjemmet er en god og strukturert mal, og ved hjelp av denne vil man få en oversiktlig klinisk fremstilling av pasientsituasjonen. Dette ser vi i case 1 hvor legen har gjort en grundig analyse, og seponerer Lipitor på grunn av lav forventet levetid. Samtidig finner vi store variasjoner i anvendelsen av sjekklisten ved sykehjemmet. Noen gjennomfører dette arbeidet på en strukturert måte, mens det i andre tilfeller er mangefullt utført, noe som gjør det vanskelig å gjennomføre en grundig vurdering. For å oppnå kvalitetssikring er det nødvendig å innhente nødvendig pasientinformasjon, vurdere pasient og legemiddelbruk, identifisere LRP, foreslå tiltak, samt følge disse opp gjennom handling og dokumentasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 11).

Forskjellene vi ser i utførelsen av LMG, både hos leger og sykepleiere, kan reflektere opplæringen som har blitt gitt. Selv om noen sykepleiere og leger tilsynelatende har fått god innføring i hvordan rutiner for LMG skal gjennomføres, er det mulig at andre ikke har fått tilgang til den samme kompetansen. Dette kan være en mulig årsak til de store

forskjellene denne studien avdekker. Kontinuerlig forbedring av forløp krever forbedringskunnskap i tillegg til den fagspesifikke kunnskapen. Denne kunnskapen er en tilleggskompetanse der både refleksjon og handling inngår (Orvik, 2015, s. 275).

## 6.4 Tydeliggjøring av dokumentasjonsplikten

Målet med en LMG er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene, samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres (Helsedirektoratet, 2015, s. 9). Det er derfor urovekkende at det hos en av pasientene ble utført LMG først 18 måneder etter innleggelsen. Det er ved flere tilfeller intervaller på over ett år mellom LMG. Dette ser vi resulterer i tilfeller av manglende dokumenterte vurderinger av pasientens generelle situasjon og medikamenter. Det er også vanskelig å se at det er gjort løpende vurderinger forbundet med pasientenes samtykkekompetanse. For å sikre forsvarlig legemiddelbehandling av den sårbare gruppa som sykehjemspasienter utgjør, må praksisen ved sykehjemmet være styrt slik at det ikke er tilfeldig om pasientene får nødvendig vurdering og oppfølging (Helsetilsynet, 2010, s. 21). START – STOPP kriteriene er i liten grad tatt hensyn til. En fullstendig liste over hvilke medisiner pasientene står på ved utførelsen av LMG, mangler også i flertallet av gjennomgangene. Vurderinger gjort i forbindelse med videre plan og utførte tiltak er mangelfullt dokumentert. Påføring av indikasjoner på legemiddelkortet var ufullstendig i 2013. Per april 2018 har alle legemidler påført indikasjon. Dette er en svært positiv utvikling som vi ser er bedre enn funnene i Bostrøms forskning (2011, s. 23) som viser en økning i antall legemidler, påført indikasjon, kun fra 58,9% før LMG til 88,5 % etter LMG. Som nevnt tidligere i oppgaven er det ikke tydelig at LMG er generelt bedre utført i 2018, enn i 2013. Det finnes gode LMG spredt i hele tidsperioden.

Kommunenes dokumentasjonspraksis av legemiddelbehandling har et stort forbedringspotensial (Devik mfl., 2016, s. 7). Vår studie viser at selv om det finnes eksempler på gode LMG, er dokumentasjonen av LMG ofte svak, ufullstendig og at det er uoverensstemmelser mellom lege og sykepleiers dokumentasjon. Lege dokumenterer eksempelvis ved en LMG, at seponeringer er gjennomført, uten å dokumentere hvilke medikamenter som seponeres. Et eksempel på svak sykepleiedokumentasjon: "Lege har ordnet opp i medisinalisten og tatt bort unødvendige ting. H\*n har blant annet seponert

multivitamin og Kajos". Hva annet er seponert? Og hva er unødvendige ting? I følge Statens Helsetilsyn er mangel på dokumentasjon av nødvendige og relevante opplysninger om legemiddelbehandlingen av pasienter ved sykehjem alvorlig og utbredt. Spesielt risikofylt kan dette bli når det er flere leger som er koblet inn i behandlingen av pasienten – for eksempel der det er ustabil legedekning, mye vikarbruk, når legevaktslege er tilkalt, og når informasjon om pasienten skal formidles til annet helsepersonell (Helsetilsynet, 2010, s. 21). Vi ser at dokumentasjonen av LMG var varierende, men at forarbeidet - utført av sykepleiere, er godt dokumentert i de fleste tilfeller. Referat fra selve LMG med vurderinger og diskusjoner var i stor grad mangelfullt eller ikke eksisterende. Utfordringen var altså å finne en klar dokumentasjon på hva som faktisk ble resultatet av gjennomgangen. Dette funnet sammenfaller med resultatene i studien fra Trøndelag (Devik mfl, 2016, s. 29).

God dokumentasjon skal sikre at tiltak og observasjoner følges opp og utgjør et helt nødvendig kunnskapsgrunnlag for videre behandling og samhandling. Ikke minst er disse opplysningene vesentlige for sikkerhet og kontinuitet ved skifte av omsorgsnivå. Journalen er sentral når pasienter bytter behandler, eller ved samarbeid med andre i helse- og omsorgstjenesten. Den skal gi annet helsepersonell en oversikt over helsehjelpen som er gitt. Dette sikrer kontinuitet og forsvarlig pasientbehandling (Helsetilsynet, 2017, s. 33).

## **6.5 Arbeid og kompetanse på tvers av profesjoner**

Helsedirektoratet har i sin overordnede strategiplan «Utvikling gjennom kunnskap» oppfordret kommunene til å utvikle modeller for kompetanseutvikling på områder som krever tverrprofesjonell tilnærming. Sykehjemslegen bør ha en sentral posisjon i utviklingen av kompetanse forbundet med legemiddelbehandling (Helsedirektoratet, 2010, s. 12). Ved tverrfaglig oppfølging gis det mulighet for en bredere gjennomgang av pasientens behandling (Helsedirektoratet, 2015, s. 9; Halvorsen, 2012). Basert på våre funn ser vi at en styrking av det tverrprofesjonelle samarbeidet kan være gunstig både for pasientsikkerheten og personalet, og kan på sikt bidra til å redusere den totale ressursbruken. På sykehjem bør LMG gjøres i tverrfaglige team bestående av leger, farmasøyt og sykepleier. Studien utført ved Ålesund Sykehus i 2011 viste at verken leger eller sykepleiere mener de har tid til å påta seg nye arbeidsoppgaver. Samtidig viste den at

sykepleiere mener farmasøyter er bedre kvalifisert i arbeidet med vurderinger av virkningsmekanismer og indikasjoner for legemiddelbruk (Holler mfl, 2015). Vi ser som nevnt at sykepleier etterspør vurderinger forbundet med virkning av legemidler, men at legen ikke tar stilling til dette, eller at det tar lang tid før det blir gjort. Dette indikerer at samarbeidet mellom lege og sykepleier har forbedringspotensial. Bostrøm (2011) fant at samarbeid med farmasøyt ble rapportert som gjensidig positivt av alle parter (Bostrøm, 2011, s. 13) og Devik (2016) fant at farmasøytens dokumentasjon virker å være mer innarbeidet og standardisert enn hva sykepleieres og legers er (Devik mfl, 2016, s. 43).

## 7. Konklusjon

Sykepleiere og leger ved sykehjemmet har påbegynt et systematisk arbeid for å bedre pasientsikkerheten, men det kreves ytterligere fokus for å optimalisere kvaliteten slik at denne blir formålstjenlig. LMG blir noen ganger utført i tråd med intensjonene i pasientsikkerhetsprogrammet. Sjekklisten blir anvendt og rutinene fulgt, men i varierende grad og utstrekning. For å styrke arbeidet med å bedre pasientsikkerheten kreves det ytterligere fokus på dokumentasjonsplikten, og en økt bevissthet knyttet til langvarig bruk av antipsykotika, angstdempende- og opioide legemidler. Dette kan bidra til økt livskvalitet for pasienter ved sykehjem. Det bør tilstrebes en god organisatorisk kultur for tverrfaglig samarbeid, og en klar rolle- og ansvarsfordeling mellom lege, sykepleier og farmasøyt. Stabilitet i personalgruppen, samt en fast ansatt sykehjemslege og farmasøyt kan bidra til å skape kontinuitet i arbeidet.

## Litteratur

Befring, A. K. (2015) *Helsepolitikk og ledelse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Bostrøm, V. (2011) *I trygge hender på Nygård* [Internett]. Evaluering av pilot: Sikker legemiddelbehandling i sykehjem. Oslo: I trygge hender– Nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Tilgjengelig fra:

<[http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsområder/\\_attachment/510?\\_download=false&\\_ts=13317209905](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsområder/_attachment/510?_download=false&_ts=13317209905)> [Lest 08.11.2017].

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. og Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Devik, S. A., Fiskvik, I. L., Lassen, T., Halbostad, T. og Enmarker, I. (2016) *Kartlegging av legemiddelrelaterte problem i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag* [Internett]. Rapportserie nr. 10/2015. Ukjent sted: Senter for omsorgsforskning.

Tilgjengelig fra:

<[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389268/rapport\\_4\\_2016\\_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389268/rapport_4_2016_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> [Lest 27.04.2018].

Engh, E., Ranhoff, A. H., Viktil, K. K. (2017) G24 *Legemiddelgjennomgang (LMG)* [Internett] Norsk legemiddelhåndbok. Tilgjengelig fra: <

<<http://legemiddelhandboka.no/Generelle/søker/+%2Bengh/311096>> [Lest 08.11.2017].

Finckenhagen, M., Hortemo, S. og Madsen, S. (2014), *Legemiddelgjennomgang – Viktig tiltak for bedre behandling*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening [Internett], 134, s. 1454-1455. DOI:10.4045/tidsskr.

Forskrift om legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten. *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*.



Fylkesmannen i Møre og Romsdal, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. (2012) *Fallprosjektet i Helseregion Midt-Norge*. [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Helsetjenester/Fallprosjektet%20-%20samlerapport.pdf>> [Lest 30.04.2018].

Halvorsen, K. H. (2012) Drug prescribing quality for older patients [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.

Helmers, A-K. B. (2017) Slår alarm om bruk av antipsykotika. *Sykepleien*, 2017 (6) august, s. 20-23.

Helsedirektoratet (2010) *Pasientsikkerhetsprogrammets arbeidsområder, målsetting, målinger, organisering* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>> [Lest 01.05.2018].

Helsedirektoratet (2010) *Utvikling gjennom kunnskap* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/178/Utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015-IS-1858.pdf>> [Lest 14.05.2018].

Helsedirektoratet (2011) *Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/255/Riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter-beboere-pa-sykehjem-og-i-hjemmesykepleien-IS-1887.pdf>> [Lest 27.04.2018].

Helsedirektoratet (2015) *I trygge hender 24-7* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet.

Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/start-og-stopp-verkt%C3%B8yet-er-oppdatert-hva-er-nytt> [Lest 04.05.2018].

Helsedirektoratet (2015) *Veileder om legemiddelgjennomganger* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://legemiddelverket.no/Documents/Bivirkninger%20og%20sikkerhet/R%C3%A5d%20til%20helsepersonell/Hdir%20Veileder-legemiddelgjennomgang-IS-1998.pdf>> [Lest 01.12.2017].

Helsedirektoratet (2017) *I trygge hender 24-7* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/samstemming-av-legemiddellister> [Lest 08.11.2017].

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell 1999*.

Helsetilsynet (2010) *Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging*. Oslo: Statens Helsetilsyn

Helsetilsynet (2017) *Tilsynsmelding 2016*. Oslo: Statens Helsetilsyn.

Helvik, A. S., Benth, J. S., Wu, B., Engedal, K. og Selbæk, G. (2017) Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway. *BMC Geriatrics* [Internett], 2017 (52). DOI: 10.1186/s12877-017-0440-5

Holler, J. G., Helgesen, K. S., Aarset, M. og Major, A-L. S. (2015) Legemiddelsamstemming – Et tiltak som virker. *Sykepleien Forskning* [Internett], 10: 34-42 DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.53467

Laroche, M-L., Charmes, J-P., Nouaille, Y., Picard, N. og Merle, L. (2006) Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? *British Journal of Clinical Pharmacology* [Internett] 63:2 DOI: 10.1111/j.1365-2125.2006.02831.x

Legemiddelverket (2018) *Interaksjonsdatabase for norske klinikere* [Internett]. Oslo: Legemiddelverket. Tilgjengelig fra: <<http://interaksjoner.azurewebsites.net/analyser.asp?PreparatNavn=acetylsalisylsyre%0D%0Awarfarin&Client=Sjekk>> [Lest 06.05.2018].

Måløy, E., Nygård, L. K. og Eines, T. F. (2017) Få bukt med feilmedisinering. *Sykepleien* [Internett], 2017 (105), s. 42-43. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62296>

Nordeng, H. (2014) Grunnleggende kunnskap I: Nordeng, H og Spiget, O. red. *Legemidler og bruken av dem*. 2. Utgave. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 23-43.

Nordtvedt, P. (2016) *Omtanke, En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norges Farmaceutiske Forening. (2018) *En farmasøyt er ekspert på legemidler og bruken av disse* [Internett], Oslo: Norges Farmaceutiske Forening. Tilgjengelig fra: <<https://www.farmaceutene.no/farmasøyt>> [Lest 27.04.2018].

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Internett]. Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) [Lest 01.12.2017].

Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm.

Personopplysningsforskriften. *Forskrift om behandling av personopplysninger*.

Ranhoff, A. H. (2014) Den gamle pasienten. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. red. *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.79-91.

Reeve, E., Moirarty, F., Nahas, R., Turner, J. P., O'Donnell, L. K. og Hilmer S. N. (2017) A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to migrate potential harms. *Expert Opinion on Drug Safety* [Internett], 17 (1), s. 39-49. DOI: <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1397625>

Rognstad, S. (2014) Mange legemidler til eldre – det er fali', det. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett], 2014 (134) s. 1016. DOI: 10.4045/tidsskr.14.0585

Ruths, S. og Straand, J. (2015) G10 Eldre og legemidler [Internett] Norsk legemiddelhåndbok. Tilgjengelig fra: < <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/153198>> [25.04.2018].

Skjerdal, Å. S. (2016) *START 2 og STOPP 2 for enda bedre legemiddelbehandling hos eldre* [Internett]. Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/start-2-og-stopp-2-for-enda-bedre-legemiddelbehandling-hos-eldre>> [Lest 25.04.2018].

Spigset, O. (2003) Bruk av legemidler hos eldre. *Utposten*, 32, s. 18-20.

St. meld. nr. 16 (2010-2011) *Nasjonal Helse og omsorgsplan*.

St. meld. nr. 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester*.

St. meld. nr. 28 (2014-2015) *Legemiddelmeldingen, Riktig bruk – bedre helse*.

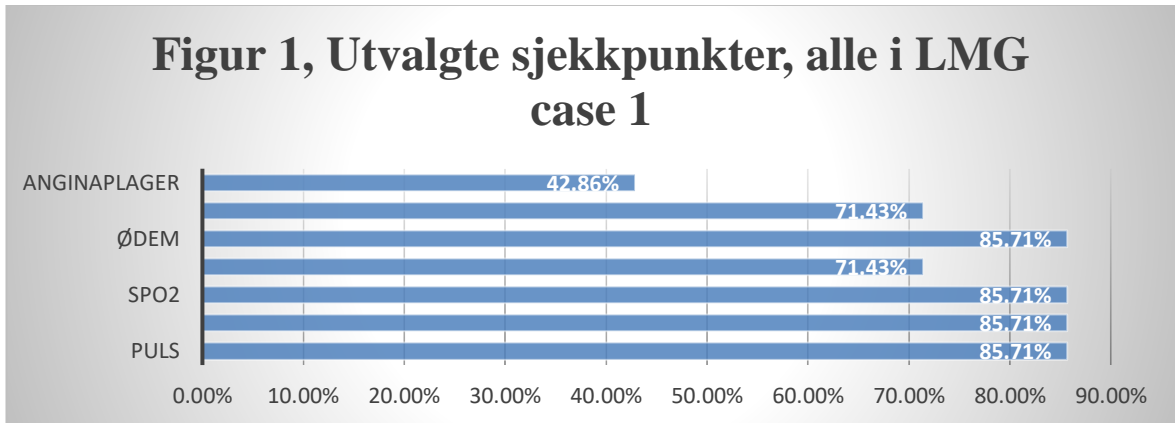
Sørås, I. A., Staurset, H. B., Slørdal, L. og Spigset, O. (2014) Legemiddelinteraksjoner hos pasienter i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett], 2014 (134) s. 1041-1046. DOI: 10.4045/tidsskr.13.1550

Thiruchelvam, K., Hasan, S. S., Wong, P. S. og Kairuz, T. (2017) Residential Aged Care Medication Review to Improve the Quality of Medication Use: A Systematic Review. *Journal of the medical Directors Association* [Internett], 18 (1), s. 87.e1-87.e14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.004>

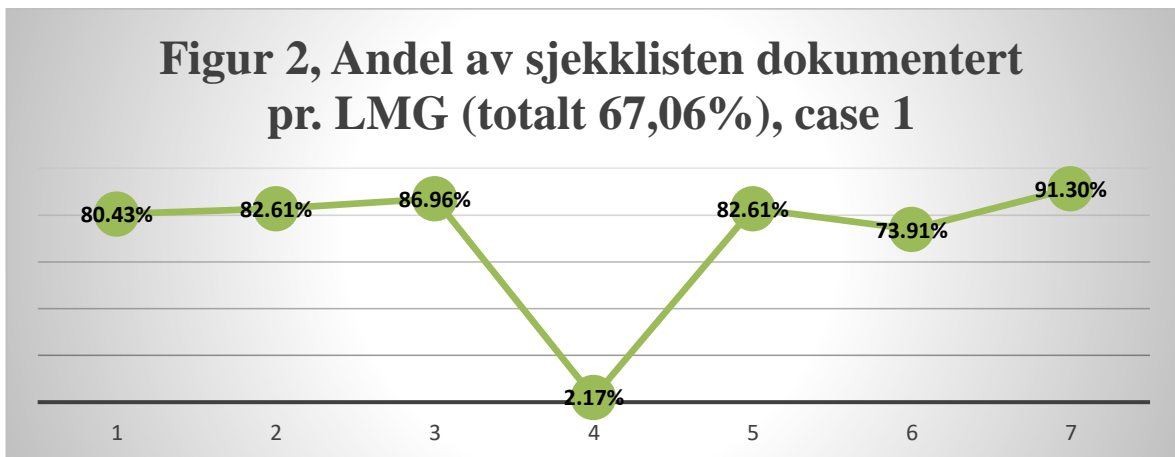
Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Vabo, G. (2014) *Dokumentasjon i sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm.

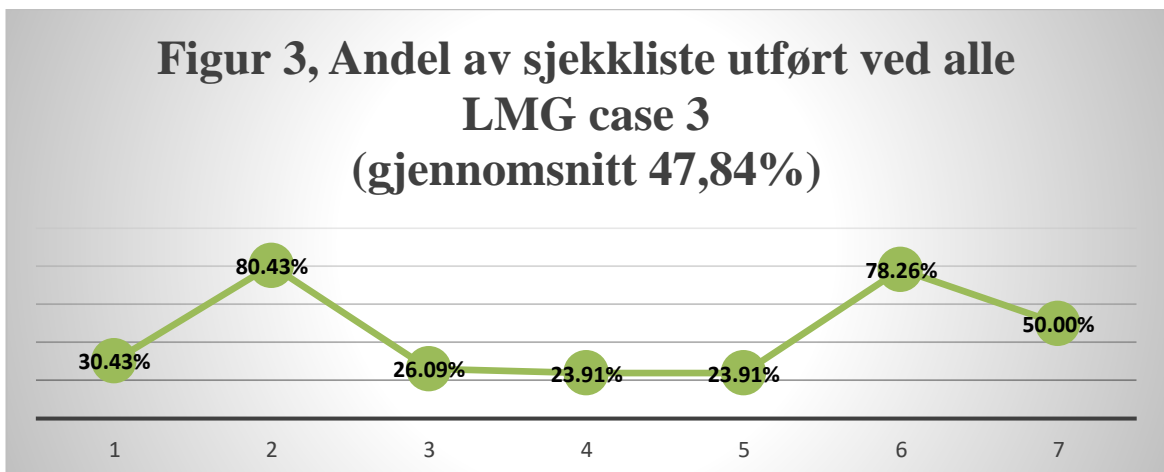
## Figurer



Figuren finnes på s. 18.

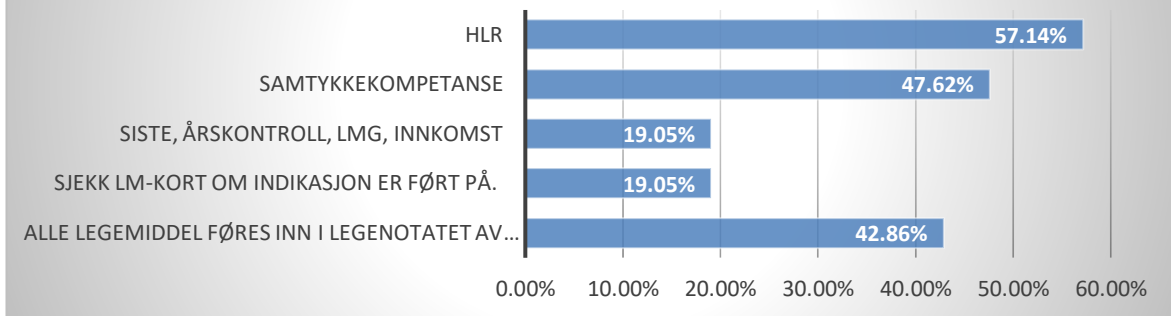


Figuren finnes på s. 18.



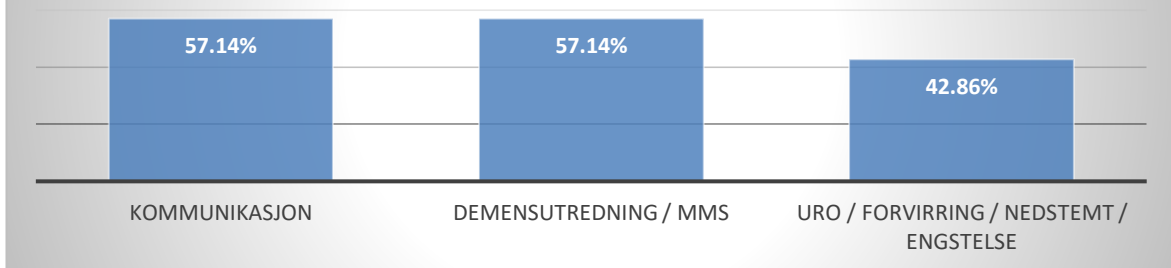
Figuren finnes på s. 22.

**Figur 4, Utvalgte sjekkpunkter ved alle LMG (21. stk) i alle case**



Figuren finnes på s. 23.

**Figur 5, Basert på alle LMG (21. stk) i alle case**



Figuren finnes på s. 23.



---

<b>Region:</b> REK nord	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b> 19.12.2017	<b>Vår referanse:</b> 2017/2427/REK nord
			<b>Deres dato:</b> 05.12.2017	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Rigmor Einang Alnes  
Institutt for helsevitenskap Ålesund

### 2017/2427 Legemiddelgjennomgang i sykehjem

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) ved sekretariatsleder, på fullmakt gitt av komiteen med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 10 annet ledd. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

**Forskningsansvarlig institusjon:** Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Prosjektleder:** Rigmor Einang Alnes

#### Prosjektleders prosjekttale

*Prosjektet skal gi innsikt i om legemiddelgjennomgang i sykehjem er gjennomført i tråd med intensjonene i pasientsikkerhetsprogrammet, om nødvendige endringer i pasientens legemidler er foretatt og hvilke konsekvenser dette har hatt for pasienten.*

#### Vurdering

##### Om prosjektet

Dette er en bachelor-oppgave som skal utføres i løpet av et halvt år. Prosjektleder opplyser i søknaden at man anser dette å være kvalitetssikring av rutiner for legemiddelgjennomgang og konsekvenser for 4-8 pasienter i et sykehjem.

##### Kvalitetssikring

Grensen mellom forskning og kvalitetssikring kan være noe uklar. I internasjonale retningslinjer fra CDBI i Europarådet, som REK anvender som retningsgivende, er det lagt til grunn at det kan være nyttig og relevant med tre kontrollspørsmål:

- 1) Er prosjektets formål å forsøke å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen på lokalt plan, for eksempel en sykehusavdeling?
- 2) Går prosjektet ut på å prøve praksis mot etablerte standarder?
- 3) Inneberer prosjektet at noe gjøres med pasientene som ellers ikke ville bli gjort som ledd i klinisk praksis og kvalitetssikring?

I retningslinjene heter det at dersom svaret på de to første spørsmålene er ja og svaret på det siste spørsmålet er nei, så er nok prosjektet kvalitetssikring.

Etter en samlet vurdering er REK kommet til at prosjektet er et kvalitetssikringsprosjekt som må forankres i

---

**Besøksadresse:**  
MH-bygget UIT Norges arktiske  
universitet 9037 Tromsø

**Telefon:** 77646140  
**E-post:** rek-nord@asp.uit.no  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
nord og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to  
the Regional Ethics Committee, REK  
nord, not to individual staff

institusjonen.

**Godkjenning fra andre instanser**

Det påhviler prosjektleder å undersøke hvilke eventuelle godkjenninger som er nødvendige fra eksempelvis personvernombudet ved den aktuelle institusjon eller Norsk senter for forskningsdata (NSD).

**Vedtak**

*Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. hfl § 2.*

**Klageadgang**

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll  
sekretariatsleder

**Kopi til:** rigmor.e.alnes@ntnu.no; rek-ih@mh.ntnu.no





Rigmor Einang Alnes

6025 ÅLESJUND

Vår dato: 20.03.2018

Vår ref: 58956 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

## Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 04.02.2018 for prosjektet:

58956	<i>Er det samsvar mellom intensjonene i pasientsikkerhetsprogrammet og utført legemiddelgjennomgang i sykehjem?</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Rigmor Einang Alnes
Student	Anreas Foss Follesø

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 08.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

## Legemiddelgjennomgang i sykehjem – et studentprosjekt ved NTNU

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsprosjekt for å se hvilke endringer som er utført på bakgrunn av legemiddelgjennomganger. Legemiddelgjennomgang skal gjennomføres to ganger i året. Dette gjøres for å være sikker på at de legemidlene du står på er nødvendige og forsvarlige i lys av ditt sykdomsbilde.

Som del av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» har .... Sykehjem hatt rutiner for å gjennomføre legemiddelgjennomgang (LMG) av alle pasienter en gang i halvåret siden 2014.

### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Studien er et studentprosjekt utført av bachelorstudenter i sykepleie, ... og ....

Studien vil utelukkende benytte data som er registrert om deg i pasientjournalen i forbindelse med legemiddelgjennomgang. Alle data vil bli anonymisert. Opplysningene vil være legemiddellister i forkant og etterkant av legemiddelgjennomgang, samt sykepleiedokumentasjon som er gjort i forbindelse med overnevnte. Opplysningene vil bli hentet fra Visma (sykehjemets elektroniske dokumentasjonssystem). Det vil ikke kreves noe av deg og vil ikke påvirke din behandling.

### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelsen i studien vil ikke påvirke deg direkte. Forskningen vil bli gjort på bakgrunn av eksisterende informasjon. Resultatet fra studien vil være med på kvalitetssikre legemiddelgjennomganger ved sykehjemmet og vil kunne bidra til større fokus på pasientsikkerhet og øke bevisstheten rundt legemiddelbruken i sykehjem.

### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

### HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. Det vil lages en kode som knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder Rigmor Einang Alnes [rigmor.e.ernes@ntnu.no](mailto:rigmor.e.ernes@ntnu.no) har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

### GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, [sett inn saksnr. hos REK (20xx/yyy)].