



Forløpsgruppe Riktig legemiddelbruk

Mai 2009

NOTAT FRA ARBEIDSGRUPPA FOR RIKTIG LEGEMIDDELBRUK 30. MAI 2009

INNHold

1. Innledning	2
2. Riktig legemiddelbruk	2
3. Gjennomgang av spørsmålene fra samhandlingsprosjektet	3
1. Identifisere brudd	3
2. Bidrar lovmessige forhold til brudd?	8
3. Bidrar økonomiske/finansieringsmessige forhold til brudd?	8
4. Er målet kjent blant aktørene?	9
5. Bidrar organisasjonsmessige forhold til brudd?	10
6. Områder for forbedring	10
7. Økt ressursinnsats mot forebygging	14
8. Ytterligere råd?	14

1. INNLEDNING

Forløpsgruppa "Riktig legemiddelbruk" har bestått av Anne Berit Walter fra Helsedirektoratet, Johnny Jakobsen fra Statens Legemiddelverk, Arnfinn Aarnes fra FFO, Njål Idsø fra Revmatikerforbundet, Anne Markestad fra Norges Farmaceutiske Forening (NFF), Hilde Ariansen fra Apotekforeningen, Erling Ulltveit fra Legemiddelindustriforeningen, Peter Major fra Majorstutunet sykehjem, Oslo kommune, Øyvind Melien fra Rikshospitalet (legemiddelkomite), Gunn Fredriksen fra Sykehusapotekene Midt-Norge, Berit Berg fra Sykepleierforbundet og Irene Hanssen fra Fylkesmannen i Hedmark. Johannes Kolnes fra HOD deltok også på møtene.

Gruppa ble ledet av Audun Hågå, og Marit Måge var sekretær.

Gruppa hadde møter 30. april, 13. mai og 29. mai.

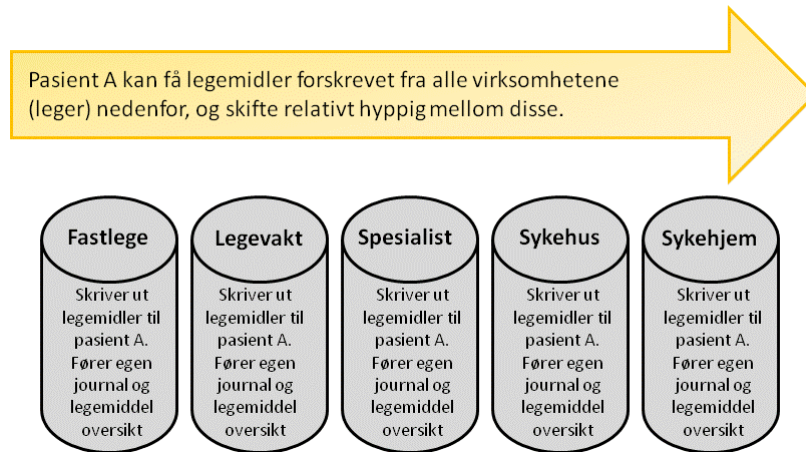
2. RIKTIG LEGEMIDDELBRUK

Riktig legemiddelbruk innebærer at pasienten må få riktig:

- Diagnose og terapi
- virkestoff og dose
- forsvarlig kombinasjon av virkestoff
- oppfølging av effekt og bivirkninger
- opplæring i legemiddelbruk og mestring av egen sykdom

Legemidler brukes på alle nivå i helsetjenesten. Figur 1 nedenfor illustrerer at en pasient kan få forskrevet legemidler av en rekke forskjellige leger, i ulike situasjoner, på ulike nivå i helsetjenesten.

Figur 1



I henhold til Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP)¹ så har eldre pasienter med flere diagnoser kontakt med 8 ulike leger i løpet av et år. Flere av disse er legevaktsleger. En undersøkelse i regi av Apotekforeningen fra 2002 viste at mellom to og tre prosent av pasientene brukte ti eller flere legemidler samtidig. I snitt hadde disse pasientene fått forskrevet legemidler fra tre ulike leger.

I tillegg kan pasienten bruke reseptfrie legemidler, naturlegemidler, kosttilskudd og helsekostprodukter som kan påvirke behandlingen.

3. GJENNOMGANG AV SPØRSMÅLENE FRA SAMHANDLINGSPROSJEKTET

1. IDENTIFISERE BRUDD

I denne gruppen har vi ikke sett på ett bestemt pasientforløp, men prøvd å generalisere, for å illustrere brudd.

De viktigste bruddene, som gjør seg gjeldende i hele helsetjenesten er mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten, at legen/helsetjenesten ikke har oversikt over pasientens totale legemiddelbruk, at det mangler en "prosseier" som er ansvarlig for helhetlig behandling og at det er mangelfull pasientopplæring.

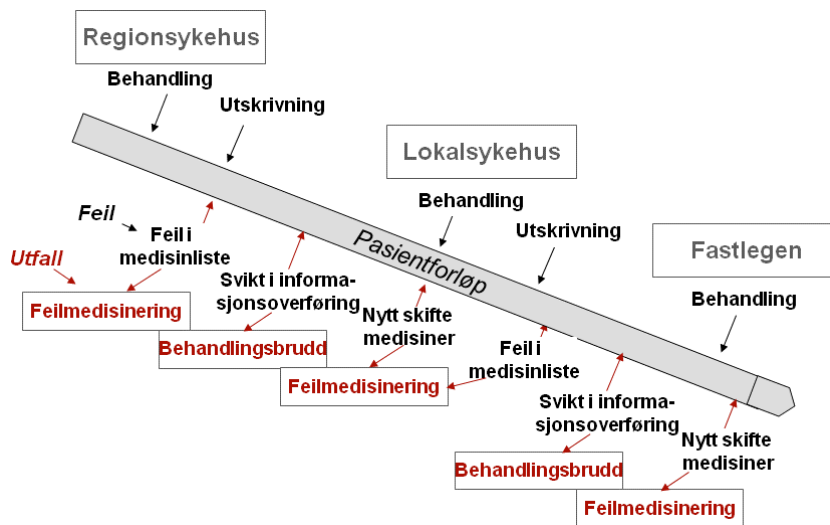
Alle bruddene kan medføre dårlig behandling som for eksempel uheldig terapivalg, overdosering, unødige bivirkninger for pasienten etc. I henhold til den danske apotekforeningen,² så dør syv dansker hver dag av uheldig legemiddelbehandling. Det innebærer om lag 2 500 dødsfall årlig.

¹ NSEP: Medisinskfaglig analyse av behovet for enklere kommunikasjon i tilknytning til bruken av elektronisk pasientjournal. 3.9.2007.

² Dansk Apotekforenings tidsskrift Farmaci, mai 2009

Figur 2 illustrerer hvordan det kan oppstå brudd ved skifte av omsorgsnivå fra regionsykehus, til lokalsykehus og videre til fastlegen.

Figur 2



Et prosjekt ved St. Olavs Hospital i Trondheim³ viste at ved 77 % av innleggelsene på geriatrisk avdeling var det avvik mellom informasjon om legemiddelbruk i inntakstjournalen, informasjon fra fastlegen, informasjon fra hjemmesykepleie/sykehjem og eventuelle utskrifter av medisinkort.

I henhold til NSEP kan opplysninger om samme pasient være fordelt på 6-8 ulike steder (fastlege, spesialist, sykehus, hjemmesykepleie, legevakt etc.). Det viser seg å være uoverensstemmelse mellom opplysningene hos fastlegen og hjemmesykepleien i 50-80 prosent av tilfellene. I gjennomsnitt får pasienten 25 prosent flere legemidler enn fastlegen kjenner til.

Undersøkelser⁴ viser at 10-30 % av sykehusinnleggelsene kan knyttes til legemiddelrelaterte problem. Uønskede hendelser i sykehus er et av de største risikoområdene i den vestlige verden. Basert på utenlandske data anslås følgende forekomst i Norge⁵:

- 2000 dødsfall
- 15 000 invalidiserende skader
- 490 000 ekstra liggedøgn
- 2 milliarder kroner i ekstra utgifter

Om lag halvparten av de uønskede hendelsene er knyttet til legemiddelbruk. Det anslås at om lag halvparten av de påviste hendelsene kunne vært unngått.

Figur 3 viser at de samme bruddene kan oppstå ved skifte av omsorgsnivå mellom sykehus, sykehjem, hjemmet, og omsorgsbolig.

Feil som oppstår i inntakstjournalen forplanter seg videre i pasientforløpet. I et prosjekt på Lovisenberg sykehus⁶ som omfattet hjemmeboende pasienter som får utlevert ferdigpakket

³ Sund, J.K. Sykehusapotekene Midt-Norge

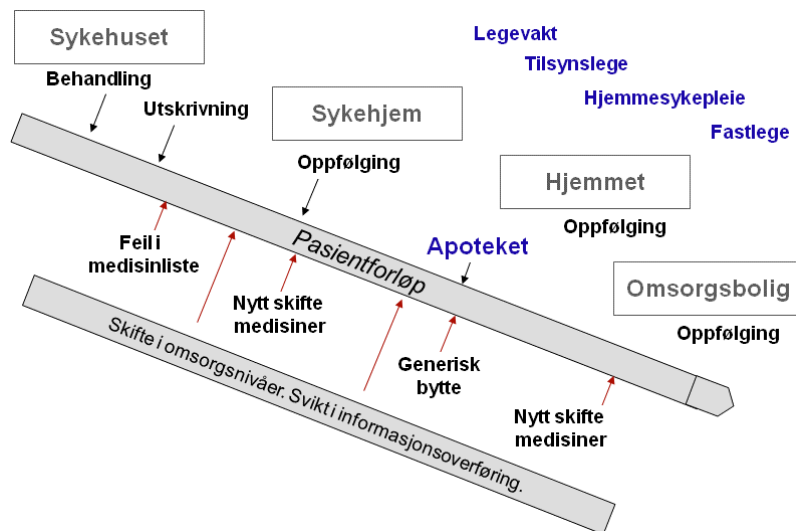
⁴ Arch Intern Med 2009;169(9):894-900

⁵ Peter F. Hjort. *Uheldige hendelser i helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag 2007.

medisiner (multidose) av hjemmesykepleien, fant man avvik i utskrivningskurve som ikke kan forklares ved at behandlingen har blitt revurdert for om lag 40 % av pasientene. Utskrivningskurvene ble sammenliknet med kvalitetssikret informasjon om hva pasientene faktisk stod på ved innleggelse.

I en annen studie ved rehabiliteringsavdelingen på samme sykehus ble det ved hjelp av samtale med pasient avdekket at for mer enn 50 % av pasientene var legemiddelkurven ufullstendig eller feil, i forhold til det pasienten stod på. Hos pasienter med feil i legemiddelanamnesen ble det oppdaget i gjennomsnitt 2,5 feil. Det er grunn til å anta at disse utilsiktede endringene i pasients legemiddelbruk vil forplante seg videre i pasientforløpet.

Figur 3



Helsetilsynet har i 2008 gjennomført tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem i 8 fylker. Helsetilsynet påpekte avvik ved 18 av 23 tilsyn. Ved de aller fleste avvikene fant Helsetilsynet mangler ved sykehjemmets journalsystem og mangler og uklarheter ved styring og ledelse av sykehjemmets legetjeneste. Helsetilsynet påpeker at mangler ved journalsystemene medfører fare for svikt i legemiddelbehandlingen.

1. Mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten

Det er mangelfull, og til dels fraværende informasjonsflyt om pasientenes legemiddelbehandling mellom de ulike forskriverne og nivåene i helsetjenesten. Prosedyrene for å hente inn kvalitetssikret informasjon, for eksempel ved innleggelse, er mangelfulle. I mange tilfeller er informasjonen ved innleggelse basert på pasientens, eventuelt pårørendes, egne opplysninger. Dess eldre og dess sykere pasienten er, dess mer mangelfull kan egenrapporteringen bli. Ved utsending er problemstillingen at epikriser ikke sendes, de sendes for sent, de kan inneholde ukorrekt informasjon, eller mangle nødvendig informasjon.

⁶ Willoch, K. Lovisenberg Sykehusapotek

Helsetjenesten har systemer for avviksregistrering internt i hver enkelt virksomhet, men mangler systemer for å registrere avvik ved overgang mellom omsorgsnivåene. Manglende ansvar for avviksregistrering ved overgang mellom omsorgsnivåene gjør at man mangler grunnlag for kvalitetsforbedrende arbeid ved skifte av omsorgsnivå.

2. Legen/helsetjenesten har ikke oversikt over pasientens totale legemiddelbruk

Dette er dels en konsekvens av mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten, og dels en konsekvens av mangler/feil i intern journal, jf. Helsetilsynets funn ved tilsyn i sykehjem.

Bytte av omsorgsnivå, eller valg av behandling på mangelfullt kunnskapsgrunnlag, kan derfor medføre "brudd" i behandlingen. Når forskrivende lege ikke har informasjon om pasientens totale legemiddelbruk, har legen heller ikke et tilfredsstillende grunnlag for å gi pasienten en best mulig legemiddelbehandling. Terapivalg basert på mangelfull informasjon om pasientens legemiddelbruk vil kunne bidra til feilmedisinering, behandlingssvikt og unødige bivirkninger. Dess flere ulike forskrivere pasienten møter, dess større er faren for at det vil oppstå feil.

Apotek leverer ut legemidler til pasienter, og møter dermed svært mange pasienter. Det finnes ikke samhandlingsstrukturer mellom farmasøyt og lege som legger til rette for å utnytte denne møteplassen til å ta tak i problemstillinger knyttet til enkeltpasienters legemiddelbehandling og avdekking av legemiddelrelaterte problem. I de tilfellene der pasienten bruker fast apotek, får apoteket god oversikt over pasientens totale legemiddelbruk, og farmasøyten vil kunne fange opp legemiddelrelaterte problem som uheldige legemiddelkombinasjoner (interaksjoner), feil dose, complianceproblematikk (pasienten henter for ofte eller for sjelden) eller dobbeltforskrivning av generika. Apoteket har ikke tilgang til pasientjournaler eller medikamentlister, og er avhengige av at pasienten selv kjenner til hvilke legemidler som skal brukes. Pasienten må i dag selv passe på at han kun henter ut resepter på de legemidlene som skal brukes. Dersom apotekene får mistanke om at en gyldig resept ikke lenger skal ekspederes, det er foreskrevet uhensiktsmessige doser, at kombinasjonen av ulike legemidler kan gi alvorlige interaksjoner eller at det er andre formelle feil ved resepten, må apoteket i dag kontakte legen for å sjekke om resepten faktisk er riktig. Apotek fanger også opp en del uheldig legemiddelbruk, samt manglende forståelse av egen legemiddelbehandling, men langt fra alt.. Dagens "samhandling" mellom apotek og lege er ikke strukturert, skjer på ad-hoc bases, kan belaste mange parter (legesekretær, lege, pasient, farmasøyt etc.) og går ofte ut på å rette opp feil som ikke burde ha skjedd.

3. Det mangler en "prosesseier" som er ansvarlig for helhetlig behandling

Med "prosesseier" mener vi i denne sammenhengen en lege som har ansvaret for helheten i behandlingen av en pasient. Gruppen peker på at fastlegen peker seg ut som en aktuell prosesseier. Hvis fastlegen skal kunne fungere som en god "prosesseier" må imidlertid rammebetingelsene endres.

Pasienter med flere diagnoser og mange legemidler bruker gjerne både spesialister og sykehus, i tillegg til fastlegen. Helsetjenesten er oppdelt i ulike nivå, og etter ulike fagretninger. I dagens system kan derfor en pasient gå til ulike spesialister for hver av sine diagnoser, samtidig som ingen av spesialistene vurderer pasientens totale behandling.

Fastlegen er i prinsippet ansvarlig for helheten, men fastlegene gjør nødvendig endringer i spesialistenes forskrivning. Behandling som kan være beregnet for kort tid kan da bli til langvarig behandling. Situasjonen kompliseres ytterligere dersom pasienten i tillegg periodevis er innlagt på sykehjem, eller medisineringsen overtas av hjemmetjenesten.

I tilfeller hvor det er ulike terapiretningslinjer/policy på ulike nivå i helsetjenesten, skaper det ytterligere muligheter for endringer som kan føre til "brudd" i behandlingen ved bytte av omsorgsnivå.

En "prosesseier" bør også være i stand til å fange opp endringer i terapiretningslinjer som bør føre til justeringer i et behandlingsforløp, men dette er utfordrende hvis endringene skjer på spesialistnivå, mens fastlegen skal følge opp.

Det er en utfordring at fastlegen er organisert "på siden" av den øvrige helsetjenesten. Det kan fremstå som uklart hvem som har ansvar for ledelse, kompetanse og kvalitetskontroll av fastlegens arbeid.

Pasienter opplever også at overføring mellom de ulike nivåene skaper brudd ved diagnostisering og valg av terapi. I mange tilfeller sendes pasienten fra spesialisten og tilbake til fastlegen, før diagnose og terapivalg er tilfredsstillende utprøvd og endelig etablert. Dette kan medføre at pasienten mister venteliste-rettigheter, og må søkes inn og vente på spesialist på nytt.

For pasienter som ikke er i stand til å ta vare på seg selv er det økt fare for brudd, både i selve behandlingsskjeden og i legemiddelhåndteringen.

4. Mangelfull pasientopplæring

Undersøkelser antyder at halvparten av kronikere ikke bruker legemidlene sine riktig⁷. Dette gjelder for eksempel etterlevelse av behandling med legemidler der man ikke merker effekten på kort sikt. Samtidig har over 50 prosent av de som bruker inhalasjonsmidler, feil inhalasjonsteknikk.

Hvis pasientene ikke bruker legemidlene riktig, vil ikke effekten av behandlingen bli optimal, noe som medfører dårlig sykdomskontroll. For å oppnå best mulig sykdomskontroll, er det viktig at pasienten har kunnskap om sykdommen sin, og forståelse for hvordan han skal ta legemidlene sine og kunnskap om mulige bivirkninger og hvordan de skal håndteres. God kunnskap om sykdom, livsstil og legemidler øker motivasjonen til å følge behandlingen.

Generisk bytte⁸ kan i enkelte tilfeller bidra til feil bruk av legemidler hos enkelte pasienter, på grunn av manglende forståelse av egen legemiddelbruk. En studie utført i Norge⁹ viser at 1 av 20 pasienter som behandles for høyt blodtrykk har tatt dobbel dose i kortere eller lengere tid som følge av generisk bytte. Generisk bytte medfører også muligheter for feil og misforståelser hos helsepersonell i ulike deler av helsetjenesten.

⁷ WHO, Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action, 2003

⁸ Generisk bytte reduserer folketrygdens utgifter til legemidler med om lag 1,5 mrd årlig, og frigjør dermed et betydelig beløp til andre formål innen helsetjenesten.

⁹ Generic substitution – an additional challenge for adherence in hypertensive patients, skal publiseres i Current Medical Research and Opinion

2. BIDRAR LOVMESSIGE FORHOLD TIL BRUDD?

I en del tilfeller er det legale hindringer som bidrar til brudd. Men det kan også være forhold der problemet er knyttet til at eksisterende regelverk ikke blir tilstrekkelig etterlevd, og at dette ikke fører til sanksjoner. En tredje utfordring er knyttet til at deler av regelverket oppleves uklart, og at det er manglende konsensus om hvordan det skal etterleves i helsetjenesten.

Mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike aktører og nivå i helsetjenesten

I dag fører hver enkelt virksomhet¹⁰ egen journal, og det er ikke tillatt å la andre virksomheter få innsyn i journalen.

Legen/helsetjenesten har ikke oversikt over pasientens totale legemiddelbruk

Det foreligger ikke legale hindringer for å føre korrekte legemiddellister inn i journal og ved sending av epikriser. Tvert i mot så er regelverket klart, og utfordringene er knyttet til manglende etterlevelse.

Dette tas også opp under organisatoriske forhold, da det i stor grad kan karakteriseres som et spørsmål om prosedyrer, ledelse og tekniske løsninger.

Det mangler en "prosesseier" som er ansvarlig for helhetlig behandling

I henhold til lovverket er fastlegen ansvarlig for pasientens allmennlegetilbud. Hvis pasienten legges inn i institusjon som sykehus eller sykehjem, så overtar disse det formelle ansvaret for pasienten. Regelverket hindrer imidlertid ikke et samarbeid mellom fastlegen og institusjonen.

Mangelen på en prosesseier er etter gruppens vurdering en kombinasjon av juridiske hindre, finansieringsmessige forhold, organisering, kompetanse og kultur.

Mangelfull pasientopplæring

Lovmessige forhold hindrer ikke pasientopplæring. Både legen og apoteket har i dag plikt til å sørge for at pasienten vet hvordan legemidlet skal brukes, men dette etterleves ikke godt nok. På den andre siden har gruppen diskutert behovet for å lovfeste at pasienten har rett til en samlet gjennomgang av sin egen legemiddelbruk, for eksempel ved legemiddelgjennomganger¹¹ eller legemiddelsamtaler og oppfølging for eksempel på et lokalt lærings- og mestringssenter, legekantor eller apotek.

3. BIDRAR ØKONOMISKE/FINANSIERINGSMESSIGE FORHOLD TIL BRUDD?

Når det gjelder legemiddelbehandling møtes flere ulike finansieringssystem. Direkte finansiering av legemidler er delt mellom sykehus, folketrygden, kommunale institusjoner og egenbetaling. Finansiering av behandlingsapparatet er delt mellom statlig finansiering av sykehus, kommunal finansiering av institusjoner og hjemmebasert omsorg, samt fastlegenes takstsystem.

¹⁰ Et sykehus regnes som en virksomhet, det samme gjelder en enkeltstående fastlege.

¹¹ Legemiddelgjennomgang og legemiddelsamtale er ikke helt klart definert, men med legemiddelgjennomgang tenkes det på en tverrfaglig medisinsk gjennomgang, hvor pasienten ikke trenger å være involvert, mens med legemiddelsamtale tenkes det på en samtale med pasienten, hvor målet er å øke pasientenes forståelse for egen legemiddelbruk.

Generelt sett bemerket gruppen at feilbehandling ikke gir negative økonomiske utslag for de som behandler, og at det slik sett ikke er økonomiske incentiver som stimulerer til at man "gjør det riktig første gang".

Mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten / Legen/ helsetjenesten har ikke oversikt over pasientens totale legemiddelbruk

Økonomiske/finansieringsmessige forhold er lite trolig hovedårsak til at det er mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten, eller at legen ikke har oversikt over pasientens totale legemiddelbruk.

Hastverk, lite oppmerksomhet på legemidler og manglende nøyaktighet kan sannsynligvis være årsaker til mangelfull informasjonsutveksling og at legen ikke har oversikt over pasientens totale legemiddelbruk. Det er imidlertid ikke klart i hvilken grad hastverk etc. skyldes økonomiske/finansieringsmessige forhold eller ikke.

Det mangler en prosesseier som er ansvarlig for helhetlig behandling

Finansieringssystemet for legemidler kan bidra til brudd i behandlingen når pasienten skifter mellom de ulike finansieringsnivåene. Brudd i behandlingen kan oppstå hvis sykehusene har et klart førstevalg for en terapi som skal følges opp utenfor sykehus, og folketrygden har et annet legemiddel som førstevalg for den samme terapien. Det samme gjelder hvis pasienten overføres fra egenomsorg og til kommunal institusjon.

Det finnes eksempler på at kostbar legemiddelbehandling, som medisinsk sett burde foregått i sykehus/poliklinikk, i stedet foregår som hjemmebehandling. Dette skjer fordi det er økonomisk mest gunstig for sykehusene å la folketrygden dekke legemiddelutgiftene, men for pasientgruppen, der nøye oppfølging og evaluering er viktig, kan dette være uheldig. Finansieringssystemet kan også hindre tilfredsstillende medikamentell behandling på sykehjem, på grunn av store kostnader.

Fastlegenes takstsystem påvirker i stor grad hva fastlegen prioriterer å gjøre. Samarbeid med spesialister og institusjoner, samt legemiddelgjennomganger for pasienter med omfattende diagnoser og utstrakt legemiddelbruk har ikke egne takster. Mangel på organisatoriske løsninger og kultur virker også inn.

Mangelfull pasientopplæring

Mangel på oppfølgingstilbud for pasientene skyldes nok i hovedsak at det mangler finansiering (i tillegg kommer organisering), samt forståelse av betydningen av god innsikt i egen sykdom og behandling.

4. ER MÅLET KJENT BLANT AKTØRENE?

Gruppen har ikke diskutert dette spørsmålet inngående. I utgangspunktet vil helsepersonell ønske å gi pasienten best mulig behandling, innenfor de rammer som diagnosen setter. I noen tilfeller vil det være mulig å helbrede, mens i andre tilfeller må en nøye seg med for eksempel smertelindring.

Organisatoriske forhold og finansieringsmekanismer kan imidlertid bidra til at helsepersonell ikke ser helheten i behandlingen av en pasient og det kan gi helsepersonell på ulike nivå i helsetjenesten ulik målstruktur.

5. BIDRAR ORGANISASJONSMESSIGE FORHOLD TIL BRUDD?

I organisasjonsmessige forhold legger vi forhold som er relatert til oppbyggingen av en organisasjon, som for eksempel plassering i helsetjenesten, hvilke oppgaver organisasjonen har og hvordan den ledes.

Mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten og Legen/helsetjenesten har ikke oversikt over pasientens totale legemiddelbruk

Organisasjonsmessige forhold som mangelfullt styrings og ledelsesfokus og mangelfull kvalitetssikring og oppfølging av feil bidrar i stor grad til for dårlig informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten.

Det finnes få møteplasser for aktørene som er involvert i legemiddelhåndtering og bruk, særlig i primærhelsetjenesten. Farmasøyter er kun unntaksvis involvert i samhandling med annet helsepersonell.

Det mangler en prosesseier som er ansvarlig for helhetlig behandling

Den "søylepregede" organiseringen av helsetjenesten i mange nivå, bidrar til mulige brudd ved skifte av omsorgsnivå. Fastlegen, som er tenkt som et nav i systemet, oppleves samtidig organisatorisk noe på siden av systemet. Dette medfører at de kan fremstå som lite tilgjengelige for øvrige deler av tjenesten og dårlig koordinerte med denne.

Mangelfull pasientopplæring

Mangel på organisering av legemiddelsamtaler på ulike nivå i helsetjenesten samt mangel på organisering av lokale mestrings- og læringsentre er viktige årsaker til brudd.

6. OMRÅDER FOR FORBEDRING

Vi har funnet tre mål som må nås, for å redusere de negative konsekvensene av bruddene som er nevnt ovenfor. De tre målene er:

- Korrekt informasjon om legemiddelbehandling og bruk

Korrekt informasjon, både internt i en virksomhet og ved skifte mellom ulike omsorgsnivå vil bedre (og kanskje eliminere) problemene som skyldes brudd 1 (mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten) og brudd 2 (legen/helsetjenesten har ikke oversikt over pasientens totale legemiddelbruk).

- Helhetlig behandling av pasienten

Helhet i behandling av pasienten vil bedre problemene som skyldes brudd 3 (det mangler en "prosesseier" som er ansvarlig for helhetlig behandling) og brudd 2 (legen/helsetjenesten har ikke oversikt over pasientens totale legemiddelbruk). Korrekt informasjon om legemiddelbehandling og bruk, er en forutsetning for å oppnå helhetlig behandling av pasienten.

- Pasientopplæring

Bedre pasientopplæring vil bedre problemene som skyldes brudd 4 (mangelfull pasientopplæring).

Korrekt informasjon om legemiddelbehandling og bruk

Ved institusjoner må det utformes en ledelseskultur, som har fokus på kvalitet, og som sørger for oppfølging og tiltak der hvor kvaliteten ikke er tilstrekkelig god. Bedre harmonisering av fastlegeordningen, og øvrige tjenester bør vurderes.

- Kvalitetssikring av informasjon inn i journal etc.

Det må opprettes rutiner for kvalitetssikring, som sørger for at riktig informasjon noteres i journal, kurve, ordinasjonskort etc. Videre bør det ryddes i de ulike dokumentene som benyttes til å dokumentere legemiddelbehandling, slik at faren for feil reduseres. Helsetilsynet påpeker at det kan være hensiktsmessig å forbedre elektroniske dokumentasjonssystem, slik at det er brukervennlig for alt relevant helsepersonell.

- Kvalitetssikring av informasjon ved skifte av omsorgsnivå
 - Ved skifte av omsorgsnivå må det alltid tas en kontrolltelefon til den instans pasienten kom fra, for å sikre riktige opplysninger.
- Kvalitetssikring av informasjon til pasienten
 - Legen (både fastlegen, sykehuslegen etc.) må føre en oppdatert medikamentliste for hver enkelt pasient. Ved utskrivning og/eller endringer i medisinerings bør pasienten få med en utskrevet medikamentliste

Mer langsiktige tiltak:

- EPJ i alle deler av helsetjenesten
- Muligheter for elektronisk utveksling av opplysninger fra EPJ, for eksempel at legevakten kan overføre viktig informasjon direkte til fastlegen (muligheter for elektronisk utveksling av utdrag fra EPJ må ikke forveksles med en situasjon der hele journalen ligger åpent tilgjengelig for alt helsepersonell). Alternativt kan man vurdere mulighet for innsyn i annen virksomhets journal, for eksempel at fastlegen kan få innsyn i egen pasients journal fra sykehus eller legevakt.

- **Oppretting av kjernejournal**

Gruppens viktigste tilrådning er at det bør etableres et elektronisk system som muliggjør tilgang for relevant helsepersonell og pasienten, til en oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbehandling.

Med kjernejournal tenker vi på en elektronisk journal, som er tilgjengelig for relevant helsepersonell, og som inneholder informasjon som kan være relevant i en akuttsituasjon. Eksempel på innholdet i en kjernejournal er all legemiddelbehandling, blodtype, allergier etc. Det er mulig å tenke seg at kjernejournalen er samtykkebasert, og at hver enkelt pasient kan redigere sin kjernejournal.

En slik kjernejournal vil kunne løse problemet med rask overføring av informasjon om legemiddelbehandling mellom ulike nivå i helsetjenesten.

IKT kan imidlertid ikke løse alle problemene. Det er svært viktig at det samtidig etableres prosedyrer for kvalitetssikring av informasjonen som legges inn i journalen, bla problemet med at epikriser ikke sendes, sendes for seint, eller inneholder mangelfull informasjon eller at legevakt ikke kjenner noe til pasienten på forhånd

Det bør ligge en bred utredning til grunn for vurdering av omfanget og forholdene rundt en elektronisk kjernejournal som her er skissert.

Helhetlig behandling av pasienten

På dette punktet anbefaler gruppen at det først gjøres en grundig utredning av hvordan juridiske, organisatoriske og finansieringsmessige forhold hindrer helhetlig behandling. Deretter må utredningen skissere organisatoriske, finansieringsmessige og juridiske endringer som bør gjennomføres for å kunne oppnå en bedre helhet i behandlingen av pasienten.

Gruppen har imidlertid allerede pekt på følgende virkemidler som også kan bidra til en bedre helhet i legemiddelbehandlingen:

- **Ledelse som sikrer oppfølging av kvalitet**
 - Utvikling av kvalitetsindikatorer
- **Kompetent helsepersonell**
 - Etter- og videreutdanning

Opplæring og sertifisering av helsepersonell som skal håndtere legemidler. Dette kan implementeres i forbindelse med prosedyrer knyttet til ny legemiddelhåndteringsforskrift.

- Tilbakemelding til legen

Tilbakemelding på legens egen forskrivning kan også være et tiltak for å bedre kvaliteten, og opprettholde den enkelte leges fokus og kompetanse på legemiddelbehandling, jf. prosjektet "Kollegabasert veiledning".

- **Behov for fungerende evaluerings- og oppfølgingssystem**
- **Utvikling av felles beslutningsstøttesystem i hele helsetjenesten**

Det er behov for tiltak som kan styrke grunnlaget for forbedring av legemiddelbruk bl.a. ved økt tilgang på rådgivning og etablering av verktøy som kan yte beslutningsstøtte for valg og oppfølging av terapi. Utvikling av beslutningsstøtte må skje gjennom et målrettet samarbeid mellom helsemyndighetene og fagekspertene fra kliniske miljø og farmasi.

- Verktøy for varslings av uheldige medikamentkombinasjoner
- Verktøy for tilpasning av riktig dose ved nedsatt organfunksjon
- Verktøy for dosetilpasning i ulike aldersområder

Gruppen har også diskutert felles legemiddelliste med anbefaling av hvilke legemidler som bør brukes (à la svenskenes "kloka listan") i alle deler av helsetjenesten, eventuelt opprettelse av legemiddelkomité. Grappa er enig om at på den ene siden kan en slik felles liste føre til bedre sikkerhet, men på den andre siden er det mange komplekse problemstillinger som må vurderes. Sverige har bl.a. et helt annet finansieringssystem enn Norge, og har dermed ikke helt de samme utfordringene som Norge.

- **Legemiddelgjennomganger på ulike nivå i helsetjenesten**

Legemiddelgjennomganger (i samhandling mellom farmasøyt og lege) bør gjøres for de pasientene som har mange diagnoser og utstrakt legemiddelbruk. I institusjoner kan dette gjennomføres. Tverrfaglige legemiddelgjennomganger i regi av fastlegen krever at det etableres en ordning for dette. Bruk av klinisk farmasøyt kan bidra til å heve kvaliteten på legemiddelbruken. Jf. svært gode erfaringer fra Diakonhjemmet sykehus som har hatt utstrakt bruk av kliniske farmasøyter i lang tid.

Gjennomgang av legemiddelbruk ble nevnt som et satsingsområde allerede i Legemiddelmeldingen som ble lagt fram i 2005. Som et ledd i oppfølging av meldingen har Helsedirektoratet fått prosjektmidler for å støtte ulike prosjekt for å skaffe kunnskap om hva som fungerer. Mange av prosjektene er ikke ferdigstilte ennå, men enkelte satsingsområder peker seg ut:

- Jevnlig gjennomgang av sykehjemspasienters legemiddelbruk av tverrfaglige team der farmasøyter inngår
- Gjennomgang av legemidlene for pasienter som legges inn i sykehus, av tverrfaglige team, der farmasøyter inngår
- Konkrete, lokale prosjekter der informasjonsflyt mellom behandlingsnivåene registreres og vurderes, forbedringstiltak identifiseres, gjennomføres og evalueres
- **Støttefunksjoner og prosedyrer for legemiddelhåndtering**

Økt fokus på støttefunksjoner, kompetanseutvikling og prosedyrer som kan sikre forsvarlig legemiddelhåndtering på alle omsorgsnivå er et vesentlig satsingsområde for å kvalitetssikre den legemiddelbehandling pasientene får.

- **Multidose**

Multidose er et kvalitetsforbedrende tiltak rettet mot den enkelte bruker. Multidose bidrar til at bruken og håndteringen av legemidler blir enklere og mer oversiktlig.

Pasientopplæring

- **Oppretting og utvikling av Lærings- og mestrings sentre**

Se omtale under spørsmål 7.

- **Tilbud om legemiddelsamtale på forskjellige arenaer**

- Lærings- og mestringsssentre
- Apotek
- Sykehus
- Kommunal hjemmetjeneste / institusjon

Helsedirektoratet har gjort en større utredning vedrørende helsehjelp i apotek, og en av konklusjonene er at legemiddelsamtale i apotek, eller ved en annen arena, i samarbeid med lege, kan være hensiktsmessig for visse pasientgrupper.

Lokale mestrings- og læringsentre var ikke spesielt vurdert da Helsedirektoratet gjorde utredningen, men det er grunn til å tro at det vil være hensiktsmessig med et tilbud om legemiddelsamtale ved lokale lærings- og mestringsentre. Det kan vurderes om gruppeundervisning kan være aktuelt på de lokale sentrene, i motsetning til de øvrige samtalene som er tenkt individuelle.

Bedre opplæring i legemiddelbruk, inkludert informasjon om generisk bytte, kan bidra til å redusere problemene med generisk bytte for utsatte pasienter.

7. ØKT RESSURSINNSATS MOT FOREBYGGING

Opplæring av pasienter (kronikere) fører til bedre mestring av det å leve med en kronisk sykdom. Bedre mestring fører til et bedre liv for kronikeren med flere "gode dager", redusert behov for sykehusinnleggelses, mindre behov for legekonsultasjoner og betydelig nedgang i behovet for sykemeldinger. En viktig del av lærings- og mestringsstrategien er å bruke legemidler riktig.

En norsk doktoravhandling¹² dokumenterer at opplæring av pasienter med astma kan føre til om lag 70 % reduksjon i antall primærlegekonsultasjoner og om lag 70 % reduksjon i antall sykemeldingsdager.

En studie fra Finland¹³, gjennomført i perioden 1994-2004, på et nasjonalt astmaprogram, der pasientopplæring var en viktig del av satsingen viser at antall sykehusdøgn ble redusert med 54 %, sykefraværet ble redusert med 80 %, og årlige kostnader per pasient gikk ned med 36 %. I 2003 medførte alt dette en innsparing på 5 mill euro (om lag 40 mill. kroner).

Disse studiene viser at effekten av god pasientopplæring er svært god. I en sammenheng der vi ser en klar økning i kroniske sykdommer som for eksempel diabetes, astma og KOLS, hvor den enkelte pasients mestring av egen sykdom har stor betydning for utvikling av sykdommen, vil god pasientopplæring være et nødvendig virkemiddel.

Læring- og mestring er godt forebyggende helsearbeid som også bør inngå som en del av primærhelsetjenestens oppgaver. Det bør utvikles lokale tilbud, samtidig som den gode kompetansen og det gode tilbudet som i dag finnes ved spesialisthelsetjenestens lærings- og mestringsentre ikke bygges ned. Det er en del grupper som fortsatt må få opplæring i spesialisthelsetjenesten, blant annet pasienter med sjeldne diagnoser.

Utvikling og oppbygging av lokale lærings- og mestringsstilbud bør skje i nært samarbeid med pasient- og brukerorganisasjonene.

8. YTTERLIGERE RÅD?

¹² Gallefoss, Frode: "The effects of patient education in asthma and COPD – a randomized, controlled trial".2004, <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/full/15913/812>

¹³ <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1745939&blobtype=pdf>