

KLoK oppgave gruppe 6

Hvorfor tar pasienten medisinen?

- et dokumentasjonsforbedringsprosjekt



25.08.10

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin

Daniel Sørli (leder), Hilde Bråtane, Ingunn Leeber, Herborg Skaare, Elise Vu, Lars Wabø

Sammendrag

Bakgrunn/emne: Egne erfaringer fra praksis har vært at mange har savnet lett og oversiktlig tilgang til informasjon om hvorfor pasienten står på de ulike medisinene, spesielt geriatrike pasienter med komorbide tilstander og polyfarmasi. Dersom medikamentindikasjon er lettere tilgjengelig for alle behandlende instanser, vil dette styrke dokumentasjonen i journalen. Positive ringvirkninger kan være at uheldige interaksjoner lettere oppdages og gjøre revisjon av medikamentlister enklere. 3000 dødsfall årlig i Norge kan skyldes uhensiktsmessig legemiddelbruk.

Kunnskapsgrunnlag: Det ble foretatt systematiske søk i Pubmed/Medline, UpToDate og Cochrane, flere studier illustrerte behovet for bedre dokumentasjon av pasienters medikamentbruk for å sikre forsvarlige forskrivningsrutiner. Artikkene nevnte ikke direkte at omfanget av mangelfull medikamentindikasjon er stor, men det er nærliggende å tro at dokumentasjonsmangelen omfatter alle deler av journalsystemet, og at vår problemstilling derfor er meget aktuell. Forelesningene til J. Straand brukes også som en del av kunnskapsgrunnlaget. Juridisk sett, viser utvalgte kapitler i Hpl, Prl og Sphlsl at journalføring er lovpålagt, den skal inneholde nødvendige opplysninger om pasienten og begrunne helsehjelpen som ytes.

Begrunnet tiltak og metode: Vårt tiltak er å føre indikasjon på medisinlisten på førstedagsnotatet på samme måte som dosering og styrke føres på nå. Prossessmålet blir førstedagsnotatet, mens resultatmålet og indikatoren er antall epikriser med påført medikamentindikasjon. Tiltaket skal innføres på geriatrik avd., Ullevål, OUS. Alle pasienter på avdelingen inkluderes.

Organisering: Ansvar for å påføre indikasjon på medikamenter tillegges den enkelte legen på post. Overlegene har det overordnede ansvaret for å påse at tiltaket følges opp, mens assistentlegene vil ha ansvaret for å telle opp andel medisinlister med indikasjon påført, i hhv. førstedagsnotatet og den tilsvarende epikrisen. I 1 mnd før intervensjonen igangsettes vil man måle resultatmålet, andel epikriser med indikasjon, for å ha et sammenligningsgrunnlag.

Resultater/vurdering: Tiltaket skal innføres på geriatrik avd., Ullevål, OUS og vare 1 måned. Etter denne perioden skal andel førstedagsnotater og epikriser med medikamentindikasjon påført registreres. Dette tallet vil vise hvor godt tiltaket har blitt implementert på avdelingen. Man kan så sammenligne dette resultatet, med resultatmålet man fant 1 måned før intervensjonen startet.

DEL I

Punkt 7. Introduksjon.

Vårt forslag til kvalitetsforbedringstiltak er å føre indikasjon på medisinalisten på førstedagsdagsnotatet på samme måte som dosering og styrke føres på nå.

All medisinsk behandling, inkludert bakgrunnen for behandlingen som gis, er dokumentasjonspliktig i hht Forskrift om pasientjournal (1). Vi mener å finne støtte for tiltaket i denne forskriften, selv om den ikke eksplisitt krever indikasjon skrevet på medisinalistene. God informasjonsflyt er av betydning for kvaliteten på behandlingen. Ifølge vår erfaring, er informasjon om bakgrunnen for at en pasient bruker de ulike medikamenter vanskelig tilgjengelig i journalsystemet.

3000 dødsfall i Norge pr år kan skyldes uhensiktsmessig legemiddelbruk (2). Bivirkninger, redusert livskvalitet og flere innleggelser i sykehus er i tillegg til forhøyet dødlighet, konsekvenser av risikable legemiddelforskrivninger. Risiko for kontraindiserte, unødvendige eller interagerende forskrivninger øker ved høy alder, multidiagnose og polyfarmasi (3). Å redusere forekomst av medikamentforårsaket sykdom til et minimum er derfor en viktig oppgave for helsetjenesten.

Adekvat farmakoterapi fordrer oversikt over hvilke medikamenter pasientene tar, hvorfor de tar dem og hva som er planen med behandlingen (terapimål og varighet av behandling)(4). Mange personer er involverte i behandlingsprosessen slik at verktøy for klar og entydig kommunikasjon mellom de ulike leddene, er nødvendig for videreføring av korrekt informasjon. At pasientene selv vet hvorfor de tar medisiner vil sannsynligvis bedre compliance.

Opprydding i medisinalister og reduksjon i forekomsten av potensielt uheldige forskrivninger gir bedre oversikt og kan redusere medikamentrelatert sykkelighet og død. Et kjernesporsmål i oppryddingsarbeidet er hvorvidt indikasjonen fortsatt er tilstede. Indikasjoner kan endres over tid ved at pasienten helbredes, utvikler toleranse for medikamentet, sykdommen går inn i en annen fase, alder svekker grunnlaget for behandlingen eller livsutsiktene endres. Informasjon om indikasjon er nødvendig for oppryddingsarbeid og vurdering av totalmedikasjon.

Dersom indikasjon er lett tilgjengelig, vil flere ledd i kjeden stille spørsmålstegn ved potensielt uheldige forskrivninger, terskelen for gjennomgang og vurdering av totalmedikasjon senkes og pasienten ha bedre oversikt over egen behandling. Denne informasjonen er ikke lett tilgjengelig slik dokumentasjonen foregår i dag (5). På medisinalistene vil denne informasjonen være lett tilgjengelig.

Punkt 8. Kunnskapsgrunnlaget

Hvilket tiltak kan være med på å forbedre dokumentasjonen av medikamentindikasjon i journaler? Vårt tiltak blir å endre på rutinene ved journalskriving, å innføre at medikamentindikasjon alltid skal påføres etter alle medikamenter pasienten står på. Vi baserer vår kunnskap om problemet og tiltaket på 3 deler: Litteratursøk, lovverket og sunn fornuft.

Litteratursøk

Vi gjorde to systematiske søk i pubmed/MEDLINE, et ved bruk av MeSH termer og et ved bruk av PICO, samt et søk i cochrane library og UpToDate for å se om vi kunne finne noe evidens for vårt problem og tiltak. Vi har i tillegg brukt J. Straand sine forelesninger med referanser fra 09.03.2010 som kunnskapsgrunnlag.

Vi søkte i Pubmed med følgende MeSH termer: Documentation, Medication systems, Hospital Medication Systems, Hospital, Medication Order Entry Systems, Medication Errors, Medication Documentation. I Cochrane Library søkte vi også ved bruk av samme MeSH termer som i Pubmed. Våre søkeord i pubmed via PICO var: "adverse drug prescriptions" og "documentation". Søket ga 69 treff. I UpToDate søkte vi på "documentation of drugs".

Disse 3 søketeknikkene ga oss flere relevante artikler.

Evidence for problemet

Vi har samtlige på gruppen gjort oss erfaringer fra klinisk praksis, der det ofte er vanskelig tilgjengelig informasjon om grunnen til at pasienten bruker sine medikamenter. En sykdom kan behandles med flere ulike medikamenter, og et medikament kan ha mange ulike indikasjoner. Man må ofte ha god tid og bla seg gjennom journalnotater for å kryssjekke med nåværende og

tidligere sykdommer og dermed gjette seg til hvilken diagnose det aktuelle medikamentet “tilhører”. Dette gjelder spesielt dersom man ikke kjenner pasienten fra før. Dersom man gjennomfører vårt tiltak vil dette arbeidet lettes betraktelig. I en studie fra Tromsø (5) der hovedformålet var å tilpasse pasientens medikamentbruk på et sykehjem, støtte de på samme problem. Ved gjennomføring av arbeidet oppdaget de at det var nødvendig å gjennomgå pasientjournalene nøye for i det hele tatt å finne indikasjon for medikamentordningene.

Ved søk i pubmed og cochrane finner vi flere artikler som sier at dokumentasjon av medikamentell behandling, fra innleggelse til utskrivelse, ikke er god nok. Dette kan føre til feilmedisinering og dermed være svært u hensiktsmessig for pasientene.

Vi har funnet flere artikler som tar for seg dokumentasjon av pasientens faste medisiner i sykehus, fra innleggelse, under opphold og til utskrivelse (6, 7, 8). Frei et al undersøkte medikamentlister i innleggelsesskriv for å se om der var diskrepans mellom medikamentlister i innleggelsesskriv, pasientens personlige medikamentliste og medikamentlister i tidligere journalnotater (6). Man finner da at 9% av alle medikamenter som ble brukt, ikke var nevnt i innleggelsesskrivet, men kom bare frem dersom en grundig anamnese ble tatt opp, og bare 88% av innleggelsesskrivene rapporterte noe om pasientenes faste medisiner. Beers MH et al konkluderer med at medikamentanamnesen som blir tatt opp av eldre i sykehus ikke er en nøyaktig nok kilde til informasjon om pasientens medikamentbruk (8).

Graden og nøyaktigheten av dokumentasjon ved utskriving er også et problem. Grims T et al viser at 65% av utskrevne pasienter opplever et misforhold mellom medisiner dokumentert og de medisinene de faktisk tar. (9). Bergkvist et al har i sin studie gått inn for å forbedre kvaliteten på utskrivelsesskriv, inkludert medikamentlister for å minske feil ved overføring av pasienter fra sykehus til primærhelsetjenesten (10). Gruppen med forskere hadde tidligere utviklet et skriv som skulle oppsummere pasientens opphold på sykehuset samt ha en oppdatert medikamentliste. Dette dokumentet var ment for pasienten og skulle inneholde: hvorfor pasienten hadde vært innlagt og videre plan for oppfølging, endringer i medikamenter og hvorfor dette hadde blitt gjort, og en oppdatert medikamentliste med dose og indikasjon for hvert medikament. Dokumentet ble gitt til pasienten ved utskrivelse og dersom nødvendig sendt til pasientens fastlege. Ved evaluering ble det vist at dette reduserte totalt antall medikamentfeil, og risiko for deres kliniske konsekvenser. Videre ble farmasøyter involvert i prosessen for å undersøke

riktigheten av medikamentlistene. Dersom det ble funnet feil, skulle farmasøyten ta dette opp med utskrivende lege. Det konkluderes med at intervensjonen reduserte antall medikamentfeil per pasient. Det er dermed viktig med god dokumentasjon og gjennomgang av denne for å forhindre medikamentelle feil ved utskrivelse til førstelinjetjenesten.

Kurveføring er også en stor kilde til dokumentasjonsfeil. Det framgår i to av artiklene vi har studert at en stor andel av forskrivningene mangler adekvat dokumentasjon (11,12). Det gjøres feil i kurveføringen med hensyn på hvem som har forskrevet, administrasjonsmåte, dosering, dato, tilfredsstillende pasientidentifisering, og uleselig håndskrift (12). I den ene studien viser de til at bare 7% av de utvalgte kurvene var helt korrekt ført (11). Slurv i kurveføringene blir dermed en viktig kilde til feilmedisinering.

Samtlige studier illustrerer behovet for bedre dokumentasjon av pasienters medikamentbruk for å sikre forsvarlige forskrivningsrutiner, og for å bedre pasientenes sikkerhet i møte med helsetjenestene. Artiklene ikke sier noe eksplisitt om at det er et stort omfang av mangelfull dokumentasjon av indikasjon for bruk av ulike medisiner. Det er allikevel nærliggende å tro at dokumentasjonsmangelen omfatter alle deler av journalsystemet, og at vår problemstilling derfor er meget aktuell.

Evidens for intervensjonen

I følge UpToDates artikkel om eldre og legemiddelforskriving kan man finne praktiske og enkle forslag til hvordan man kan forbedre forskrivningsrutiner for å forhindre medikamentell feilbehandling (13). To av de fem rådene går på dokumentasjon: 1) dokumentér et nyoppstartet medikaments indikasjon. 2) Oppdater pasientens gjeldende medisinliste.

For å sikre trygg overlevering av pasienten fra sykehus til 1.linjetjenesten står dokumentasjon sentralt. I følge UpToDate er nødvendige tiltak for å hindre medikamentell feilbehandling å utarbeide presise og korrekte medisinlister essensielt. I tillegg anbefales direkte kommunikasjon mellom behandlende leger på tvers av nivåer i helsetjenesten og grundig gjennomgang av medisinlister ved overgang fra et nivå i helsetjenesten til et annet (13).

Coombes og kolleger har undersøkt effekten av å innføre en standard medisinliste på andel medikamentelle feilforskrivninger (14). De har sammenliknet andel feilforskrivninger før intervensjonen med etter intervensjonen og finner et fall i andel feilforskrivninger fra 20,0% til 15,8% etter innføring av standard medisinliste. Andel feil, som å forskrive ut et medikament pasienten tidligere hadde hatt en adverse drug reaction (ADR) mot, falt fra 11,6% før til 4,6% etter. Denne standardlisten ble brukt som standardskjema i alle sykehus i New Zealands sykehus og dannet grunnlaget for ”The National Inpatient Medication Chart”.

Det juridiske aspektet

Målet var å finne et juridisk kunnskapsgrunnlag som kunne underbygge tiltaket vårt. Journalen er et juridisk gjeldende dokument, dvs. at det som står i journalen er det juridiske grunnlaget for domstolens vurdering av saken som omhandler det konkrete pasientforløpet. På grunn av dette skal det som skrives i f. eks journaler og epikriser (jfr. helsepersonelloven § 47) foregå med stor presisjon og omhu. Vi har gått igjennom relevante lover for å finne om det ut i fra lovverket er mulig å begrunne tiltaket vårt juridisk (15). I tillegg kontaktet vi Helsedirektoratet og lurte på om det finnes lovhjemmel for å kreve at medikamentlister i institusjoner/sykehus også skal påføres medikamentets indikasjon. Svaret vi fikk fra avdelingsdirektør Cordt-Hansen og seniorrådgiver Skui viser til ulike paragrafer i lovverket (Helsepersonelloven §§ 4, 39, 40, journalforskriften § 8) og konkluderer med at det må fremgå av journalen hvilke medikamenter som er foreskrevet og hva indikasjonene for dette er. De sier videre at hensynet til å yte forsvarlig helsehjelp tilsier at journaler og eventuelle medikamentlister føres på en slik måte at det ikke skaper fare for misforståelser eller feilbehandling. Det er imidlertid ikke gitt bindende pålegg om hvordan medikamenter skal føres i journal utover de føringer som ligger i journalforskriften.

Som et vedlegg til oppgaven ligger de lovbestemmelsene vi mener kan være med på å begrunne tiltaket vårt ut i fra et juridisk ståsted (Vedlegg 1). Vi mener at hovedargumentet er, i følge helsepersonelloven, at helsepersonell er pliktig til å dokumentere all behandling som gis.

Punkt. 9 A: Forbedringsarbeidet

i) Observasjoner og praksis

Som det ble nevnt innledningsvis er det lovpålagt for all helsepersonell å dokumentere behandling som gis, dette inkluderer medisiner.

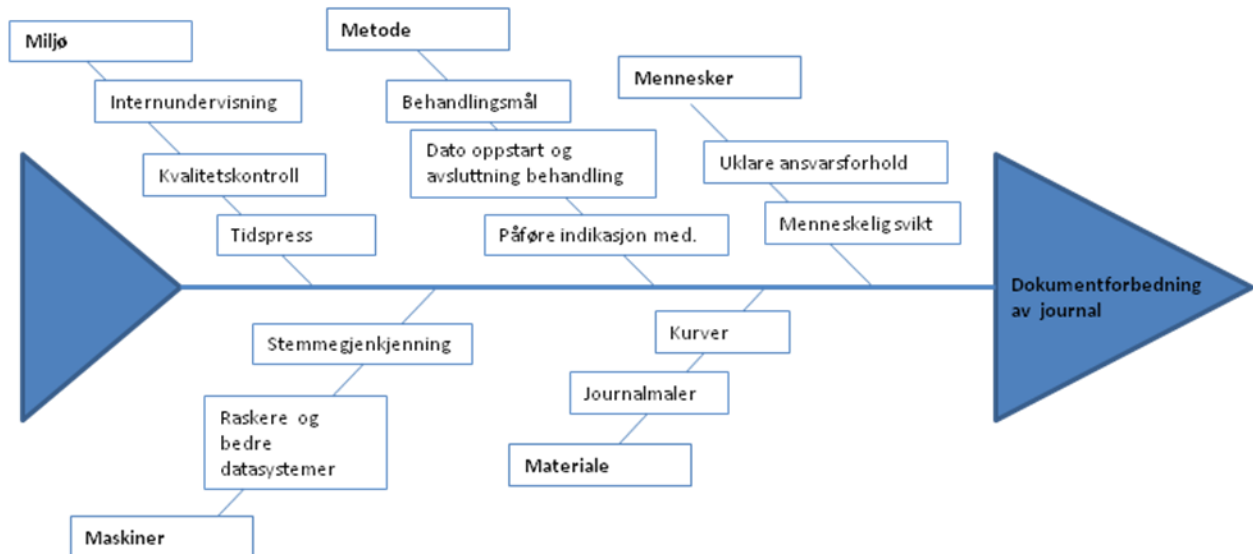
Hele gruppen har hatt erfaring og praksis fra forskjellige sykehus og allmennlegekontor, via jobb og studie, og et felles inntrykk har vært at det har eksistert et gap mellom teori og praksis – det er et tydelig forbedringspotensiale på dette området. På en geriatrisk avdeling er kravet til dokumentasjon av medikamentbruk spesielt stort fordi pasientene har flere sykdommer og de har ofte ikke selv kontroll på disse og hvilke som behandles. Vi har valgt å ta utgangspunkt i geriatrisk avdeling, OUS, for innføring av vårt tiltak, hvor vi gjennom smågrupper og avdelingstjeneste har registrert at det ikke er rutine å føre indikasjon på medisinlistene.

Gjennom praksis har vi savnet lett tilgang på informasjon om hvorfor pasienten bruker de medisiner de står på, grunnet komorbiditet og overlappende medisinbruk. Det har også vært tidskrevende å finne medikamentindikasjon ved å gjennomgå journalnotater. Våre observasjoner med uoversiktlig og ufullstendig journalføring, understøttes bla av et gjennombruddsprosjekt utført på Kroken sykehjem i Tromsø i 2008, hvor målet var å tilpasse pasientenes medikamentbruk til behov (5). Det viste seg å være en tidskrevende og nøye prosess for å klare å finne medikamentindikasjonene.

Vi har diskutert tiltaket og gjennomførbarheten av prosjektet med nøkkelpersoner på geriatrisk avd., OUS, som klart ser nytten av forbedringsprosjektet. I tillegg til egne erfaringer, observasjoner og praksis, samt enkeltartikler, mener vi det er grunnlag for at tiltaket er viktig for å redusere uheldige medikamentinteraksjoner og bivirkninger. I tillegg blir arbeidet for helsearbeidere i alle instanser enklere med en oversiktlig journal. Ved igangsettelse av prosjektet ser vi for oss at man måler andel førstedagsnotater og epikriser med medikamentindikasjon i 1 mnd før tiltaket gjennomføres.

ii) Spesifikke verktøy

For kartlegging av tiltaket i vårt kvalitetsforbedringsprosjekt har vi hatt nytte av et fiskebensdiagram, for å illustrere hvilke faktorer som spiller mest inn ved dokumentforbedring av journalen.



Av de oppsatte punktene valgt vi å påføre indikasjon fordi dette er et relativt enkelt tiltak vi mener vil forbedre dokumentasjon i journalene betydelig.

Pkt. 9 B: Indikatorvalg

Vi har definert ett prosessmål og ett resultatmål. Prosessmålet går direkte på tiltaket, nemlig andel førstedagsnotater med indikasjon påført. Resultatmålet sammenfaller med indikatoren vår, andel medikamenter som er påført indikasjon i epikrisene skrevet ved avdelingen. I ettertid kan etterlevelsen av dette tiltaket måles direkte ved å sammenligne hvor mange av epikrisene som har medikamentindikasjon påført, i forhold til det tilsvarende førstedagsnotatet. Dette skal måles både før og etter tiltaket iverksettes.

Indikatoren er både relevant og valid, fordi den knytter seg opp mot målet ved prosjektet, en forbedring av dokumentasjon i journalen, spesielt medikamentlisten. I tillegg er indikatoren

konkret og lett målbar. Det er enkelt å kvantifisere etterlevelse av tiltaket, ved å telle hvor mange av epikrisene som har medikamentindikasjon påført, i forhold til antall førstedagsnotater.

Prosessindikatoren har liten grad av usikkerhet og mulighet for feiltolking, da vurderingen og indikasjonspåføringen skal utføres av en legen som dikterer førstedagsnotatet. Det er imidlertid knyttet større usikkerhet til om indikatoren, nemlig indikasjon i epikrisen, har en direkte sammenheng med at det står oppført i førstedagsnotatet. Vi forsøker å eliminere en del av usikkerheten rundt årsaksforholdet ved å måle andelen indikasjoner i epikrisene før og etter intervensjonen.

Punkt 9C: Tiltak og begrunnelse

Vårt tiltak er å innføre en ny kolonne på førstedagsnotatet ved geriatrik avdeling, OUS. Ved siden av aktuelt medikament og dosering skal medikamentets indikasjon stå. Er indikasjonen usikker skal det under indikasjon stå *“ukjent”* for å tydeliggjøre dette.

Argumenter for tiltaket

En liste i førstedagsnotatet med medikamentet, dosering og dets indikasjon på samme sted vil bedre dokumentasjon av pasientens behandling og hvorfor vedkommende får behandlingen. Det er flere mulige positive ringvirkninger: Tydeliggjøre hvilke lidelser og tilstander pasienten har, hvilke av disse man velger å behandle og hvor aggressivt man ønsker å behandle de. Muligens vil dette gjøre det enklere og gjennomføre revisjoner av medisinalisten. Videre er det meget plausibelt at dette vil føre til seponering, justering og evt. oppstart av nye medikamenter som er mer tilpasset pasientens nåværende tilstand. Dette vil igjen gi bedring av symptomer, mindre unødvendig bivirkninger og muligens økt livskvalitet og overlevelse. Dette bekreftes langt på vei av våre litteratursøk.

Vi mener det finnes holdepunkter for at det er lovpålagt å journalføre indikasjonen, i alt for mange journaler kommer ikke indikasjonen klart frem i det hele tatt.

I tillegg tror vi dette videreføres til epikrisen som vil forbedre kommunikasjon av medikamentbruk/-oppstart/-seponering til 1.linjetjenesten og pasient.

Vi har også fått positiv muntlig respons fra sikkerhetssjef på AHUS på tiltaket. Tiltaket i seg selv vil trolig ikke virke mot sin hensikt.

Argumenter mot tiltaket

Tiltaket er potensielt tidkrevende, fordi det krever kontakt med komparenter som fastlege og pårørende i tillegg til anamnese og tidligere notater. Uheldige konsekvenser av tiltaket kan være at noen for å spare tid, blir fristet til å påføre en antatt indikasjon, og at denne er forskjellig fra den egentlige indikasjonen. Evidensen for problemet er god, mens den for tiltaket er noe svakere: Vi kan ikke være sikre på at tiltaket fører til økt kvalitet i journalen ved at det videreføres til epikrisene og andre deler av journalen. Videre har vi diskutert at den økte kvaliteten muligens reduserer u hensiktsmessige feilforskrivinger eller uønskede bivirkninger. Dette er det noe usikkerhet rundt da de artiklene vi har brukt for å underbygge påstanden (16,14) har tiltak som er mer omfattende enn kun å dokumentere hvert enkelt medikaments indikasjon i journalsystemet.

Vi har fått innspill fra lege ved avdelingen om at det også ville være hensiktsmessig å dokumentere opplysninger som ønsket behandlingsmål og tidspunkt for revurdering. Vi mener innføring av en slik standard medisin liste som Coombes og kolleger har utviklet også burde vurderes ved geriatrisk avdeling, Ullevål Sykehus (14).Innføringen av tiltaket kan også gjøres som et pilotprosjekt om en ønsker å utvide tiltaket til en standard medisinliste på et senere tidspunkt.

Vi har ikke møtt noen motstand på avdelingen vi ønsker innføre tiltaket. Responsen vi har fått indikerer at prosjektet er realiserbart, ønskelig og nyttig.

Kostnad/nytte

Kostnadene ved prosjektet vil være de ekstra minuttene foran dataskjermen hver lege bruker når de dikterer førstedagsnotatet. Nyttien er på mange måter gitt i og med at vi mener vi finner lovhjemmel for at indikasjonen skal stå klart og tydelig i journaler, noe den ofte ikke gjør i dag. Nyttig vil det også være med bedre oversikt over medikamentbruk og senket terskel for kritisk

revurdering av medisinlister. Dersom indikasjonen føres over på epikrisen vil dette bedre kommunikasjonen med 1. linjetjenesten. Om ringvirkningene videre vil gi redusert polyfarmasi, redusert medikamentell feilbehandling, sykелighet eller dødelighet er utenfor denne oppgavens begrensning.

Vår prosess for å finne tiltak

I både sykehus og allmennpraksis har vi savnet lett tilgjengelig informasjon om indikasjon for forskrevne medikamenter. Da vi hadde forelesning om uhensiktsmessige og risikofylte forskrivninger, ble bl.a. mangelfull dokumentasjon, indikasjoner som ikke lenger er aktuelle og rot i medisinlister nevnt som deler av problemet. Dette var bakgrunnen for en av ideene til tema og tiltak som kom frem da alle i gruppen kom med to forslag hver. Vår videre prosess inkluderte valg av tema, diskusjoner av erfaring og ideer, samt bruk av et fiskebensdiagram for kartlegging av problemet.

Punkt 10: Prosess og organisering for bedre praksis

Etter hospitering ved geriatrisk avdelingen virker det naturlig at gjennomgangen av pasientens medikamentliste skjer i relasjon til diktering av førstedagsnotatet som lages første dag etter at pasienten er innlagt i avdelingen. Etter samtale med dr Zetterberg 07.06.10 ønsker vi at ansvaret for å utføre detektivjobben tillegges den enkelte legen på post, det være seg turnuslege, assistentlege, eller overlege. Overlegene får det overordnede ansvaret for å påse at tiltaket følges opp. Ansvaret for å telle opp andel førstedagsnotater og epikriser med indikasjon påført vil ligge hos en oppnevnt assistentlegene. Andel medikamenter med indikasjon i epikriser er enkelt å måle og kan slås opp på møterommet på slagposten ukentlig. Det kan individualiseres slik at hver enkelt lege ser får sin egen oversikt over andel medikamenter i epikrisen som har påført sin indikasjon.

Inklusjonskriteriene vil være enkle; alle pasienter innlagt ved avdelingen. I 1 mnd før intervensjonen igangsettes vil man måle prosessmålet og resultatmålet, andel førstedagsnotater og epikriser med indikasjon.

Ved innføringen av de nye rutinene gies det muntlig informasjon ved morgenmøte, samt skriftlig info settes opp ved arbeidsstasjonene til legene. Deretter måles det samme prosess og resultatmålet over 1 mnd.

Ved samarbeid med overlegene kan man ”pålegge” legene i spesialisering og turnuslegene og følge opp tiltaket. Samtidig vil det være meget viktig med en god dialog med nettopp turnuslegene og assistentlegene i den innledende fasen av prosjektet da det er først og fremst de som kommer til å bruke ekstra tid på å føre inn indikasjonen.

Hvordan kan forandringene foreslått i denne oppgaven inkluderes i daglig drift? Her er det flere alternativer: Videreføre prosjektet i avdelingen ved å endre de interne retningslinjene. Videreføre rutinene til andre avdelinger ved samme sykehus, etter hvert å sørge for at det inngår i retningslinjene til sykehuset. Innføre det som en del av det IT-baserte journalsystemet ved sykehuset. Ha det som en del av opplæringen og et krav til alle turnusleger på sykehus og i allmennpraksis. Gjøre det lovbasert på samme måte som dose er. Muligheten for ytterligere forbedring er selvsagt tilstede, og her mener vi det hadde vært spennende å se på utvidede tiltak tilsvarende det som var gjort i New Zealand (14). Ikke minst ville dette hatt betydning for kommunikasjonen med 1. linjetjenesten.

Punkt 11. Evaluering

Langley og Nolan har utviklet en forbedringsmodell som består av to komponenter (17). Den første delen består av spørsmål en bør stille før eventuelle tiltak iverksettes:

- 1) Hva ønsker vi å oppnå?
- 2) Når kan vi si at endringen er til det bedre?
- 3) Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?

For å si det grovt, mener vi at enhver endring vil være til det bedre. Ved hospitering og avdelingstjeneste har vi enda ikke sett epikriser der medikamentene er påført indikasjon. Vi mener at man som utgangspunkt skal ha en andel medikamenter med indikasjon i epikriser på 100%. Men er det realistisk med andel medikamenter med indikasjon på 100%? Hva er det

laveste andel man kan akseptere, og hvordan skal man eventuelt forholde seg til medikamentene man forordner uten indikasjon? Dette bør diskuteres i avdelingen og defineres før prosjektet iverksettes. Ved avvik fra dette bør prosjektansvarlig forsøke å finne ut hvilke årsaker avvikene har og om det varierer fra lege til lege.

Den andre komponenten i Langley og Nolans forbedringsmodell er PDSA – sirkelen. Forkortelsen står for Plan – Do – Study – Act. Prosjektplanen vår utgjør planen. Vi skisserer også hvordan planen skal settes ut i livet. Deretter bør resultatene kontrolleres og evalueres. Delresultatene bør også publiseres for legene f. eks hver uke. Hver lege bør også kunne få oversikt over ”sin” andel.

En del av evalueringen bør også inneholde hvilke ”bivirkninger” prosjektet innebærer. Hvor mye tid ”koster” det å inndrive den nødvendige informasjonen? Hver enkelt lege kan registrere tidsbruk pr uke som går med til tiltaket og rapportere til prosjektansvarlig assistentlege som har ansvaret for registrering og publisering av resultatene. Om man senere vil implementere en standard medisinliste a la New Zealand (14) vil dette kunne være nyttig bakgrunnsinformasjon slik at det kan vurderes om det å utvide tiltaket vil innebære et ytterligere tidsforbruk.

Vi mener det i evaluering av prosjektet etter 1 måned bør vurderes om tiltaket i seg selv er tilfredsstillende eller om prosjektet bør utvides til implementering av en standard medisinliste og om helseeffekter også skal måles ved en slik implementering.

Punkt 12. Diskusjon

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven, ser vi at det klart trengs kvalitetsforbedringer mht dokumentasjon av medikamentindikasjon. Vi mener at vårt tiltak vil bidra til dette, og at det derfor bør gjennomføres. Vi har imidlertid begrenset tiltaket til å føre på indikasjon; ikke terapimål og varighet av behandling (evt. evaluering) – noe som vi også mener ville bidra til en bedre dokumentasjon. Den ekstra kostnaden for å føye til disse opplysningene vil være minimal, men potensialet for kvalitetsforbedring er stort.

Det foreligger ikke lovpålegg om å føre på indikasjon slik vi foreslår, men en slik rutine ville oppfylle lovens hensikt i større grad enn eksisterende praksis og i tillegg redusere risikoen for uheldige forskrivninger.

Vi håper at dette forslaget til kvalitetsforbedring utprøves ved geriatrisk avdeling på OUS, Ullevål. Vi har ikke ambisjoner om å publisere forslaget, men tror det kunne ha vært nyttig ut i fra egen erfaring og tilbakemeldingene vi har fått avdelingen.

Punkt 13. Referanser

- 1) Forskrift om pasientjournal. Lovdata, 15.06.2010. <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20001221-1385-0.html#8> (15.06.2010)
- 2) Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001;161:2317-2323.
- 3) Straand J. Gjennomgang av pasientens legemidler. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127:1175.
- 4) Dean B, Schachter M, Vincent C et al. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *Lancet* 2002;359(9315):1373-1378
- 5) En pille og nok en pille, gjennombruddsprosjekt i sykehjemsmedisin 2008. Undervisningssykehjemmet og senter for aldersforskning i Tromsø Nr 2 2009. <http://www.undervisningssykehjem.no/wp-content/uploads/2010/03/nyhetsbrev-nr1-2-2009.pdf> (15.06.2010)
- 6) Frei, P, Huber LC, Simon RW et al. Insufficient medication documentation at hospital admission of cardiac patients: a challenge for medication reconciliation. *Cardiovasc Pharmacol* 2009;54(6):497-501.
- 7) Gordon W, Perrott J, Dahri K. Accuracy of medication histories: the first step of medication reconciliation. *Ann Pharmacother*. 2008;42(1):144.
- 8) Beers MH, Munekata M, Storrie M. The accuracy of medication histories in the hospital medical records of elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38(11):1183-1187.

- 9) Grimes T, Delaney T, Duggan C et al. Survey of medication documentation at hospital discharge: implications for patient safety and continuity of care. *Ir J Med Sci* 2008; 177(2):93-97
- 10) Bergkvist A, Midlöv P, Höglund P et al. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors--LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *Eur J Clin Pharmacol* 2009;65(10):1037-1046.
- 11) Ritland S, Kummen M, Gjerde I et al. Erroneous and unsatisfactory filling in of drug charts--a potential source of medication error. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(17):2259-2260.
- 12) Gommans J, McIntosh P, Bee S et al. Improving the quality of written prescriptions in a general hospital: the influence of 10 years of serial audits and targeted interventions. *Intern Med J* 2008;38(4):243-248.
- 13) Rochon, PA. Drug prescribing for older adults. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2009
- 14) Coombes ID, Stowasser DA, Reid C et al. Impact of a standard medication chart on prescribing errors: a before-and-after audit. *Qual Saf Health Care* 2009;18:478-485.
- 15) www.lovddata.no
- 16) Al-Rashed SA, Wright DJ, Roebuck N et al. The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge. *Br J Clin Pharmacol* 2002;54(6):657-664
- 17) Langley , Nolan, Nolan et al: The Improvement Guide, New York; Jossey Bass,1996.

Vedlegg 1.

LOVEN

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt

§ 39. Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.

§ 40. Krav til journalens innhold m.m.

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

§ 47. Opptegnelser og journal som bevis

I rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse, kan opptegnelser, journal og journalmateriale kreves lagt fram som bevis i original eller bekreftet fotokopi eller utskrift.

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon

§ 3-2. Pasientens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

Kapittel 3. Særlige plikter og oppgaver

§ 3-2. Journal- og informasjonssystemer

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.

§ 3-11. Om informasjon

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. lov om pasientrettigheter § 2-1, § 2-2, § 2-3, § 2-4 og § 2-5.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter lov om pasientrettigheter § 3-2 siste ledd.

FORSKRIFTER

Forskrift om pasientjournal

FOR-2000-12-21-1385

§ 3. (Definisjoner)

I forskriften her menes med:

- a) *pasientjournal/journal*: samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 40 første ledd,

§ 8. (Krav til journalens innhold)

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

- e) Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskriving.
- f) Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.
- i) Om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i dette, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Pasientens eventuelle reservasjon mot å motta informasjon.

Andre opplysninger enn de som er nevnt i første og andre ledd skal tas inn i journalen i den utstrekning de er relevante og nødvendige.

§ 9. (Epikrise)

Ved utskriving fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.