

**RAPPORT**

**15/2017**  
**ISBN 978-82-7492-361-4**  
**ISSN 2535-3004**

# **Enhetlig dokumentasjon av legemiddelhåndtering i ulike journalssystemer**

**Rapport fra et forprosjekt**

Forfattere: Ellen Brox, Norut og Karl Johan Olsen, Løkta

---

Prosjektnavn: **Enhetlig dokumentasjon av legemiddelhåndtering i ulike journalsystemer**      Prosjektnummer: 688  
Oppdragsgiver(e): RFFnord      Oppdragsgivers ref: 270509

---

---

Dokumentnr.: 15/2017	Dokumenttype: Rapport	Status: Åpen
ISBN: 978-82-7492-361-4	ISSN: 2535-3004	Ant. Sider: 15
Prosjektleder: Karl Johan Olsen		Dato: 23.12.2017

---

---

Forfattere(e): Ellen Brox, Karl Johan Olsen

**Tittel: Enhetlig dokumentasjon av legemiddelhåndtering i ulike journalsystemer. En forprosjektrapport**

**Partnere i prosjektet:**

Løkta v. Midt-Troms regionråd  
Norut  
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Troms

Utgiver: Norut, postboks 6434, N-9294 Tromsø

# Innhold

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>2</b>
1.1	BAKGRUNN .....	2
1.2	PROSJEKTMÅL.....	4
1.3	AKTIVITETER.....	4
1.3.1	<i>Informasjonsinnhenting / datainnsamling</i> .....	5
1.3.2	<i>Analyse av data</i> .....	5
<b>2</b>	<b>MANGLER OG KONSEKVENSER</b> .....	<b>5</b>
2.1	MANGLER I DOKUMENTASJON AV LEGEMIDLER OG LEGEMIDDELHÅNDBOK .....	5
2.2	KONSEKVENSER FOR PASIENTER .....	7
2.3	KONSEKVENSER FOR HELSEPERSONELL .....	7
2.4	KONSEKVENSER FOR LEGENE.....	7
<b>3</b>	<b>UTFORDRINGER OG HINDRINGER</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>OVERORDNEDE FUNKSJONELLE KRAV SETT FRA DE SAMME AKTØRENE - BRUKERINVOLVERING</b> <b>9</b>	
4.1	OVERORDNEDE KRAV .....	9
4.2	UTFORDRINGER OG MANGLER I PROFIL .....	10
4.2.1	<i>Krav til profil</i> .....	10
4.2.2	<i>Krav til Mobil Omsorg</i> .....	10
4.3	OPPLÆRING OG DRIFT .....	11
4.3.1	<i>Krav til opplæring, IT og drift</i> .....	11
4.4	SVIKT I (DIGITAL) KOMMUNIKASJON .....	12
4.4.1	<i>Krav angående datautveksling og kommunikasjon</i> .....	12
4.5	RUTINER.....	13
<b>5</b>	<b>ORGANISATORISKE FORHOLD</b> .....	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>REGIONALE INNOVASJONSNETTVERK</b> .....	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>PROBLEMSTILLINGER FOR ET HOVEDPROSJEKT</b> .....	<b>15</b>
<b>8</b>	<b>FORKORTELSER OG AKRONYMER</b> .....	<b>16</b>
<b>9</b>	<b>REFERANSER</b> .....	<b>16</b>



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

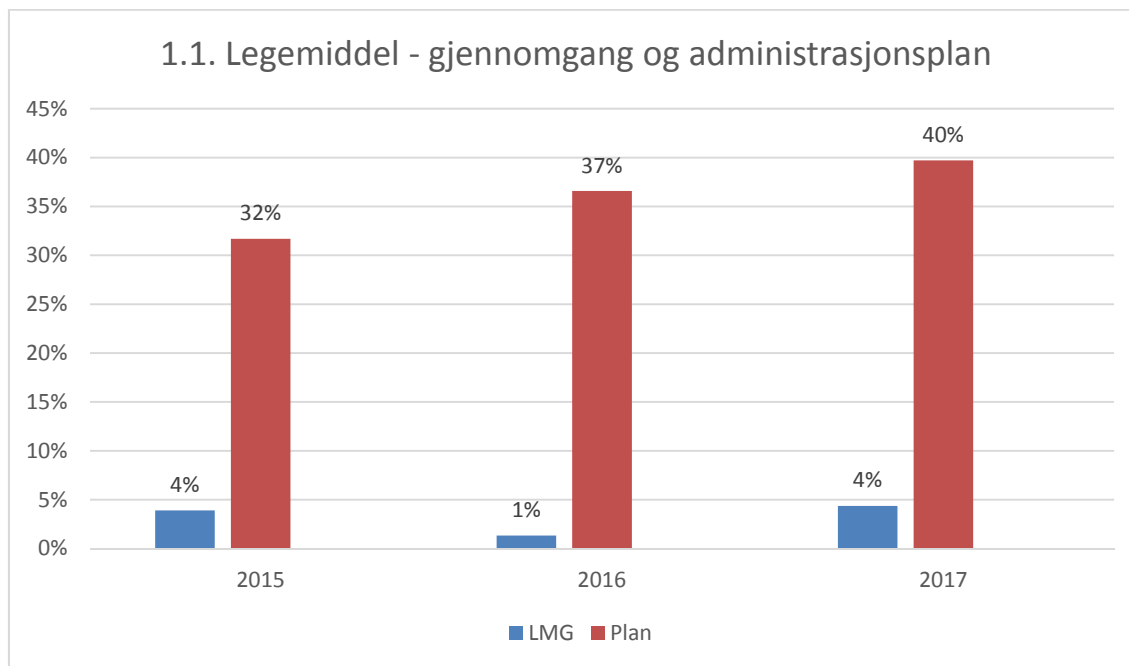
Åtte kommuner i Midt-Troms har et pågående arbeid knyttet til forbedring av rutiner for journalføring av helsehjelp i omsorgssektoren, i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms (USHT). De åtte kommunene utgjør Midt-Troms regionråd, og de har fra 850 til 11.500 innbyggere. Sammen har de opprettet Løkta, en interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenestene i Midt-Troms.

Bakgrunnen for forprosjektet finansiert av RFFnord var at Løkta, i samarbeid med USHT Troms, har jobbet med mangelfull dokumentasjon av helsehjelp i kommunene. Prosjekter de har gjennomført viser at informasjonen går gjennom mange ledd og at en rekke personer og organisasjoner er involvert i medisin håndtering gjennom foreskriving, utdeling og journalføring; fastlege, sykehus, hjemmesykepleier og apotek. Riktig legemiddelbruk krever klare rutiner som følges, god samhandling, tydelig informasjonsflyt og kontrollmekanismer. Korrekt journalføring er en nøkkelfunksjon for å sikre god medisin håndtering og de gjennomførte prosjektene indikerte at mangelfulle journaler er en utbredt feilkilde. Det kan være mange årsaker til dette. Forprosjektet skal foreta en kartlegging av journalrutiner hos de ulike aktørene som håndterer legemidler og gi en oversikt over organisatoriske utfordringer og barrierer som kan bidra til å skape klarhet i dette arbeidet.

Alle pleie- og omsorgstjenestene (PLO) i Troms benytter «Profil» fra Visma. Dette gjør at ansatte snakker «samme språk» når de møtes. Legekontorene har forskjellige systemer, men opererer mot en reseptformidler hvor de forskriver medisiner. De har også mulighet til å sende og motta samme type standardiserte meldinger og henvisninger i sine systemer.

I PLO-tjenestene er beste praksis slik funksjonaliteten er nå å ha elektronisk medisinkort, samt lage en oppfølgingsplan i Elektronisk pasientjournal (EPJ) hvor administrasjonsmåte beskrives, samt at denne kvitteres på når medikamenter er gitt. Samhandling med andre aktører skal skje elektronisk.

I tabellen under ser man hvor stor andel av pasientjournalene i Midt-Troms og Karlsøy som har beskrevet legemiddelgjennomgang og andel pasienter som har en plan for administrering av legemidler. Utvalget som ble kontrollert er ca 20% av journalene.



Fra «Dok Helse Troms» Gjennomgang av EPJ i PLO utvalg: 20% av pasientjournalene i Midt Troms pluss Karlsøy.

Disse prosjektene avdekket at det er store mangler i informasjonsflyt og journalføring av legemidler både til pasienter som bor hjemme og i institusjon. Løkta var også prosjektleder for prosjektet *Riktig legemiddelbruk i sykehjem* [6]. Prosjektene viser at informasjonen går gjennom mange ledd og at en rekke personer og organisasjoner er involvert i medisinhandling gjennom foreskriving, utdeling og journalføring; fastlege, sykehus, hjemmesykepleier og apotek. Riktig legemiddelbruk krever klare rutiner som følges, god samhandling, tydelig informasjonsflyt og kontrollmekanismer. Korrekt journalføring er en nøkkelfunksjon for å sikre god medisinhandling og prosjektene indikerte at mangelfulle journaler er en utbredt feilkilde. Det kan være mange årsaker til dette. Ved innsyn i journaler fremkommer det at mye dokumentasjon skjer på papir, og legemiddelgjennomgang i strukturert form er mangelvare. Forprosjektet har gjennom workshop innhentet informasjon om journalrutiner hos de ulike aktørene som håndterer legemidler og gir en oversikt over organisatoriske utfordringer og barrierer som kan bidra til å skape klarhet i dette arbeidet.

Det er primært sykehus og leger som har definisjonsmakten knyttet til dokumentasjon av gitt helsehjelp, og omsorgstjenestens behov oppleves ikke som tilstrekkelig ivaretatt. Pasientene tilbringer 80% av forløpet i regi av kommunen og det som skjer i primærhelsetjenesten er derfor svært viktig for pasientene. Der er det mange tjenester involvert og dermed et stort behov for utveksling og oppdatering av livsviktig legemiddel-informasjon. Erfaringer fra praksis viser at tilnærmet samtlige pasienter som mottar hjemmesykepleie eller er på institusjon får bistand i forbindelse med legemiddelhandling i større eller mindre grad. Legemiddelhandlingen involverer ikke bare ulike ansattegrupper i omsorgstjenesten, men også fastlege/-sykehjemslege og apotek. I tillegg kommer sykehus, legevakt, rehabiliteringsinstitusjoner og ulike private tilbydere. Det finnes ikke noe felles journalsystem for disse aktørene, og det er heller ikke mulig å utveksle legemiddellister elektronisk uten at det som overføres må legges inn manuelt i mottakersystemet. Denne prosessen er en mulig feilkilde. I tillegg kommer

det faktum at man sjelden har full oversikt over hvilke legemidler som hjemmeboende pasienter reelt bruker. Det kan være at pasientene ikke bruker en del av det som er forskrevet til dem, og/eller de bruker andre preparater i tillegg. En studie av sykehjemsmedisin [2] viser at det kan ha stor effekt for pasientene å få en oversikt over hva de bruker og redusere doser eller slutte helt med noen medikamenter. Dette krever at informasjon er riktig og at de som forordner medisiner har oversikt over hva pasientene faktisk tar. Legens oversikt stemmer ikke alltid med hjemmesykepleiens liste. Dette forklares ofte med at legen ikke har oppdatert sin liste, men forholder seg til hjemmesykepleien. Helsetilsynet rapporterte i 2010 om store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem [3] og Helsetilsynets tilsynsmelding av 2015 avdekker fortsatt svikt i overføring av informasjon mellom sykehus og kommuner. Tilsynet viste at det var utfordrende å sikre rett legemiddelliste etter opphold på sykehus [4]. Manglende samstemming av legemiddellister er kjent som et betydelig pasient-sikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt [5].

Status er at med så mange aktører, og så mange overføringer av informasjon, er faren for feil overhengende. I tillegg kommer behovet de ulike ansattegruppene i omsorgstjenesten har for å dokumentere at de ulike oppgaver de har knyttet til gjennomføring av legemiddelhåndteringen gjøres på en trygg, enkel og effektiv måte. Tromsø kommune og UNN har for eksempel nå tidkrevende rutiner for samstemming ved utskrivning med ansatte som sitter sammen med hver sin journal og manuelt fører legemidler fra den ene til den andre.

## 1.2 Prosjektmål

Kvalifiseringsprosjektet skal definere et hovedprosjekt for utvikling av innovative løsninger på utfordringer knyttet til lovpålagt dokumentasjon av helsehjelp i pasientjournal i omsorgstjenesten. I forprosjektet vil vi få mer kunnskap om dokumentasjon av legemidler og legemiddelhåndtering, inkludert rutiner for brukerinvolvering, deling mellom systemer og resultatspredning.

Delmålene som er definert for forprosjektet:

- M1 Kartlegge mangler i dokumentasjon av legemidler og legemiddelhåndtering, inklusive utveksling, samt konsekvenser for pasienter og helsepersonell (tidl. undersøkelser/forskning) i regionen
- M2 Oversikt over utfordringer og hindringer den enkelte aktør identifiserer (leger, apotek, helsepersonell i omsorgstjenesten)
- M3 Overordnede funksjonelle krav sett fra de samme aktørene - brukerinvolvering
- M4 Avdekke organisatoriske forhold som påvirker samspillet rundt legemiddellister og -håndtering.
- M5 Etablere regionale innovasjonsnettverk
- M6 Identifisere problemstillinger for hovedprosjekt

## 1.3 Aktiviteter

Prosjektet ble gjennomført i to faser, først informasjonsinnhenting og datainnsamling, deretter analyse av det innsamlede materialet.

### 1.3.1 Informasjonsinnhenting / datainnsamling

I denne fasen har vi brukt offentlige dokumenter samt studier på området [1-9], arrangert en workshop og foretatt intervjuer.

Det ble arrangert en workshop på Finnsnes 16.06.17 hvor det deltok til sammen seks sykepleiere fra fem kommuner. I tillegg var KomUt representert, det var en farmasøyt fra Apotek 1 på Finnsnes og en farmasøyt fra Tromsø kommune. I tillegg deltok prosjektgruppen. Til sammen deltok 14 personer.

### 1.3.2 Analyse av data

Det kom frem mye informasjon på workshopen i møtet mellom flere profesjoner, og analyser av materialet, både fra workshop og tidligere studier, er oppsummert i denne rapporten.

## 2 Mangler og konsekvenser

### 2.1 Mangler i dokumentasjon av legemidler og legemiddelhåndtering

Mange mulige feilkilder er avdekket, og de skyldes både rutinesvikt og utfordringer med kommunikasjon mellom forskjellige systemer. De forskjellige aktørene har forskjellige journalsystemer, og selv om informasjon sendes elektronisk må den ofte likevel føres manuelt hos mottaker. Da blir det lett feil. I tillegg er det ikke alltid at tilstrekkelig informasjon blir sendt.

Informasjon fra **fastlege** til hjemmesykepleien kan være mangelfull blant annet fordi fastlegen ikke alltid vet at pasienten har hjemmesykepleie.

I foreskriving er det ofte lav kvalitet på beskrivelse av indikasjoner og også manglende beskrivelse av effekt.

Pasienter blir utskrevet fra **sykehus** med ufullstendig epikrise eller de har bare med seg et papir. Hvis hjemmetjenesten ringer for å få opplysninger kan det være vanskelig å få viktig informasjon fra sykehus på telefon fordi de påberoper seg taushetsplikt. Medisinliste og epikrise kommer elektronisk men føres manuelt i Profil og dobbeltkontrolleres opp mot mottatt informasjon, noe som gir risiko for feil.

Det kan være mangler begge veier i kommunikasjon mellom **legevakt** og hjemmetjeneste, dette er ofte akutsituasjoner. Pasient kan bli satt på legemidler av legevakt som ikke sender melding som normalt, informasjon kommer ofte på telefon, og det kan medføre dårlig dokumentasjon om hvem som har forordnet hva og hvorfor. Det er heller ikke alltid legevakt får skikkelig informasjon om hva pasienten bruker av medikamenter.



Legemiddellister fra **psykiatrisk** avdeling mangler ofte somatiske legemidler.

**Apotek** kan få feil informasjon fra sykehus og de samstemmer lister. Apotek får ikke alltid melding om seponering men ser at en annen medisin er bestilt. E-resept er ikke en liste, det er en resept pr. medikament. Da mangler oversikten. Hjemmeboende kan ha egne medisiner, kosttilskudd eller medisiner fra pårørende som ikke er registrert.

**Multidose (MD)** kompliserer ved at det blir tre lister, PLO har en i Profil, legen har liste i sin journal og apotek har multidoseliste. Endringer skjer fra lege via apotek. Det er lite annen samstemming mellom legens liste og det pasienten faktisk inntar av medikamenter.

Multidose kombinert med andre medikamenter som kurer, behovsmedisiner, smerteplaster, etc. kan gjøre administrering utfordrende. Noen må administreres etter tider og skjema. De kan ikke legges inn i MD pakning for det krever tid å endre MD. Det er også utfordrende å få det rett ved veksling mellom MD og dosett, det er også en mulig feilkilde. Multidoseliste på papir kan bli brukt uten at den føres inn i Profil og dermed blir ikke Profil oppdatert. Dette byr igjen på utfordringer dersom pasienten legges inn på sykehus da innleggelsesrapportens legemiddelliste blir mangelfull.

Det er store utfordringer og dermed mulige feilkilder ved rapportering av gitt medisin. Individuelle tilpasninger og grunnlag for rapportering skal ideelt sett skje ved at planer for administrasjon lages, der det henvises til legemiddelliste, og følges. Dersom planene ikke er laget vil administrering av medikamenter kun være basert på kunnskap formidlet gjennom medisinkort eller muntlig overføring. Når det blir flere variasjoner i administreringen, spesielt hvis det er en ufaglært som gir medisin, kan det fort skje feil, og disse vil også bli underrapportert, eller forsvinne i mengden av andre rapporter. De vet kanskje ikke hva de har gitt. Det hender også at flere gir medisiner i løpet av ei vakt uten at det er gode rutiner for hvordan det skal dokumenteres.

Det er også store variasjoner når det gjelder å dokumentere gitt medisin, spesielt behovsmedisin. «Gitt medisin ved behov» (tilpasset funksjon i EPJ for behovsmedisin) brukes ikke av alle.

Kurer som er avsluttet blir noen ganger ikke avsluttet i systemet.

Medikamentlister på sykehjem blir ikke alltid dobbelkontrollert fordi det er for få sykepleiere tilgjengelig for kontroll. Disse medikamentene som ikke er kontrollerte kommer ikke med på en eventuell elektronisk innleggelsesrapport til sykehus.

Flere kommuner opererer med sidesystemer på papir, ikke alle har rutiner på at det skal samles i en elektronisk journal, for eksempel gitt medisin og kalenderbøker med gitte injeksjoner.

## 2.2 Konsekvenser for pasienter

Når det er feil i legemiddelliste kan pasienter fortsette å få medikamenter som er seponert, de kan få gal dose, eller kanskje ikke få medikamenter de skulle hatt. Dette kan medføre unødvendige og kanskje alvorlige bivirkninger, det kan føre til at pasienten ikke blir bedre, og i verste fall kan det være fatalt.

Korrekte legemiddellister som regelmessig blir gjennomgått med behovsvurdering og interaksjonskontroll er svært viktig for hver enkelt pasient.

## 2.3 Konsekvenser for helsepersonell

Det er tungvint å finne ut hvordan pasientens medisiner best administreres med fare for å administrere medikamentene på feil måte. Eksempelvis, skal man dele ut hele dosetten eller påse at hver dose blir tatt? Dokumentasjon av gitt medisin tar mye unødig tid, man skriver det samme om igjen og om igjen.

Innhenting av informasjon er vanskelig, om ikke umulig. Dette fordi gjentatte likelydende rapporter dominerer journalene slik at endringsrapporter drukner i mengden. Papirlister kombinert med EPJ gjør at det blir dobbeltføringer, hva er korrekt?

Videreformidling av informasjon til lege og sykehus må i større grad kvalitetssikres, tilleggsopplysninger må skrives inn manuelt. Usikkerhet rundt kvalitet på informasjonen vil føre til at tid som kunne vært brukt på andre utfyllende opplysninger blir spist opp. Dokumentasjon av «gitt medisin ved behov» er ikke kvalitetssikret godt nok ved bruk av løpende dokumentasjon/papir. Egen eksisterende funksjonen sikrer at man kan gi foreskrevne medikamenter. På samme måte vil helsepersonell øyeblikkelig får opp tidspunkt for og omfang av gitt behovsmedisin.

I sum vil helsepersonell jobbe mer uhensiktsmessig, og måtte lete mer for både å gi og motta informasjon, så lenge systemet ikke utnyttes og brukes korrekt. Faren for å gjøre feil vil også være stor med de konsekvenser dette har for helsepersonellens opplevelse av faglighet og trygghet i sin yrkesutøvelse.

## 2.4 Konsekvenser for legene

Informasjonen under er innhentet gjennom KomUt-prosjektet og de tilbakemeldinger som er gitt i rundene i kommunene i forhold til meldingsutveksling og dokumentasjonsprosjekt.

Fastlegens forpliktelser er definert i forskrift om fastlegeordning i kommunene [10], denne oppleves i noen grad vanskelig å etterleve med bakgrunn i at tjenestene som administrerer medikamenter for pasienten opererer med sine egne medisinlister. Disse beskriver hva pasienten faktisk inntar. Legen godkjenner tjenestenes medisinlister, men har i mange tilfeller ikke oppdaterte medisinlister i eget system.

Institusjonslegen har i utgangspunktet ikke anledning til å bruke sitt system på institusjonspasienter, men dette praktiseres i stor grad (anslagsvis 20 av 29 kommuner), det dreier seg i stor grad om småkommunene som har en liten stilling øremerket institusjonslege. I disse kommunene vil samstemming og problemstillinger rundt dette være samsvarende med problemstillinger mellom fastlege og hjemmesykepleie (PLO).

- Legen må forholde seg til flere systemer, eget (fastlege), PLO (sykehjemspasienter), helsestasjon, legevaktsystem.
- Henvisninger og rekvisisjoner sendes uansett ut fra Legens fastlegesystem, eller på papir der legen ikke har tilgang på et fastlegesystem.
- Når legen sender henvisning fra eget system, vil det legges ved informasjon fra legens legemiddelliste, dette er en mulig feilkilde ved informasjonsutveksling da pasientens reelle medikamentinntak er beskrevet i PLO-tjenestens legemiddelliste.
- Må forholde seg til flere medisinlister; tilsendt fra PLO, Sykehus og andre aktører.
- CGM (en legejournal) har mulighet for å kopiere medisinlister fra epikrise men må godkjennes manuelt, dette brukes i liten grad.
- Samstemming skjer manuelt. Det er varierende i hvilken grad fastleger klarer å ajourholde medisinkortene fortløpende. Det blir gjennomført noen skippertak på oppdatering i eget system, informasjon for samstemming mellom PLO og lege foregår via e-meldinger.
- Fastlegen skal gjøre legemiddelgjennomgang på pasienter som har 4 eller flere medikamenter, dersom dette er medisinsk nødvendig. Pasienter skal ha en oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon. Legemiddelliste skal endres når fastlegen får informasjon om endringer i medisinlisten, skal også gi informasjon til samarbeidende helsepersonell.  
Dette er i liten grad dokumentert eller opprettet rutiner på i kommunene.

### 3 utfordringer og hindringer

De største utfordringene og hindringene knytter seg til feilkildene som er nevnt i kapittel 0, og det er også en stor utfordring at 41% av pasientene i pleie- og omsorgstjenestene ikke har medikamentliste, de står i permer hvor de er vanskelig å oppdatere.

Sykehjem og hjemmesykepleien opplever store utfordringer i kommunikasjon spesielt med sykehus hvor endelig epikrise kommer sent (kan ta 3 mnd) og de midlertidige epikrisene kan være mangelfulle eller kun bestå av et ark. Pasient kan komme med resept men uten medikamenter, og det må da legges inn manuelt uten annen referanse enn resepten.

Medisinendring er heller ikke alltid med på epikrisen. Når pasienten er skrevet ut kan man ikke sende avviksmelding mer (på grunn av manglende informasjon), pasienten er «ute» av systemet. Da må det sendes på papirskjema i posten.

Det er forskjellige systemer hos fastlege og kommunehelsetjenesten, så kommunikasjon må være i form av PLO-meldinger. Journalene blir ikke alltid oppdatert etter PLO-meldinger. Det er også ei utfordring at PLO-meldinger ikke blir behandlet når fastlege er borte hvis ikke legesekretær kan åpne legens meldinger og sende den videre. Det fremkommer heller ikke tydelig i legens journal hvorvidt pasienten er innskrevet i hjemmesykepleie.

Det er ikke elektronisk kommunikasjon mellom apotek og PLO, det skjer på papir, fax eller telefon.

Det er flere utfordringer rundt multidose, endring mellom multidose og dosett og multidose sammen med andre medikamenter (plaster, behovsmedisin, etc.).

Det kan være manglende kunnskap om hvilke medikamenter som ikke bør tas sammen – bør gjennomgås når pasienter får nye medisiner (interaksjonskontroll). Noen apoteker er flinke, men hvem har ansvar? Tradisjonen for strukturert legemiddelgjennomgang er liten.

Det er dessuten store utfordringer rundt organisering, rutiner og opplæring i bruk av Profil og ikke minst informasjon om endringer. Det er viktige forutsetninger for å kunne lykkes.

## **4 Overordnede funksjonelle krav sett fra de samme aktørene - brukerinvolvering**

Et mål for prosjektet er å definere funksjonelle krav til legemiddelhåndtering i journaler. Det er imidlertid klart at situasjonen er mer kompleks enn bare å innføre endringer i journaler – det handler både om overordnede krav til bruk av felles standarder og til å ha gode rutiner hos de forskjellige partene som er involvert i forskriving og behandling av medikamenter.

Et hovedmål er at det kun skal eksistere ei legemiddelliste for hver pasient, den skal være den samme for alle som er involvert og den skal være gjennomgått slik at unødvendige medikamenter er fjernet.

### **4.1 Overordnede krav**

For å kunne lykkes med å få en felles legemiddelliste må det være noen felles krav for alle journaler på sykehus, på legekontorer og i kommunehelsetjenesten. Disse må sannsynligvis stilles av helsedirektoratet:

- Det må brukes standarder og det må være klart hvilke standarder som skal brukes

- Det må være felles koder for spesifikke markører i alle journaler
- Alle involverte må ha tilgang til samme eller identisk medisinliste – enten det er gjennom en kjernejournal eller gjennom auto matisk oppdaterte kopier

E-Helsedirektoratet har nå pågående et prosjekt som gjennom workshops innhenter behovsbeskrivelser fra helsepersonell i hele landet. Prosjektet har som utgangspunkt at det skal opprettes en enhetlig medisinliste for innbyggeren. Vi forutsetter at de også fastsetter bruk av felles standarder. Når denne løsningen kommer på plass vil mange utfordringer være eliminert.

## **4.2 utfordringer og mangler i Profil**

Vi har bare sett på utfordringer i Profil fra Visma ettersom denne journalen benyttes i alle kommunene i Troms. Ifølge fagpersoner som har gått gjennom alle journalsystemene som er tilgjengelig for kommunehelsetjenesten er dette det minst uhensiktsmessige.

Det er kommet frem diverse utfordringer angående Profil og Mobil omsorg både i tidligere rapporter [1,6] og en workshop arrangert i dette forprosjektet.

En utfordring som ikke ligger i selve journalen er at opplæring ofte er mangelfull og at ansatte ofte ikke får beskjeder om oppdateringer og hvordan de skal brukes.

### **4.2.1 Krav til Profil**

- Brukergrensesnittet bør endres og bli mer moderne og intuitivt. Nå oppleves det som gammeldags og rigid, som papir med strøm.
- Det må innføres mer kunnskapsstøtte for sykepleieprosessen. Det antas at dette langt på vei vil avhjelpes ved å ta i bruk veiledende planer og standarder for sykepleie.
- Det må innføres gode verktøy for sykepleieprosessen der det mest elementære bør være en kalenderfunksjon som tidfester gjøremål.
- Det må bli enklere rutiner i system for å skifte mellom multidose og dosett. Nå må alt slettes og føres inn på nytt.
- Det må legges inn funksjonalitet for å legge til ordinerende lege, når det finnes selv om man ikke har helsepersonellnummer på alle legene.
- Det må rutiner på plass i systemet for hvordan man skal håndtere behovsmedisin og andre legemidler (smertepaster, øyendråper, etc.) når det brukes multidose – også i Mobil Omsorg

### **4.2.2 Krav til Mobil Omsorg**

- Det bør være mulig å sende/lese e-melding fra Mobil Omsorg

- Tilgang til kartleggings skjemaer må inn i mobil Omsorg. Bl.a. kartlegging før legemiddelgjennomgang
- Det må være mulig å legge inn måledata som høyde, vekt, blodtrykk, mm. Nå må det skrives for hånd og skannes inn.
- Tiltaksplaner bør også kunne endres i mobil omsorg, ikke bare i PC-versjonen. Det er nyttig for å beskrive administrasjon av- og rutiner for medisinerings.

### 4.3 Opplæring og drift

Selv om Profil og Mobil Omsorg har en del mangler, er det likevel mye som er der men som ikke alle kjenner til eller får til å bruke. Det kommer også oppdateringer som ikke alle får vite om, og det er ikke helt enkelt å fange opp alle brukerne i en travel hverdag med mange assistenter og vikarer. Men med god opplæring og oppfølging vil sannsynligvis en god del feil og ikke minst frustrasjoner unngås. Dette er ei utfordring som både Visma og kommunene bør ta på alvor. For eksempel bør Visma sørge for at det er gode og ikke minst enkle digitale kurs og hjelpefunksjoner, og kommunene må både sette av tid til og stille krav om at ansatte gjennomfører opplæring.

I tillegg er det mange kommuner som har utfordringer når det gjelder drift og datafaglig hjelp fordi det er lite IT-teknisk personell i kommunen og ofte må helse og omsorg dele IT-personell med resten av kommunen. Det kan spesielt være utfordrende kvelder, netter og helger. Med noenlunde like løsninger i hver kommune, kan en god løsning også være en interkommunal ressurs, som både kan drive opplæring og være styrende i forhold til problemstillinger som oppstår.

#### 4.3.1 Krav til opplæring, IT og drift

- Det må gjennomføres god og effektiv opplæring i Profil.
- Det må gis informasjon i god tid til alle som bruker Profil før oppdateringer (det være seg mobil eller stasjonær)
- Det må gis opplæring i nye funksjoner når de tas i bruk
- Opplæring bør (også) være i form av enkle digitale kurs, og det må alltid være tilgjengelig som oppslagsverk
- Det må være IT-kompetanse tilgjengelig når systemene svikter
- Det må oppleves som enkelt å logge seg på fagsystemet. «Single sign on» bør være standard.
- Linjer må være stabile, unødig venting på oppkobling må unngås
- Ekstra utstyr som skanner og skrivere må være tilgjengelig der det er behov for disse
- Det må være tilgjengelig ressursperson som kan kontaktes i alle fall på dagtid

## 4.4 Svikt i (digital) kommunikasjon

Legemiddelbehandling er kompleks og omfatter mange parter. De største sviktene skjer i kommunikasjon mellom forskjellige instanser; fastlege, sykehus, apotek, sykehjem, hjemmesykepleie, osv. Kommunikasjon mellom to eller flere stiller krav til systemer i begge ender, og ikke minst til at standarder brukes – og brukes likt. Det er mulig at en kjernejournal er det beste for å sikre at legemiddellista er felles for alle, men det vil fortsatt være like mange som kan tilordne eller seponere medikamenter. Denne situasjonen vil avhenge noe av løsningen som E-helsedirektoratet jobber med<sup>1</sup>.

En del kan også gjøres automatisk. Hvis det ligger ei felles medikamentliste et sted vil de som har forordnet medikamenter kunne få melding om å vurdere dem når det er tid for fornyelse, for eksempel. Når et nytt medikament forordnes, kan det foretas en automatisk sjekk opp mot andre legemidler på pasientens legemiddelliste om det er noe som ikke bør tas sammen. Men som det er i dag er det langt frem til ei felles liste og kommunikasjonen bør derfor være slik at systemene forstår hverandre og det bør være unødvendig å føre inn for hånd informasjon som er mottatt elektronisk.

### 4.4.1 Krav angående datautveksling og kommunikasjon

- Legemiddelendringer må være elektroniske på en form som kan tolkes og legges inn automatisk (med varsel) i alle systemer som brukes.
- Elektroniske medisinlister og epikriser må kunne tolkes og legges inn rett av systemet som mottar dem (Profil). Nå får kommunehelsetjenesten elektronisk medisinliste og epikrise men fører inn manuelt i Profil. Dette er en mulig feilkilde – person, navn, styrke, osv.
- Det må være samme kodesystem i Profil og hos fastlegen akkurat som det nå er samme diagnosesystem
- Det må være bare ett journalsystem i kommunene. Nå finnes det kommuner som opererer med sidesystemer, to journaler som ikke snakker sammen og det medfører usikkerhet, feilkilder og at kvitteringslister forsvinner. Dette understøttes av lovverket.
- Legens system må ha mulighet for å legge inn når hjemmetjenesten har overtatt medisinansvar for en pasient slik at dette er lett synlig for legen. Samstemming i tråd med import fra meldinger.
- Også midlertidige epikriser bør være digitale og det bør ikke være nødvendig å registrere disse manuelt på sykehjem eller hjemmetjeneste.
- Fastlegen må få informasjon digitalt på en form som gjør at de slipper å registrere manuelt – legesystemene må være klare for det
- Medisinbestillinger må kunne gjøres elektronisk, også multidoserbestillinger.

---

<sup>1</sup> Prosjekt “legemidler til PLO”, ikke omtalt på nett, men såvidt i en fremdriftsplan (må ikke forveksles med “En Innbygger – en journal” eller “Helseplattformen”). Legemidler til PLO er et prosjekt som tenkes implementert i løpet av et noe kortere tidsperspektiv.

- Det må gjøres noe med kommunikasjon angående fornying av resepter, disse bør inngå i en informasjonsutveksling mellom apotek og kommune slik at helsepersonell kan kontakte apotek for bestilling av medikamenter og legen for fornying av resept, uten å ha sinnrike rutiner for å følge opp dette i papirformat.
- Det må gjøres noe med kommunikasjon mellom hjemmetjeneste og sykehus angående seponering av medikamenter. I noen tilfeller er medikamentliste som følger pasienter ut av sykehus kortere enn ved innleggelse uten at det er anmerket at noen medikamenter er seponert (rutineendringer ved spesialisthelsetjenesten).
- Legemiddellista må inneholde alle medikamentene, også de som pasienten ikke vil at alle skal se
- Det er behov for automatisk interaksjonskontroll.

## 4.5 Rutiner

En god del av de utfordringene vi ser kommer av sviktende rutiner, og det kan svikte på forskjellige måter på forskjellige steder. Dette kan skyldes mange ting, blant annet at de digitale systemene ikke oppleves som bra nok eller kompetansen på bruk svikter, at det er et tidspress, men også at det tillates fra ledelsen å fortsette med gamle rutiner. Det er forskjellige rutiner på forskjellige steder, og ofte brytes loven. Gode systemer kan bidra til å forbedre noen rutiner, men det må også defineres klare prosedyrer og arbeidsinstruksjoner. Noen av rutinene handler også om kommunikasjon. Noen overordnede ønsker og krav:

- Det må defineres system og struktur på faglig nivå og alle må følge de samme reglene, helst relativt likt kommunene imellom også (både ansatte og pasienter flytter på seg).
- Ledelsen må ikke tillate slurv
- Alle på sykehjem og hjemmetjenesten må bruke elektronisk journalsystem, både stasjonære og bærbare løsninger
- Alle må ha gode rutiner omkring lesevaner i planer og rapporter etter fridager
- Alle må bruke funksjonen «kvittert utført» under oppdatering av tiltakslistene, det vil si at personalet må forholde seg til beskrevne planer, -alle skrevne rapporter skal da være endringer/avvik fra plan
- Kontroller på gullapps-system må bort
- Alt må være digitalt – så når noe skrives ut er det kun for å lese/se på/følge, ikke for å lage notater til senere / andre. Det eneste «sanne», skal være det elektroniske.
- Rutiner må etableres og følges for å dokumentere gitt legemiddel. Der tidspunkt og ansvarlig er angitt.
- Det må være rutiner rundt kontroll av legemidler som ikke bør tas sammen (interaksjonskontroll).
- Det må dokumenteres effekt av behovsmedisin



- Det må merkes tydelig at depottabletter ikke skal knuses (opplæring).
- Det må etableres rutiner for kontroll og etterfylling av dosetter når det ikke er sykepleier til stede - for det må gjøres.
- Rutiner for å følge med på reiterering og utgåtte resepter
- Kurer som er avslutta må også avsluttes i journalen
- Rutiner må følges for legemiddelgjennomgang
- Informasjon om generiske bytter må formidles internt og legemiddellister oppdateres fortløpende.
- Det må være gode rutiner på sykehus angående epikriser – spesielt når det gjelder endring i medisiner og nødvendig pleie.
- Ved utskriving fra sykehus bør det være kommunikasjon mellom sykehus og hjemmetjeneste / sykehjem angående eventuelt nye medikamenter – hvorvidt pasienten skal ha med seg medikamenter for de første dagene etter utskriving.
- Rutiner må bli bedre angående legemiddellister fra psykiatrisk avdeling på UNN, de har ofte ikke med somatiske legemidler
- Det må være gode rutiner på legekantorene når en fastlege er borte og det er vikar. Legesekretæren bør kunne både ta imot og sende e-meldinger og fordele til leger som er på jobb (vikarer).
- Fastlegene må bli flinkere til å stille spørsmål ved legemidler foreskrevet fra sykehus
- Det må være gode rutiner på tilgangskontroll slik at man ikke stenger for innsyn i elementer som samarbeidende helsepersonell bør se

## 5 Organisatoriske forhold

Det er kommunenes ansvar å sørge for at kommunehelsetjenestene er godt organisert og at gode og klare rutiner blir definert. En av de store utfordringene er at det er en sektor med mange ansatte og kronisk for få ressurser. Til tross for satsing på opplæring og bevisstgjøring interkommunalt i hele fylket, viser det seg at endringer i praksis tar tid. Fortsatt finnes det utallige utfordringer, og de kan variere fra kommune til kommune.

Uklare og dårlige rutiner

- Hvordan kvittere for gitt medisin ny funksjonalitet er tidkrevende, da man må kvittere for hvert medikament, i stedet for at man evt. kan merke medikament som ikke blir tatt.
- Oppfølging av resepter og fornying av resepter, tidkrevende papirbasert prosess.
- Rutiner for å legge inn i journalsystem, manuell operasjon som medfører fare for feil.
- Gode rutiner for kvalitetssikring

- Gode rutiner for at ALLE får beskjed om endringer i journalsystem og hva de innebærer, dette innebærer også en beskrivelse av den enkeltes plikt til å holde seg oppdatert.

#### Opplæring

- Opplæring i rutiner, med krav om etterlevelse.
- Opplæring i journalsystem
  - Digitale kurs i moduler
  - Alltid tilbud om opplæring ( gjerne digitalt) ved endringer
  - Tilgjengelig ressursperson.

#### Drift

- Sikre drift av system 24/7
- God IT-kompetanse
- Gi superbrukere tid til både å sette seg inn i system og ikke minst endringer

## 6 Regionale innovasjonsnettverk

Det er etablert nettverk gjennom tidligere prosjekter og utvidet gjennom samarbeid med forskere. Det er nå nettverk for saksbehandling og dokumentasjon, velferdsteknologinettverk, osv. Disse bør hele tiden ha som mål at alle satsninger og fokusområder også skal lenkes opp i mot journalsystemet slik at struktur tilpasses disse. I dette ligger også utarbeidelse av metoder for å kunne føre journal på enklest og mest mulig enhetlig måte. Kommunene bør ha mest mulig like løsninger for å samarbeide om faglig gode innføringer.

## 7 Problemstillinger for et hovedprosjekt

Gjennom de erfaringer som regionen har gjort seg i DokHelse og forprosjektet, har det skjedd en bevisstgjøring blant helsepersonell i Midt-Troms. Bevisstgjøringen dreier seg i stor grad om at praksis i forhold til dokumentasjon av legemidler ikke er god nok.

Mange av de kravene vi har satt opp gjelder også for andre både i Troms og Nord-Norge, men vi antar at mange vil kjenne seg igjen flere steder i landet.

Det tok et år fra søknad på forprosjektet ble sendt og til det ble innvilget. I mellomtiden har det skjedd mye på nasjonalt plan. Imidlertid vil kunnskapen og erfaringene både fra dette og andre prosjekter i regionen danne et godt grunnlag for å være en forsøksregion i forhold til E-helsedirektoratets prosjekt «legemidler til PLO». Med et godt samarbeid mellom kommunene, forskningsmiljøet og Visma (som er leverandør av PLO-system til alle kommunene i Troms) vil en lett kunne evaluere funksjonaliteten.

Nord-Troms regionråd gjennom Løkta vil aktivt søke om å bli forsøksregion og bidra til at mange av de krav som er avdekket også vil kunne bli en realitet.

## 8 Forkortelser og akronymer

ØHD – øyeblikkelig hjelp døgntilbud

PLO – pleie- og omsorgsmeldinger

MD – multidose

LMG – legemiddelgjennomgang

SPE – spesialist

INR prøve – Internasjonalt normalisert ratio – internasjonalt standardisert skala for måling av blodets koagulasjonstid

MMS – mini mental score

CGM – et journalsystem for leger

## 9 Referanser

1. Lisbeth Remlo Abelsen og Wenche Poppe. Mangelfull dokumentasjon av helsehjelp i kommunene. Hva mangler av IKT-støtte og kompetanse? Foreløpig rapport fra et Innomed forprosjekt. 10.02.2016.
2. Utviklingscenter for sykehjem, Troms. En pille for alt som er ille. Rapport fra gjennombruddsprosjekt i sykehjemsmedisin 2008. 21.12.2011.
3. Rapport fra Helsetilsynet, Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem 2008-2010, 7/2010
4. Helsetilsynets tilsynsmelding 2015:  
<https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2015.pdf>
5. Pasientsikkerhetsprogrammet;  
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/amstemming-av-legemiddellister>
6. Løkta og Utviklingscenter for sykehjem i Troms. [Riktig legemiddelbruk i sykehjem. 2014.](#)
7. Anders Grimsmo, Norsk helsenett. Når blir opplagte kvalitetstiltak til noe annet – erfaringer med innføring av multidose. Kvalitetskonferansen 2015. [Foiler.](#) [Video.](#)
8. NHI.NO. Norsk Helseinformatikk. [Legemiddelbehandling av eldre.](#) 13.12.2013, oppdatert 15.08.17.
9. Helsedirektoratet. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien – [Forslag til tiltak.](#) 01.02.2011.
10. Forskrift om fastlegeordning i kommunene: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/KAPITTEL\\_4#§25](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/KAPITTEL_4#§25)