

Om helsetjenesten

Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene?

Sammendrag

Bakgrunn. Hjemmeboende, pleietrengende eldre må ofte overlata til hjemmesykepleien å administrere legemidlene sine. Lite er kjent om hvordan hjemmesykepleien og fastlegene samordner og oppdaterer medisinlister for felles pasienter.

Materiale og metode. For 90 tilfeldig utvalgte pasienter som mottok medisiner fra hjemmesykepleien, ble hjemmesykepleiens lister over faste medisiner sammenliknet med fastlegenes tilsvarende lister. Rutiner og samarbeidsformer i forbindelse med legemiddelbruk hos felles pasienter ble kartlagt ved hjelp av et spørreskjema.

Resultater. For over 60 % av pasientene var det ikke samsvar mellom fastlegenes lister over pasientenes faste medisiner og det som var anført på hjemmesykepleiens lister (antall medikamenter, døgndoser og antall doseringer per døgn for hver enkelt medisin). Avvik gjaldt hyppigst for medisiner mot hjerte- og karsykdommer og psykofarmaka. Legene oppgav generelt mindre tiltro til at pasientene mottok riktige medisiner enn hjemmesykepleierne. Mindre enn halvparten av legene hadde klare rutiner for oppdatering av medisinlister ved mottak av epikriser fra andre leger.

Fortolkning. Manglende samsvar mellom medisinlistene kan representere et potensielt folkehelseproblem. Kommunikasjonen mellom hjemmesykepleien og fastlegene bør bedres.

I Tidsskriftet nr. 3–6/2004 publiseres en del artikler om fastlegeordningen

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Sture Rognstad

sture.rognstad@samfunnsmed.uio.no

Jørund Straand

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Antall hjemmeboende, eldre pasienter som trenger tilsyn og hjelp av hjemmesykepleien øker kraftig i Norge (1). Hjemmesykepleiens pasienter kjennetegnes ved at de har flere sykdommer, bruker mange legemidler (2), kommer i kontakt med flere leger, legges oftere inn i sykehus (3, 4) og at de er spesielt utsatt for bivirkninger og feil legemiddelbruk (5).

Hjemmesykepleiens pasienter må ofte ha hjelp av hjemmesykepleien til å administrere legemidlene sine. Om en pasient mottar feil medisiner fra hjemmesykepleien, kan dette skyldes feil forskrivning (6), feil ved utdelingen av medisinene (7) eller feil informasjonsutveksling mellom den som ordinerer og dem som gjør i stand og deler ut legemidlene. Sviktende kommunikasjonsrutiner kan være årsak til at fastlegen ikke er oppmerksom på endringer i medikasjonen som er foretatt av andre leger. Mangel på oppdatert medisinoversikt kan både føre til uhensiktsmessige forskrivninger, dobbeltbehandling og økt fare for bivirkninger og interaksjoner.

Hensikten med denne undersøkelsen var å undersøke grad av samsvar mellom fastlegenes og hjemmesykepleiernes medisinlister for felles pasienter. Vi ville også kartlegge rutinene for informasjonsutveksling og synkronisering av disse legemiddellistene.

Materiale og metode

Studien ble utført i Skedsmo kommune med ca. 40 000 innbyggere og 600 mottakere av hjemmesykepleie vinteren 2002. Fastlegenes og hjemmesykepleiernes medisinlister for et utvalg felles pasienter ble hentet inn og undersøkt med henblikk på grad av samsvar. For hver pasient ble det fylt ut et registreringsskjema som inneholdt spørsmål om pasientene (kjønn, alder) og alle legemidler pasienten brukte fast. Reseptfrie medikamenter, for eksempel mineralpreparater og avføringsmidler ble bare regnet med dersom de var forskrevet av lege. Videre ble



Ramme 1

Beregning av samsvarsskåre mellom to medisinlister med henblikk på medikament, døgndose og antall doseringer per døgn

$$\text{Samsvarsskåre} = \frac{d_1(a_1) + d_2(a_2) + d_3(a_3) + \dots + d_n(a_n)}{n}$$

n = antall medikamenter som totalt forekommer på begge listene

d = medikament som finnes på begge listene, verdi 0 eller 1

a = forholdstallet mellom oppgitte verdier på de to listene, for eksempel for døgndose eller antall doseringer per døgn. Fullt samsvar mellom medikamentene og doseringer gir en skåre lik 1,0

hjemmesykepleien spurt om antall forskrivende leger til den enkelte pasient. Fastlegene ble spurt om antall kontakter (inkludert telefonkonsultasjoner) de hadde hatt med hver pasient siste året. For hver pasient ble hjemmesykepleien bedt om å anføre eventuelt kjent diagnostisk indikasjon for medikamentene de håndterte. Medikamentlistene fra fastlegene og hjemmesykepleierne ble sammenliknet og samsvar undersøkt for antall medikamenter, døgndose og antall doseringer per døgn for hvert enkelt medikament. Grad av samsvar ble regnet ut ved hjelp av en samsvarsskåre utviklet av Barat & Damsgaard i Danmark (8) (ramme 1).

Fordi registreringsperioden strakk seg over til sammen to måneder, skjedde ikke registreringen for samme pasient på nøyaktig samme dag hos hhv. fastlege og hjemmesykepleier. For at mindre medikamentendringer i observasjonsperioden ikke skulle regnes som avvik, ble bare avvik på 20 % eller mer (dvs. samsvar 0,8 eller lavere) vurdert som



Hovedbudskap

- Det er ofte ikke samsvar mellom legemiddellistene hos fastlege og hjemmesykepleie for felles pasienter
- Samarbeidet og kommunikasjonen mellom fastleger og hjemmesykepleien bør bedres

Tabell 1 Samsvar i medisinerings mellom medisinlister i fastlegenes pasientjournal og hjemmesykepleiens registre for 90 hjemmeboende eldre som får sine medisiner delt ut av hjemmesykepleien. Samsvarsskåre er regnet ut for antall medisiner, døgndose og antall doseringer per dag

Sammenlikningsgrunnlag	Samsvarsskåre (gjennomsnitt)	Pasienter med mer enn 20 % avvik ¹	
		Antall	(%)
Samsvar for antall medikamenter på fastlegenes og hjemmesykepleiens lister	0,68	55	(61)
Samsvar for både medikament og døgndose på fastlegenes og hjemmesykepleiens lister	0,52	68	(76)
Samsvar for både medikament og antall doseringer per døgn på fastlegenes og hjemmesykepleiens lister	0,53	69	(76)

¹ Samsvarsskåre ≤ 0,8

klinisk signifikant avvik. Størrelsen på dette «tillatte» avviket er lik det som ble benyttet i den tilsvarende danske undersøkelsen (8).

Fastlegene og hjemmesykepleierne til de pasientene som undersøkelsen omfattet, ble bedt om å fylle ut et spørreskjema om sine arbeidsrutiner for medisinerings av hjemmeboende pleiebrukere. Det ble også spurt om type journalsystem, rutiner for oppdatering, hvem som bør ha primæransvaret for å føre og ajourføre medisinlisten og om deres opplevelse av trygghet for at nettopp deres pasienter får korrekt medisinerings. Dette siste ble undersøkt ved at man ble bedt om å krysse av på en visuell analog skala (VAS), der 0 representerte «svært utrygg» og 10 «svært trygg».

Av de omkring 600 brukere av hjemmesykepleie i kommunen, ble 195 tilfeldig valgt ut til undersøkelsen. Pasientene var omtrent jevnt fordelt mellom kommunens tre pleie-distrikt og hadde til sammen 30 fastleger og like mange hjemmesykepleiere som var ansvarlig for medisinhandteringen. For de 195 pasientene inkom svarskjema med medikamentlister for 141 pasienter (72 %) fra hjemmesykepleien og for 114 (58 %) fra fastlegene. Fem av legene leverte medikamentlister for alle sine aktuelle pasienter, fire leger besvarte ikke henvendelsen, mens de resterende returnerte medisinlister for en varierende andel av sine aktuelle pasienter. For 105 pasienter (54 %) mottok vi data fra både leger og hjemmesykepleiere. Av disse var skjema mangelfullt utfylt for 15 pasienter, slik at analysene baserer seg på legemiddelopplysninger om 90 pasienter i hjemmesykepleien (73 % kvinner, median alder 80 år). 15 av de 30 legene (50 %) og 20 av de 30 sykepleierne (67 %) returnerte utfylt spørreskjema om sine rutiner for oppdatering og gjensidig utveksling av informasjon om legemiddelbruk hos felles pasienter.

Resultater

Ifølge fastlegene skulle de 90 pasientene i gjennomsnitt ta 4,7 medikamenter daglig (95 % KI 4,0–5,3), mens de ifølge hjemme-

sykepleierne lister i snitt mottok 5,9 medikamenter (95 % KI 5,1–6,6).

For 55 pasienter var det ikke samsvar mellom legens og hjemmesykepleiens opplysninger om antall medikamenter, og for 69 pasienter var det ikke samsvar for medikamenttype, dosering eller behandlingsregime (tab 1). Det ble avdekket til sammen 229 avvik mellom listene. Psykofarmaka, hjerte- og karmidkament og analgetika var de medikamentgrupper hvor det hyppigst ble funnet avvik mellom listene (tab 2). For de fleste medikamentgruppene hadde hjemmesykepleien flere medikamenter på sine lister enn legene (fig 1). Ifølge hjemmesykepleien hadde hver pasient i gjennomsnitt 1,6 (opptil sju) ordinerende leger. Pasientene hadde i gjennomsnitt hatt 5,5 kontakter med fastlegen siste året, 0,3 av kontaktene var sykebesøk.

To av de 15 fastlegene som besvarte spørreskjemaet oppgav at de ikke førte egne lister over faste medisiner for egne pasienter, mens alle de 20 hjemmesykepleierne svarte at de hadde lister over faste medisiner til klientene (tab 3). Halvparten av legene pleide å oppdatere listene i forbindelse med konsultasjoner eller sykebesøk, men ingen hadde faste møter med hjemmesykepleien. Legene hadde signifikant mindre tiltro til at pasientene fikk riktige medisiner sammenliknet med hjemmesykepleierne (gjennomsnittlig VAS-skåre 4,9 (95 % KI 3,8–5,9) versus 6,9 (95 % KI 6,1–7,7)). Ti av de 15 legene mente at en lege burde ha hovedansvar for å holde oversikt over pasientens faste medisinbruk selv om hjemmesykepleien administrerer medisineringsen.

Diskusjon

Undersøkelsen viser at manglende samsvar mellom legemiddelopplysninger for felles pasienter hos henholdsvis fastlege og hjemmesykepleien er svært vanlig. Ofte mottar pasienten legemiddelbehandling som fastlegen ikke er kjent med. Resultatene samsvarer med funn i andre studier (8–11)

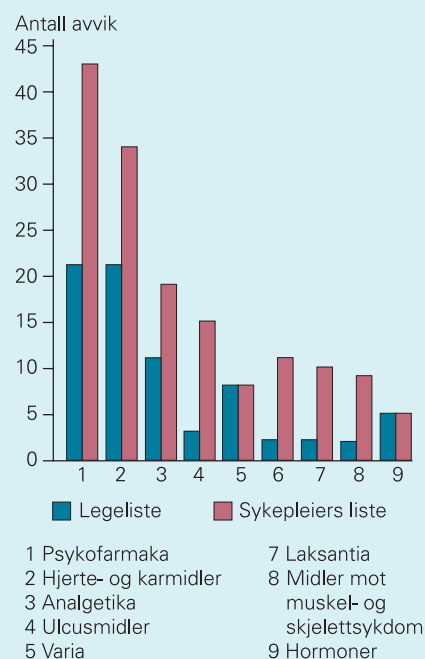
Tabell 2 229 avvik fordelt på medikamentgrupper funnet ved sammenlikning mellom fastlegenes medisinlister og hjemmesykepleiens medisinlister for 90 pasienter

Legemiddelgruppe	Antall	(%)
Psykofarmaka	64	(28)
Hjerte- og karmidler	55	(24)
Analgetika	30	(13)
Ulcusmidler	18	(8)
Varia	16	(7)
Vitaminer og mineraler	13	(6)
Laksantia	12	(5)
Midler mot sykdommer i muskel- og skjelettapparatet	11	(5)
Hormoner	10	(4)
Sum	229	(100)

og gir grunnlag for bekymring over kvaliteten til den legemiddelbehandling som gis de mest skrøpelige, hjemmeboende pasientene.

Resultatene er ikke uten videre gyldige for andre kommuner siden lokale rutiner og samarbeidsmetoder kan variere. At så mange leger ikke returnerte medikamentlister for alle sine pasienter, kan representere en feilkilde dersom legene har unnlatt å returnere antatt mangelfulle lister. Dette

Figur 1



Avvik (n = 229) mellom fastlegers og hjemmesykepleieres lister for 90 pasienter, vist for ulike legemiddelgrupper. Ulcusmidler omfatter i alt vesentlig protonpumpemere. Psykofarmaka omfatter nevroleptika, anksiolytika, antidepressiver og hypnotika. Varia inkluderer antihistaminer, inhalasjonsmedisiner mot astma og midler mot urininkontinens

Tabell 3 Resultater fra spørreundersøkelse til fastlegene (n = 15) og hjemmesykepleien (n = 20) om rutiner for oppdatering av pasientenes faste medisiner

	Antall
<i>Antall leger som</i>	
Fører systematisk liste over faste medisiner	13
Oppdaterer listen straks epikriser foreligger	5
Tilfeldig synkroniserer sin liste med hjemmesykepleierens liste uten faste rutiner	7
Meddeler forskrivningsendringer til hjemmesykepleierne via brev/faks eller telefon	7
<i>Antall sykepleiere som</i>	
Oppdaterer medisinlistene ved mottak av utskrivningsnotat fra sykehus	15
Oppdaterer medisinlistene etter besøk av legevakslege	3
Oppdaterer medisinlistene ved mottak av epikrise fra fastlege	7

vil i så fall bety at våre tall gir et bedre inntrykk av virkeligheten enn hva som er tilfellet. Det har vært lite utskifting av leger i kommunen de siste årene, slik at innføring av fastlegeordningen trolig bare i begrenset grad førte til at pasienter i denne aldersgruppen måtte skifte lege. Mangelfull kjennskap til aktuelle pasienter antar vi derfor er av mindre betydning i forhold til å forklare mangelfull respons fra legene.

At hjemmesykepleierne hadde omkring 25 % flere medikamenter på sine lister enn fastlegene, skyldes trolig at legemiddelordnasjoner fra legevaktleger, sykehusleger og andre spesialister bare blir fanget opp av hjemmesykepleien. En annen forklaring kan være at fastlegene ikke oppdaterer medikamentlister for egne pasienter ved mottak av epikriser.

At de fleste avvik som ble funnet gjaldt potente legemidler som psykofarmaka, hjerte- og karmedisiner og analgetika, understreker den kliniske betydningen av resultatene. Funnene hadde hatt langt mindre betydning om avvikene i hovedsak hadde handlet om midler som vitaminer og laksantia.

At så mange fastleger synes å mangle oversikt over medikasjonen til egne pasienter i hjemmesykepleien, utgjør etter vår vurdering et potensielt folkehelseproblem. Konsekvensen av slik mangel på oversikt kan være at fastlegen i god tro skriver ut medikamenter som kan interagere med andre medisiner pasienten bruker. Det er få undersøkelser som har dreid seg om helseeffekter av legemiddelbehandlingsfeil i allmennpraksis og i åpen omsorg. I USA er det estimert at feil forskrivning, utlevering eller administrering av medisiner utgjør 28 % av alle de medisinske feil som leder til alvorlige og fatale komplikasjoner (12). I en undersøkelse fra Akershus universitetssykehus (tidligere Sentralsykehuset i Akershus) er det vist at feil legemiddelbehandling eller legemiddelbivirkninger helt eller delvis er årsak til omkring hvert sjettede dødsfall i medisinsk avdeling (13). Bare 6 % av de fatale legemiddelbivirkningene var blitt innrapportert til Legemiddelverket før dette forskningsprosjektet (14). Vi antar at det også for hjemmesykepleiens

pasienter er en betydelig underdiagnostisering og underrapportering av feil og skader som skyldes feilaktig legemiddelhåndtering.

I vår undersøkelse hadde pasientene i snitt hatt 5,5 kontakter med fastlegen siste året. Dette er noe lavere enn landsgjennomsnittet for aldersgruppen over 80 år (15). Hyppigheten av hjemmebesøk av allmennlege er imidlertid nær den samme som i slutten av 1980-årene ble funnet i Møre og Romsdal (16). Fastlegenes manglende oversikt over pasientenes medikasjon kan derfor neppe forklares med manglende kontakt med pasientene. Mangel på faste møter med hjemmesykepleien, tilfeldige rutiner for oppdatering av egne journaler ved mottak av epikriser og uklare ansvarsforhold er mer sannsynlige forklaringer på fastlegenes generelle mangel på oversikt over pasientenes faste medisinbruk.

Helsetilsynets handlingsplan for sikrere legemiddelbruk vektlegger kvalitetskontroll og testing av rutiner for organisering av legemiddelhåndteringen (11). Innføring av ett legemiddeldokument (medisinkort) er ett av tiltakene i handlingsplanen. I Skien har man utarbeidet konkrete retningslinjer for bruk av medisinkort (17).

Resepter alene er et dårlig kommunikasjonsmiddel (18). For disse pasientene kunne det være ønskelig å ha en felles legemiddelliste som både kan oppdateres og sendes elektronisk mellom lege, apotek, sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie. Et slikt system ville redusere antall avskrifter fra en liste til en annen og dermed sannsynligheten for feil. Samtidig ville kommunikasjonen bli forenklet (11).

Dosedispensering og innføring av maskinpakkede legemidler har vært utprøvd en rekke steder. Evalueringen så langt tyder på at bruk av maskinpakkede dosepakninger kan bidra til sikrere rutiner for hjemmesykepleiens legemiddelhåndtering (11).

Vår studie understreker behovet for å forbedre både innhold og form i kommunikasjonen mellom fastlegene og hjemmesykepleien. Det må etableres enkle, entydige og sikre hverdagsrutiner for utveksling av informasjon om pasientenes medisiner.

Oppgitte interessekonflikter: Vi takker leger og hjemmesykepleiere i Skedsmo for hjelp med innsamling av data til undersøkelsen. Prosjektet ble støttet økonomisk av Den norske lægeforsknings gjennom et allmennpraktikerstipend.

Litteratur

1. Pleie- og omsorgstjenester 2001. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2002. (www.ssb.no/emner/03/03/20/pleie/ (4.10.2002).)
2. Yang J, Tomlinson G, Naglie G. Medication lists for elderly patients. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 112–5.
3. Legetjenester og publikum. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2000. (www.ssb.no/emner/03/02/legetj/tab-2000-10-23-02.html (17.3.2003).)
4. Eldre i Norge. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999. (www.ssb.no/emner/00/02/sa32/sa32.pdf (17.3.2003).)
5. Fastbom J. Økad läkemedelsintag bland äldre innebär ökad risk för problem. *Läkartidningen* 2001; 98: 1674–9.
6. Straand J, Rokstad K. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the Møre and Romsdal prescription study. *Fam Pract* 1999; 16: 380–8.
7. Barker K, Flynn E, Pepper G, Bates D, Mikeal R. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1897–903.
8. Barat I, Andresen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and the patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 51: 615–22.
9. Myhr R, Kimsås A. Feilmedisinering ved skifte av behandlingsnivå. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1087–91.
10. Handlingsplan for sikrere legemiddelbruk. Statusrapport april 2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
11. Waal T. Informasjon vedrørende pasienters medikamentbruk ved innleggelse i sykehjem. Hovedfagsoppgave ved avdeling for samfunnsfarmasi. Oslo: Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo, 2002.
12. Balkrishnan R. Predictors of medication adherence in the elderly. *Clin Ther* 1998; 20: 764–71.
13. Buajordet I, Ebbesen J, Eriksen J, Brørs O, Hilberg T. Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment. *J Intern Med* 2001; 250: 327–41.
14. Ebbesen J, Buajordet I, Eriksen J, Brørs O, Hilberg T, Svaar H et al. Drug related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2317–23.
15. Kontinuitet, kontaktfrekvens og velnøye med legetjenesta. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2000. (www.ssb.no/emner/03/02/legetj/tab-2000-10-23-02.html (10.12.2002).)
16. Straand J, Sandvik H. Home visits in general practice – most often for elderly patients. A report from the Møre & Romsdal prescription study. *Nor J Epidemiol* 1998; 8: 127–32.
17. Pedersen O, Baksaas I, Konsmo T, Salmèn R, Veggeland T. Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester. Rapport til Statens helsetilsyn. Skien: Stiftelsen GRUK, 2002.
18. Saanum D, Mellbye K. Resepten som kommunikasjonsmiddel mellom lege og farmasøyt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2325–9.