

FAGUTVIKLING

Farmasøyter og sykepleiere må involveres mer i legemiddelgjennomganger

Tverrfaglig samarbeid bør bli gullstandarden innen legemiddelsamstemming (LMS) og legemiddelgjennomgang (LMG) i kommunehelsetjenesten.

Anne-Marie Isaksen

Distriktsykepleier

Hjemmetjenesten Nordkjosbotn/Laksvatn, avdeling Laksvatn

Legemidler

Tverrfaglighet

Pasientskade

Pasientsikkerhet

Sykepleien 2023;111(91523):e-91523

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.91523](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91523)

Hovedbudskap

Denne artikkelen handler om refleksjoner rundt hvem som utfører arbeidet med legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomganger til eldre – og hvordan arbeidet utføres. Det er bekymringsfullt at helsepersonell ikke samarbeider godt nok.

Farmasøyter, sykepleiere, helsefagarbeidere og fastleger deler felles mål om å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen, slik at pasientene ikke skal lide på grunn av feilmedisineringer. En tverrfaglig samarbeidsmodell fører til økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet.

Jeg er sykepleier med flere års erfaring fra eldreomsorgen i rurale strøk i Nord-Norge. Jeg har arbeidet i kommunehelsetjenesten, både ved et omsorgssenter og i hjemmetjenesten. Etter å ha lest artikkelen [«Sykepleiere og farmasøyter samarbeider for dårlig»](#) i Sykepleien (1) begynte jeg å fundere rundt spørsmålet: På hvilken måte utføres legemiddelgjennomganger (LMG) i kommunene i dag?

FAKTA

Legemiddelgjennomgang (LMG)

Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk vurdering av alle pasientens legemidler for å sikre best mulig effekt og redusere risiko for bivirkninger og pasientskader.

LMG kan utføres av legen alene eller sammen med farmasøyt eller sykepleier. Pasienten bør delta, ved behov også pårørende. LMG bør gjøres ved endringer i pasientens tilstand eller omsorgstilbud, ved uklare kliniske tilstander og minst årlig for pasienter som bruker fire eller flere legemidler.

Kilde: [Legemiddelverket](#)

Jeg har snakket med sykepleiere som arbeider i forskjellige kommuner i Nord-Norge. Jeg stilte åpne spørsmål om hvordan de opplevde arbeidet med å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen for pasientene, slik det står beskrevet i Norsk legemiddelhåndbok:

«Målet med en legemiddelgjennomgang er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene, samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres» (2).

Sykepleierne så behovet for legemiddelgjennomgang

Jeg stilte spørsmål om hvem som utførte arbeidet med legemiddelsamstemming (LMS) og LMG, og om blodprøver ble tatt av pasienten på forhånd. Svarene jeg fikk, var at legen som oftest utførte legemiddelgjennomganger alene, uten å inkludere verken sykepleier eller farmasøyt. Noen opplevde at det ikke ble tatt blodprøver i forkant, og at legen ikke tok pasienten inn til time.

Samtidig svarte sykepleiere i Tromsø kommune at de ble inkludert i legemiddelgjennomganger sammen med farmasøyten. I kommunene var det som regel sykepleierne som så behovet for en legemiddelgjennomgang, for deretter å sende forespørsel til legen.

29. april 2020 ble en studie om sykepleieres praksis innen tverrprofesjonell farmasøytisk omsorg i Europa (3) publisert. I studien oppga sykepleierne at de oftere diskuterte farmasøytiske problemstillinger med legene enn med farmasøytene.

Videre fant forskerne at sykepleiernes samarbeid med legene var begrenset. Samarbeidet mellom sykepleiere og farmasøyter var enda mer begrenset. Alt i alt var den tverrfaglige kommunikasjonen sparsommelig mellom de tre (3).

Farmasøyten og sykepleieren er stilt på sidelinjen.

28. september 2022 publiserte Helsedirektoratet de nye nasjonale rådene for legemiddelsamstemming (LMS) og legemiddelgjennomgang (LMG) (4). Når jeg leser gjennom disse rådene, oppfatter jeg det slik at farmasøyten og sykepleieren er stilt på sidelinjen.

Ifølge rådene er det opp til legen om vedkommende vil inkludere farmasøyten, sykepleieren eller utføre LMG alene: «Fastlegen gjennomfører ofte legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang uten å involvere annet helsepersonell, men kan ha nytte av tverrfaglig samarbeid i enkelte situasjoner» (4).

Legene utfører LMS og LMG alene

Sykepleiere opplever at pasientene ofte har mange forskjellige legemidler. Enkelte pasienter stiller selv spørsmålet: «Trenger jeg virkelig alle disse medisinene hver dag?» Pasientene kan også ha forskjellige utfordringer som hindrer dem i å forstå den medisinske behandlingen. Da kan det være vanskelig for pasientene å uttrykke seg hos legen i en LMG.

Det hender at pårørende tar kontakt med sykepleierne. Pårørende vet som oftest at sykepleierne har det daglige ansvaret for å følge opp pasientens medisiner. De kan blant annet stille spørsmål om hva medisinene er for, og om det er mulig å få evaluert medisinene for sine nære. I disse tilfellene kan sykepleier sende en forespørsel til legen om å foreta en LMG.

Sykepleierne tar initiativ og viser engasjement på toppen av alle andre oppgaver. Sykepleiere erfarer at de ikke blir inkludert i selve arbeidet med LMS og LMG. Sykepleierne må virkelig gjøre en innsats for å forsikre seg om at de nødvendige blodprøvene blir tatt, og at alle legemiddellistene blir hentet inn. Sykepleierne tar initiativ og viser engasjement på toppen av alle andre oppgaver.

Det kan også være svært vanskelig å få tak i en farmasøyt som kan inngå i det tverrfaglige arbeidet. Samtidig er det opp til legen om vedkommende vil inkludere noen i LMG eller ikke.

Legemiddellisten kan blir lengre

I forskriften om legemiddelhåndtering paragraf 5a står det: «Legemiddelgjennomgang utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell» (5). På denne måten kan legene velge å utføre LMG alene.

Sykepleieren mottar så et svar fra legen om at pasienten kalles inn til legen. Etter dette går det en tid, og noen ganger må sykepleieren sende melding til fastlegen for å få tilsendt resultatene av blodprøver og LMG.

Sykepleiere forteller at de opplever at legen utfører både LMS og LMG uten at pasienten inkluderes. Det blir heller ikke tatt nye blodprøver i forkant av LMG. Erfaringer fra en slik praksis er at pasientene ofte kan komme tilbake med den samme mengden medisiner som de hadde i utgangspunktet.

Den tverrfaglige LMS- og LMG-en uteblir.

I noen tilfeller kan det hende at legen har satt inn et nytt medikament. Dermed kan legemiddellisten ende opp med å bli lengre enn pasienten hadde i utgangspunktet. Her må jeg understreke at legene er forskjellige. Noen er flinkere på LMS og LMG enn andre, og noen leger kan ta initiativ til å inkludere sykepleier og farmasøyt selv. Ofte opplever jeg likevel at den tverrfaglige LMS- og LMG-en uteblir.

Tverrfaglig samarbeid bør bli en gullstandard

Som sykepleier har jeg erfaring fra Tromsø kommune. Der utførte vi tverrfaglig LMS og LMG. Grunnlaget for arbeidet med LMS og LMG ble til gjennom prosjektet «Riktigere legemiddelbruk for eldre i sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune» (6). Prosjektet konkluderte med en anbefaling om å bruke en tverrfaglig modell der lege, pasient, farmasøyt og sykepleier samarbeider.

Den tverrfaglige modellen fører til økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet i LMG for den enkelte pasient. Mine egne erfaringer fra LMG i Tromsø kommune er at det ofte var farmasøyten som seponerte legemidler fra pasientenes legemiddellister, selv om legen var til stede.

Det samarbeidet vi sykepleiere hadde med kommunens tilsynsfarmasøyt, var fantastisk. Farmasøyten var også tilgjengelig hvis det var noe vi lurte på rundt forberedelsene til selve LMG-en.

Pårørende kan også bidra der det trengs.

Derfor mener jeg at et tverrfaglig samarbeid som inkluderer pasienten, farmasøyten, legen og sykepleieren, vil kunne være en mulig gullstandard for kvalitetssikring av LMS og LMG i kommunehelsetjenesten. Pårørende kan også bidra der det trengs.

Helsefagarbeiderne er våre nærmeste samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten. De arbeider pasientnært hver dag, kveld og natt gjennom hele året. Dermed kan helsefagarbeiderne bidra med nyttige observasjoner og informasjon. Samtidig er de flinke til å gjøre målinger, som for eksempel blodtrykk, puls og blodsukker.

Bør de nasjonale rådene fra Helsedirektoratet være klarere?

Forarbeidet til selve LMG-en inkluderer LMS. Pasientene kan ha medisinalister liggende på flere plasser samtidig. Det er derfor viktig å gjennomføre en LMS for å se om listene samstemmer med den listen som legen har. Jeg fikk hentet pasientenes medisinalister fra apotek, kommunens helsetjeneste og listen som pasientene hadde hjemme.

Deretter ble listene nøye gjennomgått og sammenliknet for å få en mest mulig korrekt medisinaliste. Jeg koordinerte og planla for innhenting av observasjoner, tid for blodprøvetaking og utfylling av diverse scoringsverktøy. Blodprøvene skulle tas 14 dager før LMG. Jeg bestilte doble legetimer som passet både for pasienten, legen, farmasøyten og meg.

I disse legetimene gikk vi gjennom all informasjon som var samlet inn i løpet av de siste ukene før selve LMG-en. Resultatene ble som oftest at pasienten gikk ut fra legekantoret med en kortere legemiddelliste enn vedkommende hadde med seg inn.

Jeg ønsker meg en tydeligere anbefaling om å inkludere sykepleiere og farmasøyter. Når jeg sammenlikner resultatene fra disse to måtene å utføre LMS og LMG på, der den ene måten utføres av legen alene og den andre måten gjennomføres ved bruk av tverrfaglig LMS og LMG, stiller jeg spørsmål om ikke de nye, nasjonale rådene fra Helsedirektoratet (4) bør være klarere.

Jeg ønsker meg derfor en tydeligere anbefaling om å inkludere sykepleiere og farmasøyter i arbeidet med LMS og LMG. Slik rådene fremstilles, er det helt opp til legen om han vil utføre LMS og LMG alene. Derfor tenker jeg de nye nasjonale rådene fra Helsedirektoratet (4) har kvalitetshull. Konklusjonen min er derfor at farmasøyter og sykepleiere i større grad må inkluderes i LMS og LMG, sammen med legene.

LMS og LMG er viktig for pasientene

Sykepleiere som har det daglige ansvaret for kontinuiteten i den medisinske behandlingen, kjenner ofte pasienten og vedkommendes pårørende bedre enn fastlegen. Det er også de som observerer pasienten daglig, som lettere kan fange opp om pasienten har nytte, bivirkninger eller interaksjoner som følge av inntak av de forskjellige legemidlene. Derfor tenker jeg det burde være naturlig å inkludere sykepleiere i arbeidet med å legge til rette for en best mulig LMG.

LMS og LMG tar tid. Samtidig er det noe av det viktigste vi kan gjøre for pasientene våre. På den måten kan de ha gode dager og verdige liv. Enhetsledere har ansvar for å tilrettelegge slik at avdelingsledere har mulighet til å sette av tid til dette arbeidet. Samtidig kan det være behov for å ha ekstra personale på vakt.

Til slutt håper jeg at vi kan lage gode samarbeidsgrupper ute i alle kommunene, der både farmasøytene, sykepleierne, helsefagarbeiderne og fastlegene deler et felles mål om å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen.

Slik kan vi unngå at pasientene lider på grunn av for eksempel unødvendig medisiner, overmedisinering, undermedisinering, medisinkurer som aldri avvikes, unødvendig forebygging, medisiner mot bivirkninger på grunn av medisiner, medisiner mot et antatt problem som ikke er utredet, og medisiner uten indikasjon.

Se til Tromsø!

De nasjonalfaglige rådene (4) nevner tverrfaglig samarbeid flere ganger. Sykepleier og farmasøyt er også nevnt flere ganger. Derfor er det veldig rart når de nasjonale rådene samtidig legger til rette for muligheten til å utelukke et tverrfaglig samarbeid.

Etter at jeg sluttet som sykepleier i Tromsø kommune i 2020, har kommunen fortsatt med det viktige tverrfaglige arbeidet. Tromsø kommune mottok i 2022 forbedringsprisen for prosjektet «Farmasøyt i hjemmetjenesten» (7). Tildelingen skjedde under pasientsikkerhetskonferansen samme år.

Kommunen fikk prisen for sin innsats med å forbedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen til pasienter i hjemmetjenesten. Jeg anbefaler alle kommuner å bruke Tromsøs metode for LMS og LMG for å kvalitetssikre og trygge pasientenes legemiddelbehandling.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



HELT SENTRALT: Legemiddelsamstemming (LMS) og -gjennomgang (LMG) tar tid. Samtidig er det noe av det viktigste vi kan gjøre for pasientene våre. På den måten kan de ha gode dager og verdige liv. *Illustrasjonsfoto: Plainpicture/NTB*

1. Hærnes N. Sykepleiere og farmasøyter samarbeider for dårlig. Oslo: Sykepleien; 17.10.2022. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2022/09/sykepleiere-og-farmasoyter-samarbeider-darlig> (nedlastet 26.01.2023).
2. Engh E, Ranhoff HA, Viktil KK. G24 Legemiddelgjennomgang (LMG). Oslo: Norsk legemiddelhandbok; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/G24/Legemiddelgjennomgang> (nedlastet 14.02.2023).
3. De Baetselier E, Van Rompaey B, Batalha LM, Bergqvist M, Czarkowska-Paczek B, De Santis A, et al. EUPRON: nurses' practice in interprofessional pharmaceutical care in Europe. A cross-sectional survey in 17 countries. *BMJ Open*. 2020;10(6):e036269. DOI: [10.1136/bmjopen-2019-036269](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036269)
4. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Oslo: Helsedirektoratet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/legemiddelsamstemming-og-legemiddelgjennomgang#apiUrl> (nedlastet 28.01.2023).
5. Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320> (nedlastet 21.01.2023).
6. Larsen J. Riktigere legemiddelbruk for eldre i sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune. Tromsø: Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Troms; 2012. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2445204?locale-attribute=en> (nedlastet 28.01.2023).
7. Helsedirektoratet. I trygge hender. Forbedringsprisen 2022 går til prosjektet Farmasøyt i hjemmetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.itryggehender24-7.no/aktuelt/nyheter/forbedringsprisen-2022-gar-til-prosjektet-farmasoyt-i-hjemmetjenesten> (nedlastet 21.02.2023).