

# Legemiddelgjennomgang ved innkomst i sykehjem

## Monica Hermann

Professor  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Stord

## Helene Eikemo

Cand.pharm.  
Senter for farmasi, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

## Lovise S. Heimro

Høgskulelektor  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Stord

## Elin Høyvik

Høgskulelektor  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Stord

## Reidum Kjome

Førsteamanuensis  
Senter for farmasi, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Legemiddelgjennomgang

Sykehjem

Observasjonsstudie

Sikkerhet

Sykepleien Forskning 2021 16 (86715) (e-86715)  
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2021.86715

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Ifølge forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, skal det gjennomføres en systematisk legemiddelgjennomgang ved innkomst for beboere med langtidsplass på sykehjem. Forskriften definerer ikke hvilket tidsrom som menes med «ved innkomst».

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvor lang tid tar det fra innkomsten til første legemiddelgjennomgang gjennomføres på sykehjem.

**Metode:** Vi gjennomførte en retrospektiv observasjonsstudie ved tre sykehjem i Vestland fylke. Beboere som var tildelt langtidsplass på de utvalgte sykehjemmene 1. januar 2017 (dato da forskriften trådte i kraft) eller senere, var aktuelle å inkludere i studien. Informasjon om alder, kjønn, tidspunkt for fast plass og dato for første legemiddelgjennomgang etter tildeling av fast plass ble hentet ut fra elektronisk pasientjournal.

**Resultat:** Totalt 77 personer med median alder på 87 (71–104) år ble inkludert i studien. Det var stor variasjon mellom de tre sykehjemmene, men totalt var andelen beboere som hadde fått utført legemiddelgjennomgang i løpet av første måned etter innkomst, 49 prosent. Tiden det tok fra innkomst til første legemiddelgjennomgang, varierte fra 1 til 20 måneder. For 17 prosent av beboerne var det ved datainnsamlingstidspunktet ikke gjort legemiddelgjennomgang, og median botid for disse var 9 (2–25) måneder.

**Konklusjon:** For omtrent halvparten av beboerne i studien tok det mer enn én måned etter innkomst på sykehjem før det ble gjennomført legemiddelgjennomgang. Resultatene tyder på at det er behov for å forbedre rutiner for gjennomføring av legemiddelgjennomgang når en beboer får tildelt fast plass på sykehjem.

Begrepet «legemiddelrelatert problem» er definert som følger: «En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt» (Pharmaceutical Care Network Europe, referert i 1). Legemiddelrelaterte problemer omfatter blant annet uheldig valg av legemiddel, bruk av unødvendige legemidler, bivirkninger eller legemiddelinteraksjoner (1).

Eldre som bruker mange legemidler, har økt risiko for legemiddelrelaterte problemer. En norsk studie av legemiddelbruk ved 41 norske sykehjem fant i gjennomsnitt 2,6 legemiddelrelaterte problemer per beboer (2). Forekomsten av bivirkninger er doblet hos eldre sammenliknet med yngre, og bivirkningene er også mer alvorlige blant eldre (3, 4).

Det er estimert at cirka 10 prosent av sykehusinnleggelsene av eldre skyldes bivirkninger av legemidler (5–7). En norsk studie indikerer at bivirkninger er årsaken til død hos en av fem eldre pasienter som er innlagt på sykehus (8).

En systematisk legemiddelgjennomgang er en metode for å kvalitetssikre den enkelte pasientens legemiddelbruk ved å avdekke legemiddelrelaterte problemer, optimalisere effekten og dermed redusere uheldige hendelser som følge av legemiddelbruk (1).

Systematisk legemiddelgjennomgang har vist seg å bidra til å identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer, mens det er mer sprikende resultater i studier som har undersøkt effekten av legemiddelgjennomgang på pasientnære endepunkter som livskvalitet og mortalitet (2, 9, 10).

I St.meld. nr. 18 (2004–2005) ble et pilotprosjekt med legemiddelgjennomgang foreslått som tiltak for å sikre god og riktig legemiddelbehandling (11). Dette tiltaket ble fulgt opp i Nasjonal helse- og omsorgsplan og i Legemiddelemeldingen 2014–2015, der det blant annet ble foreslått at legemiddelgjennomganger burde gjennomføres systematisk på sykehjem (12, 13).

Videre har det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet riktig legemiddelbruk i sykehjem som et av sine innsatsområder. I dette programmet anbefales tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang ved innkomsten og deretter regelmessig med seks måneders mellomrom. Programmet tilbyr også en del bakgrunnsstoff og hjelpemidler for å gjennomføre legemiddelgjennomgang (14).

Anbefalingene om legemiddelgjennomgang resulterte i følgende endring i forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, som trådte i kraft fra 1. januar 2017:

«Virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasient med langtidsopphold i sykehjem *ved innkomst og minst en gang årlig*. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres *når det er nødvendig* av hensyn til forsvarlig behandling» (våre kursiveringer) (15). Ifølge forskriften skal legemiddelgjennomgang utføres av lege – alene eller i samarbeid med annet helsepersonell (15).

Som et hjelpemiddel til å gjennomføre systematiske legemiddelgjennomganger har Helsedirektoratet gitt ut Veileder om legemiddelgjennomganger, som inneholder forslag til prosess for legemiddelgjennomgang (16). I praksis er det relativt stor variasjon i hvordan legemiddelgjennomgang utføres, særlig med hensyn til hvilke yrkesgrupper som deltar, graden av samarbeid mellom yrkesgruppene og graden av pasientinvolvering (17, 18).

Ved legemiddelgjennomganger i tverrfaglige team vil helsepersonellgruppene ha ulike roller. Det vil ofte være sykepleierens eller primærkontaktens oppgave å kartlegge pasientens funksjon, ha kommunikasjon med pårørende og følge opp endringer som vedtas i legemiddelgjennomgangen. Farmasøyten bidrar med spesialkompetanse på legemidler og bivirkninger av legemidler, mens det er legen som har ansvaret for den endelige forskrivningen og beslutningene som tas i en legemiddelgjennomgang.

Ifølge en rapport fra Helsedirektoratet basert på data fra Individbasert omsorgs- og pleiestatistikk (IPLOS) hadde 58 prosent av beboere på 67 år eller eldre med langtidsopphold på sykehjem fått utført legemiddelgjennomgang i 2019 (19).

Det er derimot ikke kjent hvor stor andel av norske sykehjemsbeboere som får utført legemiddelgjennomgang ved innkkomsten. Det er viktig å gjennomføre legemiddelgjennomgang ved innkkomsten fordi feil som er knyttet til legemiddelbehandling, ofte oppstår ved skifte av omsorgsnivå (20).

### ***Hensikten med studien***

Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvor lang tid det tar fra innkkomsten på sykehjem til første legemiddelgjennomgang gjennomføres. En slik kartlegging kan bidra med nyttig kunnskap i arbeidet med å heve kvaliteten på tjenestene.

## **Metode**

### ***Design og deltakere***

Vi gjennomførte en retrospektiv observasjonsstudie (21) på tre tilfeldig utvalgte sykehjem av ulik størrelse i Vestland fylke (tabell 1). Ved hvert av sykehjemmene inkluderte vi beboere etter følgende inklusjonskriterier: 1) beboer på et av de aktuelle sykehjemmene på tidspunktet vi hentet ut data, og 2) tildelt fast plass 1. januar 2017 eller senere.

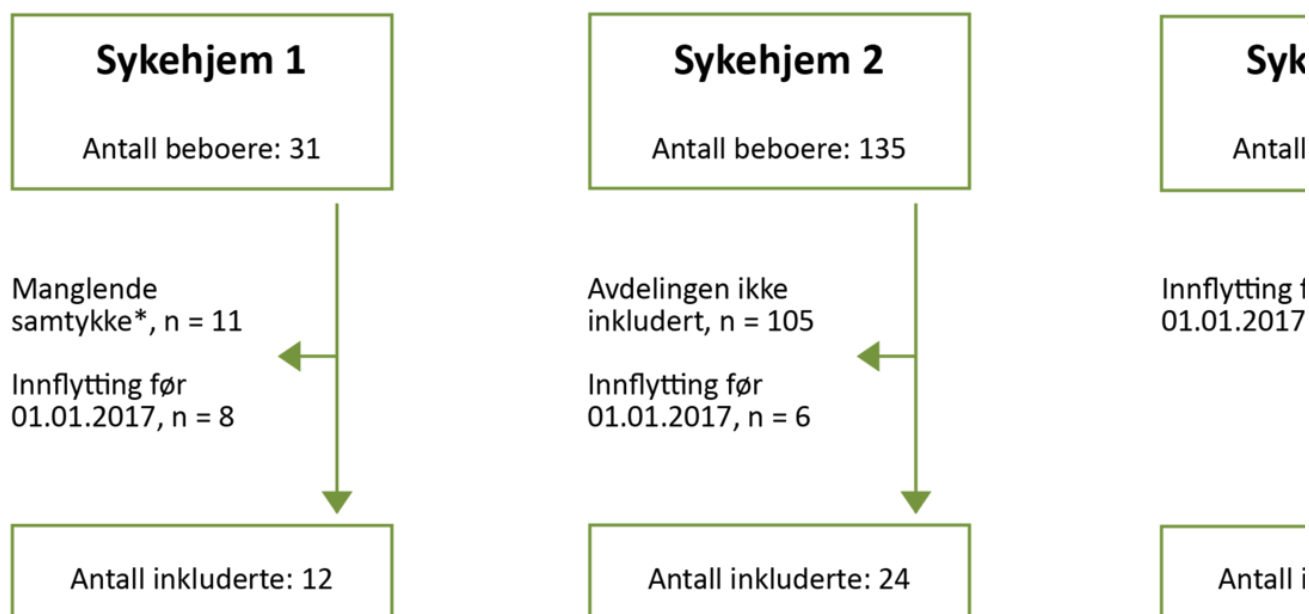
**Tabell 1.** Antallet langtidsplasser på sykehjemmene i studien

	Antall plasser
<b>Sykehjem 1</b>	
Totalt antall plasser	31
Somatisk avdeling	15
Demensavdeling	16
<b>Sykehjem 2</b>	
Totalt antall plasser	135
Somatisk avdeling	32
Demensavdeling	103
<b>Sykehjem 3</b>	
Totalt antall plasser	46
Somatisk avdeling	26
Demensavdeling	10

Utvalget ved sykehjem 1 omfattet beboere som allerede deltok i en større studie om legemiddelgjennomgang på sykehjem, hvorav totalt 20 av sykehjemmets 31 beboere og eventuelt pårørende samtykket til å delta i den større studien. Av disse hadde tolv beboere fått tildelt fast plass etter 1. januar 2017 og ble dermed inkludert i denne understudien.

Ved sykehjem 2 inkluderte vi beboere ved to tilfeldig valgte avdelinger i studien. Av til sammen 30 beboere ved disse to avdelingene hadde 24 fått tildelt fast plass 1. januar 2017 eller senere og ble dermed inkludert i studien. Ved sykehjem 3 ble samtlige beboere som tilfredstilte inklusjonskriteriene, inkludert (n = 41). Figur 1 viser en oversikt over utvalget.

**Figur 1.** Oversikt over rekrutteringsprosessen ved de ulike sykehjemmene



\*Datainnsamling ved sykehjem 1 var del av en større studie, der samtykke fra beboere og pårørende ble samlet inn.

### **Datasamling**

Vi utførte datasamlingen i perioden desember 2018 til mars 2019 for sykehjem 1 og i september 2019 for sykehjem 2 og 3. Alle dataene ble hentet fra elektroniske pasientjournaler på sykehjemmene. Vi registrerte opplysningene i et standardisert skjema for å sikre at den samme informasjonen ble samlet inn ved de ulike sykehjemmene.

Følgende informasjon ble hentet ut: informasjon om beboernes alder, kjønn, tidspunkt for fast plass (måned), type avdeling (demensavdeling eller somatisk avdeling) og dato for første legemiddelgjennomgang etter tildeling av fast plass.

Dersom den elektroniske pasientjournalen inneholdt informasjon om at legemiddelgjennomgang var utført i løpet av de siste tre månedene før tildelt langtids plass, ble også dette registrert. Ved sykehjem 1 hentet vi i tillegg ut informasjon om hvilke yrkesgrupper som hadde deltatt i legemiddelgjennomgangen.

### **Dataanalyse**

Studiepopulasjonen ble beskrevet ved hjelp av deskriptiv statistikk med median verdi, maksimums- og minimumsverdi for kontinuerlig variabel (alder), og som antall og frekvens (%) for kategorisk variabel (kjønn).

Primært utfallsmål var andelen beboere som hadde fått utført legemiddelgjennomgang ved innkomsten, der «ved innkomst» var definert som i løpet av den første måneden etter at beboeren flyttet inn på sykehjemmet.

Sekundære utfallsmål var andelen beboere der det var utført legemiddelgjennomgang i tiden fra innkomsten til datainnsamlingstidspunktet, median tid fra innkomsten til første legemiddelgjennomgang og median botid for beboere der det ikke var utført legemiddelgjennomgang.

Kategoriske utfallsmål er beskrevet som frekvens (antall og prosent), mens kontinuerlige utfallsmål er beskrevet ved median verdi, maksimums- og minimumsverdi.

Dersom legemiddelgjennomgangen var gjennomført ved korttidsopphold på samme sykehjem i løpet av de siste tre månedene før tildeling av fast plass, registrerte vi legemiddelgjennomgang «ved innkomst» som utført. Dette gjaldt tre beboere. Da vi beregnet median tid mellom innkomsten og den første legemiddelgjennomgangen, ble det for disse tre beboerne registrert at legemiddelgjennomgang var blitt utført i løpet av den første måneden etter at beboeren flyttet inn. Vi benyttet IBM SPSS versjon 27 til statistiske analyser.

### **Etikk og personvern**

En masterstudent hentet inn dataene ved sykehjem 1, mens dataene ved sykehjem 2 og 3 ble hentet inn av bachelorstudenter i sykepleie som var i praksis på de aktuelle sykehjemmene. Vi innhentet samtykke fra beboere på sykehjem 1 eller deres pårørende, da disse var deltakere i et større forskningsprosjekt der personidentifiserende opplysninger ble samlet inn.

Ved de to andre sykehjemmene registrerte vi verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger, og det var derfor ikke nødvendig å innhente samtykke. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har vurdert at prosjektet er i samsvar med personvernlovgivningen (referansenummer 61134). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk vurderte at prosjektet ikke var fremleggingspliktig (referansenummer 2018/1141).

### **Resultater**

Totalt 77 beboere ble inkludert i studien (tabell 2). Median alder på de inkluderte beboerne var 87 (71–104) år, og av disse var 71 prosent kvinner (n = 55). Totalt var 38 prosent (n = 29) beboere på demensavdeling (tabell 2).

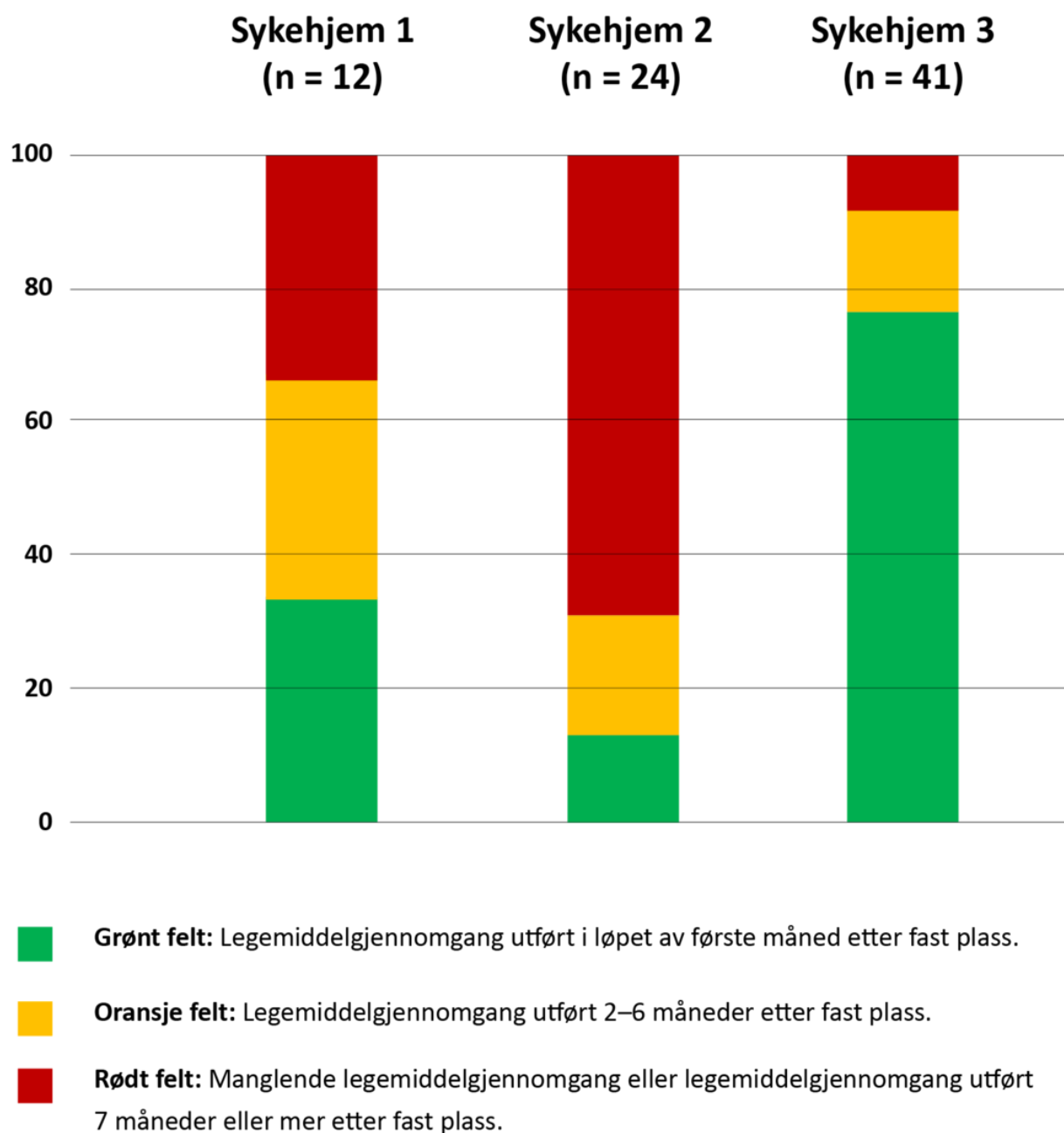
**Tabell 2.** Demografiske variabler og legemiddelgjennomganger for beboere i tre ulike sykehjem i Vestland fylke

	Totalt	Sykehjem 1	Sykehjem 2	Sykehjem 3
<b>Antall inkluderte (n)</b>	77	12	24	41
<b>Kjønn</b>				
Menn (n)	22	4	5	13
Kvinner (n)	55	8	19	28
<b>Avdeling</b>				
Somatisk avdeling (n)	48	10	0	38
Demensavdeling (n)	29	2	24	3
<b>Alder (år)*</b>	87 (71–104)	86 (81–100)	84 (71–95)	85 (71–104)
<b>Legemiddelgjennomgang (LMG)</b>				
LMG utført, n (%)	64 (83)	10 (83)	13 (54)	37 (90)
LMG utført ved innkomst, n (%)	38 (49)	4 (33)	3 (13)	28 (68)
Tid til første LMG (md.)*	1 (1–20)	2 (1–9)	4 (1–20)	2 (1–20)
Botid ved manglende LMG (md.)*	9 (2–25)	6 (2–9)	17 (5–25)	4 (1–20)

\*Verdiene er oppgitt som median verdi, minimums- og maksimumsverdi. Md = måneder.

Andelen beboere som hadde fått utført legemiddelgjennomgang i løpet av første måned etter innkomst, varierte fra 13 til 76 prosent ved de ulike sykehjemmene (figur 2, tabell 2). Andelen beboere som hadde fått utført legemiddelgjennomgang i løpet av hele botiden, var 83 prosent og varierte mellom 54 og 100 prosent mellom de ulike sykehjemmene (tabell 2).

**Figur 2.** Andelen beboere (%) som har fått legemiddelgjennomgang i ulike tildelt fast plass



**«Andelen beboere som hadde fått utført legemiddelgjennomgang i løpet av første måned etter fast plass.»**

For den andelen av beboere der det var gjort legemiddelgjennomgang, varierte tiden fra innkomst til første legemiddelgjennomgang fra 1 til 13 måneder. Ved tidspunktet for datasamlingen var det totalt 17 prosent (n = 13) av beboere som det ikke var gjort noen legemiddelgjennomganger for etter tildeling av fast plass. Disse var beboere på sykehjem 1 (n = 2, begge informantene ved somatisk avdeling) eller sykehjem 2 (n = 11), og median botid for disse beboerne var 9 (2–25) måneder (tabell 2).



Ved sykehjem 3 hadde alle de inkluderte beboerne fått utført legemiddelgjennomgang (tabell 2). På dette sykehjemmet var legemiddelgjennomgangen gjort senere enn én måned etter innkomsten for ti av beboerne (24 prosent), og blant disse var median tid til første legemiddelgjennomgang sju måneder (2–13). Samtlige av de ti beboerne der legemiddelgjennomgang ikke var gjort første måned etter innkomst, hadde et innflyttingstidspunkt som sammenfalt med tidspunktet der det vanligvis avvikes påske- eller sommerferie, det vil si mars–april eller mai–august. For de med innkomst en av de øvrige månedene i løpet av året, hadde samtlige fått utført legemiddelgjennomgang samme måned som innflytting.

Ved sykehjem 1 deltok lege og sykepleier på samtlige legemiddelgjennomganger. Farmasøyt hadde ikke deltatt på noen av legemiddelgjennomgangene, og det var heller ikke hentet inn innspill fra farmasøyt i forkant av legemiddelgjennomgangene. Ved sykehjem 2 og 3 ble det ikke samlet inn data for hvem som deltok på legemiddelgjennomgangene.

## Diskusjon

På de tre sykehjemmene som vi har undersøkt i denne studien, var det kun 49 prosent av beboerne som hadde fått utført legemiddelgjennomgang i løpet av den første måneden etter innkomst. Andelen av beboere som hadde fått utført legemiddelgjennomgang i forbindelse med innkomsten, varierte betydelig mellom de ulike sykehjemmene. Det var også store variasjoner i tiden det tok før legemiddelgjennomgang ble gjennomført, både mellom de ulike sykehjemmene og for ulike beboere på samme sykehjem.

### ***Uklare retningslinjer***

I forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp er det angitt at legemiddelgjennomgang skal gjennomføres «ved innkomst», men det er ikke definert hva som menes med «ved innkomst», og tilgjengelige retningslinjer er heller ikke tydelige på dette. I rapporten Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien fra Helsedirektoratet står det at legemiddelgjennomgang bør gjennomføres innen to uker etter innkomst (22).

I pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke Riktig legemiddelbruk i sykehjem er det angitt i forslag til prosedyre at en legemiddelgjennomgang skal gjennomføres innen fire uker etter at en beboer flytter inn på sykehjem (14).

For at det skal være mulig å gjennomføre en god legemiddelgjennomgang må personalet ha tilstrekkelig tid til å bli kjent med den enkelte beboeren slik at de kan gjennomføre en grundig kartlegging i forkant av legemiddelgjennomgangen. Det vil derfor være naturlig at det går noe tid fra innkomsten til en legemiddelgjennomgang kan gjennomføres.

Tiden det tar for personalet å gjøre seg godt kjent med beboerne, kan variere. Det kan være spesielt tidkrevende å få et godt grunnlag for å gjennomføre en god legemiddelgjennomgang for beboere med sviktende kognitiv funksjon og dermed nedsatt evne til å uttrykke seg, både når det gjelder bivirkninger og effekten av legemiddelbehandlingen. Veilederen for legemiddelgjennomgang differensierer ikke mellom ulike typer avdelinger i anbefalingen om hvor lang tid det bør ta før det blir gjennomført en legemiddelgjennomgang (16).

Studien vår var ikke designet for å undersøke om det er forskjell i praksis mellom ulike typer avdelinger, og det er derfor ikke mulig å avgjøre om observasjonene reflekterer reelle forskjeller mellom ulike typer avdelinger eller variasjon mellom sykehjemmene.

Resultatene viste at sykehjem 2 hadde den laveste andelen legemiddelgjennomganger som ble utført i den første måneden etter at beboerne hadde fått tildelt fast plass. Alle de inkluderte var beboere ved en demensavdeling.

Imidlertid var det også ved dette sykehjemmet at vi fant den høyeste andelen beboere det ikke var gjort noen legemiddelgjennomgang for (54 prosent), noe som heller kan tyde på manglende rutiner for å gjennomføre legemiddelgjennomgang enn et bevisst valg om å avvente til personalet hadde fått bedre kjennskap til beboeren.

### **Store forskjeller mellom sykehjemmene**

Totalt fikk bare omtrent halvparten av beboerne gjennomført systematisk legemiddelgjennomgang i løpet av den første måneden etter innkomst, men det var store forskjeller mellom sykehjemmene. Tiden det tok til første legemiddelgjennomgang, var sju måneder eller mer for 31 prosent av beboerne.

### **«Det var store forskjeller mellom sykehjemmene.»**

For 17 prosent av beboerne var det ikke utført noen legemiddelgjennomgang i tiden etter innflytting på sykehjemmet. Av disse var det seks personer som hadde bodd på institusjonen i over ett år, og som dermed også skulle ha fått utført årlig legemiddelgjennomgang, etter kravene i forskriften (15).

Vi har ingen informasjon om hva som er årsaken til at det ikke ble utført legemiddelgjennomgang i de enkelte tilfellene. Mulige årsaker kan være manglende rutiner for legemiddelgjennomgang ved den aktuelle institusjonen, eller at det ikke ble ansett som relevant for den enkelte beboeren, for eksempel på grunn av få legemidler.

Vi har heller ingen informasjon om årsaker til de observerte forskjellene mellom sykehjemmene, men forskjellige rutiner ved de ulike sykehjemmene og manglende kontinuitet i og tilgjengelighet for legetjenestene kan være mulige årsaker (23).

Tidligere studier har vist at hensiktsmessig rollefordeling, kunnskap om ansvar, kommunikasjon, samarbeid mellom profesjonene og stabilitet i personalet er sentrale faktorer for å oppnå god kvalitet i tjenestene (23, 24).

Det er virksomhetslederen som har ansvaret for at en systematisk legemiddelgjennomgang gjennomføres i henhold til forskriften, herunder er det vedkommendes ansvar å sikre gode rutiner (15). I pasientsikkerhetsprogrammets veileder for legemiddelgjennomgang i sykehjem pekes det på den enkelte sykepleierens rolle med å identifisere beboere som trenger legemiddelgjennomgang (14).

Det at den enkelte sykepleieren har et ansvar for å identifisere beboere som trenger en legemiddelgjennomgang, kan imidlertid ikke erstatte det systematiske arbeidet med legemiddelgjennomganger som bør nedfelles i institusjonens rutiner.

### **«Det kan tyde på utfordringer med å opprettholde rutiner i forbindelse med ferie»**

Ved et av sykehjemmene var det utelukkende beboere med innkomsttidspunkt i påske- eller sommerferieavviklingen som ikke hadde fått utført legemiddelgjennomgang i forbindelse med innkomsten. Det kan tyde på utfordringer med å opprettholde rutiner i forbindelse med ferieavvikling.

Manglende legemiddelgjennomgang ved innkkomsten kan ikke forklares med at det ble utført legemiddelgjennomgang i forbindelse med korttidsopphold mens pasienten ventet på å få tildelt fast plass. Det var kun tre av beboerne som hadde fått utført legemiddelgjennomgang på sykehjemets korttidsavdeling i løpet av de tre siste månedene før de fikk tildelt fast plass.

Samlet viser funnene fra denne studien at en stor andel beboere i norske sykehjem ikke får utført legemiddelgjennomgang ved innkkomsten, til tross for at dette er forskriftsfestet (15).

## «Det er behov for å forbedre rutiner for gjennomføring av systematisk legemiddelgjennomgang ved norske sykehjem.»

Systematisk legemiddelgjennomgang ved innkkomst er et verktøy både for å redusere feil og uhensiktsmessig bruk av legemidler hos den enkelte, og manglende legemiddelgjennomgang kan derfor være en trussel mot pasientsikkerheten (20). Våre funn tyder på at det er behov for å forbedre rutiner for gjennomføring av systematisk legemiddelgjennomgang ved norske sykehjem.

### **Styrker og begrensninger**

En viktig svakhet ved denne studien er manglende informasjon om den enkelte beboerens legemiddelbruk ved sykehjem 2 og 3. Vi kan ikke utelukke at manglende legemiddelgjennomgang ved sykehjem 2 og 3 skyldes at beboerne ikke brukte legemidler, men vi anser dette som lite sannsynlig basert på tidligere studier som beskriver legemiddelbruk hos beboere i norske sykehjem (2, 25-27).

Studien begrenses også ved at vi kun har samlet data fra tre sykehjem, og at rekrutteringsstrategien var noe ulik for de forskjellige sykehjemmene. Likevel anser vi at funnene har en overføringsverdi, blant annet fordi sykehjemmene er lokalisert i tre ulike kommuner, og fordi andelen beboere som hadde fått utført årlig legemiddelgjennomgang ved de tre sykehjemmene, var på samme nivå som landsgjennomsnittet for 2019 på 58 prosent eller høyere (19).

Det at de tre sykehjemmene i studien plasserer seg omtrent på landsgjennomsnittet for årlig legemiddelgjennomgang, gir grunn til å anta at våre funn for legemiddelgjennomgang ved innkkomst også er representative for et gjennomsnittlig norsk sykehjem.

Datamaterialet som er samlet inn i denne studien, kan kun brukes til å kartlegge hvor lang tid det har gått fra innkkomsten til legemiddelgjennomgang er utført, men ikke til å kartlegge årsaksforhold ved eventuell manglende legemiddelgjennomgang. Å kartlegge eventuelle faktorer som er assosiert med om det blir utført legemiddelgjennomgang, vil være av stor interesse i videre studier.

### **Konklusjon**

Resultatene fra denne studien viste at for omtrent halvparten av beboerne tok det mer enn én måned etter innkkomsten før legemiddelgjennomgang ble utført. Det vil si at bare halvparten av beboerne fikk utført legemiddelgjennomgang ved innkkomsten, slik det er krav om i forskriften.

Funnene i studien tyder på at det er behov for å forbedre rutiner for gjennomføring av legemiddelgjennomgang når beboere får fast plass på sykehjem.

*Takk til studentene for hjelpen med å samle inn data. Stor takk også til fagsykepleierne, avdelingslederne og enhetslederne ved sykehjemmene.*

### **Hva studien tilfører av ny kunnskap**

- Legemiddelgjennomgang er et viktig tiltak for å sikre trygg legemiddelbruk hos eldre på sykehjem.

- Studien undersøker hvor lang tid det tar fra innkomst på sykehjem til legemiddelgjennomgang blir utført.
- For omtrent halvparten av beboerne i studien tok det mer enn én måned før legemiddelgjennomgang ble utført. Dette tyder på at rutiner for gjennomføring av legemiddelgjennomgang ved innkomst er mangelfulle.

## Referanser

1. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007;127(23):3073–6.
2. Fog AF, Kvalvaag G, Engedal K, Straand J. Drug-related problems and changes in drug utilization after medication reviews in nursing homes in Oslo, Norway. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2017;35(4):329–35.
3. Cresswell KM, Fernando B, McKinstry B, Sheikh A. Adverse drug events in the elderly. Br Med Bull. 2007;83:259–74.
4. Mallet L, Spinewine A, Huang A. The challenge of managing drug interactions in elderly people. Lancet. 2007;370(9582):185–91.
5. Gosney M, Tallis R. Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to hospital. Lancet. 1984;2(8402):564–7.
6. Grymonpre RE, Mitenko PA, Sitar DS, Aoki FY, Montgomery PR. Drug-associated hospital admissions in older medical patients. Journal of the American Geriatrics Society. 1988;36(12):1092–8.
7. Beard K. Adverse reactions as a cause of hospital admission in the aged. Drugs Aging. 1992;2(4):356–67.
8. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brors O, Hilberg T, Svaar H, et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. Archives of Internal Medicine. 2001;161(19):2317–23.
9. Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;2.
10. Lehnbohm EC, Stewart MJ, Manias E, Westbrook JI. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. Ann Pharmacother. 2014;48(10):1298–312.
11. Meld. St. 18 (2004–2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005.
12. Meld. St. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
13. Meld. St. 28 (2014–2015). Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
14. Pasientsikkerhetsprogrammet 2014–2018. «I trygge hender 24/7». Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/> (nedlastet 25.01.2021).
15. 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?q=legemiddelgjennomgang> (nedlastet 25.01.2021).

16. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomganger. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d;5850d4e841293ea9caeab645a9dfeof3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d;5850d4e841293ea9caeab645a9dfeof3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%93%20Veileder.pdf) (nedlastet 26.02.2021).
17. Bell HT, Granas AG, Enmarker I, Omli R, Steinsbekk A. Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care – a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):30.
18. Bulajeva A, Labberton L, Leikola S, Pohjanoksa-Mantyla M, Geurts MM, de Gier JJ, et al. Medication review practices in European countries. *Res Social Adm Pharm*. 2014;10(5):731–40.
19. Helsedirektoratet. Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem i 2019. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem> (nedlastet 26.02.2021).
20. Olsen RM, Devik SA. Legemiddelbruk og pasientsikkerhet. En oppsummering av kunnskap. 2016. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2415062> (nedlastet 26.02.2021).
21. Polit D, Beck CT. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019.
22. Helsedirektoratet. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1887. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/255/Riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter-beboere-pa-sykehjem-og-i-hjemmesykepleien-IS-1887.pdf> (nedlastet 26.02.2021).
23. Melby L, Ågotnes G, Ambugo EA, Førland O. Kartlegging av medisinsk faglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 3/2019. Tilgjengelig fra: [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2596428/Rapport%2003\\_19\\_web-Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2596428/Rapport%2003_19_web-Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (nedlastet 26.02.2021).
24. Førland O, Rostad HM. Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. En kunnskapsoppsummering. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 4/2019. Tilgjengelig fra: [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2624074/rapport\\_04\\_2019v1\\_final2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2624074/rapport_04_2019v1_final2.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (nedlastet 26.02.2021).
25. Halvorsen KH, Selbaek G, Ruths S. Trends in potentially inappropriate medication prescribing to nursing home patients: comparison of three cross-sectional studies. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2017;26(2):192–200.
26. Kersten H, Ruths S, Wyller TB. Farmakoterapi i sykehjem. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009;129(17):1732–5.
27. Kirkevold O, Engedal K. Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. *Drugs Aging*. 2009;26(4):333–44.

