

Landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester til eldre 2010

Veileder for tilsyn med fastlegens legemiddelbehandling av eldre som mottar helse- og omsorgstjenester

Godkjent av: avdelingsdirektør Richard H Knoff, 23. februar 2010

Innhold

1	<i>Innledning</i>	3
2	<i>Forberedelser, gjennomføring og oppfølging</i>	4
2.1	Valg av fastleger	4
2.2	Forberedelse av tilsynet	5
2.3	Orientering mv. om tilsyn	6
2.4	Gjennomføring av tilsynet	7
3	<i>Tilsynets innhold og avgrensninger</i>	12
4	<i>Om regelverk</i>	14
5	<i>Bedømmelseskriterier og veiledning for bedømmelse</i>	16
5.1	Fastlegens oversikt over pasientens legemidler	16
5.2	Fastlegens oppfølging av legemiddelbehandlingen	22
5.3	Fastlegens samarbeid med hjemmesykepleien og med apoteket	27
6	<i>Vedlegg</i>	34

1 Innledning

Denne veilederen omhandler tilsyn med fastlegens legemiddelbehandling av eldre som bor i eget hjem eller i omsorgsbolig og som mottar tjenester fra kommunens hjemmesykepleie. Den omhandler herunder fastlegens samarbeid med kommunens pleie- og omsorgstjeneste om legemiddelhåndteringen og om andre forhold knyttet til oppfølgingen av legemiddelbehandlingen. Veilederen inneholder avgrensninger, bedømmelseskriterier og bedømmelsesveiledninger for å lette Helsetilsynet i fylkenes planlegging, gjennomføring, utarbeidelse av funn og oppfølging av tilsynet.

Som ledd i satsingen på tilsyn med tjenester til eldre er det også utarbeidet en veileder for tilsyn med fastlegens utredning av demente ved mistanke om demens og deres oppfølging av diagnose og tjeneste/behandlingsbehov. Denne omhandler også fastlegens samarbeid med kommunens pleie- og omsorgstjeneste ved utredning av mistanke om demens, ved legemiddelbehandling med antidemensmidler og ved gjennomføring av legeundersøkelser av demente. Det er lagt opp til at de to veilederne som omhandler tilsyn med fastlegen kan brukes i kombinasjon.

Det er også utarbeidet en egen veileder for tilsyn med kommunen når det gjelder hjemmesykepleiens legemiddelhåndtering til hjemmeboende eldre og samarbeidet med fastlegen om forhold knyttet til oppfølgingen av legemiddelbehandlingen. Det er lagt opp til at også denne veilederen skal kunne brukes i kombinasjon med veilederen for tilsyn med fastlegens legemiddelbehandling. Derved kan tilsynet se på både kommunens ansvar og den enkelte fastleges ansvar når det gjelder ulike elementer av legemiddelbehandlingen, samt både kommunens og fastlegens ansvar for tilrettelegging og gjennomføring av funksjonelt samarbeid i praksis.

Veiledermateriellet for tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre 2010 er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av: ass. fylkeslege Sven Anders Haugtomt, seniorrådgiver Anne Grete Robøle, rådgiver Lars Ivar Widerøe, rådgiver Wenche Skjær, seniorrådgiver Charlotte Stokstad, seniorrådgiver Gunnar Andersen, seniorrådgiver Pål Børresen og seniorrådgiver Merete Steen.

Underveis i prosessen har gruppa hatt kontakt med sentrale personer i det allmenntilleggs fagmiljøet.

Kontaktperson for denne veilederen er seniorrådgiver Merete Steen i Statens helsetilsyn.

2 Forberedelser, gjennomføring og oppfølging

2.1 Valg av fastleger

Veilederen er ikke bygget opp og ment for hendelsesbasert tilsyn knyttet til klager, meldinger eller annen informasjon som innebærer vurderinger knyttet til reaksjoner i form av advarsel eller autorisasjonstap etter helsepersonelloven kap.11. Hvis man under tilsynet med fastlegens legemiddelbehandling skulle komme over svært alvorlige forhold som kan innebære slike reaksjoner, må dette følges opp som egen sak og prosess etter veilederen for hendelsesbasert tilsyn. Det må da avgjøres konkret om det planlagte tilsynet må avbrytes.

Helsetilsynet i fylket anbefales på et tidlig tidspunkt å ta skriftlig kontakt med aktuell kommune for å orientere om mulig tilsyn med fastleger i kommunen (og eventuelt også med kommunen). I brevet må det bes om en oversikt på navn over tjenestemottakere som har vedtak om bistand ved legemiddelbehandling og disse pasientenes fastlege. Helsetilsynet i fylket vurderer om det skal bes om slike opplysninger for hele kommunen eller for en/noen av hjemmesykepleiens soner/distrikt. Oversikten kreves av kommunen i medhold av kommunehelsetjenesteloven § 6-3 annet ledd.

Det er viktig at fastlegen(e) som velges ut for tilsyn har et tilstrekkelig antall eldre pasienter (70+) på sin liste med avtale om bistand med legemiddelbehandling. Antallet pasienter med slik bistand bør til sammen være over 10 hos de fastleger der det skal føres tilsyn. I store kommuner / hjemmesykepleiedistrikter vil det kunne være flere fastleger som fyller dette kriteriet. En videre utvelgelse blant disse fastlegene kan da gjøres på følgende måte:

Dersom det også skal føres tilsyn med kommunens legemiddelbehandling/samarbeid med fastlegen, bør den av fastlegene (ev. flere) velges som har det største antallet pasienter med avtaler om bistand ved legemiddelbehandling innenfor den aktuelle hjemmesykepleieenheten det skal føres tilsyn i (distrikt/soner eller kommunen som helhet). Dersom det ikke samtidig skal føres tilsyn med kommunen, velges den/de fastlege(r) som har flest pasienter med avtaler om bistand med legemiddelbehandling.

For å få et tilstrekkelig antall pasienter/journaler hos den enkelte fastlege for å kunne bedømme de ulike legemiddelmarkørene, kan det hos fastlegen(e) bli nødvendig å supplere med pasienter fra legens liste som ikke har bistand med legemiddelbehandling, jf. punkt 2.4.3 i denne veilederen.

Utover kravet om å ha et tilstrekkelig antall pasienter som får bistand ved legemiddelbehandling, er det ikke gitt nærmere føringer om hvilke leger som det kan/bør føres tilsyn med. Veilederen er imidlertid som nevnt ovenfor ikke egnet til å føre tilsyn med leger som Helsetilsynet i fylket vurderer å opprette tilsynssak i forhold til.

2.2 Forberedelse av tilsynet

Ved sammensetning av tilsynslaget må det tas hensyn til faglighet, etterrettelighet, tillit, uavhengighet og størrelse. Tilsynslaget bør ikke utgjøre mer enn tre personer. Tilsynet krever lege med innsikt i allmennlegetjenestens egenart for undersøkelse og bedømmelse av om legens kliniske praksis er forsvarlig på området. Helsetilsynet i fylket må derfor vurdere om de har lege med nødvendig fagkompetanse på området, eller har behov for fagrevisor. Selv om benyttes fagrevisor, bør en lege fra embetet inngå i tilsynslaget for å sikre god sammenheng mellom medisinskfaglige og tilsynsfaglige vurderinger. Fra utenforstående kan det reises spørsmål om tilsynslagets uavhengighet dersom tilsyn med fastleger utføres av tilsynslag utelukkende bestående av leger. Personell med annen fagbakgrunn bør derfor inngå i laget. Helsetilsynet i fylket kan også samarbeide med andre fylker for å sette sammen tilsynslag med den nødvendige kompetansen.

Ved bruk av fagrevisor må det gis nødvendig opplæring om fagrevisors rolle, tilsynets formål, gjennomføring, bedømmeskriterier, bedømming og oppfølging. Det er viktig å gjøre fagrevisor oppmerksom på behovet for fleksibilitet når det gjelder tidspunktet for tilsynet.

Tilsynslaget må i sine forberedelser gjennomgå aktuell faglitteratur på området, jf. bl.a. referansene som er brukt i denne veilederen.

Det må utarbeides et revisjonsprogram som tar hensyn til praktiske forhold for tilsynslaget, den enkelte fastlege, pasientene til fastlegene med behov for hjelp/tilbakemelding under gjennomføring av tilsynet og avsetting av nødvendig tid til gjennomgang av journaler som ikke nødvendigvis er likt organisert og nedtegnet. Det er nødvendig å legge stor vekt på praktiske forhold knyttet til gjennomføring på stedet i forhold til å avklare egnet lokale for samtale med lege, tilsynslagets interne arbeid og tilgang til elektronisk pasientjournal. Det kan for eksempel være nødvendig med bistand fra lege og/eller legesekretær under hele den tiden som gjennomgangen av alle aktuelle journaler tar. Det kan også være aktuelt å få skrevet ut aktuelt journalmateriale. I tillegg kommer tid til samtale, intervju og oppsummeringssamtale med legen.

Tilsynet og den enkelte fastlege må legge til rette for at legen er tilgjengelig og står til disposisjon for tilsynslaget under hele tilsynsbesøket, jf. hlspl. § 30, hvor det fremgår at helsepersonell skal gi tilsynsmyndigheten med helsetjenesten adgang til virksomhetens lokaler og gi alle de opplysninger som ansees påkrevd for utøvelse av tilsyn med deres virksomhet, herunder utlevere journalmateriale og annen dokumentasjon. Tilsyn fra tilsynsmyndigheten med helsetjenesten, er en oppgave med beskrevne aktiviteter og plikter for helsepersonell nedfelt i helsepersonelloven som autorisert helsepersonell som driver helsevirksomhet må påregne og etterkomme. Tilsynets bruk av legens tid og følger for inntektsgivende arbeid, gir ikke grunnlag for økonomisk kompensasjon.

2.3 Orientering mv. om tilsyn

Helsetilsynet i fylket skal orientere/varsle den enkelte fastlege om tilsynet skriftlig. Det bør i tillegg orienteres muntlig ved at leder for tilsynslaget tar telefonisk kontakt med vedkommende, gjerne i forkant av at varsel sendes ut. Dette er en ny tilsynsform i forhold til fastlegene og kan fra deres side oppfattes som en form for tilsynssak. Det kan være nyttig med en samtale for å forklare bakgrunnen, utvalget og opplegget for gjennomføringen av dette tilsynet slik at misforståelser unngås. I brevet skal det orienteres om:

- myndigheten til å gjennomføre tilsynet og avkreve opplysninger, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2 og lov om helsepersonell mv § 30
- tema: hvordan legens legemiddelbehandling av eldre som mottar tjenester fra helse- og omsorgstjenesten skal undersøkes, bedømmes og eventuelt følges opp
 - herunder antall journaler som vil bli gjennomgått
- tidspunkt for tilsynet, eventuelt forslag til alternative dager for tilsynet
- tidsramme og program for tilsynet med vekt på å få frem hovedaktivitetene for den praktiske gjennomføringen ved
 - innledende møte med legen om gjennomføringen av tilsynet mv.
 - intervju av legen, som kan gjennomføres før eller etter journalgjennomgang
 - frembringelse av journaler, beslutningsstøtte
 - journalgjennomgang
 - tilsynslagets interne oppsummering
 - oppsummerende møte med legen og eventuell gjennomgang av funn i form av avvik fra regelverket, hva de(t) bygger på og videre håndtering
- avklaringsbehov knyttet til eventuell håndtering av pasienter med behov for helsehjelp som ikke kan vente til etter tilsynets gjennomføring
- foreløpig og/eller oppsummerende rapport om tilsynets gjennomføring og legens legemiddelbehandling bedømt ift. regelverket og konstatering av hva som eventuelt ikke er tilstrekkelig ivaretatt av legen
- tilsynslagets sammensetning og roller
- behov og forespørsel om egnede lokaler for tilsynets gjennomføring
- behov for at det forberedes tilgang til elektronisk lagrede journaler
- legens mulighet for å ha med ledsager/vitne hvis legen ønsker det

Brevet er offentlig. Fremleggelse mv. av pasientidentifikasjon/pasientopplysninger mottatt fra kommunen skal skje i direkte kontakt med lege/legesekretær under selve besøket av hensyn til brevets offentlighet og ivaretagelse av taushetsplikt.

Fastlegen bør orienteres om at dersom tilsynet avdekker svært alvorlige forhold om legens virksomhet, vil dette eventuelt bli fulgt opp som egen sak etter helsepersonelloven kapittel 11. Vi forventer at dette kun unntaksvis kan bli aktuelt og foreslår at denne orienteringen gis muntlig.

Legen må orienteres om tilsyn i god tid. Det kan være grunnlag for å utvise en viss grad av fleksibilitet når det gjelder valg av ukedag, men dette må avpasses ift. eventuelt andre fastlegetilsyn og eventuelt kommunetilsyn. Selv om tilsynet bør tilstrebe fleksibilitet og medvirke til at pasienthensyn ivaretas, understrekes at helsepersonell ved ytelse av helsehjelp er underlagt tilsyn i lov og plikter å legge til rette for at tilsynet kan gjennomføres.

2.4 Gjennomføring av tilsynet

2.4.1 Innledende møte

I det innledende møtet/samtalen med legen skal laget presentere og legitimere seg. Møtet ledes av leder for tilsynet. Det skal gis en kort oversikt over hvordan tilsynet vil bli gjennomført; formål, tidsramme, hvordan fakta innhentes ved intervju og gjennomgang av journaler, bedømmelseskriterier, bedømmelse og oppfølging. Laget må avklare om tilsynet lar seg gjennomføre i forhold til lokaliteter og journalgjennomgang. Det må avklares om det har oppstått uforutsette forhold som må håndteres for å kunne gjennomføre tilsynet, og avtale muligheter for kommunikasjon og avklaringer med legen under gjennomgangen av journaler og tilsynslagets interne oppsummering. Tilsynslaget må også forsikre seg om at fastlegens pasienter ved behov får nødvendig hjelp. Fortrinnsvis bør dette ivaretas av andre leger under tilsynet slik at ikke tilsynslaget må forlate kontoret og/eller avbryte intervju og journalgjennomgang pga pasientarbeid. Legen må gis anledning til å stille spørsmål. Tilsynet bør utvise fleksibilitet i forhold til gjennomføringen, men tilsynsrollen må ivaretas og arbeidsforholdene må være slik at tilsynet kan gjennomføres på en forsvarlig måte.

2.4.2 Intervju

Det er viktig å markere overgangen fra innledende møte som kan ha preg av en samtale til intervju for innhenting av opplysninger om fakta. Tilsynet baseres i hovedsak på to informasjonskilder (utsagn og nedtegnelser fra samme person). Det er viktig at intervjuet brukes til å få frem mest mulig konkrete opplysninger om hvordan fastlegen går frem ved igangsetting og oppfølging av legemiddelbehandlingen, samt hvordan legen konkret samarbeider med pleie- og omsorgstjenesten, fremfor legens vurderinger av eget arbeid og samarbeidet med pleie- og omsorgstjenesten. Opplysningene om fakta som legen gir bør oppsummeres underveis, mens vurderinger underveis bør unngås av medlemmer fra tilsynslaget.

Tilsynslaget kan velge om journalgjennomgangen skal gjennomføres før intervjuet.

2.4.3 Journalgjennomgang

Før gjennomgangen av journalene bør tilsynslaget oppsummere hva de har hørt om fakta i intervjuet med fastlegen, og eventuelt foreta justeringer når det gjelder hva som skal undersøkes og bekreftes eller avkreftes under journalgjennomgangen.

Det må utarbeides hjelpemiddel for å registrere informasjon og fakta fra gjennomgangen av journalene, basert på hva bedømmelseskriteriene tilsier skal kunne leses eller forstås ut fra sammenhengen i journalen. Hjelpemiddelet bør være slik at det for hver enkelt journal som undersøkes kan nedtegnes hvilke forhold som synes tilstrekkelig ivaretatt og hvilke forhold som synes å mangle. Disse opplysningene vil være av vesentlig betydning for samtalen og bedømmelsen i det avsluttende møtet med fastlegen, og det vil være nødvendig at alle i tilsynslaget har medvirket ved journalgjennomgangen.

Legen eller legesekretær må bistå til å finne frem journalene. Dette kan enten skje ved at tilsynet gis tilgang til de elektroniske journalene, og helst slik at tilsynet tildeles en leserrolle, slik at det går frem at det er tilsynet som har lest og gjennomført stikkprøver i journalene, eller eventuelt ved at tilsynet gis tilgang gjennom legens/sekretærens rolle. Det kan som nevnt være nødvendig med bistand fra lege og/eller legesekretær under gjennomgangen av alle aktuelle journaler. Alternativt er det også en mulighet med utskrift av relevante og nødvendige opplysninger fra aktuelle journaler.

Tilsynslaget bør kjenne til de ulike elektroniske journalsystemene som er i bruk i allmennpraksis og deres muligheter og begrensninger, bl.a. når det gjelder å få fram legemiddeloversikt som eget skjermbilde og hvordan legemiddeloversikt genereres.

For å få dekket tilstrekkelig de forholdene som skal undersøkes ved tilsynet, kan det bli nødvendig å supplere med gjennomgang av journaler for flere pasienter enn de pasientene hjemmesykepleiens oversikt har framskaffet. Det vil si at tilsynslaget også må gjennomgå journaler til noen av fastlegens pasienter som ikke har bistand fra hjemmesykepleien til legemiddelhåndteringen, men som fyller kriteriene at de er eldre (70+) og bruker legemidler svarende til en eller flere av legemiddelmarkørene ved tilsynet. For å kunne foreta vurderinger i forhold til de aktuelle legemiddelmarkørene bør disse være gjennomgått hos minst fem pasienter. Flere pasienter vil kunne vurderes i forhold til flere av markørene.

For å supplere med flere pasienter anbefales følgende framgangsmåte, der fastlegen må være behjelpelig:

På skjermbildet med alle pasientene sorteres pasientene etter alder. Start på eldste pasient og fortsett nedover til og med pasienter ned til 70 år.

Ta fortløpende med pasienter som fastlegen vet er aktuelle for en eller flere av legemiddelmarkørene til det er et tilstrekkelig antall.

Ved gjennomgang av journalene vil det i de fleste tilfelle være tilstrekkelig å gjennomgå de siste 2-3 års notater.

2.4.4 Tilsynslagets interne oppsummering

Bedømmelse av bevisene

Tilsynslaget må oppsummere hva som er hørt og sett av fakta om fastlegens legemiddelbehandling og samarbeid med hjemmesykepleien. Det må ved bedømmelsen av det som er hørt og sett, tas hensyn til usikkerheten knyttet til begrensningen i kilder ved et intervju og et begrenset antall journaler som ikke nødvendigvis inneholder alle relevante og nødvendige opplysninger om hva som har skjedd i praksis. De konkrete fakta må ha et omfang og tyngde som gir grunnlag for å konstatere en gjennomgående svikt for samme forhold som for eksempel mangelfull legemiddeloversikt eller mer samlet svikt ved flere aspekter ved oppfølgingen av legemiddelbehandlingen som uttrykk for tilfeldig og ubegrunnet praksis. Usikkerheten knyttet til begrensningen i kilder innebærer at det ved enkelte mangler i forhold til en eller noen svært få pasienter og ved mangler av beskjeden størrelse, bør utvises varsomhet i forhold til å konstatere at det rent faktisk foreligger en gjennomgående eller samlet svikt i forsvarligheten av fastlegens legemiddelbehandling av eldre pasienter. Enkeltstående svikt kan kommenteres i det avsluttende møtet uten å tas med i rapporten.

Legen har imidlertid bevisbyrden for faktiske forhold hvis forholdene burde vært nedfelt i journal. At forhold som skulle vært ført i journal ikke er nedfelt i journal, betyr ikke at aktiviteter/tiltak som legen opplyser å ha gjort ikke er gjennomført, men det må bedømmes konkret om legen har sannsynliggjort at så er tilfelle. At forhold som skulle vært nedfelt i journalen ikke er det, innebærer imidlertid mangler i forhold til kravene om journalføring.

Rettsanvendelse

Ved vurderingen av hva som burde/skulle være nedfelt i journalen, er det viktig å være oppmerksom på at kravet er at den skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger. Tilsynet må lese og vurdere den enkelte pasientens journal i forhold til om den samlet inneholder hva som er nødvendig av opplysninger, og særlig om den er funksjonelt innrettet som arbeidsverktøy for legen og legens vikar(er) med tilstrekkelige og tilgjengelige opplysninger for å følge opp legemiddelbehandlingen forsvarlig over tid.

Mangler knyttet til journalføring av relevante og nødvendige opplysninger kan variere i både omfang og betydning. Det kan være små og varierende mangler av relevante opplysninger som strengt vurdert burde vært nedtegnet i journalen, men slike mindre mangler må ikke nødvendigvis bedømmes som avvik fra journalforskriften. Det kan også være mindre mangler knyttet til hva journalen ikke bare strengt vurdert burde inneholde av relevante opplysninger, men også opplysninger som må vurderes som nødvendige opplysninger etter journalforskriften §§ 7 og 8. I slike tilfeller kan det være grunnlag for å konkludere med mangler etter disse bestemmelsene i journalforskriften. Mindre mangler knyttet til journalføring, sammenholdt med andre opplysninger om legens praksis kan indikere at det foreligger svikt i forhold til kravet om forsvarlig legemiddelbehandling

Mer omfattende og betydningsfulle mangler knyttet til journalføring kan også innebære at journalføringen ikke er i overensstemmelse med hlspl. § 40, og manglene kan også være så omfattende at journalføringen må bedømmes som uforsvarlig etter hlspl § 4, jf. § 40. Det kan eventuelt også i ekstreme tilfeller tenkes å foreligge et tilnærmet totalt fravær av journalføring etter hlspl. § 40, slik at svikten i journalføringen i seg selv innebærer avvik fra kravet om forsvarlig oversikt over pasientens legemidler og/eller oppfølging av pasientens legemiddelbehandling etter hlspl § 4.

Faktaene må sammenholdes med bedømmelseskriteriene utledet av regelverket for avklare samsvar eller avvik, slik at det kan trekkes konklusjoner om det foreligger tilstrekkelig eller mangelfull oversikt over pasientens legemidler og oppfølging av pasientens legemiddelbehandling mv. i forhold til regelverket. Gjennomgående mangler og mer samlede mangler, vil kunne være svikt av varierende grad og størrelse. Omfanget av svikt formulert som avvik knyttet til mangelfull journalføring eller legemiddelbehandling mv. og avvikets størrelse bør beskrives presist og objektivt, slik at avviket fra regelverket gis rett størrelse. Avvik(ene) må underbygges av relevante, nødvendige og konkrete fakta som sier noe om regelverket og avviket, og som samlet underbygger avviket i tilstrekkelig grad.

Bedømmelsen av (de hørte og sette) fakta opp mot bedømmelseskriteriene tilligger tilsynslaget og endelig til leder av tilsynslaget. På bakgrunn av begrensningen av kilder, er det viktig at fakta knyttet til avvik gjennomgås med legen i avsluttende møte, for å bekrefte eller avkrefte om de opplysningene som legges til grunn er korrekte.

2.4.5 Avsluttende møte med bekreftelse av fakta, bedømmelse av fakta og konstatering av hva som eventuelt ikke er tilstrekkelig ivaretatt av legen

Det avsluttende møtet ledes i utgangspunktet av leder for tilsynslaget. Hvis lederen av laget ikke er lege, kan lederen ved behov la lege i laget eller fagrevisor gjennomgå de faktiske forhold som avvik fra regelverket bygger på for bekreftelse eller avkreftelse av fakta.

Hvis det ikke er trukket konklusjoner om avvik knyttet til fastlegens journalføring, legemiddeloversikt, oppfølging av legemiddelbehandlingen eller samarbeid med hjemmesykepleien, bør møtet være svært kort. I slike tilfeller er det viktig å orientere om at tilsynet kun har sett på en begrenset del av legens kliniske virksomhet, og ikke har foretatt en totalgjennomgang av praksisen.

Hvis det er trukket konklusjoner om avvik, er det viktig at fakta og avviket blir forstått av fastlegen. Dette antas også å være et viktig element for å oppnå at legen endrer sin praksis. Det er viktig at det er enighet om faktagrunnlaget, uenighet bør forsøkes løst så langt det er praktisk mulig. En mulighet kan være å på nytt se på enkelte av journalene sammen med legen. Ved fortsatt uenighet om fakta må oppfatningen til legen nedtegnes.

Hvis forholdene ligger til rette, kan det avsluttende møtet også omfatte en drøftelse med legen om hvordan forholdene kan rettes og innenfor hvilken tidsramme. Helsetilsynet i fylket bør gi tilbud om rådgivning fra embetet eller foreslå andre instanser som kan bistå legen med å bringe forholdene i orden. Det er imidlertid legens ansvar å initiere og

iverksette tiltak for å bringe forholdene i orden, som for eksempel tilgang på beslutningsstøtte, hospitering, veiledning eller endringer av journalsystem.

2.4.6 Rapport og oppfølging av tilsynet

Det skal utarbeides rapport fra tilsynet. Utformingen av rapport fra planlagt tilsyn med enkeltutøvere er en særlig utfordring. Det må forventes at en kritisk rapport vil oppleves betydelig sterkere for en fastlege enn for virksomheter med mange ansatte. Siden dette også er en ny tilsynsform for oss, vil vi oppfordre til å vise særlig aktsomhet ved utformingen av rapporten. Vi vil derfor foreslå noen løsninger i dette tilsynet som er annerledes enn tilsynsrapporter for virksomhetstilsyn for øvrig.

Rapporten skal gi en nøyaktig, presis og klar beskrivelse av det gjennomførte tilsyn. Det er viktig at rapporten er innholdsmessig konsis. Av hensyn til forutberegnelighet og etterrettelighet, skal rapporten være begrenset til gjennomføringen av selve tilsynet med dets resultater. Utenforliggende forhold som er fremkommet under gjennomføringen av tilsynet skal ikke tas med i rapporten.

Rapporten skal være offentlig og knyttet til faglige forhold, slik at eventuelle personlige forhold eller identifiserbare pasientopplysninger ikke skal inngå i rapporten.

Det er trolig hensiktsmessig å drøfte formuleringen i rapporten, både avviksformuleringer og fakta, med den tilsette legen før den endelige rapporten sendes over. Dette vil kunne ivareta samme hensikt som oversendelse av foreløpig rapport.

Rapporten skal omfatte eller referere til følgende:

- Tilsynets dato – gjennomføring av tilsynsbesøk
- Tilsynets tema og omfang
- Orientering om tilsyn på en begrenset del av legens kliniske virksomhet - ikke totalgjennomgang av praksisen
- Tilsynsaktiviteter, herunder antall journaler som er gjennomgått
- Eventuell gjengivelse av uenighet om fakta og tilsynslagets bedømmelse av dette
- Vise til hvilket regelverk som er anvendt
- Konklusjoner om eventuelle avvik og de fakta disse konklusjonene baseres på
- Eventuelt hvilke forhold som etter tilsynsmyndighetenes vurderinger synes å være i orden

I motsetning til større virksomheter, der det kan være en omfattende og komplisert prosess å finne fram til egnede tiltak som vil rette opp avvik, vil veien fram til konkrete løsninger ofte være betydelig kortere i en fastlegepraksis. Som det framgår av pkt 2.4.5, vil det derfor kunne være hensiktsmessig å ta opp spørsmålet om hvilke tiltak fastlegen vil iverksette allerede som en avsluttende del av ”sluttmøtet”. Det kan også i avslutningsmøtet avtales en kort frist for legen til å melde tilbake før rapporten skrives om hvordan avviket skal rettes. Vi vil foreslå at denne avrapporteringen i så fall kan tas direkte inn i rapporten.

Dersom Helsetilsynet i fylket vurderer de beskrevne tiltakene som tilstrekkelige kan dette kvitteres ut i rapporten, ev. supplert med opplysning om hvordan tilsynsmyndighetene vil følge opp videre. Hvis ikke de korrigerende tiltakene anses som tilstrekkelige, eller hvis ikke behovet for rettelser ble tatt opp med legen, må legen bes om en redegjørelse for hvordan forholdene skal rettes.

Rapporten oversendes med følgebrev som stiles til legen. Hvis det også er ført tilsyn med kommunens samarbeid med fastlegene om legemiddelhåndteringen/- behandlingen av hjemmeboende eldre, bør kopi av rapporten oversendes kommunen. Hvis det ikke er ført ”samtidig” tilsyn med kommunen, bør kopi av rapporten oversendes kommunen dersom rapporten omtaler forhold som vedrører spørsmål om mangelfulle forhold eller svikt knyttet til kommunens ansvar eller forhold hvor kommunen har muligheter for å tilrettelegge og følge opp samarbeid mellom kommunens pleie- og omsorgstjenester og fastlegene.

Hvis det ikke er ført tilsyn med kommunen og rapportens omtale er begrenset til legens selvstendige oppgaver som lege, bør det ikke sendes kopi av rapporten til kommunen.

2.4.7 Oppfølging av tilsynet

Tilsynet bør ikke avsluttes før det er påvist tilstrekkelige endringer i praksis. Dette kan være vanskelig å fastslå for en del av de temaene i tilsynet. I likhet med tilsyn med større virksomheter kan det være aktuelt å be legen rapportere tilbake etter en viss tid om de aktuelle endringene er implementert i praksis. Helsetilsynet i fylket kan også vurdere å på nytt gjennomgå eller få tilsendt journaler fra legen for de aktuelle pasientgruppene.

3 Tilsynets innhold og avgrensninger

Tilsynet omfatter fastlegens legemiddelbehandling av eldre som bor i egen bolig eller omsorgsbolig, er brukere av pleie- og omsorgstjenester og som herunder har vedtak om bistand ved administreringen av egne legemidler/vedtak om legemiddelhåndtering. For å få undersøkt et tilstrekkelig antall pasienter/-journaler der warfarin inngår i legemiddelbehandlingen (jf. nedenfor om ”markører” ved dette tilsynet), kan det hos noen fastleger være nødvendig å inkludere noen pasienter som ikke har vedtak om legemiddelhåndtering.

Målgruppen for hele denne tilsynssatsingen er skrøpelige eldre med behov for flere og/eller langvarige tjenester. Det er ikke satt en skarp aldersgrense, men i plandokumentet for tilsynet er det påpekt at aldersgruppen over 80 år vil ha store tjenestebehov. Ved tilsyn med legemiddelbehandlingen kan det inkluderes pasienter ned til 70 år.

Tilsynet omfatter fastlegens iverksetting og oppfølging av legemiddelbehandlingen til den aktuelle pasientgruppen og med noen behandlingsregimer og legemidler som utvalgte markører for disse aktivitetene, jf. nedenfor. Tilsynet omfatter ikke det diagnostiske utredningsarbeidet som har ligget til grunn for den konkrete legemiddelbehandlingen.

Tilsynet omfatter heller ikke øvrige behandlingstiltak utover selve legemiddelbehandlingen.

Tilsynet omfatter hvordan fastlegen håndterer legemiddelopplysninger i mottatte epikriser og i annen kommunikasjon fra spesialisthelsetjenesten, men omfatter ikke utover dette hvordan fastlegen samhandler med spesialisthelsetjenesten om pasientenes legemiddelbehandling.

Følgende deltema inngår i tilsynet, jf. videre omtale i kap. 2:

1. Fastlegens oversikt over pasientenes legemidler
2. Fastlegens oppfølging av pasientens legemiddelbehandling
3. Fastlegens samarbeid med hjemmesykepleien og med apoteket (ved multidose)

Som det vil fremgå av kap. 2 vil det være en visse overlapping mellom disse tre deltemaene. Vi har likevel funnet at det er hensiktsmessig med en slik inndeling, der deltema 1 har fokus på det samlede bilde av pasientens legemidler (inkl. dosering) som til en hver tid kan fremskaffes, deltema 2 fokuserer på sentrale forhold ved hvordan fastlegen følger opp legemiddelbehandlingen og deltema 3 fokuserer på fastlegens samarbeid med andre viktige aktører rundt pasientens legemiddelbehandling.

Ved tilsynet er følgende legemidler/behandlingsregimer valgt ut til å brukes som ”markører”:

- Pasienter som behandles med mange legemidler (polyfarmasi)¹
- Pasienter som behandles med antikoagulantia i form av warfarin (Marevan)
- Pasienter som behandles med NSAID (Ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler)
- Pasienter som behandles med benzodiazepiner. Herunder regnes benzodiazepiner i form av beroligende/angstdempende legemidler og hypnotika.

Pasienter som behandles med antidemensmidler inngår i tilsynet med fastlegens utredning, behandling og oppfølging av aldersdemente.

Samme pasient vil kunne høre inn under flere av disse markørgruppene.

Markørene er valgt ut fra at de kan forårsake alvorlige legemiddelrelaterte problemer², og fordi det for disse markørene i hovedsak er faglig konsensus om hva som kjennetegner god praksis når det gjelder legemiddelbehandling av eldre pasienter.

¹ Polyfarmasi kan defineres på flere måter: Bruk av fem eller flere reseptpliktige og/eller ikke-reseptpliktige legemidler daglig / medikamentregime som inneholder minst ett unødvendig legemiddel / bruk av et legemiddel til behandling av bivirkninger av et annet legemiddel (Ref: Straand J. Bedre legemiddelbruk i sykehjem. I: Ranhoff AH, Schmidt G, Ånstad U, red. Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger. Oslo: Universitetsforlaget, 2007: 160-169).

² Legemiddelrelaterte problemer kan defineres slik: En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling og som reelt eller potensielt interferer med ønsket helseeffekt. Med potensielt problem menes forhold som kan forårsake legemiddelrelatert sykелighet eller død dersom man unnlater å følge opp, mens et reelt problem allerede manifesterer seg med tegn og symptomer. (Ref: Ruths S, Viktil K, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3073-6. (6.1.2010))

For hver av markørene omtales aktuelle faglige føringer under hvert av tilsynets deltemaer. Referanser for de respektive føringene er satt inn som fotnoter. Vi har her valgt å benytte referanser som er velkjente for fastlegene og som regnes som sentrale kunnskapskilder og som retningsgivende for fastlegens virksomhet. De fleste av referansene er angitt med nettsadresse og er dessuten tilgjengelige via www.helsebiblioteket.no. Bl.a. er Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) tilgjengelig via Helsebiblioteket fram til august 2010.

4 Om regelverk

Fastlegenes plikter for personer på sin liste følger i hovedsak av fastlegeforskriften og særlig dens § 7, mens helsepersonelloven med tilhørende forskrifter og da særlig helsepersonelloven § 4 regulerer deres ansvar som leger. Fastlegenes ansvar er også rettslig regulert gjennom rammeavtalen mellom Dnlf og KS ved at denne sentrale avtale i fastlegeforskriften § 7 også er gitt som rettslig ramme for fastlegenes ansvar (Rammeavtale mellom Kommunenes sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. ASA 4310 for perioden 2008-2010).

Fastlegene skal som leger etter hlspl. § 4 yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut fra situasjon og behov. Det er presisert i bestemmelsens § 4 andre ledd siste punkt at *”Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”*. Dette gjelder både ved behov for samarbeid med andre tjenester/utøvere som for eksempel ved behov for hjelp til administrasjon av legemidler, og ved behov for oppfølging gjennom flere konsultasjoner ved sykdom eller symptomer på sykdom. Det følger av hlspl. § 4 at legene tar beslutningen i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient i konkrete behandlingssituasjoner. Bestemmelsen er imidlertid ikke en organisatorisk bestemmelse og innebærer ikke noen rett til å styre/lede andre utøvere/tjenester, jf. merknader til § 4 i I-20/2001.

Det følger av fastlegeforskriften § 7 at fastlegen har *”ansvaret for allmennlegetilbudet til personene på sin liste innen de rammer som gjelder for ordningen i lov, forskrift og sentral avtale”*. I merknadene til § 7 er dette beskrevet slik:

”Fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de som står på listen. Det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har dessuten ansvaret for personens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler.”

Videre følger av ovennevnte rammeavtale punkt 10.1 første avsnitt at *”Legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmenntillegemiddelbehandling, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.”*

Fastlegenes ansvar er således å ivareta allmennlegetjenesten til de pasienter som er på hans/hennes liste, og sørge for at innbyggerne på listen får tilgang til allmenmedisinske legetjenester ved konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp på dagtid.

For personer på listen har fastlegene ansvar for allmennlegetilbudet over tid etter fastlegeforskriften § 7, og ansvar for å samarbeide med andre tjenester/tjenesteytere når pasientens behov tilsier det etter helsepersonelloven § 4. Ansvaret innebærer i alminnelighet ikke noe generelt ansvar for rutinemessig å innkalle eller tilse pasientene.

Etter helsepersonelloven § 40 og journalforskriften § 8 har fastlegen ansvar for at journalen inneholder relevante og nødvendige opplysninger. Journalen må være organisert slik at den fungerer som et tjenelig arbeidsredskap for fastlegen og andre som skal bruke den som for eksempel fastlegens vikarer. Det må blant annet være enkelt å få frem oppdatert sykehistorie og bruk av legemidler, jf. hlspl. § 40 første ledd siste punkt som krever at *”Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.”*

I tillegg til samarbeid om enkeltpasienter, hvor fastlegene forutsetningsvis må forholde seg til kommunale retningslinjer for samarbeid, må fastlegene også etter nevnte rammeavtale mellom Dnlf og KS medvirke til å drøfte og avklare mer generelle retningslinjer for samarbeide mellom fastlegene og kommunene. Selv om det er kommunene som har ansvaret for å planlegge, organisere og tilrettelegge for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle rettslige krav etter khtjl. § 1-3a, må også fastlegene medvirke til hensiktsmessige og effektive samarbeidsordninger. Kommunen kan ikke ensidig beslutte retningslinjer for hvordan fastlegene skal samarbeide, men fastlegene må medvirke personlig eller ved representasjon til ”omforente” og hensiktsmessige retningslinjer for samarbeid i Allmennlegeutvalget eller Samarbeidsutvalget etter punkt 4.1 og 4.2 i Rammeavtalen mellom Dnlf og KS. Den enkelte fastlege skal også etter avtalens punkt 10.5 Samarbeid med kommunen, minst en gang årlig etter initiativ fra kommunene delta i møte med kommunen med det formål å drøfte legens legenes virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak.

Fastlegene har også plikt til å: *”etablere et internkontrollsystem for sin virksomhet og sørge for at virksomheten planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter”*, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3. Bestemmelsen har imidlertid begrenset betydning for de temaene dette tilsynet omhandler.

Når det gjelder legens eget kliniske arbeid knyttet til legemiddelbehandlingen av sine eldre pasienter, vil det være legens individuelle ansvar som helsepersonell og reguleres av hlspl § 4. Vi forventer ikke at legen har utarbeidet prosedyrer for å ivareta sitt individuelle ansvar. Legen må imidlertid kunne gjøre rede for hvordan egen praksis er innrettet.

Tilsynet omfatter ikke konkrete krav til hvordan fastleger skal vedlikeholde sin fagkompetanse. Det må imidlertid kunne forventes at legen er kjent med og gjør bruk av beslutningstøtte ved behov som for eksempel Norsk elektronisk legehåndbok (NEL). Legen må også ha kjennskap og tilgang til aktuelt regelverk, som phlsvl., og forskrift om legemiddelbehandling, jf. forsvarlighetskravet og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4 litra b og c.

Det må forventes at arbeidsfordeling mellom legen og medhjelper er forsvarlig ved å være tydelig og klar i forhold til blant annet timebestilling, reseptfornyelse, prøvesvar, epikriser og journalføring med forsvarlig kommunikasjon av slike opplysninger. Men disse forutsetningsvis mer automatiserte og i praksis kontinuerlige oppfulgte oppgavene mellom lege og medhjelper(e) må det ikke nødvendigvis være nedfelt noe om i skriftlige rutiner. Dette kan imidlertid stille seg annerledes ved større legekantor, hvor legene samarbeider med flere ansatte ved kontoret.

Fastlegen må ut fra kravet til faglig forsvarlighet kunne gjøre rede for sin praksis for oppfølging av effekt og bivirkninger tilpasset den aktuelle pasients legemiddelbehandling. Hvilken oppfølging som er nødvendig må vurderes i forhold til den enkelte pasients tilstand og de legemidler pasienten behandles med. For noen behandlingsregimer vil det kunne være nødvendig at pasientens omsorgspersoner (pårørende/hjemmesykepleien) observerer effekt og mulige bivirkninger med tilbakemeldinger til fastlegen basert på dennes anvisning. Fastlegen må følge opp at slike ordninger fungerer og praktiseres etter hensikten, og at de er effektive ved at relevant og tilstrekkelig informasjon tilkommer legen. Fastlegen må også praktisere og ha funksjonelle ordninger for samarbeid, tilgjengelighet og kommunikasjon med pasienter, pårørende og andre tjenester som pleie- og omsorgstjenesten og følge opp at også disse fungerer etter hensikten og er effektive.

Legene må utvise et faglig skjønn. Det vil ofte være flere måter å legge opp legemiddelbehandlingen ved samme type lidelse gitt at pasienter og situasjoner er ulike. På noen områder foreligger veiledere, retningslinjer og lignende som gir faglige føringer for dette skjønn og arbeidet. Føringenes styrke og krav på gjennomslag vil variere, slik at kravene og føringene til hvordan fastlegen skal gjennomføre legemiddelbehandlingen hos den aktuelle pasientgruppen vil ha varierende betydning og krav på gjennomslag. Kravene kan være både av faglig karakter og av mer prosessuell karakter. Kravene av mer prosessuell karakter som kravene til journalføring - herunder føring og ajourføring av faste legemidler – samt krav til samarbeid er viktige og er med på å bidra til faglig forsvarlig virksomhet. Det må tas hensyn til det handlingsrommet legen er gitt til å utøve skjønn når tilsynsmyndighetene skal vurdere fastlegens praksis.

5 Bedømmelseskriterier og veiledning for bedømmelse

5.1 Fastlegens oversikt over pasientens legemidler

Med ”*oversikt over pasientens legemidler*” menes i denne sammenheng at følgende ved behov enkelt kan gjenfinnes (i pasientens journal):

- en oppdatert framstilling av pasientens faste legemidler inkludert dosering
- grunnen til at legemiddelet forskrives (indikasjon)
- begrunnelser ved forskrivning som fraviker gjeldende retningslinjer.

Med ”*oppdatert*” menes her at det er samsvar mellom opplysningene om samtlige legemidler og deres dosering i pasientens journal og de legemidlene som pasienten per dato faktisk får forskrevet (av fastlegen).

Med ”indikasjon” menes den medisinskfaglige begrunnelsen for forskrivningen av det aktuelle legemiddelet, for eksempel diagnose. Indikasjonsgrunnlaget for en legemiddelbehandling er ikke en statisk størrelse og bør være gjenstand for revurdering ettersom pasientens medisinske tilstand endrer seg³.

En enkelt tilgjengelig og fullstendig oversikt over faste legemidler og deres indikasjonsgrunnlag er særlig viktig

- når pasienten bruker mange legemidler (fem eller flere – polyfarmasi)
- ved igangsetting av ny legemiddelbehandling som må sammenholdes med øvrig pågående legemiddelbruk, bl.a. for å vurdere mulige interaksjoner
- ved vurderinger og gjennomgang av pasientens samlede legemiddelbruk med sikte på mulig seponering/aktuelle bivirkninger/dosejusteringer
- når pasienten bruker legemidler som krever særlig systematisk oppfølging
- når pasienten får forskrevet nye legemidler og/eller endret pågående behandling av andre enn fastlegen (korttidsopphold i sykehjem, opphold i sykehus, besøk ved poliklinikker)
- i flerlegepraksis der de øvrige legene må ta beslutninger som vedrører pasientens legemiddelbehandling ved fastlegens fravær
- ved vikarbruk slik at vikar ved forespørsel, konsultasjon eller tilsyn kan se og fortelle hvilke faste legemidler pasienten får forskrevet
- når pasienten er innrullert i multidosesystemet.

En slik legemiddeloversikt er viktig både i forbindelse med avtalte konsultasjoner, ved oversendelse av pasientopplysninger i forbindelse med planlagte eller akutte innleggelse i sykehus eller sykehjem, ved kommunikasjon med hjemmesykepleie og apotek om reseptfornyelser, og når fastlegen mottar informasjon om at det er foretatt endringer i legemiddelbehandlingen foretatt av andre (legevaksle, poliklinikk, sykehus mv.).

En viktig forutsetning for forsvarlig legemiddelbehandling er at fastlegen enkelt har tilgjengelig oversikt over pasientens samlede legemiddelbehandling for egen bruk eller for bruk av vikar, jf. hlspl. §§ 4 og 40 første ledd siste setning og journalforskriften § 4, jf. § 8. Det fremgår av bestemmelsen i hlspl. § 40 at journalen skal være lett å forstå av annet kvalifisert helsepersonell, og av journalforskriften § 4 fremgår at journalen skal organiseres slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i regelverket. For å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp etter hlspl. § 4 må legen og for eksempel vikar enkelt ha tilgjengelig en samlet oversikt over hvilke legemidler pasienten får forskrevet. Når fastlegen etter fastlegeforskriften § 7 har ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling, må også legen som ledd i koordineringen av behandlingen av pasienten ha oversikt over pasientens faste legemidler. Dette er særlig viktig i forhold til de pasientene som dette tilsynet omfatter. Pasientene har gjerne flere kroniske sykdommer og bruker mange ulike legemidler. Mange av pasientene kommer også i kontakt med andre deler av helsetjenesten (legevakt, korttidsopphold i sykehjem, sykehusinnleggelse, poliklinikk), noe som øker behovet for fastlegens

³ Jf. også § 8 i ”Ti bud for legemiddelforskrivning til eldre” side 724 i kap 4.5 Alderdom i Hundskår S (red) Allmenmedisin. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, 2003.

koordinerende funksjon hva gjelder pasientens legemiddelbehandling. Nærmere redegjørelse for hva kravet innebærer vil bli gitt i det følgende.

Fastlegens journalføring skal være i samsvar med kravene i helsepersonelloven § 40:

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

Av journalforskriften § 8 framgår hvilke opplysninger som skal nedtegnes i journalen. Det er kun krav om nedtegnelse av opplysninger som er relevante og nødvendige. Journalen skal i følge merknaden til § 8 først og fremst være et redskap for å sikre at pasientene får forsvarlig helsehjelp. Nedtegnelse og indikasjon for bruken av ethvert foreskrevet legemiddel er å anse som relevante og nødvendige opplysninger. Skal journalopplysningene om pasientens legemidler bidra til å sikre at pasienten får forsvarlig helsehjelp, er det en forutsetning av opplysningene er *oppdatert* slik at de stemmer med pasientens faktiske legemiddelbruk. Dette er nødvendig både for fastlegens arbeid, når journalopplysninger skal benyttes i kommunikasjon med andre deler av helsetjenesten og dersom andre leger må benytte pasientjournalen ved fastlegens fravær. Kravet til oppdatering framgår også av merknaden til § 7 i fastlegeforskriften:

”...Fastlegen har dessuten ansvaret for personens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler”

Det forventes at fastlegen har som praksis å sørge for oppdatering av legemiddelbruk i pasientjournalene slik at legemiddelopplysningene om den enkelte pasient er oppdaterte.

Dersom flere enn fastlegen er involvert i mottak og videre håndtering av opplysninger om pasientenes legemiddelbehandling, for eksempel legesekretær, må fastlegen ha avklart ansvar og oppgavefordeling og sikre at denne er kjent for de impliserte.

Når andre enn fastlegen endrer pasientens legemidler, for eksempel legevakt, poliklinikker eller sykehus, vil fastlegen i varierende grad bli orientert om endringene. Sene og utilstrekkelige epikriser eller mangler ved kommunens oppfølging av bestemmelsene i § 5 i legemiddelhåndteringsforskriften er ikke fastlegens feil. Ved tilsynet må det derfor vises skjønn, både i forhold til oppdatert medisinliste og hvor feilen kan ligge.

Dersom fastlegen forskriver legemidler som fraviker fra gjeldende retningslinjer, må overveielser som har ledet til dette også dokumenteres dersom slike journalopplysninger er relevante og nødvendige, jf. journalforskriften § 8 h). For eksempel er begrunnelser for forskrivning av legemiddelkombinasjoner med velkjent, klinisk betydningsfull interaksjonsrisiko og/eller forskrivning av doseringer av benzodiazepiner over anbefalt døgndosering, i denne sammenheng å anse som relevante og nødvendige opplysninger, jf. også merknaden til § 8 h):

”Når det settes i verk behandlingstiltak som fraviker gjeldende retningslinjer er det et særlig behov for å dokumentere hvorfor slik behandling er iverksatt. Av

journalen skal det derfor fremgå at tiltaket fraviker retningslinjene og hvilke overveielser som har ledet frem til bruk av et slikt tiltak.”

Dokumentasjonen av pasientens faste legemidler må kunne vises enten i form av et eget skjermbilde (medikamentoversikt) eller ved at det av pasientjournalens brødtekst fremgår en enkelt tilgjengelig samlet og oppdatert legemiddelliste, inklusiv dosering. En slik oppdatert oversikt kan ikke være eldre enn 12 måneder, jf. resepters gyldighet. Det skal ikke være nødvendig å lese journalnotater langt tilbake for å være sikker på at alle legemidler er med, noe som vil innebære at journalen ikke er funksjonell som arbeids- og dokumentasjonsverktøy og kunne innebære risiko for svikt.

Krav – legemiddeloversikt

I pasientens journal må en oppdatert oversikt over pasientens faste legemidler være enkelt tilgjengelig, inkludert legemidlenes dosering. Legemidlene må være dokumentert i pasientjournalen på en slik måte at fastlegen lett kan skaffe seg en oversikt over hvilke faste legemidler pasienten bruker. Dokumentasjonen i pasientjournalen må være tilgjengelig og forståelig, slik at om nødvendig også andre enn fastlegen kan gjøre bruk av den.

I pasientjournalen må det være rimelig enkelt å finne sammenheng mellom legemidlene pasienten bruker og den aktuelle indikasjon som ligger til grunn, dvs. journalen må vise en rimelig grad av sammenheng mellom premisser (aktuell diagnose/indikasjon) og konklusjon (valg av legemiddel).

Hjemmel (gjelder også i forhold de utvalgte markørene jf. nedenfor): Hlspl. §§ 39 og 40, jf. hlspl. § 4, jf. journalforskriften §§ 4 og 8 og fastlegeforskriften § 7, internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten § 4.

5.1.1 Nærmere om de utvalgte markørene og krav til legemiddeloversikt for disse

Polyfarmasi

For pasienter som fast bruker mange legemidler må journalen inneholde en samlet, oppdatert legemiddeloversikt. Dersom journalen ikke har en slik legemiddeloversikt som eget skjermbilde, må legemiddeloversikten være plassert i brødteksten og det må være enkelt å finne fram til den også for andre enn fastlegen, for eksempel for vikar.

Warfarin

Behandling med warfarin krever særlig årvåkenhet med hensyn til alvorlige og potensielt dødelige bivirkninger som kan oppstå dersom doseringen ikke er nøye styrt. Forsvarlig styring av warfarinbehandlingen krever at dokumentasjon av ønsket nivå ("vindu") for INR-verdier, pasientens laboratorieverdier og tilhørende dosering er korrekt og oppdatert

oppført i pasientjournalen⁴. Behandlende lege må være spesielt oppmerksom på warfarin når det gjelder interaksjonsrisiko^{5 6}.

Følgende legemiddelkombinasjoner medfører (i flg. NORGEP-lista) forøket blødningsrisiko⁷

warfarin + NSAID

warfarin + kurer med visse typer antibiotika (ofloxacin el. ciprofloxacin / erytromycin el.

clarithromycin)

warfarin + SSRI.

Ved warfarinbehandling må ønsket nivå ("vindu") for INR-verdier dokumenteres i journal. Oppdatert dosering av warfarin må dokumenteres i pasientens journal og ikke bare på INR-kort, og sammenheng mellom målt INR-verdi og videre warfarindosering må fremgå i journal.

Ved forskrivning av kombinasjonene warfarin + NSAID / warfarin + SSRI / warfarin + antibiotika med kjent interaksjonsrisiko må særskilt begrunnelse være dokumentert i journal.

NSAID

NSAID hører til blant legemidler som det på grunn av hyppige eller farlige bivirkninger er grunn til å være tilbakeholdne med hos eldre⁸. Langtidsbehandling med NSAID bør ikke forekomme hos eldre uten i meget spesielle situasjoner⁹. NSAID-preparater kan hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon bidra til ytterligere forverring av nyrefunksjonen. Bruken må derfor nøye overvåkes, særlig de første månedene etter at behandlingen er instituert og ved endringer i klinisk tilstand eller øvrig medisinerings¹⁰. NSAID kan gi væskeretensjon, ødemer og kan utløse eller forverre hjertesvikt. Uselektive NSAID-preparater bør hvis mulig unngås hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon, høy alder eller hjertesvikt¹¹.

4 Antikoagulasjonsbehandling. NEL.(6.1.2010)

5 Polyfarmasi hos eldre. NEL. (6.1.2010)

6 Reikvam Å, Sandset PM, red. Warfarinbehandling i praksis. Tryggere antikoagulasjon. Oslo: Den norske legeforening, 2005. (5.1.2010)

7 Rognstad S, Brekke M, Fetveit A et al. The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2009; 27(3): 153-159 (6.1.2010)

8 Eldre og legemidler. Norsk legemiddelhandbø. (6.1.2010)

9 Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2009. (5.1.2010)

10 Polyfarmasi hos eldre. NEL. (6.1.2010)

11 M01A - Antiinflammatoriske og antireumatiske midler, eksklusive steroider (NSAIDs). NEL. <http://www.legehandboka.no/> (6.1.2010)

Det må utvises spesiell oppmerksomhet for interaksjonsrisiko ved bruk av NSAID-preparater¹². For NSAID er følgende kombinasjoner er med på NORGEP-lista¹³ (for kombinasjon med warfarin – se ovenfor):

NSAID (el. coxib) + ACE-hemmere (el. ARB):	Økt risiko for nyresvikt
NSAID + diuretika	Redusert effekt av diuretika
NSAID + glukokortikoider	Økt risiko for mage-/tarmblødning. Risiko for væskeretensjon
NSAID + SSRI	Økt risiko for mage-/tarmblødning

Ved fast forskrivning av NSAID må begrunnelse være dokumentert i journal. Pasientens diagnose, for eksempel artrose, er tilstrekkelig som begrunnelse når diagnosen er en av gjeldende indikasjoner for bruk av det aktuelle legemiddelet.

Ved forskrivning av NSAID i kombinasjoner med legemidlene nevnt ovenfor må en særskilt begrunnelse være dokumentert i journal.

Benzodiazepiner

Halveringstiden for diazepam øker fra 20-50 timer hos unge voksne til inntil 110 timer hos gamle. Hjernens sensibilitet for preparatene øker også. Benzodiazepiner gir forlenget sedasjon og øker risikoen for fall og benbrudd og grupperes derfor blant risikomedikamenter for eldre. Doseringen skal halveres til eldre, og på grunn av tilvenningsfare og seponeringsproblemer bør legemidlene forskrives i et begrenset tidsrom. De fleste legemiddelrelaterte problemene hos eldre er knyttet til bruken av psykofarmaka¹⁴. Til eldre bør man starte med lav dose, titrere langsommere og/eller bruke lengre doseintervall, og som tommelfingerregel skal eldre ha halvparten av en voksendose. Når flere legemidler brukes samtidig, øker risikoen for interaksjoner. Viktige interaksjoner i denne sammenheng er kombinasjoner av benzodiazepiner og andre legemidler med sederende virkning på sentralnervesystemet.

Kombinert forskrivning av to eller flere legemidler innen gruppen sentraltvirkende analgetika, antipsykotika og /eller antidepressiva medfører økt risiko for slapphet (weakness), fall, brudd og mental svikt¹⁵.

¹² Polyfarmasi hos eldre. NEL. (6.1.2010)

¹³ Rognstad S, Brekke M, Fetveit A et al. The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2009; 27(3): 153-159 (6.1.2010)

¹⁴ Polyfarmasi hos eldre. NEL. (6.1.2010)

¹⁵ Rognstad S, Brekke M, Fetveit A et al. The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2009; 27(3): 153-159 (6.1.2010)

Ved fast forskrivning av benzodiazepiner eller z-hypnotika må journalen inneholde opplysning om indikasjon. Dosering over anbefalt døgndose eller økende dosering, må være begrunnet i pasientens journal.

Det samme gjelder der legen har valgt å forskrive benzodiazepiner sammen med andre psykoleptika og eller opioidholdig analgetikum med dosering over én definert døgndose (for eksempel 4 tabl. Paralgin forte).

5.2 Fastlegens oppfølging av legemiddelbehandlingen

5.2.1 Generelle forhold ved oppfølgingen

Denne delen av tilsynet undersøker hvordan fastlegen følger opp legemiddelbehandlingen av den aktuelle pasientgruppen (pasienter med hjemmesykepleiens bistand ved legemiddelhåndteringen) og herunder for de respektive ”markør”-gruppene. Informasjon til pasienten ved oppstart av ny legemiddelbehandling er også tatt inn i denne delen av tilsynet.

Pasientene som dette tilsynet omfatter får ofte forverring av sine kroniske sykdommer og/eller nye alvorlige sykdommer. Dette kan medføre endringer i effekt av pågående legemiddelbehandling, økt sårbarhet i forhold til bivirkninger, behov for doseendringer, seponering og/eller tilleggsmedisinering. Mange av pasientene vil ikke selv være i stand til på eget initiativ å formidle legemiddeleffekter, bivirkninger eller udekkede behandlingsbehov, og heller ikke være i stand til selv å vurdere behov for ny legekontakt.

Fastlegen må ha ordninger for systematisk oppfølging av legemiddelbehandlingen av de aktuelle pasientgruppene så ingen pasienter ”glipper unna” og kan lide overlast pga. fastlegens mangelfulle oppfølging. Jevnlig oppfølging er nødvendig, og særlig etter at ny medisin er introdusert¹⁶. Hvilke former for oppfølging som er nødvendig må vurderes konkret i forhold til pasientens medisinske tilstand og pasientens forutsetninger til selv å ta kontakt med og rapportere til fastlegen, typer av legemidler og hvilken fase av behandlingen pasienten er i. Hyppighet, form og omfang av oppfølgingen må være tilpasset den enkelte pasients tilstand og legemiddelbruk, og fastlegen må også vurdere om oppfølgingen må skje som konsultasjoner på kontoret, om det er nødvendig med hjemmebesøk og i hvilken grad oppfølgingen skal involvere hjemmesykepleien.

For å sikre forsvarlig oppfølging av legemiddelbehandlingen vil fastlegen i en del tilfeller ha behov for samarbeid med hjemmesykepleien utover det som dreier seg om hjemmesykepleiens legemiddelhåndtering. Dette kan gjelde observasjoner og tilbakemelding fra hjemmesykepleien om pasientens tilstand, effekt eller eventuelt manglende effekt av igangsatt legemiddelbehandling, aktuelle bivirkninger og tegn til uheldige legemiddelinteraksjoner. Dersom forsvarlig oppfølging av pasientens legemiddelbehandling er avhengig av informasjon fra hjemmesykepleien om nærmere

¹⁶ Polyfarmasi hos eldre. NEL. (6.1.2010)

angitte forhold, må fastlegen ha ordninger for å sikre observasjon og tilbakemeldinger som for eksempel kontakt med hjemmesykepleien for nærmere avtale om aktuelle tilbakemeldinger, se punkt 2.3.

Ny kontrolltime

For å sikre forsvarlig behandling etter hlspl § 4 av de pasientgruppene som inngår i dette tilsynet vil det være nødvendig med faste / regelmessige kontroller. Fastlegen må kunne redegjøre for at dette gjennomføres, herunder at fastlegen har ordninger for å håndtere manglende fremmøte til avtalte og nødvendige kontroller ut fra skadepotensial.

Fastlegens informasjon til pasient (og pårørende) om legemiddelbehandlingen

Ved denne delen av tilsynet undersøkes også hvordan fastlegen sikrer at pasient og, dersom forholdene tilsier det, pasientens nærmeste pårørende, får nødvendig informasjon om legemiddelbehandlingen. Informasjon kan gis muntlig under konsultasjonen og/eller i skriftlig form. Informasjon til pasienten om legemiddelbehandlingen er en integrert del av hele behandlingsforløpet og derved av fastlegens oppfølging av legemiddelbehandlingen. Ved dette tilsynet undersøkes imidlertid i hovedsak fastlegens informasjon i forbindelse med iverksetting av legemiddelbehandlingen. Legemiddel-”markørene” ved dette tilsynet (jf. punkt 1.2 ovenfor) er valgt ut på bakgrunn av den risiko som behandlingen kan medføre, bl.a. hva gjelder uheldige legemiddelkombinasjoner og bivirkninger. I tillegg til informasjon om hva som er formålet med behandlingen, hvor lenge og hvordan den skal gjennomføres, vil informasjon om risiko og bivirkninger være viktig å meddele pasientene og deres pårørende.

Medisineringsvikt kan bl.a. skyldes mangelfull informasjon og/eller mangelfull felles forståelse mellom lege og pasient om behandlingens formål og hvordan den rent praktisk skal gjennomføres¹⁷.

Til grunn for at pasienten skal få informasjon ligger formålet om å ivareta pasientens autonomi og brukermedvirkning, jf. pasientrettighetsloven § 3-2 første ledd:

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

Pasientens rett til informasjon gjelder uavhengig av at de etterspør den eller ikke.

Ved legemiddelbehandling av pleietrengende eldre vil ofte nærmeste pårørende være opptatt av virkninger og mulige bivirkninger ved de ulike legemidlene. Ved dette tilsynet forutsettes at pasienten samtykker til at det skal kunne gis slik informasjon, jf. pasientrettighetsloven § 3-3.

¹⁷ Polyfarmasi hos eldre. NEL. (6.1.2010)

Informasjonen skal bli meddelt uoppfordret i samsvar med de kravene som gjelder til innhold. Pasienter som skal gå lenge på legemidler som man vet gjennomgående også vil ha andre virkninger enn de tilsiktede / ønskede, må bli informert særskilt om dette. Dersom det dreier seg om alvorlige bivirkninger, må pasienten og ved behov også pårørende, gjøres kjent med at det er knyttet nærmere angitte bivirkninger til legemiddelet og at de må ta kontakt med lege dersom det oppstår symptomer som de evt. kan mistenke at skyldes bruken av legemidlet. Hensikten med denne type informasjon er at pasientens handlingsberedskap skal økes når de benytter legemidler som kan medføre fare¹⁸.

Pasienten har krav på å bli informert på en måte som svarer til deres egne forutsetninger for å motta den, jf. pasientrettighetsloven § 3-5 første ledd:

”Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.”

I noen situasjoner vil det av hensyn til informasjonens art og/eller pasientens forutsetninger være viktig at pasienten (og pårørende) får skriftlig informasjon om den aktuelle legemiddelbehandlingen. Som et minstekrav forventes at fastlegen ved behov kan fremskaffe og levere ut relevant skriftlig informasjon til pasienten.

Informasjonen som er gitt skal journalføres, jf. pasientrettighetsloven § 3-5 3.ledd:

”Opplysning om den informasjon som er gitt skal nedtegnes i pasientens journal ”

5.2.2 Nærmere om oppfølgingen av legemiddelbehandlingen for de enkelte markørene

Polyfarmasi

Polyfarmasi er særlig skadelig når pasienten mottar for mange legemidler for lenge og i for høye doser. For å hindre iatrogen sykdom som følge av overforskrivning, er det viktig å vurdere et hvert nytt symptom eller tegn hos eldre pasienter som en mulig konsekvens av pågående legemiddelbehandling¹⁹. Fordi både feilbruk av legemidler, interaksjoner og bivirkninger har med antall medikamenter å gjøre, bør fastlegen arbeide aktivt for å begrense antall legemidler som forskrives til hver enkelt pasient. Fastlegen har et stort ansvar i å forebygge og bekjempe helseskadelig polyfarmasi²⁰.

Fastlegen må ha ordninger for jevnlig å vurdere totalmedikasjonen til den enkelte pasient og revurdere indikasjonsgrunnlaget.

Statens helsetilsyn legger til grunn at for pasienter som bruker mange legemidler må fastlegen gjennomgå totalmedikasjonen minst en gang årlig og herunder vurdere om det

¹⁸ Kap 11 Rett til selvbestemmelse, s. 165 i: Molven O. Helse og juss. En innføring for helsepersonell. 6. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009

¹⁹ Polyfarmasi hos eldre. NEL. (6.1.2010)

²⁰ Hunskaar S, red. Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2003: 723

finnes uheldige legemiddelkombinasjoner. Det må fremgå at journal at slik vurdering er foretatt.

Warfarin

For å sikre forsvarlig antikoagulasjonsbehandling er det av avgjørende betydning at pasienten eller andre personer som er i nær og daglig kontakt med pasienten har adekvat informasjon om hvilke blødningskomplikasjoner som kan oppstå og forhold (bl.a. legemidler) som kan utløse slike. Behandlingsoppstart med warfarin skjer i hovedsak i sykehus, og informasjon gitt i den forbindelse er ikke del av tilsynet. I de tilfeller der det er fastlegen som igangsetter warfarinbehandlingen må hun/han sikre at pasienten får informasjon om behandlingens formål, aktuelle forhold som kan innvirke på legemiddeleffekten, risikoforhold/aktuelle bivirkninger samt om gjennomføringen av behandlingen. Fastlegen må vurdere om forhold ved pasienten tilsier at pårørende også må informeres og i så fall etter samtykke sørge for informasjon også til disse, jf. pasientrettighetsloven § 3-3.

Pasienten må fra oppstarten av behandlingen utstyres med skriftlig informasjon (INR-kort, ”marevanjournal”) som inneholder aktuell dato og svar på INR-måling med tilhørende dosering av warfarin, samt dato for neste kontroll (blodprøve og kontroll). Pasient – og ved behov også pårørende – må informeres om hvordan kontrollene vil bli gjennomført.

Det må fremgå av journal at nødvendig informasjon om faremomenter ved behandlingen og om gjennomføringen av behandlingen er gitt i forbindelse med oppstart av behandlingen

For pasientgruppen som dette tilsynet omhandler – dvs. pasienter som har bistand fra hjemmesykepleien til legemiddelhåndtering – må det forventes at fastlegen har vurdert hvorvidt warfarinbehandlingen skal administreres av hjemmesykepleien eller av pårørende.

Flere forhold kan i tillegg til INR-svar ha betydning for legens videre dosering, eksempelvis²¹:

- om pasienten har tatt warfarin som forskrevet
- bruk av legemidler som inneholder acetylsalisylsyre
- om pasienten har hatt unormal blødning (hud, urin, avføring, annen blødning) siden siste kontroll
- har startet med nye medisiner siden siste kontroll
- har vært innlagt i sykehus siden siste kontroll

Forhold som er viktige for den videre dosering av warfarin må fremgå av journalen.

Det må foreligge kontrollrutiner som er kjent for pasienten/pårørende og for hjemmesykepleien²²:

²¹ Reikvam Å, Sandset PM, red. Warfarinbehandling i praksis. Tryggere antikoagulasjon. Oslo: Den norske legeforening, 2005. (5.1.2010)

²² Reikvam Å, Sandset PM, red. Warfarinbehandling i praksis. Tryggere antikoagulasjon. Oslo: Den norske legeforening, 2005. (5.1.2010)

- For velinnstilte pasienter – ikke sjeldnere enn hver 4.- 6. uke
- Ved ustabile INR-verdier – individuell tilpasning

Fastlegen må sikre seg å få nødvendige opplysninger om pasienten som har betydning for den videre warfarindoseringen. I utgangspunktet bør pasienten møte til konsultasjon ved hver INR-kontroll slik at fastlegen kan få nødvendige opplysninger fra pasienten selv og evt fra pårørende og /eller hjemmesykepleien.

INR-svar med dato, tilhørende videre warfarindosering samt dato for neste kontroll må formidles skriftlig (på INR-kort, ”marevanjournal”) og muntlig til pasienten og til hjemmesykepleien. Dersom det ikke er mulig å få nødvendig informasjon fra pasienten selv og/eller pårørende må fastlegen sikre seg slik informasjon om pasienten via hjemmesykepleien. INR-svar og videre dosering + tidspunkt for kontroll må formidles skriftlig til hjemmesykepleien.

Fastlegen må kunne redegjøre for hvordan han/hun sikrer systematisk oppfølging av pasientens warfarinbehandling, herunder hvordan dette ivaretas under legens fravær og i forhold til pasienter som ikke møter til avtalte kontroller.

For den enkelte pasient må det fremgå av journal

- hvilket system som er etablert for jevnlig kontroll (INR, dosering, formidling av ev. doseendring)
- hvilke verdier pasientens INR-verdier skal ligge innenfor
- oppdatert oversikt over INR svar og tilhørende dosering.

Fastlegen må ha tilrettelagt for at ev. dosejustering etter INR-kontroll skjer raskest mulig.

Ved oppfølging av pasienter som bruker warfarin må fastlegen ha en ordning for oppfølging av manglende fremmøte, ev. i samarbeid med pårørende eller hjemmesykepleie.

Statens helsetilsyn legger til grunn at det ikke er forsvarlig å legge warfarinbehandling inn i multidoseordningen.

NSAID

Behandling med NSAID hos eldre er forbundet med fare for farlige bivirkninger og det anbefales tilbakeholdenhet med å starte opp med behandling med NSAID hos eldre, jf. punkt 2.1. I de tilfeller at fastlegen har funnet det formålstjenlig å starte behandling med NSAID må pasient – og ved behov pårørende – få adekvat informasjon om aktuelle bivirkninger, farlige legemiddelkombinasjoner og ved hvilke symptomer at lege må kontaktes. Opplysninger om hvilken informasjon (skriftlig/muntlig) som er gitt må dokumenteres i journalen.

Langtidsbehandling med NSAID bør ikke forekomme hos eldre uten i meget spesielle situasjoner²³. Bl.a. kan NSAID-preparater hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon bidra til ytterligere forverring av nyrefunksjonen. Bruken må derfor nøye overvåkes, særlig de første månedene etter at behandlingen er instituert og ved endringer i klinisk tilstand eller øvrig medisinerings²⁴.

Både ved oppstart og ved fast forskrivning av NSAID må oppfølging av pasient med hensyn til effekt og bivirkninger og videre behandling fremgå av journal, herunder også evaluering av nyrefunksjon. Begrunnelse for fast forskrivning må være journalført.

Benzodiazepiner

Ved oppstart av behandling med benzodiazepiner skal det gis grundig informasjon, og lege og pasient bør sammen legge en behandlingsplan og bli enige om behandlingens formål, varighet og slutt. Fastlegen må sørge for å ha tilgjengelig skriftlig informasjon som er tilpasset den aktuelle målgruppen. Opplysninger om hvilken informasjon som er gitt må dokumenteres i journalen.

Aktuelle bivirkninger ved bruk av vanedannende legemidler hos eldre er reduserte kognitive funksjoner, svimmelhet, ustøhet og falltendens. Spesielt overfor eldre pasienter må en bevisst og aktiv seponeringspolitikk gå inn som en viktig del av den kliniske virksomhet. Hos eldre er seponering en like viktig del av legemiddelbehandlingen som forskrivning.

Ved fast forskrivning av benzodiazepiner eller z-hypnotika, bør det fremgå av journalen at legen har tatt opp med pasienten mulige bivirkninger som ledd i motivering for nedtrapping. Reseptfornyelse bør ikke forekomme uten konsultasjon. Telefonresept kan bare unntaksvis aksepteres (for eksempel til hjemmebundne pasienter der hjemmetjenesten gjør det mulig for legen å vurdere behovet for fortsatt forskrivning).

5.3 Fastlegens samarbeid med hjemmesykepleien og med apoteket

Denne delen av tilsynet undersøker om fastlegen oppfyller krav til samarbeid med hjemmesykepleien knyttet til pasientenes legemiddelbehandling. Aktuelle momenter når det gjelder samarbeid med hjemmesykepleien:

- Fastlegens tilgjengelighet for samarbeid
- Samarbeid om legemiddelhåndteringen
- Samarbeid om oppfølging av pasienter som behandles med kritiske legemidler, herunder dette tilsynets ”markører”

²³ Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); Stockholm: 2009. (6.1.2010)

²⁴ Polyfarmasi hos eldre. NEL. (6.1.2010)

I denne delen av tilsynet undersøkes også om fastlegen oppfyller krav når det gjelder samarbeid om multidose med apotek og med hjemmesykepleien i de kommuner som har innført denne ordningen som del av legemiddelhåndteringen.

Fastlegen har etter § 7 i fastlegeforskriften ansvar for planlegging og koordinering av undersøkelse og behandling. Fastlegen plikter etter helsepersonelloven § 4 krav om forsvarlig og omsorgsfull hjelp å følge opp pasienter ut fra situasjon og behov, herunder eventuelt samarbeide med annet kvalifisert personell etter bestemmelsens andre ledd. Dette gjelder også i forhold til samarbeid med andre tjenester som hjemmesykepleien, for eksempel når det gjelder deres bistand med legemiddelhåndteringen.

For å forhindre medisineringsvikt bør det etableres et nært samarbeid mellom lege, pasient og pasientens støtteapparat – pårørende og de ulike serviceledd i eldreomsorgen²⁵. Fastlegen bør se det som sitt ansvar å bidra til at det tverrfaglige samarbeidet om pasientens bruk av legemidler fungerer godt²⁶. Undersøkelser har vist at faren for feilmedisinering er stor dersom fastlegen ikke har gode rutiner for å informere hjemmesykepleien om alle endringer av legemidler som hjemmesykepleien administrerer for pasienten. For det økende antallet hjemmeboende eldre hvor hjemmesykepleien administrerer medisineringen, er det spesielt viktig at fastlege og hjemmesykepleien regelmessig har kontakt for gjensidig oppdatering av hva slags legemiddelregime som skal gjelde for felles pasienter²⁷. Fastlegen har også behov for et godt samarbeid med hjemmesykepleien fordi det ofte pga pasientens tilstand er vanskelig for legen å formidle tilstrekkelig informasjon om legemiddelbehandlingen direkte til pasienten. Jevnlige samhandlingsmøter mellom fastlegene og hjemmetjenestene om felles pasienter er påpekt som et svært nyttig tiltak for å sikre god kommunikasjon og samhandling omkring legemiddelhåndteringen²⁸.

Det påhviler hver enkelt aktør i helsetjenesten å samarbeide i henhold til kravene om faglig forsvarlighet, sentralt fastlagte retningslinjer og lokal prosedyrer. I kommuner der det er utarbeidet rutiner for samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene om legemiddelhåndteringen, forutsettes det at fastlegen lojalt følger opp disse. Det vises her også til kap. 4.0.

Kommunen og fastlegen skal ha utarbeidet felles rutiner / prosedyrer for samarbeidet mellom fastlegene og hjemmetjenestene samt apotekene der det er innført multidose.

²⁵ Polyfarmasi hos eldre. NEL. (6.1.2010)

²⁶ Jf. Hunskaar S, red. Allmenmedisin. Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2003: 44 og 723

²⁷ Eldre og legemidler. Norsk legemiddelhåndbok kap G10 (5.1.2010)

²⁸ Nyen B et al. Gjennomgang og forbedring av arbeidet med multidose i Larvik kommune. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15/ 2009. Oslo: Kunnskapssenteret, 2009. (5.1.2010)

5.3.1 Fastlegens tilgjengelighet for samarbeid

En av forutsetningene for å få til et fungerende samarbeid er at begge parter har tilstrekkelig tilgjengelighet for kommunikasjon om felles pasienter. Drøfting av felles pasienter kan foregå i faste møter og/eller om enkeltpasienter fra sak til sak.

Med utgangspunkt i fastlegens plikt til å følge opp pasienten ut fra situasjon og behov, jf. hlspl. § 4 (se ovenfor), må fastlegen organisere sin praksis slik at nødvendig samarbeid med hjemmesykepleien om den enkelte pasient kan gjennomføres. Det forutsettes at fastlegen har lagt til rette for å være tilgjengelig for beskjeder fra hjemmesykepleien og har en rimelig tilgjengelighet for drøfting av felles pasienter når hjemmesykepleien har behov for dette.

Fastlegen må organisere sin praksis slik at beskjeder om reseptbestillinger håndteres innen rimelig tid og at også øvrige forespørsler fra hjemmesykepleien vedrørende felles pasienter og deres legemiddelbehandling kan bli håndtert på en forsvarlig måte.

Samarbeidet kan både skje etter generelle kjøreregler, generelle avtaler eller fast forankret tradisjon og ved behov for den enkelte pasient etter individuell "avtale" eller faste mønstre. Poenget er at fastlegen må ivareta et forsvarlig samarbeid ift. å bidra til felles kjøreregler generelt som en del av kommunehelsetjenesten hvor ansvaret primært ligger på kommunene, men legen må også gjennomføre et forsvarlig samarbeid om enkeltklienter som ligger på legen, jf. hlspl. § 4 andre ledd.

Samarbeidet om felles pasienter må fra fastlegens side være forutsigbart, slik at hjemmesykepleien vet hvor de kan henvende seg ved fastlegens fravær (ferie, kurs, sykdom).

Forut for tilsynet må det innhentes informasjon fra kommunen om eventuelle avtaler som er gjort når det gjelder samarbeid mellom hjemmesykepleie og kommunens fastleger.

Statens helsetilsyn legger til grunn at fastlegen må sikre at egen praksis er organisert og drives på en slik måte at det er tilstrekkelig og forutsigbar tilgjengelighet for nødvendig samarbeid med hjemmesykepleien, jf. hlspl. § 4 andre ledd og fastlegeforskriften § 4.

Felles ordninger for kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom kommunens fastleger og hjemmetjenesten etterleves.

5.3.2 Fastlegens samarbeid med hjemmesykepleien om legemiddelhåndteringen

Krav om samarbeid om legemiddelhåndteringen følger av hlspl. § 4. For pasienter som har bistand fra hjemmesykepleien når det gjelder legemiddelhåndtering, er det nødvendig at fastlegen bistår med oppdatert korrekt informasjon om legemidlene som pasienten bruker.

Fastlegen må straks sørge for å informere hjemmesykepleien om alle rekvireringsendringer som fastlegen selv foretar eller som fastlegen blir gjort kjent med via mottatte epikriser etc.

Informasjon fra fastlegen til hjemmesykepleien om endring av den enkelt pasients legemidler, som endringer av dosering og/eller administrasjonsform, nye legemidler eller seponeringer skal av sikkerhetshensyn som hovedregel formidles skriftlig (elektronisk, per faks eller per post). Midlertidige muntlige avtaler mellom lege og hjemmesykepleien om tilsvarende forhold skal alltid bekreftes skriftlig få dager i ettertid.

Fastlegen må sikre at det formidles tilstrekkelig informasjon om bruksrettledning og bruksområde for det enkelte legemiddel. Dersom slik informasjon ikke angis på resepten må fastlegen kunne godtgjøre at tilsvarende informasjon er formidlet på annen måte til hjemmesykepleien.

Fastlegen må ved tilsynet kunne godtgjøre at han/hun har ordninger som sikrer denne informasjonsoverføringen til hjemmesykepleien.

5.3.3 Fastlegens samarbeid med hjemmesykepleien om pasienter som behandles med kritiske legemidler (jf. tilsynets "markører")

Det følger av helsepersonelloven § 4 at legen tar beslutningen i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient i konkrete behandlingssituasjoner. Fastlegen har ansvar for planlegging og koordinering av behandlingen av pasienter på sin liste, jf. fastlegeforskriften § 7. For pasienter som mottar tjenester fra hjemmesykepleien, herunder bistand med legemiddelhåndteringen, er det derfor like fullt fastlegens ansvar å følge opp legemiddelbehandlingen på en forsvarlig måte.

Når fastlegen finner at det er nødvendig av hensyn til oppfølgingen av legemiddelbehandlingen at hjemmesykepleien observerer og rapporterer om særlige forhold vedrørende pasienten, må også dette formidles skriftlig til hjemmesykepleien, jf. ovenfor. Dette kan gjelde spesielle/uvanlige legemidler og forhold knyttet til effekt av nylig oppstartet behandling hos den enkelte pasient, utvikling over tid av mulige bivirkninger, pasienter som er i ustabile faser hva gjelder sykdommen og/eller behandlingen av denne, dvs. forhold som det er viktig at hjemmesykepleien er særlig oppmerksom på og følger opp. Samarbeidet må baseres på enighet om felles "kjøreregler", jf. ovenfor. Fastlegen kan ikke instruere kommunens hjemmesykepleie, de er ikke underordnet legen etter hlspl § 4 andre ledd. På basis av ordninger for samarbeid kan fastlegen anmode om at hjemmesykepleien foretar observasjoner og rapporteringer som legen har behov for som ledd i sin oppfølging av pasientens legemiddelbehandling.

Fastlegen må ha ordninger for å informere hjemmesykepleien om forhold vedrørende legemiddelbehandlingen som det av medisinske grunner er viktig (nødvendig) at hjemmesykepleien følger opp og rapporterer om til fastlegen. Slik informasjon må formidles skriftlig, men kan om nødvendig først formidles muntlig og da etterfølges av skriftlig informasjon. Det må være avklart fra fastlegens side hvordan hjemmesykepleien skal melde tilbake til fastlegen om de aktuelle forholdene.

Det må fremgå av journal at hjemmesykepleien er involvert i oppfølgingen av legemiddelbehandlingen, herunder hvilke tilbakemeldinger hjemmesykepleien gir.

Dersom fastlegen bygger sin oppfølging av pasientens legemiddelbehandling på bestemte tiltak fra hjemmesykepleien og så erfarer at disse tiltakene ikke blir gjort, må fastlegen vurdere om behandlingen kan fortsette, eventuelt etter oppfølging overfor hjemmesykepleien. Fastlegen bør også ta dette opp med hjemmesykepleien og ved svikt av mer generell art foreslå at spørsmålet tas opp i samarbeidsutvalget eller andre kommunale fora.

Polyfarmasi

I forbindelse med gjennomgang av pasientenes totalmedikasjon vil fastlegen kunne ha behov for informasjon fra hjemmesykepleien om pasientens tilstand, herunder om mulige bivirkninger. Det stilles ikke krav om at fastlegen rutinemessig samarbeider med hjemmesykepleien om oppfølgingen av denne pasientgruppen. Men dersom fastlegen har basert sin oppfølging av pasienten på samarbeid med hjemmesykepleien og dette ikke fungerer som forutsatt, må det fremgå av journalen hvilke tiltak fastlegen har gjort.

Det vises her til krav under punkt 5.2.2 om årlig gjennomgang / vurdering av denne pasientgruppens totalmedikasjon, som forutsetter at fastlegen har en oppdatert status om pasientens tilstand.

Warfarin

Oppfølging av warfarinbehandlingen forutsetter et avklart og fungerende samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie, både når det gjelder kontroller, formidling av prøvesvar og doseendring og informasjon fra hjemmesykepleien til fastlegen om evt. legemiddelrelaterte problemer (bivirkninger etc.).

Dersom fastlegen vurderer at hjemmesykepleien ikke følger opp sine oppgaver på en betryggende måte, må fastlegen vurdere om behandlingen bør opphøre.

5.3.4 Fastlegens ansvar og oppgaver i multidoseordningen, herunder samarbeid med apoteket

Multidoseordningen innebærer for fastlegen spesielle samarbeidsoppgaver og utfordringer i forhold til lokalt apotek og til kommunens hjemmesykepleie. For bakgrunnsstoff om multidose vises til kap. 5, vedlegg 3.

Når kommunen har innført multidoseordning for brukere av hjemmetjenesten, vil denne ordningen også få konsekvenser for fastlegen. De praktiske ordningene innen multidosesystemet bygger på generell avtale mellom kommune og samarbeidende apotek og individuelle avtaler mellom hjemmetjenesten og den enkelte bruker av denne. Multidosesystemet er lite fleksibelt ved at justeringer av pasientens legemidler i utgangspunktet kun kan foretas med visse intervaller (vanlig 3 uker).

For brukere (pasienter) som benytter seg av ordningen, vil det foreligge en skriftlig avtale som legen enten får kopi av til orientering, eller selv må godkjenne med sin påskrift.

I utgangspunktet vil utskrift av legemiddeloversikt fra pasientjournalen gjelde som resept overfor apoteket, dersom ikke apoteket sender sitt multidoseordinasjonskort til fastlegen for signering. En slik legemiddelliste vil som en annen resept være gyldig i inntil ett år.

Skriftlige bekreftelser av ny forskrivning, seponering eller doseendring kan skje ved at legen sender resept eller ny legemiddeloversikt, eller at apoteket sender sitt oppdaterte multidose ordinasjonskort tilbake for signering.

Risiko for svikt ved bruk av multidose er knyttet til at ustabile og svært dårlige pasienter tas inn i ordningen og derved risikerer å få legemiddelbehandling som ikke er tilpasset deres medisinske tilstand dersom denne krever hyppige revurderinger og endringer av legemiddelbehandlingen.

Fastlegen har ansvaret for pasientens legemiddelbehandling og derved også for å vurdere og ta beslutning om det er faglig forsvarlig at pasienten er del av et multidosesystem. Fastlegen må melde fra dersom han/hun ut fra medisinskfaglige vurderinger finner at det ikke er forsvarlig å benytte multidose til en bestemt pasient eller for bestemte deler av pasientens legemidler.

Fastlegen har også ansvaret for utformingen av opplysninger som han/hun sender til apoteket, jf. at journalens legemiddelliste blir benyttet som resept i multidoseordningen.

I forbindelse med at en pasient inngår avtale med hjemmetjenesten om multidose, må fastlegen sikre seg at

- pasientens tilstand er stabil nok til at det vil være faglig forsvarlig å gå inn i multidoseordningen
- de legemidler som står på legemiddellisten er egnet som fast medikasjon
- legemidler som fastlegen anser som uegnet for multidose ikke blir tatt inn i ordningen selv om de står oppført på legemiddellisten. Dette gjelder for eksempel warfarin.
- det fremgår tydelig om eventuelt-medisiner skal stå på listen og kan utleveres via hjemmetjenesten uten egen resept (NB vanedannende legemidler) ELLER: legemidler som er forskrevet som eventuelt-medisin blir utlevert til pasienten på egnet måte
- den elektroniske pasientjournalen inneholder en fast oppdatert og samlet legemiddeloversikt. Fastleger som ikke holder egen legemiddelliste à jour risikerer å bidra til feil i legemiddelbehandlingen.
- det går melding fra fastlegen til apoteket ved ny forskrivning, seponering og doseendringer. Meldingen må være skriftlig, evt. gis per telefon og senere bekrefte skriftlig.
- ved endringer som meldes apoteket må tilsvarende beskjed også gis skriftlig til kommunens hjemmetjeneste. Ved endringer som haster, må meldingen gis først muntlig.
- det gjøres klare avtaler om hvordan forskrivningen skal fornyes. Dette kan enten skje ved at legen selv sender legemiddelliste til apoteket når resepten skal fornyes,

eller ved at apoteket har rutiner med å sende sitt oppdaterte multidose ordinasjonskort til ny signering.

Fastlegen må ha ordninger som sikrer at hun/han etterlever forhold som nevnt ovenfor.

Pasienter som har bistand ved legemiddelhåndteringen og derved er med i multidoseordningen, vil generelt være sykere og mer svekket enn andre pasienter. Det er viktig at fastlegen sikrer at legemiddelforskrivningen er forsvarlig ved å ha ordninger for kontakt og samarbeid med helsepersonell som har ansvaret for å gi legemidlene og er kvalifisert til å observere pasienten når det gjelder virkning og bivirkning. I tillegg må fastlegen sikre evaluering av legemiddelforskrivningen ved egen kontakt med pasienten (årlig, halvårlig eller oftere), jf. punkt 5.3.

For de pasienter som er med i multidoseordningen må fastlegen sikre at dette fremgår av pasientjournalen. Begrunnelsen for dette kravet er at journalens legemiddelliste benyttes som resept i kommunikasjonen med apoteket (avhengig av utforming av lokal avtale mellom apotek og kommune). Opplysning om deltakelse i multidoseordningen anses som en nødvendig påminning for fastlegen og som informasjon for evt. andre som skal benytte journalen, jf. journalforskriften § 8.

6 Vedlegg

Vedlegg 1: Aktuelle definisjoner

Legemiddelbehandling

*Fra Legemiddelmeldingen*²⁹:

”Riktig diagnose er den grunnleggende forutsetning for riktig legemiddelbruk. Det er i diagnosefasen at behovet for behandling og behandlingsmålene fastsettes. Det er ofte gitt retningsgivende kriterier for når behandling bør settes inn.

Formålet med all legemiddelbehandling er at pasientens helse skal bli bedre. For at dette skal være mulig, må tre forutsetninger være oppfylt. For det første må legen stille riktig diagnose ut fra gode kriterier. For det andre må legen velge riktig behandling, enten det er med legemidler, annen behandling eller en kombinasjon av disse. For det tredje må pasienten etterleve den behandlingen som blir foreskrevet av legen.”

*Fra Definisjonskatalog for allmennlegetjenesten*³⁰

”Medisinsk behandling av sykdom med legemiddel(er). Legemidlet kan enten bli administrert av legen selv eller ved at pasienten får utskrevet resept.”

Legemiddelhåndtering mv.

Fra Forskrift om legemiddelhåndtering i virksomheter som yter helsehjelp § 3.

”Definisjoner:

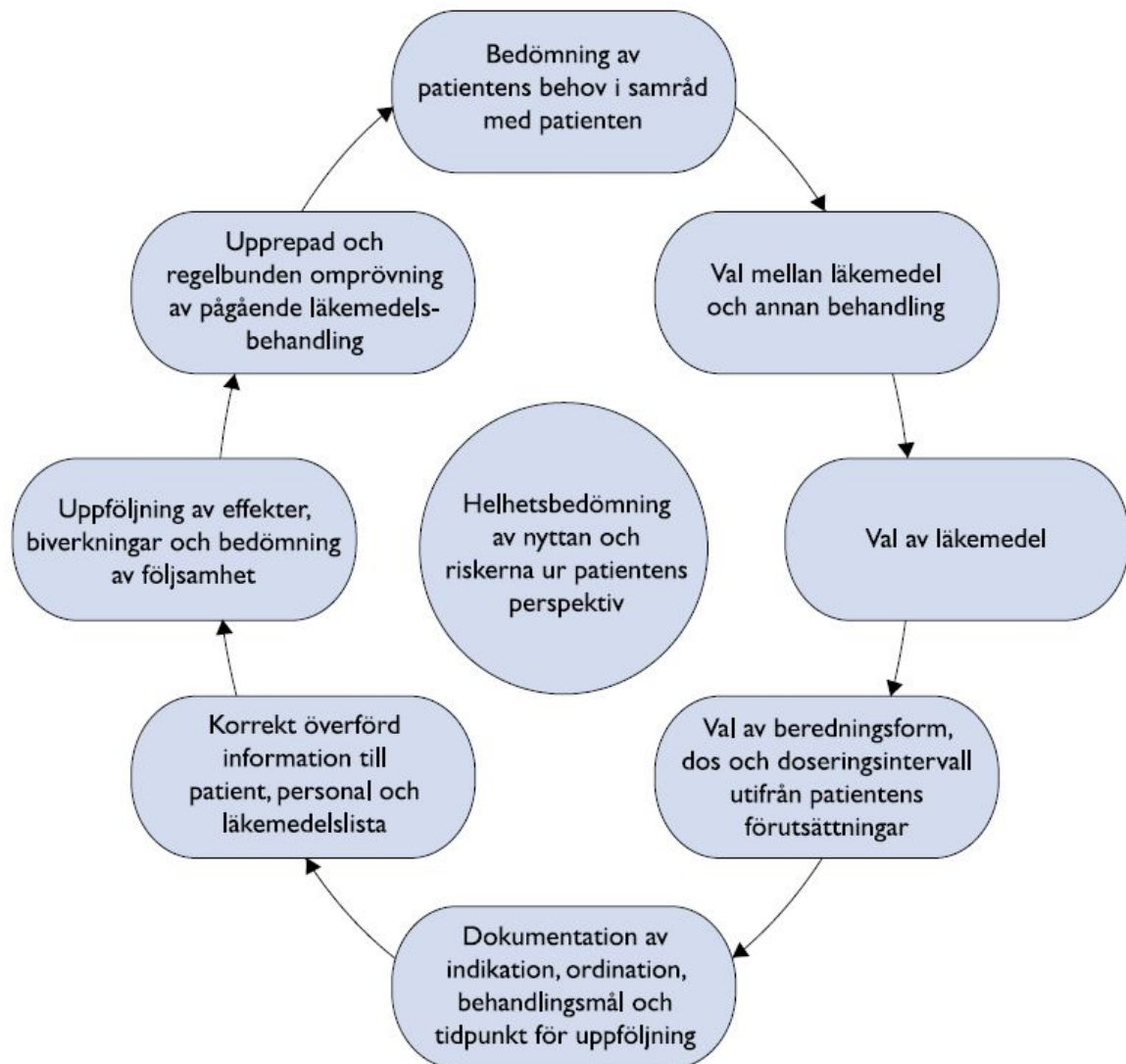
- a) *Legemiddel*: Legemidler og farmasøytiske spesialpreparater som definert i § 2-1 til § 2-6 i
- b) *Legemiddelhåndtering*: Enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt.
- c) *Rekvirering*: Muntlig, skriftlig eller elektronisk bestilling av legemidler ved resept eller rekvisisjon jf. forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 1-3.
- d) *Ordinering*: Når rekvirert bestemmer individuell bruk av legemiddel samt dosering og dette journalføres.
- g) *Utdeling*: Utdeling av legemiddel til pasient, administrering av legemiddel som pasienten ikke kan administrere selv, overvåkning av legemiddelinntak og observasjon av eventuelle umiddelbare reaksjoner på tilført legemiddel.
- k) *Legemiddelkompetanse*: Medisinsk- eller farmasifaglige kvalifikasjoner”

²⁹ St.meld. nr. 18 (2004-2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Kap 3.2. Nærmere om riktig legemiddelbruk. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?id=406517> (6.1.2010)

³⁰ Definisjonskatalog for allmennlegetjenesten. <http://www.volven.no/Produkt.asp?id=5&catID=1> (6.1.2010)

Vedlegg 2 Legemiddelbehandling – en sirkulær prosess

Legemiddelbehandlingen av eldre kan framstilles som en sirkulær prosess der alle ledd er like nødvendige (figur 1). I følge nyere studier og kunnskapsoppsummeringer må tiltak rettes mot alle ledd, og innsatsen kan ikke begrenses til enkelte ledd eller avsnitt av prosessen³¹. Alle leddene i en slik kjede er ikke relevante for et tilsyn med den enkelte fastlegens legemiddelbehandling. Men sirkelen er nyttig som bakgrunn i forhold til valgene av deltema ved dette tilsynet.



³¹ Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2009. (6.1.2010)

Fig 1. Legemiddelbehandling av eldre – skjema for helhetsbedømming. Kilde: Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); Stockholm: 2009.

Bakgrunnsstoff om multidoseordningen.

I forbindelse med Veileder for tilsyn med fastlegens legemiddelbehandling av eldre som mottar helse- og omsorgstjenester Statens helsetilsyn – Internserien 5/2010.

Legemiddelmeldingen og Helsedirektoratet

Multidose er omtalt som ett av tiltakene i Legemiddelmeldingen, St.meld. nr. 18 (2004-2005) ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk”. Departementet ønsket å stimulere til økt bruk av multidose og ga Helsedirektoratet en rekke oppdrag knyttet til dette.

Helsedirektoratet har en egen nettside om multidose, med bl.a. opplysninger om tilskuddsordning ved innføring av multidose. Her finnes også to skriv som lister opp rutiner/prosedyrer og ansvar, bl.a. for fastlegen, ved henholdsvis oppstart og ved drift av multidoseordningen.

(http://www.helsedirektoratet.no/legemidler/legemiddelmeldingen/multidose_78015)

Rapport fra Kunnskapsenteret

Pleie- og omsorgstjenesten i Larvik kommune innførte multidosepakkelegemidler i 2001. Fordi man opplevde at hele kvalitetsgevinsten som lå i ordningen ikke ble tatt ut, startet kommunen et forbedringsprosjekt i 2005. I en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter beskrives et kvalitetsutviklingsprosjekt om multidose i Larvik kommune. Rapporten konkluderer med at for å opprettholde god etterlevelse og stabilt god kvalitet i et så komplekst område som legemiddelhåndtering og multidose, må det utvikles en kultur hvor det meldes fra når noe i systemet ikke fungerer som det skal. De mest sentrale legemiddelhåndteringsdokumenter i Larvik kommunes kvalitetssystem ligger som vedlegg til Kunnskapssenterets rapport: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/6512.cms>

Risiko for svikt ved multidosesystemet – en del viktige momenter. Listen er utarbeidet i forbindelse med arbeidet med veilederne for tilsyn med kommunale tjenester til eldre 2010.

- U stabile pasienter tas med i ordningen
- Samleresept (=legemiddeloversikt) som gjelder som resept er mindre spesifikk enn vanlig resept når det gjelder informasjon til bruker
- Bruk av både multidose og dosett for samme pasient. Hjemmetjenesten vil være pådriver for å inkludere flest mulig legemidler i multidosesystemet for å få størst mulig rasjonaliseringsgevinst. Dette kan komme i konflikt med ønske om hyppige doseendringer på bakgrunn av revurderinger
- Fastlegen holder selv ikke legemiddeloversikten til enhver tid a jour
- Hjemmetjenesten orienterer ikke fastlegen om endringer foretatt av andre leger (sykehus, poliklinikker, private spesialister, legevakt), jf. krav i legemiddelforskriften. Sykepleietjenesten i kommunene tenderer mot å utvikle enkelte ”særtjenester”: Kreftsykepleiere og psykiatriske sykepleiere danner egne underkulturer som pga. økt kompetanse lettere forholder seg til hhv kreft-/palliative enheter og psykiatriske avdelinger/poliklinikker. Endringer i legemiddelbehandlingen foretatt av spesialisthelsetjenesten kan derfor lett bli forskrevet og formidlet til kommunal sykepleietjeneste uten at fastlegen informeres eller at fastlegen får svært sen beskjed (sene epikriser)

- Treghet i endringer i systemet pga pakking av doseposer hver 3. uke. Lite egnet i behandlingen av dårlige eller ustabile pasienter som krever stadige endringer i forskrivningen
- Risiko for unødig tilleggsforskrivning på egne resepter (dobbeltforskrivning), særlig vanedannende legemidler (NB legevikarer)
- Risiko for feil når hjemmetjenesten må fjerne legemidler fra doseposer pga (midlertidige) endringer av dose
- Fastlegen gir ikke melding til apoteket når endringer foretas (pr. telefon, faks, elektronisk resept eller brev), men gir vanlig resept
- Fastlegen sørger ikke for å fornye samleresepten årlig, evt. unnlater å evaluere legemiddelbehandlingen når samleresepten fornyes
- Apoteket lar flere leger enn fastlegen legge til, fjerne eller endre legemidler i multidose
- Apoteket unnlater å be fastlegen bekrefte fast forskrivning i multidose ved faste intervaller (halvårlig, årlig)
- Mangelfulle omforente rutiner for hjemmetjeneste, apotek og fastleger kan skape illojalitet til ordningen.