

Betre medikamentforskriving

Sogndal Legesenter

Sogndal Legesenter har 7400 pasientar, dei er i hovudsak kjende listepasientar. Senteret har åtte legar og ein turnuslege, til saman om lag fem kurative årsverk, og 11 medarbeidarar i 5,8 årsverk

Forbetringsgruppa

Helsesekretær Tone Merete Hagen (tilretteleggjar)

Medarbeidar Aase Hegland

Kommunelege Per Stensland

Tidlegare røynsle med kvalitetsbetring

Kontoret har kvalitetshandbok, system for interne evalueringmøte og har gitt ut årsrapport dei siste 10 åra.

Kvifor prosjekt på medikamentforskriving?

Fordi det er ein viktig kvalitetsindikator på kvalitet i fag og samhandling.

Det er mogeleg å definere optimalt resultat:

- Sikker forskriving (korrekt medisin, rett dose og mengd, oppdatering av faste medisinar, utfylt kortdosering som gir rett frå-til-dato, synonympreparatforvirring)
- Økonomi: Rett resept i forhold til punkt og paragraf
- Ventetid: Ventetid på utskrift - Ventetid på signering
- Nøgde pasientar: Redusert ventetid og god kvalitet

Ved kontoret vert det utstedt om lag 15 000 reseptar årleg. Nokre pasientar går fri for medisin, – og vil ha resepten straks. For å få størst mogeleg effekt, hadde vi ein ambisjon om å fordele kvalitetsarbeidet på fleire legar og medarbeidarar ved legesenteret.

Medikamentforskrivinga ved kontoret vart analysert gjennom teikning av eit prosesskart (sjå neste side):

Fornyng av reseptar til kjende listepasientar, legekantoret i Sogndal

Oppgave: Å fornye reseptar til kjente listepasientar
Målsetting: Pasientane får korrekt utfylt resept på rett medisin til avtalt tid. Pasientane har samordna årsresept med felles dato for alle reseptane. Medisinkortet er alltid oppdatert



Utgangsdata

Vi diskuterte korleis vi skulle definere feil ved medikamentforskriving. Resultatet var ei inndeling av feil der vi konsentrerte arbeidet om dei to øvste av desse kategoriane:

1. Alvorlige feil:

- Gal medisin til pasient

2. Intern samhandlingsavvik:

- Faste medisinar ført feil i journal
- Medikament ved behov ført feil i journal
- Kortdosering for B resept ført feil i journal

3. Ikkje-feil:

- Manglande reiterering. Vanskeleg å skilje mellom rett og gal reiterering - nokre reseptar skal ikkje reitererast.
- Årsresept ikkje gitt ut (dvs ikkje reiterert resept)

Ut frå desse kriteria kontrollerte vi alle reseptane ved kontoret i ei veke i mai 2005. I alt vart det skrive ut 476 reseptar. Mellom desse fant vi eit tilfelle av at ein pasient hadde fått gal medisin. Det var samhandlingsavvik i 84 reseptar (17,6 prosent).

Tal feil og avvik funne i 476 reseptar i ei veke i mai 2005		
Av legar	Av medarbeidarar	Av apotek
30 (6,3 %)	41 (8,6 %)	13 (2,7 %)

Forbetringsiltak

Med desse utgangsdata fekk vi ein diskusjon om korleis vi skulle prioritere slik at vi sette inn kreftene på å forbetre dei prosessane som trong det mest.

Krav til legane:

- Fastlegen har ansvar for oppdatering av faste medisinar
- I konsultasjonane: Gjennomgå innkommande epikrisar
- Ta stilling til alle medisinbestillingar der det ikkje ligg føre faste medisinar

Krav til medarbeidarane:

- Ikkje skrive ut resept (heller ikkje for vurdering) før sikker informasjon
- Oppdaterer kortdoseringar

Krav til pasientane:

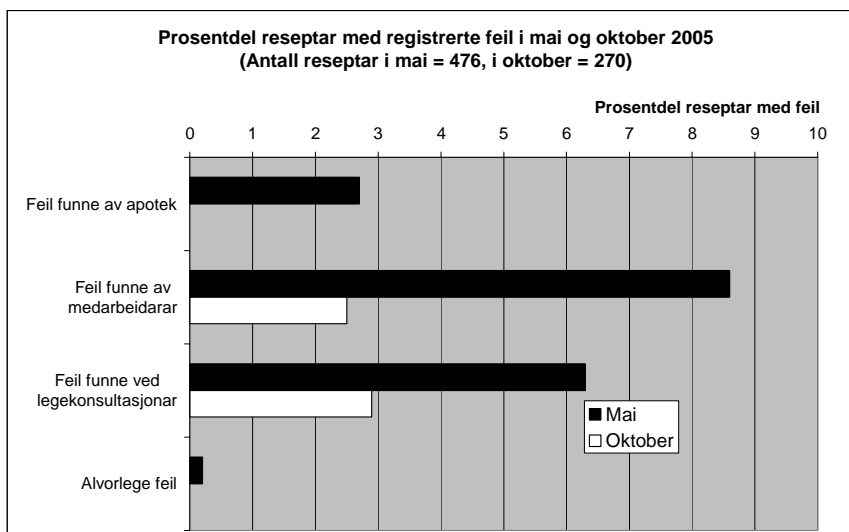
- Fulle ut skjema om medisinbestilling

Vi brukte måndagsmøta til å oppdatere forbetringstiltaka og diskutere framdrifta i prosjektet.

Resultat

Registreringa av reseptar med feil og avvik vart teke opp att i ei veke i oktober.

Samanlikna med registreringa i mai var det ei tydeleg forbetring:



Vi hadde oppnådd betre samhandling ved reseptproduksjon og betre kvalitet på reseptane. Prosentdelen av feilfri reseptar auka frå 85 til 94! Vi fekk også betre kvalitet på registreringar i pasientjournalane om faste medisinar og medisinar ved behov.

Ein spin-off-effekt var at medarbeidarar og legar lærte å drive ein felles læringsprosess. Alle deltok i forbetningsarbeidet og i nyttige diskusjonar etter registreringane.

Gjennomføring av forbetningsarbeidet

Med sikte på å fordele ansvar for framdrift, var ideen at ulike legar og medarbeidarar skulle møte på samlingane med dei andre kontora og at ansvaret for framdrifta skulle delast. Tilretteleggjar skulle vere fast. Dette fungerte ikkje optimalt. Røynslene er at to legar og to medarbeidarar bør leie ein slik prosess i kontoret.

Vi fikk mykje god hjelp av Fylkesmannen undervegs. Tilretteleggjar og lokal gruppe måtte bruke langt meir enn måndagsmøta. I eventuelle seinare prosjekt må ein rekne at dette krev arbeid for ein tilretteleggjar aleine, for gruppa i lag og i fellesmøte.

Røynsle med læringsnettverk

Det fungerte godt å lære i saman med og samtidig med legar og medarbeidarar frå andre kontor. Vi kunne hatt grundigare diskusjonar på leiing og relevant metode i starten. Metodediskusjonen må vere basert på røynsler frå primærhelsetenesta og frå små prosjekt.

Læringsnettverket er no etablert. Det er lettare å ta kontakt om praktiske røynsler ved andre kontor. Vi har lært mykje av dei andre prosjekta og endra praksis på nokre punkt som følgje av at vi har følgd arbeidet på andre kontor.

Ingenting går av seg sjølv. Forbetningsarbeid krev ressursar og tid.