

# KOMPETANSE FOR KLINISKE FARMASØYTER I NORGE

NASJONALT SAMARBEID OM KLINISK FARMASI - IMM



# SAMMENDRAG

Sykehusapotek i Norge samarbeider om klinisk farmasi. Det er nedsatt en arbeidsgruppe for kompetanse, og mandatet var å sette læringsmål for kliniske farmasøyter samt å utarbeide en oversikt over konkrete kompetansehevende kurs og trening som tilfredsstillter krav innen aktuelle kompetanseområder.

Gruppen peker på kompetanseområder som er viktige for utøvelsen av de ulike arbeidsoppgavene i IMM (legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang, legemiddelsamtale og utskrivning). Kompetanseområdene er utdypet og begrunnet i forhold til oppgavene, og læringsmål er definert. Til hvert av læringsmålene angis kurs og kompetansehevende tiltak som kan dekke behovet. For noen kompetanseområder anser gruppen at tilbudet av relevante kurs/kompetansehevende tiltak kunne vært bedre. Dette gjelder særlig innenfor områder som kommunikasjon, etikk og formidling av bivirkninger og risiko, men også for enkelte pasientgrupper; for eksempel geriatri.

## Legemiddelsamstemming

Arbeidet med å framskaffe en komplett oversikt over pasientens aktuelle legemiddelbruk kan utføres av kliniske farmasøyter i samarbeid med annet helsepersonell, men farmasøyten kan også være en ressursperson for opplæring når annet helsepersonell har ansvaret for å utføre oppgaven. Det er identifisert seks kompetanseområder, som man anså som viktige for å utføre oppgaven:

- Kunnskap om metode inkl organisering av helsevesenet og etikk
- Kunnskap om journal
- Praktisk legemiddelkunnskap
- Kunnskap om kommunikasjon med pasient/helsepersonell
- Kunnskap om etterlevelse ( «adherence»)
- Hygiene, HMS

## Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang utføres etter en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk med hensyn til effekt, indikasjon og sikkerhet. Åtte kompetanseområder er identifisert:

- Farmakoterapi, interaksjoner og bruk av informasjonskilder (Evidensbasert medisin)
- Praktisk legemiddelkunnskap og legemiddelforsyning
- Tilberedning, administrering, væsketerapi og ernæring
- Monitorering av effekt og bivirkninger
- Etterlevelse
- Kommunikasjon med helsepersonell
- Kunnskap om journalsystem/journalføring
- Arbeidsmetodikk/metode legemiddelgjennomgang

## Legemiddelsamtale/Veiledningssamtale

En legemiddelsamtale er en dialog på pasientens premisser, mens en veiledningssamtale i større grad er basert på å sikre overføring av informasjon om legemiddelbruk fra farmasøyt til pasient. Begge samtaletyper kan være relevante. Det er identifisert fire aktuelle kompetanseområder:

- Metode inkludert kommunikasjon
- Etterlevelse

- Farmakoterapi og håndtering av bivirkninger
- Kunnskap om journalføring

Ved utskriving fra sykehus, skal informasjonsoverføring om legemiddelforskrivning til pasient og ansvarlig behandler sikres. Oppgaven er ikke standardisert i IMM i Norge, men elementer som naturlig inngår er: samstemming, skriftlig og/eller muntlig informasjon (utskrivingsamtaler), samt sikring av kontinuerlig legemiddelbruk etter utskriving. Kompetanseområder identifisert er:

- Kommunikasjon
- Praktisk legemiddelkunnskap, legemiddelforsyning og samhandling mellom ulike omsorgsenheter
- Kunnskap om journallesing og journalføring
- Etterlevelse
- Farmakoterapi
- Organisering av helsevesenet

Kompetansehevende tiltak, som for eksempel kollegaveiledning, felles pasientkasusgjennomganger og hospitering er etter gruppens vurdering en god måte å vedlikeholde og heve kompetanse på. Forslag til praktisk gjennomføring av slike tiltak er også beskrevet i rapporten.

# Innhold:

1.	Mandat.....	5
2.	Deltakere og omfang.....	5
3.	Innledning.....	5
4.	Integrated Medicines Management (IMM).....	6
5.	Utøvelse av klinisk farmasi i Norge i dag.....	7
6.	Oppgavebeskrivelse og kompetansebehov.....	8
6.1	Legemiddelsamstemming ved innleggelse.....	8
6.2	Legemiddelgjennomgang.....	9
6.3	Legemiddelsamtale.....	12
6.4	Utskrivning.....	13
7.	Vurdering av den enkelte farmasøyts kompetanse.....	15
8.	Utvikling av kompetanse hos erfarne kliniske farmasøyter.....	15
9.	Skikkethet.....	16
10.	Referanser.....	17
11.	Vedlegg.....	17

# 1. MANDAT FOR 'ARBEIDSGRUPPE KOMPETANSE'

«Arbeidsgruppe for kompetanse» er en arbeidsgruppe nedsatt av direktørkollegiet i de fire regionale sykehusapotekforetakene som en del av det nasjonale samarbeidet om klinisk farmasi i Norge.

Oppdraget til gruppen var å utarbeide:

- Læringsmål for kliniske farmasøyer
- En oversikt over konkrete kompetansehevende kurs/trening som tilfredsstillende krav innen områdene klinisk kommunikasjon, klinisk farmakoterapi og metodeopplæring.

Gruppen skulle ta utgangspunkt i allerede eksisterende kurs/programmer/utdanninger, komme med eventuelle forslag til ytterligere behov for kompetansehevende tiltak og foreslå hensiktsmessig fordeling av eventuelle bidrag fra de ulike regionene/sykehusapotekene. Innholdet i nye program/kurs skulle beskrives.

## 2. DELTAKERE OG OMFANG AV ARBEID

Arbeidsgruppen for kompetanse har bestått av Nina Carstens (Sjukehusapoteka Vest), Janne Kutschera Sund (Sykehusapotekene Midt-Norge), Margareth Wiik (Sykehusapotek Nord), Elin Trapnes (Sykehusapotekene HF), Merethe Nilsen (Diakonhjemmet sykehusapotek) og Solveig Vist (Lovisenberg sykehusapotek). Arbeidet ble påbegynt i mars 2015, og etter to fysiske heldagsmøter og ni SKYPE-møter ble rapporten framlagt og godkjent av programstyret i juni 2016.

## 3. INNLEDNING

Integrated Medicines Management (IMM) ble valgt som arbeidsmetode for kliniske farmasøyer i et vedtak fattet av de regionale sykehusapotekdirektørene i 2012. Siden den gang har regionene jobbet med implementering og utvikling av metoden på ulike måter.

Med ny og standardisert arbeidsmetode er det behov å definere hvilke kvalifikasjoner og kompetanse kliniske farmasøyer må ha for å utøve tjenesten på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. Denne anbefalingen er basert på erfaring over flere år både med utøvelse av klinisk farmasi, implementering av IMM som arbeidsmetode og på bakgrunn av opplæring og veiledning av kliniske farmasøyer.

Rapporten beskriver ikke nåsituasjonen, men det gruppen mener er en realistisk målsetting for kompetansekrav innen klinisk farmasi i videre arbeid med implementering av tjenesten. Det vil i praksis si at de færreste, om noen, sykehusapotek allerede er på det kompetansenivået som beskrives, og at ledere og organisasjonene ellers må sette av tid og ressurser for å nå det beskrevne nivået.

Forhåpentligvis kan rapporten benyttes i strategiarbeid internt i sykehusapotekene, men også i dialog med våre «kunder» i sykehusene for å sikre en robust og god tjenesteutvikling til beste for pasientene. Rapporten bør kunne brukes direkte av ledere i sykehusapotek (fagsjefer, direktører, apotekere,

avdelingsledere), praksisveiledere i klinisk farmasi, samt kliniske farmasøyter. Andre avdelinger i sykehusapotek kan ha nytte av rapporten, i tillegg til universitet og høyskoler.

Gruppen har ønsket å peke på kompetanseområder som er viktige for utøvelsen av de ulike arbeidsoppgavene i IMM (legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang, legemiddelsamtale/veiledning og utskrivning), samt å konkretisere kompetanseområdene med begrunnelse. Kurs, programmer og andre kompetansehevende tiltak som vi anser relevante er nedtegnet, slik at de kan legges inn i kompetanseplanen til den enkelte kliniske farmasøyt når det er behov for tiltak. Andre kompetansehevende tiltak, som for eksempel kollegaveiledning, felles pasientkasusgjennomganger og hospitering, er etter gruppens vurdering en god måte å vedlikeholde og øke kompetanse på. Forslag til praktisk gjennomføring av slike tiltak i praksis gis.

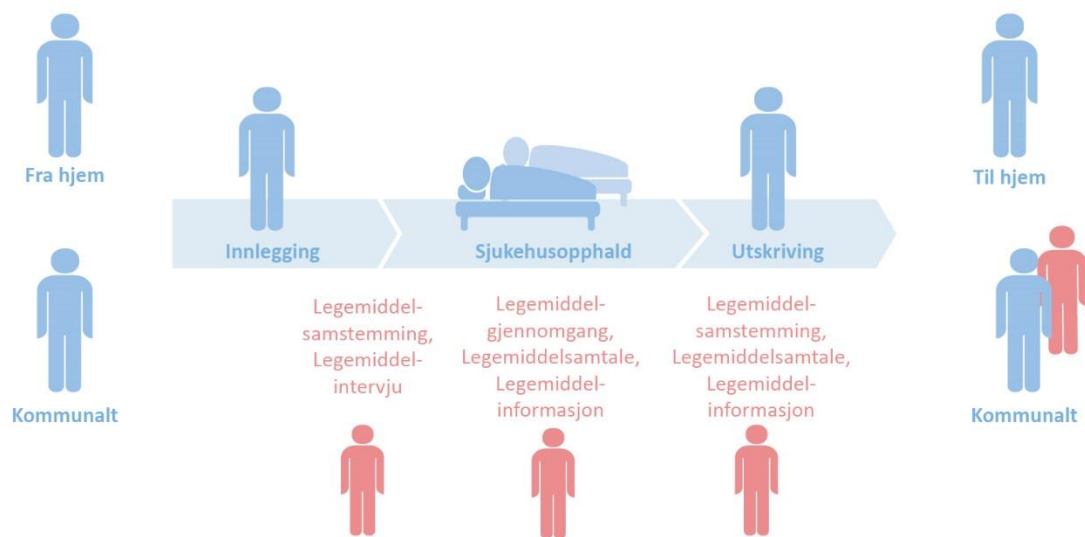
I arbeidet har gruppen innhentet informasjon fra både inn- og utland om eksisterende kurs. Det er ikke alle kurs gruppens deltakere har erfaring med eller grundig kjennskap til. Noen kurs er helt nye og noen er, så vidt gruppens medlemmer kjenner til, ennå ikke tatt i bruk av norske kliniske farmasøyter. Gruppen har etter beste evne forsøkt å sette seg inn i innhold, omfang og kvalitet av kurs og vurdert dem opp mot det definerte kompetansebehovet.

Det er relativt lett å identifisere kompetanseområder, det er vanskeligere å begrense seg til utvalgte områder og vurdere når kompetansen er tilstrekkelig for de ulike oppgavene. Gruppen har imidlertid forsøkt å gjøre en slik vurdering, og angi hvilke kurs og andre kompetansehevende tiltak som må være gjennomført før selvstendig arbeid, og hvilke kompetansehevende tiltak som tas på sikt. Anbefaling om når tiltakene bør være gjennomført er angitt. Anbefaling om tid er delvis gjort ut fra frekvensen av kursene i dag, dels som følge av en prioritering av områdene. Oppfølging av erfarne kliniske farmasøyter diskuteres også, men spesialisering av kliniske farmasøyter til intensivfarmasøyter, barnefarmasøyter eller lignende er ikke berørt.

## 4. INTEGRATED MEDICINES MANAGEMENT (IMM)

Medicines Management er definert av Keele Universitet, som en praksis som har til hensikt å bidra til best mulig helse gjennom optimal bruk av legemidler. Praksisen omfatter alle aspekter av legemiddelbehandlingen, fra forskrivning frem til pasienten velger å ta medisinen eller ikke. Medicines Management innebærer systematisk arbeid i tverrfaglige grupper av helsepersonell inklusive farmasøyter, og der det er mulig involveres pasient og/eller pårørende. *Integrated Medicines Management* omfatter alle nivå i helsetjenesten og sørger i spesialisthelsetjenesten for en sømløs behandlingsskjede fra innleggelse til utskrivning fra sykehus. Målet med IMM er å gi best mulig helse for pasienten med lavest mulig kostnader (Scullin 2007).

Arbeidsoppgavene i tjenesten innbefatter legemiddelsamstemming ved innkøst, legemiddelgjennomgang under oppholdet, pasientsamtale for veiledning av pasient i bruk av legemidler, samt sikring av korrekt overføring av informasjon om aktuell legemiddelbruk til pasient og ansvarlig behandler i neste omsorgsnivå ved utreise. Pasientens medvirkning, forståelse og innsikt i egen legemiddelbruk skal sikre bedre etterlevelse og derved bedre helse. Forsyning av legemidler i alle ledd skal sikres.



**Figur 1:** Skjematisk fremstilling av pasientforløpet fra innskrivning til utskrivning av pasient på sykehus. Arbeidsoppgavene som inngår i IMM, og som klinisk farmasøyt utfører i samarbeid med annet helsepersonell, er beskrevet i rødt (modifisert figur fra Sjukehusapoteka Vest).

## 5. UTØVELSE AV KLINISK FARMASI I NORGE I DAG

Arbeidsverktøy som sjekklister og dokumentasjonsskjema samt prosedyrer fra Lund i Sverige, L IMM-modellen, (Bergkvist Christensen A et al 2011) har ligget til grunn for opplæring av kliniske farmasøyt i Norge siden 2010 (Andersen A et al 2012). De ulike regionene/sykehusapotek har delvis utviklet egne arbeidsverktøy basert på disse, og noen regioner har videreutviklet sjekklister og dokumentasjonsskjemaer for andre pasientgrupper enn eldre indremedisinske og ortopediske pasienter akuttinnlagt i sykehus, som var det L IMM-modellen ble utviklet for å ivareta. Opplæringens innhold, omfang og organisering har variert noe, men alle de fire sykehusapotekforetakene har i større eller mindre grad tatt utgangspunkt i L IMM-modellen. Diakonhjemmet og Lovisenberg har en betydelig lengre tradisjon for klinisk farmasi enn de regionale sykehusapotekforetakene og har beholdt sine opplæringsprogrammer. Arbeidsoppgavene i disse opplæringsprogrammene skiller seg imidlertid ikke vesentlig fra oppgavene som vektlegges i opplæring med utgangspunkt i IMM.

Finansiering av tjenestene er ulikt organisert. Helse Midt-Norge RHF har gjennom sitt langtidsbudsjett for perioden 2015-2019 lagt til grunn en rammebevilgning til Sykehusapotekene i Midt-Norge HF for å utvikle, implementere, drifte og evaluere klinisk farmasi i Midt-Norge. I de øvrige regionene finansieres kliniske farmasøytiske tjenester i all hovedsak ved at sykehusene på overordnet nivå eller på klinikk/avdeling eller enhetsnivå inngår avtaler med sine lokale sykehusapotek og betaler for definerte kliniske farmasøytiske tjenester.

Effekten av IMM dokumentert i studier kan ikke sikres når ikke alle arbeidsoppgavene utføres. De positive forskningsresultatene vist ved bruk av IMM-modellen er basert på utøvelse av metoden i hele

pasientforløpet. Ved mange sykehus i Norge gjennomføres bare deler av modellen (for eksempel legemiddelgjennomgang). Sykehusapotekene må fortsette å motivere til, og bidra til at alle oppgavene gjennomføres for å sikre den dokumenterte effekten.

For en mer detaljert oversikt over utførelse av klinisk farmasi i ulike regioner/ideelle sykehusapotek per 2016 henvises til vedlegg 2

## 6. OPPGAVEBESKRIVELSE OG KOMPETANSEBEHOV

### 6.1 Legemiddelsamstemming ved innleggelse

#### Hva går oppgaven ut på:

Definisjon av legemiddelsamstemming i henhold til pasientsikkerhetsprogrammet:

«Legemiddelsamstemming er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten sikrer fullstendig informasjon om pasientens legemiddelbruk». Legemiddelsamstemming forebygger legemiddelfeil, og er særlig viktig ved skifte av omsorgsnivå i helsevesenet.

I hht forskrift om legemiddelhåndtering, skal pasienter ha en samstemt legemiddelliste ved skifte av omsorgsnivå.

Kliniske farmasøyter kan utføre oppgaven i samarbeid med annet helsepersonell, eller brukes som en ressursperson, blant annet innen opplæring, når annet helsepersonell har ansvaret for å utføre oppgaven. Oversikt over aktuell legemiddelbruk baseres fortrinnsvis på informasjon fra pasienten selv, eventuelt med supplerende opplysninger fra den som har hjulpet til med håndtering av legemidlene forut for innleggelsen og fra fastlege og andre forskrivende leger. Alle uklarheter om faktisk bruk skal forsøkes avklart ved innhenting av informasjon fra det antall kilder som anses nødvendig. Gjennomført legemiddelsamstemming og funn fra denne dokumenteres i journalsystemet i hht gjeldende avtaler.

#### Hvilke kompetanseområder er viktige for å utføre oppgaven:

Ønsket grunnkompetanse: bachelor i farmasi/cand.pharm/master i farmasi/master i klinisk farmasi med nødvendige kvalifikasjoner i hht kompetansekravlisten.

##### 1. *Metode inkludert kilder, organisering av helsevesenet og etikk.*

For å velge riktige informasjonskilder må den som utfører oppgaven ha innsikt i hvem som har behandlingsansvar innen de ulike omsorgsnivåene, i tillegg til innsikt i håndtering av legemidler innen de ulike omsorgsnivå.

Innhenting av informasjonen må skje på en systematisk og hensiktsmessig måte og defineres i prosedyreverket. En forståelse av hvordan ulike informasjonskilder skal tolkes, deres troverdighet og hvilke begrensninger som ligger i dem må være tilstede. Dette gjelder både muntlige, skriftlige og elektroniske kilder.

Pasientens integritet og rett til diskresjon må ivaretas, både ved direkte kommunikasjon med pasienten selv, og med pårørende eller annet helsepersonell (muntlig og skriftlig). Farmasøyten



må holde seg innenfor den rammen som aktuelle arbeidsoppgaver krever, og sikre bidrag fra annet kvalifisert helsepersonell når påkrevet. Farmasøyten skal som hovedregel ikke gi informasjon til pasient/helsepersonell som ligger utenfor farmasøytens ansvarsområde. Konkrete arbeidsoppgaver må ikke gå på bekostning av empati og forståelse for pasienters behov.

## 2. *Journalføring*

Farmasøyten må kunne dokumentere i journal at legemiddelsamstemming er gjennomført, og hvilke funn som er gjort. Journalskriving må utføres med respekt for pasienten og med objektivt innhold. Detaljer rundt kliniske farmasøytens dokumentasjon i journal, avtales med aktuelt sykehus/region.

## 3. *Praktisk legemiddelkunnskap*

For effektivt å kunne avdekke hvilke legemidler pasienten faktisk bruker, er det en stor fordel å ha kunnskap om legemidler som er i vanlig bruk i Norge. Kjennskap til generiske navn, preparater innen samme behandlingsgruppe, ulike administrasjonsformer og reseptgruppestatus er svært nyttig. Farmasøyten må ha kjennskap til ulike hjelpemidler som kan benyttes (multidose, dosetter, inhalasjonskammer, tablettknusere, apper og annet) for å kunne forstå pasientens legemiddelhåndtering.

## 4. *Kommunikasjon (pasient og helsepersonell)*

For effektiv innhenting av informasjon om legemiddelbruk kreves systematisk og tydelig kommunikasjon med de informasjonskilder som benyttes.

## 5. *Etterlevelse*

For å kunne vurdere pasientens etterlevelse av egen legemiddelbruk, ved å avdekke *faktisk* bruk, må farmasøyten ha grunnleggende forståelse av både tilsiktet og utilsiktet non-adherence og kunnskap om tilpassede tiltak for å forsøke å bedre adherence.

## 6. *Hygiene og HMS*

Ved kontakt med pasienter innlagt på sykehus må farmasøyten ha grunnleggende kjennskap til hygienekrav ved den enkelte enhet. Tiltak som er nødvendig ved smitte må være kjent og etterleves av farmasøyten for å unngå å utsette pasienter, annet helsepersonell og seg selv for unødig risiko. Basal førstehjelpskunnskap må innehas. Kjennskap til lokale rutiner knyttet til hjertestans o.l. må være kjent.

## 6.2 Legemiddelgjennomgang

### **Hva går oppgaven ut på:**

En legemiddelgjennomgang er en systematisk framgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet (IS-1998 Veileder om legemiddelgjennomganger).

Legemiddelrelaterte problemer (LRP) er definert som: "En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt" (Ruths et al Tidsskr. Nor Lægeforening 2007; 127:3073-76).

En legemiddelgjennomgang forutsetter at aktuell legemiddelbruk er kjent, og legemiddelsamstemming skal som hovedregel være utført. Den som utfører legemiddelgjennomgangen skal fortrinnsvis ha snakket med pasienten. En legemiddelgjennomgang skal avdekke og forebygge legemiddelrelaterte problemer. Når et problem vurderes som relevant, skal farmasøyten foreslå *konkrete* tiltak for å løse problemet. Det endelige forslaget skal være tilpasset den enkelte pasient ut fra en *helhetsvurdering*, og problemet bør når mulig/relevant vurderes sammen med pasient før forslag framlegges ansvarlig behandler/aktuelle omsorgspersoner.

For å sikre en systematisk gjennomgang av pasientens legemiddelbehandling med hensyn til effekt, indikasjon og sikkerhet, brukes en standardisert sjekklister/arbeidsskjema for legemiddelgjennomgang.

Gjennomført legemiddelgjennomgang og resultatene fra denne dokumenteres i journalsystemet i hht gjeldende avtaler.

#### **Hvilke kompetanseområder er viktige for å utføre oppgaven:**

Ønsket grunnkompetanse: cand.pharm/master i farmasi/master i klinisk farmasi med nødvendige kvalifikasjoner i hht kompetansekravlisten.

1. *Farmakoterapi, Farmakokinetikk /farmakogenetikk, inkl legemiddelinteraksjoner og bruk av informasjonskilder*

Inngående kunnskap om eksisterende retningslinjer og behandlingsprinsipper for legemiddelbehandling innen alle generelle terapiområder, inkludert spesielle pasientgrupper (f.eks. eldre pasienter) er nødvendig for å kunne foreslå gode løsninger på identifiserte LRP.

Inngående kunnskap om betydning av legemidlers farmakokinetikk og farmakogenetikk er nødvendig for å kunne gi gode råd om legemiddeldosering og legemiddelkombinasjoner.

Farmasøyten må kritisk kunne vurdere legemiddeldokumentasjon, inkludert ha forståelse for "evidence based medicine" (EBM) og hvordan bruke, samt formidle dette i praksis, for å kunne vurdere og argumentere for ulike løsninger på identifiserte LRP.

2. *Praktisk legemiddelkunnskap og legemiddelforsyning*

For å kunne identifisere og løse LRP er det viktig å ha kunnskap om legemidler som er i vanlig bruk i Norge. For å kunne foreslå og tilby de mest egnede hjelpemidler pasienten eventuelt måtte ha behov for, må farmasøyten ha kjennskap til ulike hjelpemidler som kan benyttes (multidose, dosetter, inhalasjonskammer, tablettknusere, apper og annet).

Generell kunnskap om hvordan legemidler distribueres og finansieres, samt deres tilgjengelighet i ulike omsorgsenheter er nyttig.

3. *Tilberedning, administrering, væsketerapi og ernæring*

Grunnleggende kunnskap om produksjon, blandbarhet og stabilitet av legemidler, samt kunne vurdere knusing av tablett/håndtering ved sonde for å kunne anbefale riktig og best mulig administrering til hver enkelt pasient. Intravenøs ernæring og væsker er legemidler, og farmasøyten må kunne anvende produksjons- og administrasjonskompetanse innenfor området.

4. *Monitorering, inkl oppfølging av bivirkninger*

Inngående kunnskap om bruk av monitorering og klinisk relevans av laboratoriedata i forhold til legemiddelbehandling er vesentlig for å kunne diskutere legemiddelbehandlingen. Inngående kunnskap om bivirkninger knyttet til de forskjellige legemiddelgruppene, og også til enkeltlegemidler med potensielt alvorlige bivirkninger. Farmasøyten må i tillegg ha grundig kunnskap om faktorer som er av betydning for individuelle forskjeller i bivirkninger av legemidler.

5. *Etterlevelse*

Grunnleggende forståelse av både tilsiktet og utilsiktet non-adherence og kunnskap om tilpassede tiltak for å forsøke å bedre adherence er vesentlig for å kunne bidra til en best mulig etterlevelse av legemiddelbehandling.

6. *Kommunikasjon med helsepersonell*

Kjennskap til teori og prinsipper om klinisk kommunikasjon.

Kommunikasjon med ansvarlig behandler i egen virksomhet, samt i andre omsorgsenheter/nivåer vil være relevant, og effektive og tydelige skriftlige og muntlige kommunikasjonsevner vil være viktig.

7. *Journalssystem/Journalføring*

God forståelse av oppbygging av journalssystem, samt tolkning av informasjon. Evne til å uttrykke seg kort og presist.

Farmasøyten må kunne dokumentere i journal at legemiddelgjennomgang er gjennomført, inkludert relevante diskusjonspunkter, i henhold til lokal avtale. Journalskriving må utføres med respekt for pasienten og med objektivt innhold. Detaljer rundt kliniske farmasøytters dokumentasjon i journal, avtales med aktuelt sykehus/region.

8. *Klinisk farmasøytisk arbeidsmetodikk/metode legemiddelgjennomgang*

Forståelse for prosedyre for legemiddelgjennomgang og korrekt bruk av arbeidsskjema sikrer at alle relevante vurderinger av legemiddelbruken utføres, og bidrar til identifisering, løsning og forebygging av LRP.

Alle kompetanseområder må dekkes, men omfanget vil avhenge noe av hvilken avdeling den enkelte farmasøyt arbeider på.

## 6.3 Legemiddelsamtale

### Hva går oppgaven ut på:

Veiledning i legemiddelbruk og svar på pasientens spørsmål vedrørende legemiddelbruk er viktig for etterlevelse av en legemiddelbehandling. Samtaler med pasienter kan utføres av farmasøyter, og hvordan samtalen utvikler seg vil bl.a. være avhengig av pasient, farmasøyt, tema og hvilken informasjon som er tilgjengelig. Under beskrives to samtaleformer for å illustrere variasjonen i en samtale. Skillet er ikke klart, og det er heller ikke alltid klart hvilken samtaletype man går inn i ved samtals start. Kompetanseområdene og kravene er ikke skilt i rapporten, selv om man må kunne tenke seg at en legemiddelsamtale, slik den er beskrevet under, kan være mer krevende for farmasøyten enn en veiledningssamtale (slik denne er beskrevet under).

#### Legemiddelsamtale:

En legemiddelsamtale er en planlagt og strukturert samtale med pasienten hvor det tas utgangspunkt i pasientens behov og legemiddelbruk. Så vidt mulig bør den avtales på forhånd, inkludert en tidsramme, slik at pasienten får tenkt gjennom aktuelt tema. Samtalen skal være en dialog og målet er at pasienten får innsikt i, blir trygg på og oppnår best mulig effekt av sine legemidler. I dette ligger også at pasienten får forståelse for betydning av god etterlevelse av legemiddelbehandlingen. Skriftlig informasjon og demonstrasjonsutstyr bør benyttes når relevant.

Samtalen foregår primært på sengepost, evt. på sykehusapoteket. Når oppfølging er aktuelt, gjøres klare avtaler om dette.

Samtalen dokumenteres i pasientjournal i hht lokale avtaler.

#### Veiledningssamtale:

En veiledningssamtale vil ofte være preget av farmasøytens behov for å informere om legemidlers virkning og bruk. Farmasøyten bør sikre involvering av pasienten, og samtalen skal i størst mulig grad bidra til at pasienten finner svar og løsninger selv på utfordringer i legemiddelhåndteringen/legemiddelbruken. Rådgivning for når man for eksempel skal ta kontakt med lege bør inngå.

### Hvilke kompetanseområder er viktige for å utføre oppgaven:

Ønsket grunnkompetanse: cand.pharm/master i farmasi/master i klinisk farmasi.

1. *Metode inkludert kommunikasjon*

For å kunne avdekke relevante problemstillinger og kunne formidle budskap må farmasøyten ha grundig teoretisk og praktisk øvelse i gjennomføring av legemiddelsamtaler.

2. *Etterlevelse*

For å kunne avdekke problemer med etterlevelse av legemiddelbehandling og for å kunne gi tilpassede råd må farmasøyten ha god innsikt i tilsiktet og utilsiktet non-adherence, samt inneha kunnskap om tilpassede tiltak for å bedre adherence.

### 3. *Farmakoterapi og håndtering av bivirkninger*

For å kunne motivere pasienter til bruk av legemidler, og for å kunne stille relevante spørsmål til legemiddelbrukeren må farmasøyten ha inngående kunnskap om eksisterende retningslinjer og behandlingsprinsipper for legemiddelbehandling innen generelle terapiområder, inkludert spesielle pasientgrupper (f.eks. eldre pasienter). Bivirkninger er et tema som ofte kommer opp, og håndtering av informasjon om bivirkninger bør kunne håndteres av farmasøyten.

### 4. *Journalføring*

Farmasøyten må kunne dokumentere i journal at legemiddelsamtaler/veiledningssamtaler er gjennomført, og tema som ble gjennomgått. Journalskriving må utføres med respekt for pasienten og med objektivt innhold. Detaljer rundt kliniske farmasøytters dokumentasjon i journal, avtales med aktuelt sykehus/region.

## 6.4 Utskrivning

### **Hva oppgaven går ut på:**

Involvering ved utskrivning innbefatter oppgaver som utforming og utlevering av skriftlig og/eller muntlig legemiddelinformasjon til pasient og ansvarlig behandler i neste behandlingsledd ved utskrivning. Arbeidet skal bidra til sikring av kontinuitet i planlagt behandling.

Målet er at pasienter sikres den behandling som er planlagt etter utskrivning fra sykehus. Ved utskrivning skal pasient, ansvarlig behandler i neste omsorgsenhet og den/de som eventuelt håndterer legemidlene for pasienten få oppdatert og komplett informasjon om aktuell legemiddelforskriving. Endringer som er gjort under oppholdet skal kommuniseres med begrunnelse både til pasient og helsepersonell.

For å bidra til best mulig etterlevelse av legemiddelbehandlingen, må pasienten ha kunnskap om hvordan legemidlene skal brukes, forstå hvorfor hvert enkelt legemiddel skal brukes, og hvilke effekter (evt. bivirkninger) som kan forventes.

For å unngå unødig behandlingsopphold må det sikres at legemidlene er tilgjengelige for pasienten etter utskrivning.

Farmasøytens involvering i arbeidet er varierende, og det foreligger ingen felles, entydige prosedyrer, men farmasøyten kan være involvert i:

- Samstemme legemiddelinformasjon ved utreise og utarbeide komplette legemiddellister til: pasient, ansvarlige behandlere i neste behandlingsnivå, i tillegg til de som evt. hjelper pasienten med håndteringen (f.eks. i form av legemiddelrapport/legemiddeldel i epikrise/oppdatert multidosekort/LiB i journal, kjernejournal el.l).
- Utføre utskrivningssamtaler med pasient for å sikre forståelse for aktuell legemiddelbehandling, og avklaring av spørsmål
- Bidra til at legemidlene gjøres tilgjengelige ved utreise

## Hvilke kompetanseområder kan være viktige for å utføre oppgaven:

Ønsket grunnkompetanse: Vil være avhengig av hvilke oppgaver som inngår.

Bachelor i farmasi/cand.pharm/master i farmasi/master i klinisk farmasi.

### 1. Kommunikasjon

Samtale med pasient bør inneholde tilpasset informasjon om legemidlene, og alle pasientens behov vedrørende legemidler må kunne avdekkes og håndteres.

Kommunikasjon med ansvarlig behandler i egen virksomhet, samt i andre omsorgsenheter vil være relevant, og effektive, tydelige skriftlige og muntlige kommunikasjonsevner vil være viktig.

### 2. Praktisk legemiddelkunnskap, legemiddelforsyning og samhandling

Generell kunnskap om hvordan legemidler distribueres og finansieres, samt deres tilgjengelighet i ulike omsorgsenheter.

Kunnskap om samhandling mellom ulike omsorgsenheter.

Kunnskap om reseptforskrivning (inklusive reseptregler, refusjonsregler evt begrensninger i informasjon tilgjengelig i e-reseptmodul/kjernejournal), samt kunnskap om hvordan opprettelse/ending i multidoserforordninger best ivaretas (inkludert begrensninger og konsekvenser).

For å kunne foreslå og tilby de mest egnede hjelpemidler pasienten eventuelt måtte ha behov for, må farmasøyten ha kjennskap til ulike hjelpemidler som kan benyttes (for eksempel multidose, dosetter, inhalasjonskammer, tablettknusere, apper osv.).

### 3. Journalføring og journallesing

For å kunne hente ut informasjon som er viktig i legemiddelsamstemming ved utreise samt informasjon om tiltenkt behandling, må farmasøyten ha god forståelse av oppbygging av journalsystem, samt tolkning av informasjon. Dersom farmasøyten har i oppgave å lage legemiddelrapport/epikriser eller lignende, må tilstrekkelig opplæring i journalføring være utført.

### 4. Etterlevelse

Kompetanseområdet er særlig viktig ved pasientsamtale. Ved utskrivningssamtaler vil særlig motivering for god etterlevelse av legemiddelbehandlingen være viktig.

Se for øvrig klinisk oppgave legemiddelsamstemming ved innleggelse på sykehus.

### 5. Farmakoterapi

For gjennomgang av legemiddelliste, og for å kunne svare på spørsmål fra pasienten må farmasøyten ha god kunnskap innen farmakoterapi

### 6. Organisering av helsevesenet

Kunnskap om det omsorgsnivået pasienten utskrives til bidrar til økt kvalitet og mer effektiv tjeneste. Ved utskrivning av pasienter er det viktig å kjenne til rutinene avdelingen har for utskrivning.

Grad av dekning av kompetanseområdene vil være avhengig av hvilke oppgaver som skal utføres

## 7. VURDERING AV DEN ENKELTE FARMASØYTS KOMPETANSE

Grunnuddannelsene og studier tilsvarende master i klinisk farmasi ved de ulike universiteter har forskjellig kursinnhold og læringsområdene vil derfor oppfylles i ulik grad. Det er nærmeste leder, sammen med den aktuelle farmasøyt, som må vurdere kompetansebehovet for den enkelte. Når kompetansebehovet ikke anses dekket, anbefales foreslåtte kompetansehevede tiltak i vedlegg 1.

Gruppen har vurdert at gradene Master i farmasi (og cand.pharm) og master i klinisk farmasi kvalifiserer til alle arbeidsoppgaver, men det kreves kompetansehevede tiltak når kompetansekravet er høyere enn utdanningens innhold.

Mastere i klinisk farmasi vil ha mindre behov for kompetansehevede tiltak enn mastere i farmasi, da de allerede har dekket mange av kompetanseområdene i studiet. Både mastere i klinisk farmasi og mastere i farmasi vil vanligvis ha behov for trening i metode med erfarne praksisveiledere. Øvrige kompetanseområder må vurderes for hver enkelt.

For legemiddelsamstemming og utskrivningsområdet har gruppen vurdert at farmasøyter med grunnkompetanse bachelor i farmasi kan utøve oppgavene. Når det gjelder utskrivning er det viktig å merke seg at farmasøytens rolle ikke er standardisert, og at ulike oppgaver kan inngå. Dersom en utskrivningssamtale inngår vil det kunne kreve en annen kompetanse enn overføring av kvalitetssikrede legemiddellister. Virksomheten bør i takt med utvikling av utskrivningstjenesten vurdere både kompetansekravene som trengs, i tillegg til grunnkompetansen

## 8. UTVIKLING AV KOMPETANSE HOS ERFARNE KLINISKE FARMASØYTER

For å skape en bredere forståelse av klinisk farmasi i praksis og styrke kompetansen hos den enkelte farmasøyt, anbefales det å hospitere på andre avdelinger internt på arbeidsplassen og/eller ved andre arbeidssteder. Dette er en naturlig del av opplæringen for nye kliniske farmasøyter, men bør også inngå i planer for vedlikehold og videreutvikling av kompetansen til erfarne kliniske farmasøyter. Generelt vil hospitering kunne bidra til at den enkelte kliniske farmasøyt får opparbeidet et bredere erfaringsgrunnlag, styrket sin faglige trygghet og refleksjon rundt egen praksis samt få økt motivasjon i arbeidet.

Internt i de enkelte sykehusapotek/sykehusapotekforetak bør det legges planer for gjennomføring av systematisk og jevnlig kollegaveiledning (audits) ved at kliniske farmasøyter observerer hverandres arbeid ute på sykehusene. I tillegg til læringseffekt for den som observerer, vil en også få en kvalitetssikring av tjenesten gjennom at den som observeres får tilbakemelding på sitt arbeid. Dette gjennomføres i utstrakt grad i flere andre land, blant annet i Storbritannia og i Region Hovedstaden i Danmark. Arbeidsgruppen oppfordrer til utstrakt samarbeid sykehusapotekforetakene imellom, og til erfaringsutveksling med kolleger i andre land.

Sykehusapotekene må støtte opp om den enkelte ansattes plikt til å følge med på nye behandlingsanbefalinger, nye prosedyrer og andre legemiddelrelaterte nyheter som er relevante for

utøvelsen. Farmasøyten bør også oppmuntres til å bidra aktivt til oppdatering av behandlingsprosedyrer og delta i diskusjoner om legemiddelbehandling ute i sykehusavdelingen. Deltakelse i utvikling og implementering av standardiserte pasientforløp er et annet eksempel på at farmasøyten i tillegg til å bidra med sin legemiddelkompetanse kan opparbeide seg nye ferdigheter blant annet innen prosjektarbeid og tverrfaglighet. Arbeidsoppgaver i klinikken innebærer krav til faglig oppdatering gjennom lesing av fagtidsskrift og nyhetsbrev i tillegg til deltakelse på nasjonale og internasjonale konferanser og kongresser. Det bør også oppfordres til publisering av eget arbeid i form av postere, foredrag og vitenskapelige og populærvitenskapelige artikler.

Kliniske farmasøyter med lang erfaring bør få tilbud om spesialisering innen aktuelle medisinske spesialiteter (infeksjonsmedisin, intensiv etc.), for spesielle pasientgrupper (barn, eldre, pasienter med nedsatt nyrefunksjon) og/eller farmakoterapiområder. Dette bør i tillegg til hospitering i inn- og utland også omfatte formalkompetanse som legeforeningskurs og kurs ved aktuelle universiteter og høyskoler.

## 9. SKIKKETHET

Det er viktig for tjenesteutviklingen at farmasøyter som arbeider klinisk innehar personlige egenskaper som bidrar til en reell nytte for pasienter og samarbeidende helsepersonell. I tillegg er utvikling av tjenesten avhengig av positive erfaringer hos mottaker av tjenesten.

Kliniske farmasøyter jobber selvstendig, ofte uten tilstedeværende ledere eller kollegaer, og det er derfor liten mulighet til å observere og eventuelt korrigere utøvelsen i det daglige.

Gruppen velger å trekke fram følgende egenskaper som nødvendige for en klinisk farmasøyt:

- Kunne sette pasientens behov i fokus
- Inneha gode muntlige og skriftlige kommunikasjonsevner, og kunne tilpasse rådgivning til mottaker
- Ha et normalt til svært godt sosialt samspill med andre mennesker
- Ha respekt for samarbeidende helsepersonells arbeidsoppgaver
- Kunne anvende fagkunnskap i klinisk praksis og gi kunnskapsbaserte råd
- Være i stand til å ta raske beslutninger og samtidig kunne gi svar som er kunnskapsbasert
- Interesse for læring og utvikling i faget
- Respektere sykehusenes kleskoder og hygienekrav

For øvrig anbefaler vi helse- og sosialfagsutdanningenes kriterier for vurdering av manglende skikkethet (Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning FOR-2006-06-30-859).



## 10. REFERANSER

Scullin C, Scott MG, Hogg A, McElnay JC An innovative approach to integrated medicines managementJ  
Eval Clin Pract. 2007 Oct;13(5):781-8.

Andersen A et al. Evaluation of implementation of clinical pharmacy services in Central Norway  
Eur J Hosp Pharm 2014;21:125-128 doi:10.1136/ejhpharm-2013-000425

IS-1998 Veileder om legemiddelgjennomganger, Helsedirektoratet 2015  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-legemiddelgjennomganger>

Ruths et al Tidsskr. Nor Lægeforening 2007; 127:3073-76

Bergkvist Christensen A et al. The process of identifying, solving and preventing drug related problems in  
the L IMM-study. Int J Clin Pharm. 2011 Dec;33(6):1010-8. doi: 10.1007/s11096-011-9575-1. Epub 2011  
Nov 12. PMID:22081243

Tiltakspakke for legemiddelsamstemming Pasientsikkerhetsprogrammet  
[http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/\\_attachmen  
t/2014?\\_ts=14999](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachmen<br/>t/2014?_ts=14999)

## 11. VEDLEGG

1. Kompetansekrav Legemiddelsamstemming, Legemiddelgjennomgang, Legemiddelsamtale, Utskrivning
2. Utøvelse av klinisk farmasi i de ulike regioner/ideelle sykehusapotek per 2016