

Mastergradsoppgave i klinisk farmasi  
for graden Master i farmasi



Pasienters erfaringer med legemiddelinformasjon  
ved revmatologiske avdelinger  
på utvalgte sykehus.

av

Anne-Lise Reiersen

Avdeling for farmakologi, Institutt for farmasi  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø

2005 / 2006

## **Forord.**

Dette mastergradsprosjektet ble utført ved Institutt for farmasi, Universitetet i Tromsø. Min veileder har vært Førsteamanuensis II Liv Unni Naalsund ved Institutt for farmasi. Samarbeid med revmatologiske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset, St. Olavs Hospital og Diakonhjemmet Sykehus, har gjort det mulig å gjennomføre prosjektet.

Arbeidet med masteroppgaven har vært krevende og lærerikt. Det har vært fint å kunne fordype seg i en oppgave og se at prosjektet med manges innsats har gått framover. Liv Unni hadde ideen til studien og har vært og er en stor inspirasjonskilde, fordi hun legger vekt på det positive i alle sammenhenger.

I arbeidet med masteroppgaven, har det handlet mye om å vite når og hvem jeg skulle spørre om hjelp eller til råds, derfor er det mange å takke i tillegg til min veileder og mine samarbeidspartnere på sykehusene. Med fare for å glemme noen, nevnes ikke de mange hjelperne med navn. Takk skal dere alle ha som har hjulpet til med innspill i arbeidet med spørreskjemaet, med statistikk og SPSS, med gode arbeidsforhold på eget kontor og med bærbar PC, med diskusjoner samt praktiske råd og hjelp til studien og skrivearbeidet. Takk til dere i fjerde etasje på instituttet for godt arbeidsmiljø og oppmuntring underveis, og til dere som spiste middager med meg i kantina på MH, og ga meg hyggelige og nødvendige avbrekk i studiedagen. Uten pasientene hadde det ikke blitt noen oppgave, så takk for at dere tok dere tid til å svare på spørreskjemaet. Takk også til Stiftelsen for fremme av norsk apotekfarmasi og Norsk Farmaceutisk Selskaps Stipendiefond for stipender til gjennomføring av studien.

Sist men ikke minst fortjener min nærmeste familie; mamma, mine søstre og min sønn Kanayo, en stor takk for tålmodighet og støtte gjennom mine fire år som student. Dere har alltid stilt opp for meg, når jeg har måttet konsentrere meg om studiene, i stedet for å være sammen med dere.

Tromsø, mai 2006  
Anne-Lise Reiersen

## Innholdsfortegnelse:

<b>1</b>	<b>Tabelliste.</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Forkortelser og oversettelser.</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Sammendrag.</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Innledning.</b>	<b>9</b>
4.1	<i>Riktigere legemiddelbruk.</i>	9
4.2	<i>Gir opplæring av pasienten bedre helse?</i>	11
4.3	<i>Å forske på pasienters tilfredshet.</i>	12
4.4	<i>Opplæring.</i>	14
4.5	<i>Pasienten – med revmatisk sykdom.</i>	14
4.6	<i>Farmasøyter i sykehusavdelinger.</i>	18
4.7	<i>Egen motivasjon for undersøkelsen.</i>	20
<b>5</b>	<b>Mål.</b>	<b>22</b>
5.1	<i>Hovedmål.</i>	22
5.2	<i>Formål.</i>	22
5.3	<i>Problemstillinger.</i>	22
<b>6</b>	<b>Materiale og metoder.</b>	<b>23</b>
6.1	<i>Etikk.</i>	23
6.2	<i>Intervju.</i>	23
6.3	<i>Spørreskjemaundersøkelse.</i>	24
6.4	<i>Databehandling.</i>	28
6.5	<i>Dataanalyse.</i>	28
<b>7</b>	<b>Resultater.</b>	<b>31</b>
7.1	<i>Informasjon innhentet fra intervjuer med helsepersonell.</i>	31
7.2	<i>Respondentenes svar på spørreskjemaene.</i>	35
<b>8</b>	<b>Diskusjon.</b>	<b>55</b>
8.1	<i>Hovedfunnene i studien.</i>	55
8.2	<i>Hvilke erfaringer har pasienter på revmatologiske avdelinger ved sykehus i Norge med legemiddelinformasjon?</i>	56
8.3	<i>Hvem gir legemiddelinformasjon?</i>	57
8.4	<i>Hvor tilfreds er pasientene med legemiddelinformasjonen?</i>	57
8.5	<i>Utgjør det en forskjell for pasienten å få legemiddelinformasjon fra farmasøyten versus annet helsepersonell?</i>	62

8.6	<i>Hvordan er organiseringen av legemiddelinformasjonen til pasientene ved revmatologiske avdelinger ved utvalgte sykehus i Norge?</i> .....	63
8.7	<i>Hvilken organisering av legemiddelinformasjon gir den beste legemiddelinformasjonen?</i> .....	64
8.8	<i>Begrensninger i studien.</i> .....	65
8.9	<i>Forskning framover.</i> .....	70
<b>9</b>	<b>Konklusjoner.</b> .....	<b>72</b>
<b>10</b>	<b>Referanser.</b> .....	<b>73</b>
<b>11</b>	<b>Andre kilder.</b> .....	<b>76</b>
<b>12</b>	<b>Oversikt over vedlegg.</b> .....	<b>77</b>

# 1 Tabelliste.

Tabell 4-1: Opplæring av pasienter. ....	14
Tabell 4-2: Revmatiske sykdommer (Brørs <i>et al.</i> , 2004). ....	15
Tabell 4-3: Eksempler på legemidler mot revmatiske sykdommer (Cappelen <i>et al.</i> , 2005). .....	16
Tabell 4-4: Klinisk farmasi i sykehus i Europa (EAHP, 2000). ....	20
Tabell 6-1: Variabelliste. ....	28
Tabell 7-1: Antall årsverk i hver yrkesgruppe fordelt på sykehusavdelingene.....	31
Tabell 7-2: Antall pasientplasser fordelt på sykehusene. ....	31
Tabell 7-3: Utskrevne pasienter ved de revmatologiske avdelingene på sykehusene i studieperioden 01.12.2005 – 28.02.2006. ....	32
Tabell 7-4: Kjønn, alder og sykehusinnleggelse blant respondenter og i studiepopulasjonen. ....	33
Tabell 7-5: Muntlig legemiddelinformasjon ved de ulike revmatologiske avdelingene på de utvalgte sykehusene.....	34
Tabell 7-6: Skriftlig informasjon ved de revmatologiske avdelingene ved de utvalgte sykehusene.....	35
Tabell 7-7: Svarprosent. ....	36
Tabell 7-8: Kjønn mot aldersgrupper.....	37
Tabell 7-9: Kjønn mot antall legemidler.....	37
Tabell 7-10: Alder.....	38
Tabell 7-11: Aldersgrupper mot informasjonsmåte.....	38
Tabell 7-12: Sykehusinnleggelse mot opphold ved dagenhet eller sengepost. ....	39
Tabell 7-13: Sykehusinnleggelse mot diagnosetidspunkt. ....	39
Tabell 7-14: Sykehusinnleggelse mot oppstart med nye legemidler. ....	39
Tabell 7-15: Sykehusinnleggelse mot evaluering av legemiddelinformasjon om bivirkninger av nye legemidler.....	40
Tabell 7-16: Sykehusinnleggelse mot informasjonsteam.....	40
Tabell 7-17: Sykehusinnleggelse mot informasjonsmåte.....	41
Tabell 7-18: Sykehusinnleggelse mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.....	41
Tabell 7-19: Sykehusinnleggelse mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon. ....	42
Tabell 7-20: Opphold på dagenhet eller sengepost mot antall legemidler.....	42
Tabell 7-21: Diagnosetidspunkt mot antall legemidler ....	43
Tabell 7-22: Diagnosetidspunkt mot oppstart med nye legemidler. ....	43
Tabell 7-23: Diagnosetidspunkt mot evaluering av informasjon om bivirkninger. ....	44
Tabell 7-24: Diagnosetidspunkt mot informasjonsmåte. ....	44
Tabell 7-25: Diagnosetidspunkt mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon. ....	45
Tabell 7-26: Oppstart med nye legemidler mot informasjonsmåte. ....	45
Tabell 7-27: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot informasjonsteam.....	46
Tabell 7-28: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot informasjonsmåte.....	46
Tabell 7-29: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjonen. ....	47
Tabell 7-30: Evaluering av informasjon om bivirkninger mot informasjonsteam. ....	47

<b>Tabell 7-31: Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot informasjonsmåte.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabell 7-32: Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjonen.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabell 7-33: Hvem ga legemiddelinforasjon? .....</b>	<b>49</b>
<b>Tabell 7-34: Informasjonsteam med og uten farmasøyt mot informasjonsmåte. ....</b>	<b>49</b>
<b>Tabell 7-35: Informasjonsteam mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler. ....</b>	<b>50</b>
<b>Tabell 7-36: Informasjonsteam mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon. ....</b>	<b>50</b>
<b>Tabell 7-37: Informasjonsmåte mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler. ....</b>	<b>51</b>
<b>Tabell 7-38: Informasjonsmåte mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon. ....</b>	<b>51</b>
<b>Tabell 7-39: Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabell 7-40: Evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabell 7-41: Foretrukket informasjonsmåte. ....</b>	<b>53</b>
<b>Tabell 7-42: Respondentenes egne informasjonskilder for legemiddelinformasjon. ....</b>	<b>53</b>
<b>Tabell 7-43: Egne kilder ført opp under "Annet". ....</b>	<b>54</b>
<b>Tabell 12-1: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler (signifikansnivå på 5%).....</b>	<b>90</b>
<b>Tabell 12-2: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%).....</b>	<b>90</b>
<b>Tabell 12-3: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%). ....</b>	<b>91</b>
<b>Tabell 12-4: Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%). ....</b>	<b>91</b>
<b>Tabell 12-5: Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%). ....</b>	<b>92</b>
<b>Tabell 12-6: Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler mot evaluering av andre enn revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%).....</b>	<b>92</b>
<b>Tabell 12-7: Ikke-signifikante eller ikke-valide kjikvadrattester (signifikansnivå på 5%) (1. av 3 sider).....</b>	<b>94</b>

## 2 Forkortelser og oversettelser.

---

DMARDS	Disease-modifying antirheumatoid drugs (Sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler)
EAHP	European Association of Hospital Pharmacists
ESCP	The European Society of Clinical Pharmacy
HELTEF	Stiftelse for helsetjenesteforskning
NOMESCO	Nordic Medico-Statistical Committee
NSAIDS	Non-steroidal antiinflammatory drugs (Ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler)
NSD	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
RA	Reumatoid artritt
RCT	Randomised controlled trials (Randomiserte kontrollerte studier)
SH1	Revmatologisk avdeling ved sykehus nr.1
SH2	Revmatologisk avdeling ved sykehus nr.2
SH3	Revmatologisk avdeling ved sykehus nr.3
SH4	Revmatologisk avdeling ved sykehus nr.4
SPSS	The Statistical Package for the Social Sciences®
UKCPA	The United Kingdom Clinical Pharmacy Association
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge

---

### **3 Sammendrag.**

#### ***Innledning.***

Den revmatiske pasienten får ofte livslang legemiddelbehandling for sin kroniske sykdom. Behovet for legemiddelinformasjon er stort.

#### ***Hensikt.***

Hensikten med studien var å undersøke pasientenes erfaringer med legemiddelinformasjon ved revmatologiske avdelinger på utvalgte sykehus i Norge. Studien søkte å finne ut hvem som ga informasjon, hvor tilfredse pasientene var med den, hvordan den best kunne organiseres, og om det gjorde noen forskjell om det var farmasøyt eller annet helsepersonell som ga informasjon.

#### ***Metoder.***

En kombinasjon av kvalitative intervju med helsepersonell og en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse for utskrevne pasienter, fra revmatologiske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset, St. Olavs Hospital og Diakonhjemmet Sykehus, ble utført. Intervjuene ga bakgrunnsopplysninger for analysering av svarene i spørreskjemaundersøkelsen.

#### ***Resultater.***

Studien hadde en svarprosent på 51% og antallet respondenter var 250. Legene ga informasjon i størst grad, etterfulgt av sykepleierne og så i minst grad farmasøytene. Et mindretall (37%) av respondentene fikk legemiddelinformasjon fra team med farmasøyt. 58% av respondentene som begynte med nye legemidler, fikk både muntlig og skriftlig informasjon, mens det var 81% av dem som foretrakk det. Respondentene var mest tilfredse med informasjon fra team med farmasøyt ( $p < 0,001$ ), og med informasjon som var både muntlig og skriftlig ( $p < 0,001$ ).

#### ***Konklusjoner.***

Revmatiske pasienter er mest tilfredse med legemiddelinformasjon når de får den fra team med farmasøyt, og når den er både muntlig og skriftlig. Det er potensial for å gjøre legemiddelinformasjonen bedre for pasientene ved revmatologiske avdelinger på sykehus i Norge, og farmasøyter kan bidra til det.



## **4 Innledning.**

### **4.1 Riktigere legemiddelbruk.**

#### **4.1.1 Den informerte pasienten.**

Lov om pasientrettigheter, kapittel 3. av 02.07.1999, har fokus på pasientens rett til medvirkning og informasjon (Pasientrettighetsloven, 1999). Pasienten har rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelpen. Dette betyr retten til medvirkning ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. En forutsetning for å kunne ta valg, er at pasienten får innsikt i sin egen helsetilstand og hva helsehjelpen går ut på. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger, informasjonen skal tilpasses den enkelte mottaker, og helsepersonellet skal så langt som mulig forsikre seg om at pasienten har forstått betydningen av innholdet. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal. Dagens teknologi gjør det enkelt for pasienten å få tak i legemiddelinformasjon. Ressurssterke pasienter med kroniske lidelser setter seg ofte godt inn i sin egen helsetilstand og behandlingsalternativene. Behandlingen av mange sykdommer blir mer og mer kompliserte. Flere legemidler brukes, de er mer potente og mer avanserte teknologiske behandlingsformer benyttes. Tendensen går også i retning av at flere legemidler brukes samtidig og at behandlingen skreddersys. Selv om tilgjengeligheten av legemiddelinformasjonen har økt, betyr det ikke at legemidlene brukes riktigere enn før. Den store mengden legemiddelinformasjon som er tilgjengelig skal videreformidles til pasienten på en god og riktig måte. Dette setter store krav til helsepersonellens kunnskaper og formidlingsevne (Legemiddelmeldinga, 2005).

#### **4.1.2 Riktig legemiddelbruk.**

Riktig legemiddelbruk krever riktig diagnose, forskrivning og bruk (Legemiddelmeldinga, 2005). Helsepersonellens oppgaver er å gi balansert kunnskap, velge riktig terapi, kvalitetssikre behandlingen og kommunisere dette seg imellom og til pasienten. Pasienten må ha tillit til forskrivning og informasjon og følge anbefalt bruk. Sannsynligheten for å nå behandlingsmålene er størst hvis pasienten tar riktig legemiddel, i riktig mengde og til riktig tid. Å gi pasienten de muligheter for medvirkning som pasientrettighetsloven krever, vil motivere pasienten til å følge behandlingsopplegget (Pasientrettighetsloven, 1999).

### **4.1.3 Feilmedisinering.**

Feilmedisinering skjer i 20% av alle behandlinger der det benyttes legemidler (Legemiddelmeldinga, 2005). Legen kan sette feil diagnose, velge feil legemiddel eller forskrive feil dosering. Misforståelser mellom lege, annet helsepersonell, apotek og pasient kan oppstå. Pasienten kan også glemme å ta legemidler, misforstå etikett eller velge å bruke legemidlene på en annen måte enn anbefalt. Befolkningen blir stadig eldre og dermed øker omfanget av utfordringene med legemiddelbruken. Undersøkelser fra Norge og Sverige viser at så mye som 5-10% av alle sykehusinnleggelses på indremedisinske avdelinger kan tilbakeføres til feilaktig legemiddelbruk (Legemiddelmeldinga, 2005). For den eldre delen av befolkningen er andelen trolig større. For hver skade kan det ifølge Statens helsetilsyn forekomme fem nesten-skader, og før disse kan det ha skjedd om lag hundre feil. En undersøkelse foretatt av Norges Apotekerforening i 2002 viste at mellom to til tre prosent av apotekkundene bruker ti eller flere legemidler samtidig (Mellbye & Berg, 2004). Disse pasientene hadde i gjennomsnitt fått legemidlene forskrevet av tre ulike leger. Opplysningene om legemidlene befinner seg i ulike pasientjournaler og er ikke samlet på ett sted. Kontinuitet i legetjenesten er et problem flere steder. Etter gjennomgang av diagnoser og medisinering av sykehjemsbeboere i Bergen, ble det funnet problemer med medisineringen hos tre av fire personer (Legemiddelmeldinga, 2005). Blant pasientene i hjemmesykepleien er det vist 50-90% uoverensstemmelse mellom medisinkortet i hjemmet og hos fastlegen . I gjennomsnitt er 25% flere legemidler oppført i medisinkortet hjemme. I Sverige har Apoteket AB og Vårdförbundet lagt fram beregninger som anslår at kostnadene med feilaktig og ineffektiv bruk av legemidler koster det svenske samfunnet 10 milliarder svenske kroner i året (Legemiddelmeldinga, 2005). Det er ikke noe som tilsier at vi i Norge er bedre, og med utgangspunkt i befolkningsgrunnet, blir våre kostnader opp mot 5 milliarder kroner.

### **4.1.4 Tiltak for riktig legemiddelbruk.**

Mange av tiltakene som foreslås i legemiddelmeldinga; ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk” handler om legemiddelinformasjon som midlet for å oppnå riktigere legemiddelbruk (Legemiddelmeldinga, 2005):

- Gi systematisk informasjon til kommuner og helsepersonell som kan fremme riktig legemiddelbruk.
- Utforme en informasjonsstrategi som styrker legers fokus på bedre oppfølging på pasienters legemiddelbruk.

- Arbeide for å gjøre alle pakningsvedlegg tilgjengelige for helsepersonell og pasienter via internett og journalsystemer.
- Oppsummere kunnskap om og formidle informasjon om bruk av farmasøyt på sykehusposter.
- Vurdere tiltak for å styrke helsepersonells opplæring om legemidler og håndtering av disse.

#### **4.1.5 Produsentuavhengig legemiddelinformasjon.**

Det er tre offentlige informasjonskilder for produsentuavhengig legemiddelinformasjon (Legemiddelmeldinga, 2005). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har rollen som faglig uavhengig miljø for informasjon om legemidler, basert på kunnskapsoppsummeringer på legemiddelområdet. Statens legemiddelverk har ansvar for å utforme og formidle myndighetenes informasjon om faglig og økonomisk riktig bruk av legemidler. Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle og formidle faglige retningslinjer for sykdomsområder der legemidler er aktuell terapi. Helsepersonell og pasienter kan dermed få uavhengig legemiddelinformasjon og balansere industriens markedsføring.

## **4.2 Gir opplæring av pasienten bedre helse?**

### **4.2.1 Sentrale begrep.**

I forskningen på pasienters helse og legemiddelbruk er ”adherence” og ”outcome” sentrale begrep.

“Adherence”.

”Adherence” kan defineres som til hvilken grad pasienten følger instruksjoner de blir gitt for et forskrevet legemiddel. ”Adherence” er ikke ment å være dømmende, men et utsagn om fakta, heller enn skyldfordeling til pasient, forskriver eller behandling. ”Adherence” er ikke det samme som ”concordance”, som inkluderer en konsensus om behandling mellom pasient og helsepersonell (Haynes *et al.*, 2005). ”Compliance” er synonymt med ”adherence”, men har mer autoritær assosiasjon og ble brukt mer tidligere (Last, 2001).

“Outcome”.

“Outcome” er alle mulige resultater som kan stamme fra eksposisjon til årsaksfaktorer eller fra forebyggende eller terapeutiske intervensjoner. De er alle identifisert som oppståtte forandringer i helsestatus som en konsekvens av behandling av et helseproblem (Last, 2001).

#### **4.2.2 Intervensjoner for å forsterke legemiddel-”adherence” og klinisk ”outcome”.**

”The Cochrane Collaboration®” har publisert en review-artikkel som hadde som mål å oppsummere resultatene fra randomiserte kontrollerte forsøk (60 RCT-studier) der intervensjoner ble utført for å hjelpe pasienter med å følge forskrivninger av legemidler for medisinske problemer (Haynes *et al.*, 2005). For behandlinger over kort tid, rapporterte åtte RCT-studier at fire av ni intervensjoner hadde effekt på både ”adherence” og minst en klinisk ”outcome”, mens en intervensjon forbedret pasientens ”compliance” uten å forbedre klinisk ”outcome”. For behandlinger over lang tid, rapporterte 49 RCT-studier at 26 av 56 intervensjoner resulterte i forbedringer av ”adherence”, men bare 18 intervensjoner førte til forbedringer i minst ett behandlings-”outcome”. Seks av studiene viste at det å fortelle pasientene om bivirkninger av behandling ikke hadde effekt på deres ”adherence”. Forfatterne konkluderte med at forbedring av kortids-”adherence” er relativt suksessfullt med et utvalg av enkle intervensjoner. Nåværende metoder for å forbedre ”adherence” for kroniske helseproblemer er komplekse og ikke veldig effektive, slik at full effekt av behandlingen ikke kan oppnås.

### **4.3 Å forske på pasienters tilfredshet.**

#### **4.3.1 Sentrale begrep.**

Pasienters tilfredshet.

Å spørre om tilfredshet er en måte å spørre om evalueringer på. Et eksempel på spørsmål om deres tilfredshet, kan være å spørre dem om hva de synes om informasjonen de fikk og be dem kategorisere den (Lian, 2005).

Pasienters erfaringer.

Å spørre om erfaringer vil si å be om å få vite hva som faktisk har skjedd med hensyn til for eksempel samhandling, kommunikasjon og tidsbruk. Her kan de få for eksempel spørsmål om hvem de fikk informasjonen fra (Lian, 2005).

#### **4.3.2 Brukerperspektivet.**

Helsetjenesten har som mål å tilby pasientene tjenester av høy kvalitet. En måte å evaluere kvaliteten på er å spørre pasientene om deres tilfredshet. Det er brukeren av helsetjenesten som uttaler seg om kvaliteten på tjenesten. Brukerperspektivet er viktig i helsetjenestens utvikling (Lian, 2005).

#### **4.3.3 Hva kan forklare pasienttilfredshet?**

Pasientorienterte teorier.

Pasientorienterte teorier går ut på at graden av tilfredshet ikke er et uttrykk for kvaliteten på tjenestene, men avspeiler noe ved pasienten selv. Det kan her være snakk om psykologiske faktorer (for eksempel personlighet, humør eller mestringsevne), sosiale faktorer (for eksempel alder eller kjønn), økonomiske faktorer (for eksempel økonomisk situasjon eller boforhold) og helsemessige faktorer (for eksempel helsetilstand eller sykdommens alvorlighetsgrad). I sum er det få eller ingen klare mønstre å spore med hensyn til hvordan trekk ved pasienten, påvirker deres tilfredshet (Lian, 2005).

Relasjonelle teorier.

Relasjonelle teorier legger vekt på faktorer som ligger mellom aktørene; pasient og helsepersonell. Her uttrykker pasientens tilfredshet noe om forhold ved interaksjonen mellom helsepersonell og pasient. Det kan for eksempel være tidsbruk, kommunikasjon, informasjon og kontinuitet (Lian, 2005).

Strukturorienterte teorier.

I strukturorienterte teorier blir pasienttilfredshet sett på som et resultat av forhold ved tjenestetilbudet. Måten institusjonene organiserer tjenestene på, antas å ha betydning for pasientenes tilfredshet (Lian, 2005).

#### 4.3.4 Kvalitativ versus kvantitativ metode.

Både dataene; det materialet vi har, og metodene; de teknikkene vi bruker for å innhente og bearbeide dataene, kan være kvalitative og kvantitative. Kvalitative data består av noen få caser med mange variabler, og kvantitative data består av mange caser med få variabler. Kvalitativ metode handler om fortolkning, hvor aktørens mening står i sentrum, og der ett av målene er å forstå informantens ståsted. Kvantitativ metode handler om å lete etter hyppigheten av et fenomen og etter sammenhenger ved hjelp av statistiske analyser (Lian, 2005).

#### 4.3.5 Tolking av data.

Studier med kvantitative data resulterer ofte i mer positive funn enn studier med kvalitative data. De samme pasientene er mer tilfredse når de svarer på spørreskjemaer enn når de blir intervjuet (Williams *et al.*, 1998). 75-80 % av pasientene uttrykker tilfredshet ved hvilket som helst spørsmål i kvantitative studier om helsetjeneste (Collins & O'Cathain, 2003). At pasienten vurderer helsetjenesten som mest positiv, har gjerne sammenheng med at pasienten føler seg underlegen i forhold til helsepersonellet og pasienten er i et avhengighetsforhold til helsepersonellet (Edwards *et al.*, 2004). Dataene må derfor tolkes med forsiktighet (Lian, 2005).

### 4.4 Opplæring.

Mange typer opplæring av pasienter er aktuelle (Tabell 4-1) (Haynes *et al.*, 2005).

Tabell 4-1: Opplæring av pasienter.

Instruksjoner	Skriftlige, muntlige, praktiske
Rådgivning	Om pasientens sykdom, viktigheten av terapien og compliance,
Oppfølging	Telefonoppringing,
Opplæring	Familiebasert
Mentorer	Lekmenn med samme sykdom og erfaringer
Farmasøytisk omsorg	Farmasøyten kontrollerer legemiddelbivirkninger
Terapi	Hos psykolog

### 4.5 Pasienten – med revmatisk sykdom.

Vår studie har fokusert på den revmatiske pasienten.

#### 4.5.1 Epidemiologi.

Samlet sett er det flere kvinner enn menn som har en revmatisk sykdom. Flere sykdommer forekommer oftere hos kvinner enn hos menn (revmatoid artritt, Bekhterevs sykdom, systemisk

lupus erythematosus, polymyalgia rheumatica) (Tabell 4-2). Bekhterevs sykdom forekommer mest hos menn. Andre sykdommer øker i forekomst med økende alder (Sjögrens syndrom, polymyalgia rheumatica, kjempecellearteritt, arthritus urica). Revmatoid artritt (RA) og uspesifiserte oligo- og polyartritter er like vanlige i alle aldre. Alle aldersgrupper er representert med denne gruppen sykdommer, selv om de eldre er i flertall.

**Tabell 4-2: Revmatiske sykdommer (Brørs *et al.*, 2004).**

Sykdom	Prevalens	Innsidens	Kjønnsfordeling	Aldre
Revmatoid artritt (RA)	0,5%	25/100000	K <sup>1</sup> :M <sup>2</sup> – 3-4:1	Alle
Bekhterevs sykdom	0,1-0,2%		M>K	>20-40 år
Reaktive artritter	0,5%	10/100000		<60 år
Systemisk lupus erythematosus		4/100000	K>M	Voksne
Sjögrens syndrom	>1%		K	>40 år
Dermatomyositt, polymyositt, systemisk sklerose, Wegeners granulomatose, polyarteritis nodosa	Relativt sjeldne			
Polymyalgia rheumatica	Relativt vanlig		K	>60 år
Kjempecellearteritt				>55 år
Arthritus urica (Krystallartritt)	Økende			Ved økende alder
Uspesifiserte oligo- og polyartritter	Kanskje like vanlig som RA			Alle
Artrose				>60 år

<sup>1</sup>K = kvinner, <sup>2</sup>M = Menn

#### 4.5.2 Kroniske lidelser.

Disse pasientene må leve med sykdommene sine hele livet og trenger livslang behandling. Deres behandling handler om å ha best mulig livskvalitet, forhold som ikke alltid er like lett å dokumentere. De blir ikke friske, men har gode perioder avløst med forverrede perioder. Noen av symptomene kan for eksempel være bevegelighet av ledd, fravær av hovne ledd og grad av smerte. Å leve med disse sykdommene handler mye om det å mestre dem og ha et så normalt dagligliv som mulig.

### 4.5.3 Legemiddelbruk.

De fleste av pasientene bruker legemidler som en del av sin behandling mot de revmatiske sykdommene. Legemidlene finnes i gruppene; kortikosteroid, ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID), sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARD), kalsineurinhemmere og immunsuppressive immunoglobuliner.

### 4.5.4 Virkning og bivirkninger av legemidlene.

Noen av legemidlene må brukes over en lengre periode fra 2-4 uker opptil noen måneders tid før effekten inntre (Tabell 4-3). Mange av legemidlene virker ved å redusere pasientens eget immunforsvar. Det er derfor forbundet med økt risiko for infeksjoner å bruke disse legemidlene. Andre alvorlige bivirkninger kan også opptre.

Tabell 4-3: Eksempler på legemidler mot revmatiske sykdommer (Cappelen *et al.*, 2005).

Legemiddelgruppe	Eksempel på legemiddel	Virkning	Bivirknings-eksempler	Effekt (Johansen, 2003)
Kortikosteroid,	Prednisolon® (prednisolon)	Antiinflammatorisk og immunsupprimerende	Benskjørhet, veksthemming hos barn	
NSAID	Celebra® (celecoxib)	Hemmer av cyklooxsygenase-2	Infeksjoner i øvre luftveier	
Kalsineurinhemmere	Sandimmun neoral® (ciklosporin)	Immunsupprimerende	Lymfom og andre maligne sykdommer særlig i huden	
DMARD	Arava® (leflunomid)	Sykdomsmodifiserende, immunsupprimerende	Økt infeksjonstendens	Etter 4-6 uker, forbedret effekt opptil 12 måneder
DMARD	Plaquenil® (hydroksyklorokin)	Sykdomsmodifiserende, immunsupprimerende	Irreversibel retinopati	Inntre raskt etter 3-6 måneder
Immunsuppressive immunoglobuliner	Enbrel® (etanercept)	Immunsupprimerende	Økt infeksjonstendens	Inntre raskt og øker de 2-3 første måneder
Cytostatikum	Sendoxan® /cyclofosfamid)	Cytostatisk og cytotoxisk	Reduksjon i immunforsvar og økt infeksjonsfare	



#### **4.5.5 Informasjonsbehov.**

Informasjonsbehovet om legemidler til pasienten med revmatisk sykdom er stort. Ved infeksjoner er det viktig at pasienten vet hva han skal foreta seg og kontakter lege ved behov. Også ved andre bivirkninger kan det være nødvendig at pasienten kontakter lege. Siden virkningen kan la vente på seg, er det viktig at pasienten er informert om dette og holder fram med å ta sine medisiner som forskrevet.

#### **4.5.6 Revmateam.**

Pasienten med revmatisk sykdom står i sentrum for et helt lag av ulike representanter i helsevesenet som sammen skal hjelpe han med å få best mulig helse (Kvalvik, 2003). Legen (revmatologen eller revmakirurgen) undersøker, stiller diagnosen, opererer eventuelt og forskriver legemidler. Sosialkonsulenten informerer om rettigheter, muligheter og hjelpeordninger. Sykepleieren gir opplæring i for eksempel bruk av legemidler som må injiseres. Fysioterapeuten fokuserer på mulighetene for trening og fysisk aktivitet. Ergoterapeuten har informasjon om hjelpemidler og tilrettelegging. Farmasøyten kan gi informasjon om bruk av legemidler og deres virkning og bivirkninger. Institusjonspresten kan være et tilbud for de som trenger noen å prate med om for eksempel reaksjoner og sorg. Til sist men ikke minst er likemannsarbeidet som Norsk Revmatikerforbund gjør viktig, der pasienten kan lære av andre i samme situasjon.

#### **4.5.7 Studier på revmapasienter.**

Internasjonalt.

“The Cochrane Collaboration®” har publisert en review-artikkel som hadde som mål å vurdere effektiviteten av pasientopplæringsintervensjoner på helsestatus til pasienter med reumatoid artritt (Riemsma *et al.*, 2003). 50 randomiserte kontrollerte studier med pasienter med reumatoid artritt ble inkludert. 19 av studiene manglet data. Derfor ble data fra 31 av dem analysert. De fant signifikante effekter av pasientopplæring ved første oppfølging etter 3 uker til 9 måneder på funksjonell funksjon i hverdagen, ”joint counts” (telling av ømme og smertefulle ledd), ”patient global assesment” (pasientens egen vurdering av sin egen helse på visuell analog skala), psykisk status og depresjon. En tendens mot at pasientopplæring hadde effekt på smerte ble også funnet. Ved siste oppfølging etter 3 til 14 måneder ble det ikke funnet noen signifikant effekt av pasientopplæring, men bare en tendens til at pasientopplæring hadde effekt på funksjonell funksjon i hverdagen. Forfatterne konkluderte

med at mer forskning er nødvendig, og framtidig forskning burde være mer sykdomsspesifikk. Den burde forsøke å identifisere hvilke pasientkarakteristika som er relevante for forbedret ”outcome” etter pasientopplæring og hvilke komponenter i pasientopplæringa som er mest effektive.

I Norge.

Polyfarmasi blant pasienter med revmatisk sykdom er vanlig. En studie ved ni revmatologiske avdelinger viste at 60 % av pasienter med diagnosene revmatoid artritt og polyartritt brukte fem eller flere legemidler (Viktil *et al.*, 2001). Bruk av legemidler henger sammen med at uønskede legemiddelrelaterte problemer oppstår. En studie utført ved 8 avdelinger innen revmatologi (to avdelinger), lungemedisin, geriatri og hjerte på 5 sykehus viste at 81 % av pasientene hadde minst ett legemiddelrelatert problem (Viktil *et al.*, 2004). Når det gjaldt behovet for pasientopplæring, hadde de revmatiske pasientene høyest frekvens. De skilte seg signifikant ut fra de andre pasientene på dette området. De fleste legemiddelrelaterte problemene var klinisk relevante og ble samlet inn av sykehusfarmasøyter. En kontrollgruppe fikk vanlig behandlingsprosedyre og en forsøksgruppe fikk i tillegg intervju med klinisk farmasøyt (Viktil *et al.*, 2006). Det var signifikant flere klinisk relevante legemiddelrelaterte problemer i intervjugruppa enn i kontrollgruppa. Et hovedpoeng var at det er viktig å lytte til det pasienten har å si om legemiddelbruk og annen relevant informasjon, for å avdekke legemiddelrelaterte problemer.

## **4.6 Farmasøyter i sykehusavdelinger.**

### **4.6.1 Sentralt begrep.**

Klinisk farmasi.

Det er flere definisjoner på klinisk farmasi rundt i verden. Den britiske organisasjonen for klinisk farmasi; ”The United Kingdom Clinical Pharmacy Association (UKCPA)”, beskriver klinisk farmasi som ”the knowledge, skills and attitudes required by a pharmacist to contribute to patient care” (UKCPA, 2006). Den europeiske organisasjonen for klinisk farmasi; ”The European Society of Clinical Pharmacy (ESCP)” beskriver det som ”a health speciality which describes the activities and services of the clinical pharmacist who develop and promote the rational and appropriate use of medical products and devices” (ESCP, 2006). En tredje definisjon av klinisk farmasi er; ”that part of the practice of pharmacy that

contributes directly to patient care and develops and promotes the rational and appropriate use of medical products and devices” (Franklin & van Mil, 2005). Klinisk farmasi er ikke det samme som sykehusfarmasi (Franklin & van Mil, 2005). For det første omfatter sykehusfarmasi mange flere oppgaver; som produksjon, kvalitetskontroll, anskaffelse og distribusjon av legemidler og styring av legemiddelbruken på systemnivå. For det andre er klinisk farmasi også praktisert av farmasøyter i primærhelsetjenesten. Klinisk farmasi er ikke et entydig begrep. I vårt arbeid var det definisjonen til ESCP, som var nærmest det vi forsto med begrepet.

#### **4.6.2 Klinisk farmasi i Norge.**

Det er begrenset med kliniske farmasøyter som arbeider i sykehusavdelinger. I Norge er det omkring 40 farmasøyter som jobber klinisk (Davidsson, 2006). På noen revmatologiske avdelinger er det farmasøyter i kliniske stillinger. Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø (UNN), Haukeland Universitetssykehus i Bergen og Diakonhjemmet Sykehus i Oslo har farmasøyter tilknyttet revmatologiske avdelinger. Ved St. Olavs Hospital i Trondheim startet farmasøyter et prosjekt ved revmatologisk avdeling i januar 2006, i tillegg til at det er et prosjekt på kreftavdelinga (Lilleås & Aa, 2006). Ved UNN er det også farmasøyter involvert i klinisk arbeid ved lungeavdelinga, alderpsykiatrisk post ved spesialpsykiatrisk avdeling, hjertesviktpoliklinikken, nyreavdelinga og geriatrisk avdeling (Bjørknes & Bjørnstad, 2006) Ellers har det vært prosjekt med klinisk farmasøyt ved for eksempel Seksjon for geriatri og Seksjon for gastrokirurgi ved St. Olavs Hospital (Nytt fra Sykehusapotekene i Midt-Norge, 2005) og Lungemedisinsk avdeling ved Aker Universitetssykehus (Pretsch *et al.*, 2004). Dette er bare noen eksempler og ikke en fullstendig oversikt.

#### **4.6.3 Klinisk farmasi i utlandet.**

Europa.

Den europeiske foreningen for sykehusfarmasøyter; ”European Association of Hospital Pharmacists” (EAHP) gjorde i 2000 en spørreskjemaundersøkelse (EAHP, 2000). De sendte ut 2825 spørreskjemaer til sykehusfarmasøyter i 22 land og fikk inn 748 svar. Svarprosenten var på 27% og 16 land deltok i undersøkelsen. De delte klinisk farmasøytisk praksis inn i tre kategorier; sentraliserte uregelmessige besøk av farmasøyt i sykehusavdeling, sentraliserte daglige besøk av farmasøyt i sykehusavdeling og desentraliserte besøk av farmasøyt i sykehusavdeling. Desentraliserte besøk betydde at farmasøyten oppholdt seg 50% av tida si i

sykehusavdelingen sammen med pasienter. De syv landene i Europa som hadde flest sykehus med farmasøyter var; Storbritannia, Tyskland, Frankrike, Spania, Nederland, Belgia og Finland (Tabell 4-4). Av totalt 748 sykehus hadde 419 sykehus klinisk farmasøyt (EAHP, 2000). Ny tilsvarende studie har akkurat avsluttet innsamling av data (mars 2006) og er forventet publisert i år.

**Tabell 4-4: Klinisk farmasi i sykehus i Europa (EAHP, 2000).**

Land	Sykehus med sentraliserte uregelmessige besøk (antall)	Sykehus med sentraliserte daglige besøk (antall)	Sykehus med desentraliserte besøk (antall)
Storbritannia	17	64	14
Tyskland	51	4	2
Frankrike	50	0	1
Spania	43	4	4
Nederland	38	2	2
Finnland	16	3	3
Belgia	13	2	3

Land utenom Europa.

For 15 – 20 år siden arbeidet farmasøyter i USA og Canada for anerkjennelse i klinisk praksis. I dag er de ledende på feltet. Andre land som har kommet etter er; Australia, Bermuda, India, Israel, Japan, Libanon, New Zealand, Pakistan, Sør-Afrika og Zimbabwe (LeBlanc & Dasta, 2005).

## **4.7 Egen motivasjon for undersøkelsen.**

### **4.7.1 Flere farmasøyter i helsevesenet.**

Utfordringene i legemiddelfeltet står i kø i helsevesenet i dag. Vi blir eldre og eldre, vi bruker flere og flere legemidler, mulighetene for interaksjoner øker, legemidlene blir mer og mer avanserte, legemidlene kan mer og mer skreddersys den enkelte og legemiddelutgiftene tar stadig større andel av helsebudsjettene. Farmasøytene er klare for å bidra.

### **4.7.2 Kunnskap om legemidler.**

Farmasøytene har bred kunnskap om legemidler; fra utvikling og produksjon til virkning, bivirkninger, interaksjoner, farmakokinetikk og farmakodynamikk via epidemiologi, økonomi og kjemi. De er legemiddeleksperter i helsevesenet. Denne kunnskapen bør brukes til pasientens beste og samtidig deles med de andre helseprofesjonene. I dagens informasjonssamfunn er det bare blitt enda viktigere, at man kan skille ut det vesentlige fra

det unyttige. Nøytral legemiddelinformasjon er viktig å få fram og her kan farmasøytene ha nøkkelroller.

### **4.7.3 Samarbeid mellom helseprofesjonene.**

Alle i helsevesenet har sine roller. De utfyller hverandre og har hver sine ferdigheter og kunnskaper å bidra med. Kommunikasjon er nøkkelordet for å få til et godt samarbeid. Alle må bidra med sitt og samtidig være mottakelig for og se nytten av de andres bidrag. Respekt, åpenhet og raushet kan bidra til det. Tradisjonelt er imidlertid helseprofesjonsmiljøene hierarkisk oppbygd, så det kan være en lang vei å gå.

### **4.7.4 Bedre helse.**

Som farmasøyt inngår jeg som en del av helsevesenets mange profesjoner. Mitt mål er da å bidra til at pasienten skal få best mulig helse. Bedre helse kommer gjennom blant annet, god og riktig legemiddelbruk tilpasset den enkeltes behov, men det kan også være riktig å ikke bruke legemidler. For å oppnå dette kreves kunnskaper om legemidler, evne til å finne fram til rett informasjon om legemidler og kunne se pasientens behov. Det siste er kanskje det viktigste, omsorgen for pasienten må komme først.

### **4.7.5 Pasienten i sentrum.**

Jeg har som mål om å jobbe som farmasøyt nærmest mulig pasienten. Gjennom farmasistudiets forskjellige emner har det som har handlet om pasientnære oppgaver fanget min interesse og engasjert meg mest. Emnene farmakologi og farmakokinetikk har da kommet til å stå i en særstilling, samtidig som de har vist seg å være mest krevende. Jeg håper videre at arbeidet med pasientkasus i studietiden skal komme til nytte i en framtidig jobb i klinisk stilling.

## **5 Mål.**

### **5.1 Hovedmål.**

Hovedmålet med studien er at pasientene skal få bedre legemiddelinformasjon, og gjennom forskning ønsker vi å få fram kunnskap som bidrar til det.

### **5.2 Formål.**

Hensikten med studien er å undersøke pasientenes erfaringer med legemiddelinformasjon.

### **5.3 Problemstillinger.**

Studien søker å svare på følgende spørsmål:

- Hvilke erfaringer har pasienter på revmatologiske avdelinger ved sykehus i Norge med legemiddelinformasjon?
- Hvem gir legemiddelinformasjon?
- Hvor tilfredse er pasientene med legemiddelinformasjonen?
- Utgjør det en forskjell for pasientene å få legemiddelinformasjon fra farmasøyten versus annet helsepersonell?
- Hvordan er organiseringen av legemiddelinformasjonen til pasientene ved revmatologiske avdelinger ved utvalgte sykehus i Norge?
- Hvilken organisering av legemiddelinformasjonen gir den beste legemiddelinformasjonen?

## **6 Materiale og metoder.**

For å belyse og besvare problemstillingenes spørsmål valgte vi å utføre kvalitative intervju med helsepersonell og en kvantitativ spørreundersøkelse med pasienter ved revmatologiske avdelinger ved utvalgte sykehus. Før dette kunne gjennomføres, måtte studien planlegges, spørreskjemaet lages og flere søknader skrives.

### **6.1 Etikk.**

#### **6.1.1 Regional komité for medisinsk forskningsetikk.**

Prosjektet ble vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge. De konkluderte med at prosjektet falt utenfor komiteens mandat, da det ikke kunne vurderes som biomedisinsk forskning (vedlegg 6).

#### **6.1.2 Taushetsplikt.**

Det ble søkt om dispensasjon fra taushetsplikten for prosjektleder og prosjektmedarbeider i forbindelse med innhenting og bearbeiding av opplysninger fra revmatologiske avdelinger ved de utvalgte sykehusene. Sosial- og helsedirektoratet var behandlingsinstans. De innvilget søknaden (vedlegg 7).

#### **6.1.3 Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).**

Vi var også i kontakt med NSD, for at de skulle vurdere prosjektet i forhold til bestemmelsene i personopplysningsloven og helseregisterloven. De vurderte at prosjektet ikke måtte meldes til NSD, fordi datamaterialet i prosjektet ikke kunne knyttes direkte eller indirekte til enkeltpersoner.

### **6.2 Intervju.**

Helsepersonell ved de revmatologiske avdelingene på de utvalgte sykehusene, ble intervjuet for å kartlegge personellressurser, pasientplasser og organiseringen av legemiddelinformasjonen til pasientene. Semi-strukturerte intervju med spørsmål som intervjuobjektene hadde fått anledning til å se på forhånd, ble utført (vedlegg 4) (Bowling, 2002). Svaralternativene var ikke faste, men noen veiledende punkter var tatt med på spørsmålsarket. Det var også rom for at spørsmålene kom i en annen rekkefølge enn planlagt. Respondentene fikk også anledning til å komme med annen relevant informasjon som det ikke

var spurt om. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd med intervjuobjektene godkjenning. Ett kontorpersonale, en sykepleier og en overlege ble intervjuet ved hver revmatologiske avdeling som deltok.

### **6.2.1 Personellressurser.**

Under intervjuene ble antall ansatte i de ulike helseprofesjonene kartlagt. Det ble spurt om antall assistentleger, ergoterapeuter, farmasøyter, hjelpepleiere, overleger, sosionomer og sykepleiere som var ansatt eller tilknyttet avdelingene. Eventuelle andre ressurspersoner på avdelingene ble også tatt med i kartlegginga.

### **6.2.2 Pasientplasser.**

Intervjuene søkte også å kartlegge antall pasientplasser på sengepost og dagenhet. Samtidig ble antall pasienter på sengepost og dagenhet i undersøkelsesperioden 01.12.2006 – 28.02.2006 talt opp. Pasientenes fordeling på kjønn og alder i samme periode ble også tatt med.

### **6.2.3 Legemiddelinformasjon.**

Muntlig og praktisk legemiddelinformasjon.

Det ble kartlagt hvem som ga informasjon, hva det ble gitt informasjon om, hvem som fikk informasjon og om pasientene kunne kontakte avdelinga etter utskriving med ytterlige spørsmål om legemidler.

Skriftlig informasjonsmateriale om legemidler.

Det ble også her kartlagt om det ble gitt skriftlig legemiddelinformasjon, hvem som ga informasjon, hva det ble gitt informasjon om og hvem som fikk informasjon. I tillegg ble det spurt om hvem som hadde laget det skriftlige materialet, når det sist ble oppdatert, hvem som kvalitetssikret og godkjente det og om fastlegen / primærlegen mottok noen informasjon.

## **6.3 Spørreskjemaundersøkelse.**

Informanter mottok brev i posten etter utskriving fra sykehus, med informasjonsbrev om studien og samtykke, spørreskjema og ferdig frankert og adressert returkonvolutt. De ble informert om studien og spurt om å delta i studien. Ved å sende inn spørreskjemaet anonymt, samtykket de i å delta i studien.



### **6.3.1 Flytskjema.**

Opplegg for spørreskjemaundersøkelsen og innhenting av data finnes i flytskjema i vedlegg nr. 1.

### **6.3.2 Populasjon.**

Utgangsbefolkningen var pasienter innlagt ved utvalgte sykehus i Norge. Sykehusene som deltok var Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, Nordlandssykehuset i Bodø, St. Olavs Hospital i Trondheim og Diakonhjemmet Sykehus i Oslo.

Inklusjonskriterier.

- Pasienter over 18 år
- Pasienter skrevet ut av revmatologiske avdelinger i perioden 01.12.2005 – 28.02.2006
- Pasienter fra sengepost eller dagenhet

Eksklusjonskriterier.

- De som allerede hadde svart på spørreskjemaet, ble ikke tatt med en gang til.
- Helsepersonell ved de revmatologiske avdelingene ekskluderte pasienter som de mente ikke kunne svare på spørreskjemaet for eksempel; psykisk utviklingshemmede, demente eller ikke norsk språklige.

### **6.3.3 Informasjonsbrev.**

Dette brevet inneholdt informasjon om (vedlegg 2):

- Bakgrunn for studien og hva den var om
- Hvem som skulle svare på spørreskjemaet
- Hvem som stod bak studien
- Hvorfor informanten var spurt om å delta
- Anonymitet, frivillig deltakelse og samtykke
- Hvor de kunne få svar på spørsmål og hjelp

### **6.3.4 Spørreskjema.**

Utvikling av spørreskjemaet.

De første spørsmålene som ble laget var inspirert av spørsmål om legemidler; virkning og bivirkning av nye legemidler og ubesvarte spørsmål, fra en utredningsrapport utført av

Stiftelsen for helsetjenesteforskning (Brekke *et al.*, 2003). Etter hvert ble spørsmål om demografiske data; kjønn, alder, innleggelse på hvilket sykehus og innleggelse på dagenhet eller sengepost utformet. Diagnosetidspunkt, antall legemidler i bruk, informasjonskilder og total tilfredshet med legemiddelinformasjonen laget vi også spørsmål om. Spørsmålet om foretrukne informasjonskilder var inspirert av ett spørsmål i en annen mastergradsoppgave (Nilsen, 2005).

### Spørsmålene.

Det ble lagt vekt på at spørsmålene skulle være (Bowling, 2002; Freil *et al.*, 2002; Robson, 2002):

- Nøytrale – ikke ledende spørsmål
- Med kortest mulige ord og setninger
- Enkle og entydige og uten faguttrykk og fremmedord - respondentene skulle kunne svare uten hjelp
- Uten doble spørsmål – ikke spørre om flere ting på en gang

### Svarkategoriene.

For at svarene skulle være enklere å analysere i etterkant, ble de utformet stort sett med lukkede svaralternativer. Det var kun åpne svaralternativer ved spørsmålet om alder og under fire spørsmål der den ene svarkategorien var ”Annet (Vennligst spesifiser)”. Det var også viktig at alle respondentene fant sine svaralternativer på spørreskjemaet. Derfor ble også ett nøytralt svaralternativ tatt med, der det ble spurt om pasientens evaluering (Bowling, 2002; Freil *et al.*, 2002; Robson, 2002).

### Utforming av spørreskjemaet for økt respons.

Spørsmålene skulle være lette å svare på for respondentene på egenhånd. Spørreskjemaet skulle ha færrest mulig spørsmål og tidsbruken skulle være så liten som mulig. Tanken var at de første spørsmålene skulle være de enkleste, de neste spørsmålene var de viktigste og på slutten skulle spørsmålene inspirere respondentene til å fullføre og sende inn skjemaet. I et forsøk på å guide respondentene gjennom skjemaet, ble beskjeder skrevet i kursiv. Skjemaet skulle se enkelt, pent, seriøst, luftig og oversiktlig ut (Bowling, 2002; Freil *et al.*, 2002; Robson, 2002).

## Spørreskjemaets spørsmål.

Det ble utarbeidet et spørreskjema med spørsmål om (vedlegg 4):

- Informantens kjønn og alder
- Hvilket sykehus informanten var innlagt på
- Innleggelse på sengepost eller dagenhet
- Hvor gammel den revmatiske diagnosen var
- Hvor mange legemidler informanten brukte
- Informasjon om nye legemidler informanten begynte med
- Hvem som ga legemiddelinformasjonen
- Legemiddelinformasjonen var skriftlig og / eller muntlig
- Tilfredshet med legemiddelinformasjon
- Informantenes egne kilde for legemiddelinformasjon

## Ekspertgrupper validerte spørreskjemaet.

For å sikre en best mulig undersøkelse, ble spørreskjemaet validert av to ekspertgrupper. De bestod av farmasøyter ved Sykehusapoteket i Tromsø og Institutt for farmasi, Universitetet i Tromsø. Utkast av spørreskjemaet ble først vurdert individuelt av alle farmasøytene. Etter innspill ble spørreskjemaet gjennomgått og forbedret av en mindre gruppe farmasøyter i fellesskap. Dette ble gjort i flere omganger. Ett utkast av spørreskjemaet var så klart for første validering av pasienter.

## Pasientgrupper validerte spørreskjemaet.

Pasienter var også med på å sikre undersøkelsen. Spørreskjemaet blir testet ut på syv pasienter i målgruppa på Revmatologisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge. Pasientene besvarte spørreskjemaet. De ble intervjuet i etterkant om spørreskjemaet og kunne da komme med kommentarer, spørsmål og forslag til forbedninger og eventuelle mangler. Etter tilbakemeldingene fra første pasientgruppe, ble spørreskjemaet forbedret. Den forbedrede utgaven ble så testet ut på seks nye pasienter ved samme avdeling. Etter de siste tilbakemeldingene ble det bare mindre justeringer av spørreskjemaet, og det var klart for utsending.

## 6.4 Databehandling.

Dataene som ble samlet inn ble lagt inn i databasen; ”The Statistical Package for the Social Sciences®” (SPSS) 13.0 for Windows®.

## 6.5 Dataanalyse.

Dataene ble bearbeidet i SPSS 13.0. Både deskriptiv og analytisk statistikk ble utført (Tabell 6-1). Med deskriptiv statistikk menes frekvens og prosentandel for kategoridata, og for måledata antall, prosentandel, gjennomsnitt, median, standardavvik, minimum og maksimum. Med analytisk statistikk menes kjikvadrattesting for kategoridata og enveis variansanalyse og normaltest for måledata.

Tabell 6-1: Variabelliste.

Spørsmål nr.	Variabel	Type	Deskriptiv statistikk	Analytisk statistikk
1	Kjønn	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
2a	Fødselsår	-	-	-
2b	Alder	Måledata	Ja	Enveis variansanalyse og normaltest
2c	Aldersgrupper	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
3	Sykehus	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
4	Dagenhet / sengepost	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
5	Diagnosetidspunkt	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
6	Antall legemidler	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
7	Nye legemidler	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
8	Virkning av nye legemidler	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
9	Bivirkninger av nye legemidler	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
10	Informasjon fra team med og uten farmasøyt	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
11	Informasjonsmåte	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
12	Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
13	Ubesvarte spørsmål om andre legemidler	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
14	Total vurdering	Kategoridata	Ja	$\chi^2$
15	Foretrukket informasjonsmåte	Kategoridata	Ja	-
16	Egne informasjonskilder	Kategoridata	Ja	-

Kjikvadrattesting.

Kjikvadrattesting ( $\chi^2$ -testing) ble brukt for å teste om det var sammenheng mellom to variabler. Kategoriene for en variabel dannet radene i en tabell, og kategoriene for en annen

variabel dannet kolonnene. Vi undersøkte om distribusjonen av kategorier av en variabel var uavhengig av distribusjonen av kategoriene til en annen variabel.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}, \quad \text{d.f.} = (r-1) \times (k-1)$$

O er antall observerte verdier og E er antall forventede verdier. E for hver celle, finnes ved å ta radsummen delt på totalsummen og multiplisere med kolonnesummen. Antall rader er r, og antall kolonner er k. Dess større  $\chi^2$ - verdien er, dess større er forskjellen mellom variablene (Kirkwood, 1988). Signifikansnivået ble satt til 5%.

### Enveis variansanalyse.

Enveis variansanalyse ble brukt for å sammenligne aldersgjennomsnittet på pasientene fra de utvalgte sykehusene. Analysen kalles enveis fordi analysen bare tar hensyn til en faktor; alder. Metoden tar hensyn til variasjonen mellom gruppene og variasjonen mellom individene innen samme gruppe. Variansen er lik summen av kvadrerte standardavvik til gjennomsnittsverdiene for observasjonene, delt på antall frihetsgrader. "Sum of squares" (SS) er todelt; kvadratsummen av forskjeller mellom gruppene gjennomsnitt og forskjeller mellom observasjonene i gruppene. "Mean square" (MS) er SS delt på antall frihetsgrader. Kvadratene av gjennomsnittene er sammenlignet ved å bruke F-testen.

$$F = \frac{\text{MS mellom grupper}}{\text{MS i grupper}}, \quad \text{d.f.} = \text{d.f. Mellom grupper} - \text{d.f. I grupper} = (k-1, N-k)$$

N er det totale antall observasjoner og k er antall grupper. F er omkring 1 når det ikke er noen virkelig forskjell mellom gruppene og større enn 1 hvis det er forskjell mellom gruppene (Kirkwood, 1988). Signifikansnivået ble satt til 5%.

### Normaltest.

Denne testen sammenligner gjennomsnittsverdier fra to forskjellige innsamlinger, for eksempel gjennomsnittsalderen til respondentene med gjennomsnittsalderen i studiepopulasjonen. Normaltesten brukes på store utvalg.

$$Z = \frac{\bar{X} - \bar{Y}}{\sqrt{\frac{s_x^2}{n_x} + \frac{s_y^2}{n_y}}}$$

Antall frihetsgrader er lik  $n_x + n_y - 2$ . Z er testobservatoren, gjennomsnittsverdien for X og Y er over brøkstreken,  $S^2$  er variansen for X og Y og n er antallet for X og Y. Når testobservatoren er større eller er lik den kritiske verdien, forkastes nullhypotesen og det er signifikante forskjeller (ensidig test), eller når testobservatoren er større eller lik den kritiske verdien samt mindre eller lik den negative kritiske verdien, forkastes nullhypotesen og det er signifikante forskjeller (tosidig test) (Kirkwood, 1988). Signifikansnivået ble satt til 5%.

#### Dikotomisering av svaralternativer.

De fleste dataene ble analysert ved hjelp av kjikvadrattesting og for å oppnå store nok tall for testing ble flere svaralternativer dikotomisert (todelt). En annen studie på pasienterfaringer i helsevesenet har benyttet denne måten å todele data på (Lian & Wilsgaard, 2004). Svarene til spørsmålene om pasientenes *evalueringer av legemiddelinformasjon om virkning og bivirkninger* i spørsmål 8 og 9 kodet vi som dikotome variabler. Svarene ”Ja, helt enig” og ”Litt enig” ble kodet som ”Fornøyd”. Svarene ”Både enig og uenig”, ”Litt uenig” og ”Nei, helt uenig” ble kodet som ”Kan forbedres”. Svarene til spørsmålet om *hvem som ga legemiddelinformasjon* i spørsmål 10 kodet vi som dikotome variabler. Svarene ”Farmasøyt”, ”Farmasøyt og lege”, ”Farmasøyt, og sykepleier” og ”Farmasøyt, lege og sykepleier” ble kodet som ”Informasjonsteam med farmasøyt”. Svarene ”Lege”, ”Sykepleier” og ”Lege og sykepleier” ble kodet som ”Informasjonsteam uten farmasøyt”. Svarene til spørsmålene om *ubesvarte spørsmål om revmatiske og andre legemidler* i spørsmål 12 og 13 kodet vi også som dikotome variabler. Svarene ”Ja, helt enig”, ”Litt enig” og ”Både enig og uenig” ble kodet som ”Kan forbedres”. Svarene ”Litt uenig” og ”Nei, helt uenig” ble kodet ”Fornøyd”. Svarene til spørsmålet om pasientenes *evalueringer av legemiddelinformasjonen totalt sett* i spørsmål 14 kodet vi som dikotome variabler. Svarene ”Svært god” og ”Meget god” ble kodet som ”Fornøyd” og ”God”, ”Nokså dårlig” og ”Dårlig” ble kodet som ”Kan forbedres”.

## 7 Resultater.

Under resultatkapittelet presenteres først resultatene fra intervjuene med helsepersonellet ved de revmatologiske avdelingene på de utvalgte sykehusene, så kommer resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen. De revmatologiske avdelingene på sykehusene som deltok er ikke navngitt, og de betegnes som SH1, SH2, SH3 og SH4.

### 7.1 Informasjon innhentet fra intervjuer med helsepersonell.

#### 7.1.1 Personellressurser.

Det er mange helsepersonell- eller yrkesgrupper representert i teamet rundt den revmatiske pasienten (Tabell 7-1).

**Tabell 7-1: Antall årsverk i hver yrkesgruppe fordelt på sykehusavdelingene.**

Yrkesgrupper	SH1 (Antall årsverk)	SH2 (Antall årsverk)	SH3 (Antall årsverk)	SH4 (Antall årsverk)
Assistentlege	5	3	4	2,5
Ergoterapeut	0	0,8	1	1,6
Ernæringsfysiolog	0	0	0	0,05
Farmasøyt	1	0	0	0,5
Fysioterapeut	0	2	1	2,4
Hjelppleier	5,75	4	0	0
Kjøkkenpersonale	0	0	1	0
Kontorpersonale	8	1	6,5	3,8
Overlege	5	4	5	1,6
Prest	0	0	0	0,1
Psykolog	0	0	0	0,6
Sosionom	0,5	0,5	0,5	1
Sykepleier	15,4	8	23	14,25
Sum	41,65	23,3	42	28,4

#### 7.1.2 Pasientplasser.

Ved de revmatologiske avdelingene har de både døgneheter med plass for de pasientene som er innlagt en dag for infusjoner, og ordinære sengeplasser (Tabell 7-2).

**Tabell 7-2: Antall pasientplasser fordelt på sykehusene.**

Pasientplasser	SH1	SH2	SH3	SH4
Dagplasser (antall)	4	0	3	5
Sengeplasser (antall)	11	10	16	15

### 7.1.3 Organisering av pasientinkludering.

Sykehusene skilte seg fra hverandre i hvordan de løste de praktiske oppgavene rundt inkludering av pasienter til studien. Ved SH1, SH2 og SH4 var det en person som hadde ansvaret for å lage pasientlister og sende ut spørreskjemaer. Ved SH4 ble dette utført av en person i halv stilling, mens dette ble utført av en person i full stilling ved de to andre sykehusene. Ved SH3 var det flere personer som delte på ansvaret med i distribuere spørreskjemaene. Her ble i tillegg spørreskjemaene ikke sendt ut, men delt ut til pasientene ved hjemreise. Alle pasientene svarte på spørreskjemaene hjemme.

Utskrevne pasienter ved de revmatologiske avdelingene på sykehusene.

Karakteristika for pasienter som ble skrevet ut i studieperioden fra de revmatologiske avdelingene på sykehusene som deltok (Tabell 7-3). Total gjennomsnittsalder for pasientene var på 53,1 år.

**Tabell 7-3: Utskrevne pasienter ved de revmatologiske avdelingene på sykehusene i studieperioden 01.12.2005 – 28.02.2006.**

Utskrevne pasienter	SH1	SH2	SH3	SH4	Sum
Antall kvinner (Prosent)	176 (45%) <sup>1</sup>	122 (84%)	138 (68%)	182 (55%)	618 (58%)
Antall menn (Prosent)	213 (55%)	23 (16%)	65 (32%)	151 (45%)	452 (42%)
Antall på dagenhet (Prosent)	176 (45%)	16 (11%)	-	174 (52%)	-
Antall på sengepost (Prosent)	213 (55%)	129 (89%)	-	159 (48%)	-
Antall pasienter totalt (Prosent)	389 (100%)	145 (100%)	203 (100%)	333 (100%)	1070 (100%)
Gjennomsnittsalder (år)	51,0	51,4	56,2	53,6	-

<sup>1</sup> Prosent av antall pasienter totalt i kolonnen.

Respondenter sammenlignet med studiepopulasjonen.

Kjønnsfordelingen var den samme hos respondentene og studiepopulasjonen ( $p > 0,5$ ) (Tabell 7-4). Gjennomsnittsalderen var signifikant forskjellig ( $p < 0,01$ ) (Tabell 7-4). De som hadde svart på spørreskjemaet var eldre enn studiepopulasjonen. Det var også signifikante forskjeller mellom antall innleggelser på de ulike sykehusavdelingene ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-4). Det var flere enn forventet som hadde svart på spørreskjemaet på SH1 og SH2, mens ved SH3 og SH4 var det færre enn forventet.



**Tabell 7-4: Kjønn, alder og sykehusinnleggelse blant respondenter og i studiepopulasjonen.**

Kategorier	Respondenter	Studiepopulasjonen	p <sup>1</sup>
Kjønn (antall og prosent) <sup>2</sup> :			> 0,5 <sup>3</sup>
- Kvinner	149 (60%)	618 (58%)	
- Menn	100 (40%)	452 (42%)	
Gjennomsnittsalder (år):	53,3	50,6	< 0,01 <sup>4</sup>
Sykehusinnleggelse (antall og prosent):			< 0,001 <sup>3</sup>
- SH1	126 (50%)	389 (36%)	
- SH2	62 (25%)	145 (14%)	
- SH3	22 (9%)	203 (19%)	
- SH4	40 (16%)	333 (31%)	
- Totalt	250 (100%)	1070 (100%)	

<sup>1</sup>Signifikansnivået var på 5%

<sup>2</sup>En respondent hadde ikke angitt kjønn

<sup>3</sup>Kjikkvadrattest

<sup>4</sup>Normaltest

#### 7.1.4 Organisering av legemiddelinformasjon.

Muntlig legemiddelinformasjon.

Det som skiller sykehusene fra hverandre med hensyn til organiseringen av muntlig legemiddelinformasjon til pasientene er; hvem som gir informasjon og muligheten de har for å kontakte noen etter utskrivning fra sykehusavdeling (Tabell 7-5).

**Tabell 7-5: Muntlig legemiddelinformasjon ved de ulike revmatologiske avdelingene på de utvalgte sykehusene.**

Kategorier	De utvalgte sykehusene			
	SH1	SH2	SH3	SH4
Spørsmålene				
Hvem og hvor mange gir informasjon?	Farmasøyt, leger, sykepleiere	Leger, sykepleiere – Alle, varierer fra hvem	Leger, sykepleiere, (farmasøyt i forskningsprosjekt) - Alle	Leger, farmasøyt, sykepleiere (primærkontakter) - Alle
Hva informeres det om?	Virkning, de vanligste bivirkninger, doseringsregime, tid før effekt, kontrolltiltak	Virkning, de vanligste bivirkninger, doseringsregime, tid før effekt, kontrolltiltak	Virkning, de vanligste bivirkninger, doseringsregime, tid før effekt, kontrolltiltak	Virkning, de vanligste bivirkninger, doseringsregime, tid før effekt, kontrolltiltak
Hvilke legemidler informeres det om?	Nyoppstartede legemidler – mest revmatiske	Nyoppstartede legemidler – mest revmatiske	Nyoppstartede legemidler – mest revmatiske	Nyoppstartede legemidler – mest revmatiske
Hvem får legemiddelinformasjon?	Alle, også eventuelt pårørende	Alle	Alle, også eventuelt pårørende	Alle, fremmedspråklige med tolk
Får pasientene kontakttelefon og / eller kontaktperson?	Telefontreffetid hos legene to dager i uka	Kan ringe avdelinga eller poliklinikken og snakke med sykepleier og eventuelt lege	Telefonnummer til poliklinikken, i forskningsprosjekt får de oppfølgings-tilbud fra farmasøyt	Poliklinikken - åpen linje en dag i uka, oppfølgingssamtale med sykepleier på poliklinikk etter 5-6 uker ved spesielle behov

### Skriftlig legemiddelinformasjon.

Det som skiller sykehusene fra hverandre med hensyn til organiseringen av skriftlig legemiddelinformasjon er; hvem som gir informasjon, hvem som har laget den, hvem som har kvalitetsikret og godkjent den samt hvilken informasjon fastlegen mottar (Tabell 7-6).

**Tabell 7-6: Skriftlig informasjon ved de revmatologiske avdelingene ved de utvalgte sykehusene.**

Kategorier	De utvalgte sykehusene			
Spørsmålene	SH1	SH2	SH3	SH4
Hvem gir informasjon?	Sykepleiere, farmasøyt, leger	Leger, sykepleiere	Leger, sykepleiere	Assistentlege, sykepleier eller farmasøyt – noe ulike svar
Hva informeres det om?	Virkning, de vanligste bivirkninger, doseringsregime, tid før effekt, kontrolltiltak	Virkning, de vanligste bivirkninger, doseringsregime, tid før effekt, kontrolltiltak	Virkning, de vanligste bivirkninger, doseringsregime, tid før effekt, kontrolltiltak	Virkning, de vanligste bivirkninger, doseringsregime, tid før effekt, kontrolltiltak
Hvilke legemidler informeres det om?	Nyoppstartede legemidler - revmatiske	Nyoppstartede legemidler - revmatiske	DMARDS	Nyoppstartede legemidler - revmatiske
Hvem får informasjon?	Alle som starter med nye revmatiske legemidler	Alle som starter med nye revmatiske legemidler	De som starter opp med DMARDS	Alle som starter med nye revmatiske legemidler
Hvem har laget informasjonen?	Farmasøyter og leger	Avdelings-sykepleier	Farmasøyt og avdelings-overlege	Farmasøyt
Når ble den sist oppdatert?	2004 – det står på skjemaene	Desember 2005	November 2005	Jevnlig – det står på skjemaene
Hvordan kvalitetssikres og godkjennes informasjonen?	Avdelings-overlegen	Overleger	Av farmasøyt og godkjennes av avdelings-overlege	Farmasøyt har hovedansvaret, overlege
Sendes det legemiddel-informasjon til fastlegen?	I epikrisen med henvisning til avdelingens nettsted med informasjon til fagfolk	Ja, direkte og via pasient i forbindelse med blodprøvetaking, eget skjema for blodprøver	Epikrise med informasjon om nyoppstartede legemidler på grunn av kontroller	Nei, fastlegen får bare informasjon om kontroller

## **7.2 Respondentenes svar på spørreskjemaene.**

Svarprosenten blir omtalt først. Så kommer presentasjoner av dataanalysene av svarene fra respondentene, i den samme rekkefølgen som tilhørende spørsmål ble stilt på spørreskjemaet. Alle variablene ble testet mot alle de andre variablene i nevnte rekkefølge (Tabell 6-1), men kun de kjikvadrattestene som kom ut med signifikante svar og er omtalt i diskusjonen, finnes her i resultatdelen. Vi har med observerte verdier, prosent observerte verdier og forventede verdier i tillegg til radsummer og kolonnesummer med i tabellene som viser resultatene av kjikvadrattestene. Svarene til noen signifikante kjikvadrattestene som ikke omtales i

diskusjonsdelen, finnes i vedlegg 5 (Tabell 12-1 – 12-6). Svarene til de ikke-signifikante eller ikke-valide kjikvadrattestene finnes i vedlegg 6 (Tabell 12-7).

### 7.2.1 Svarprosent.

De totale svarprosenten ble på 51% (Tabell 7-7). De individuelle svarprosentene fra avdelingene på de ulike sykehusene som deltok var mellom 46 og 56%. Antall ekskluderte pasienter var oppgitt til å være 10 på SH1, 2 på SH2, mange på SH3 og 15 på SH4. På SH3 ble antallet på ekskluderte pasienter ikke listeført, og helsepersonellet antydte bare at mange var ekskludert, fordi flere pasienter var inne hver fjortende dag i studieperioden. Det var ikke gjennomførbart å finne ut av dette i ettertid. På SH2s data over innlagte pasienter i perioden (191) var det flere reinnleggelser (67). Reinnleggelsene utgjorde 35% av de totale summen av innleggelser. På SH4 ble pasientene som ble skrevet ut de ti første dagene av desember ikke med i studien.

**Tabell 7-7: Svarprosent.**

Kategorier	SH1	SH2	SH3	SH4	Sum
Inkluderte pasienter (antall)	225	130	46	87	488
Svar inn fra respondenter (antall)	126	62	22	40	250
Svarprosent (%)	56	48	48	46	51

### 7.2.2 Kjønn.

#### Aldersgrupper.

Det var signifikante forskjeller mellom kjønnene med hensyn til aldersfordelingen ( $p = 0,037$ ) (Tabell 7-8). I aldersgruppene 31-40 år og 41-50 år var flertallet kvinner og mindretallet menn. I aldersgruppene  $\leq 30$  år og 61-70 år var flertallet menn og mindretallet kvinner.

**Tabell 7-8: Kjønn mot aldersgrupper.**

Kategorier	Antall kvinner*	Antall menn*	Sum
Aldersgrupper ≤ 30 år	3 (2%) 8	11 (11%) 6	14 (6%)
31-40 år	27 (18%) 22	10 (10%) 15	37 (15%)
41-50 år	40 (27%) 37	21 (21%) 24	61 (25%)
51-60 år	36 (24%) 36	24 (25%) 24	60 (24%)
61-70 år	20 (13%) 23	19 (19%) 16	39 (16%)
71-80 år	19 (13%) 19	12 (12%) 12	31 (12%)
≥ 81 år	4 (3%) 4	2 (2%) 2	6 (2%)
<b>Sum</b>	<b>149 (100%)</b>	<b>99 (100%)</b>	<b>248 (100%)</b>

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=248,  $\chi^2=13,439$ , d.f.=6, p=0,037 (signifikansnivå på 5%)

### Antall legemidler.

Det var signifikante forskjeller mellom kjønnene med hensyn til antall legemidler (p = 0,004) (Tabell 7-9). Det var over dobbelt så mange kvinner som menn, som brukte mer enn 6 legemidler. Menn som brukte 1-5 legemidler var det flest av.

**Tabell 7-9: Kjønn mot antall legemidler.**

Kategorier	Antall kvinner*	Antall menn*	Sum
Antall legemidler 1-5 legemidler	99 (69%) 108	83 (86%) 74	182 (76%)
> 6 legemidler	44 (31%) 35	14 (14%) 23	58 (24%)
<b>Sum</b>	<b>143 (100%)</b>	<b>97 (100%)</b>	<b>240 (100%)</b>

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=248,  $\chi^2=8,416$ , d.f.=1, p=0,004 (signifikansnivå på 5%)

### 7.2.3 Alder.

Det var ikke signifikante forskjeller mellom innleggelses ved sykehusene med hensyn til aldersgrupper med signifikansnivå på 5% . Vi testet dette ut ved hjelp av enveis variansanalyse der p ble 0,454. I tillegg ble det gjort en del deskriptiv statistikk på alders sammensetningen på de ulike sykehusenes respondenter (Tabell 7-10).

**Tabell 7-10: Alder.**

Alder	Innleggelse ved SH1	Innleggelse ved SH2	Innleggelse ved SH3	Innleggelse ved SH4
Gjennomsnitt	52,0	55,2	55,6	53,5
Konfidensintervall (95%)	49,8 – 54,2	51,3 – 59,0	49,2 – 62,0	47,8 – 59,2
Median	54,0	54,5	57,5	50,0
Standardavvik	12,6	15,1	14,4	17,6
Minimum	20	20	31	25
Maksimum	78	84	79	84
N	125	62	22	39

### 7.2.4 Aldersgrupper.

#### Informasjonsmåte.

Det var signifikante forskjeller mellom aldersgruppene med hensyn til om de fikk bare muntlig eller muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon ( $p = 0,009$ ) (Tabell 7-11). De under 50 år fikk mest muntlig og skriftlig informasjon, mens de over 71 år fikk mest muntlig informasjon.

**Tabell 7-11: Aldersgrupper mot informasjonsmåte.**

Kategorier	Informasjonsmåte*		Sum
	Muntlig	Muntlig og skriftlig	
Aldersgrupper ≤ 30 år	3 (3%) 6	8 (9%) 5	11 (6%)
31-40 år	13 (13%) 17	18 (21%) 14	31 (16%)
41-50 år	22 (22%) 25	24 (28%) 21	46 (25%)
51-60 år	25 (25%) 24	19 (22%) 21	44 (24%)
61-70 år	14 (14%) 15	14 (16%) 13	28 (15%)
71-80 år	19 (19%) 12	4 (4%) 11	23 (12%)
≥ 81 år	4 (4%) 2,1	0 (0%) 2	4 (2%)
<b>Sum</b>	<b>100 (100%)</b>	<b>87 (100%)</b>	<b>187 (100%)</b>

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=187,  $\chi^2=16,945$ , d.f.=6,  $p=0,009$  (signifikansnivå på 5%)

### 7.2.5 Sykehus.

#### Dagenhet eller sengepost.

Det var signifikante forskjeller mellom innleggelse ved sykehusene med hensyn til om respondentene hadde hatt opphold på dagenhet eller sengepost ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-12). SH1 hadde den største andelen opphold på dagenhet. Ved de andre sykehusene var det flest opphold ved sengepost.

**Tabell 7-12: Sykehusinnleggelse mot opphold ved dagenhet eller sengepost.**

Kategorier		Innleggelse ved*								Sum
		SH1		SH2		SH3		SH4		
Opphold ved	Dagenhet	63 (50%)	41	13 (21%)	20	1 (4%)	7	4 (10%)	13	81 (32%)
	Sengepost	63 (50%)	85	49 (79%)	42	21 (96%)	15	36 (90%)	27	169 (68%)
	Sum	126 (100%)	62 (100%)	22 (100%)	40 (100%)	250 (100%)				

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=250,  $\chi^2=38,476$ , d.f.=3, p<0,001 (signifikansnivå på 5%)

### Diagnosetidspunkt.

Det var signifikante forskjeller mellom innleggelser ved sykehusene med hensyn til diagnosetidspunkt (p = 0,012) (Tabell 7-13). Til tross for dette var det ingen klare tendenser å dataene.

**Tabell 7-13: Sykehusinnleggelse mot diagnosetidspunkt.**

Kategorier		Innleggelse ved*								Sum
		SH1		SH2		SH3		SH4		
Diagnose- tidspunkt	< 1 år	21 (17%)	26	15 (30%)	11	1 (5%)	4	12 (32%)	8	49 (22%)
	1-5 år	20 (16%)	23	12 (25%)	9	7 (35%)	4	4 (11%)	7	43 (19%)
	6-10 år	22 (18%)	17	6 (12%)	7	0 (0%)	3	3 (8%)	5	31 (13%)
	> 10 år	59 (49%)	56	16 (33%)	23	12 (60%)	9	18 (49%)	17	105 (46%)
Sum		122 (100%)	49 (100%)	20 (100%)	37 (100%)	228 (100%)				

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=228,  $\chi^2=21,100$ , d.f.=39, p=0,012 (signifikansnivå på 5%)

### Oppstart av nye legemidler.

Det var signifikante forskjeller mellom innleggelser på sykehusene med hensyn til oppstart med nye legemidler (p = 0,005) (Tabell 7-14). Det var mindretallet som begynte med nye legemidler ved SH1 og SH3. Ved SH2 og SH4 var det flertallet som begynte med nye legemidler

**Tabell 7-14: Sykehusinnleggelse mot oppstart med nye legemidler.**

Kategorier		Innleggelse ved*								Sum
		SH1		SH2		SH3		SH4		
Oppstart med nye legemidler	Ja	60 (48%)	69	37 (66%)	31	8 (36%)	12	29 (73%)	22	134 (55%)
	Nei	64 (52%)	55	19 (34%)	25	14 (64%)	10	11 (27%)	18	108 (45%)
Sum		124 (100%)	56 (100%)	22 (100%)	40 (100%)	242 (100%)				

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=242,  $\chi^2=13,008$ , d.f.=3, p=0,005 (signifikansnivå på 5%)

## Bivirkninger.

Det var signifikante forskjeller mellom innleggelse ved sykehusene med hensyn til antall respondenter og deres evaluering av legemiddelinformasjon om bivirkninger ( $p = 0,022$ ) (Tabell 7-15). Ved SH4 var det flest fornøyde, mens ved SH2 var det færrest fornøyde.

**Tabell 7-15: Sykehusinnleggelse mot evaluering av legemiddelinformasjon om bivirkninger av nye legemidler.**

Kategorier		Innleggelse ved*				Sum
		SH1	SH2	SH3	SH4	
Evaluering av legemiddelinformasjon om bivirkninger av nye legemidler	Fornøyd <sup>1</sup>	39 (65%)	39 18 (49%)	24 5 (63%)	5 24 (86%)	18 86 (65%)
	Kan forbedres <sup>2</sup>	21 (35%)	21 19 (51%)	13 3 (37%)	3 4 (14%)	10 47 (35%)
Sum		60 (100%)	37 (100%)	8 (100%)	28 (100%)	133 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 9.

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 9.

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=133,  $\chi^2=9,602$ , d.f.=3,  $p=0,022$  (signifikansnivå på 5%)

## Informasjonsteam.

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til om respondentene hadde fått legemiddelinformasjon fra et team med farmasøyt eller uten farmasøyt ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-16). Ved SH4 hadde et stort flertall av respondentene fått informasjon fra et team med farmasøyt, mens ved SH2 og SH3 hadde et stort flertall av respondentene fått informasjon fra team uten farmasøyt.

**Tabell 7-16: Sykehusinnleggelse mot informasjonsteam.**

Kategorier		Innleggelse ved*				Sum
		SH1	SH2	SH3	SH4	
Informasjons- team	Med farmasøyt	41 (43%)	35 0 (0%)	14 3 (18%)	6 24 (71%)	13 68 (37%)
	Uten farmasøyt	54 (57%)	60 39 (100%)	5 14(82%)	11 10 (29%)	22 117 (63%)
Sum		95 (100%)	39 (100%)	17 (100%)	34 (100%)	185 (100%)

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=185,  $\chi^2=43,752$ , d.f.=3,  $p<0,001$  (signifikansnivå på 5%)



## Informasjonsmåte.

Det var signifikante forskjeller mellom innleggelse ved sykehusene med hensyn til informasjonsmåte ( $p = 0,006$ ) (Tabell 7-17). På SH2 og SH3 hadde mindretallet fått både muntlig og skriftlig informasjon om legemidler. På SH4 hadde flertallet fått både muntlig og skriftlig informasjon.

**Tabell 7-17: Sykehusinnleggelse mot informasjonsmåte.**

Kategorier		Innleggelse ved*				Sum				
		SH1	SH2	SH3	SH4					
Infor- masjons- måte	Muntlig	48 (51%)	51	30 (73%)	22	10 (63%)	9	12 (34%)	19	100 (53%)
	Muntlig og skriftlig	47 (49%)	44	11 (27%)	19	6 (37%)	7	23 (66%)	16	87 (47%)
Sum		95 (100%)	41(100%)	16 (100%)	35 (100%)	187 (100%)				

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

$N=187$ ,  $\chi^2=12,429$ , d.f.=3,  $p=0,006$  (signifikansnivå på 5%)

## Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.

Det var signifikante forskjeller mellom innleggelse ved sykehusene med hensyn til evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler ( $p = 0,002$ ) (Tabell 7-18). Ved SH1 og SH4 var flertallet fornøyd, mens ved SH2 og SH3 var mindretallet fornøyd.

**Tabell 7-18: Sykehusinnleggelse mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.**

Kategorier		Innleggelse ved*				Sum			
		SH1	SH2	SH3	SH4				
Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	Kan forbedres <sup>1</sup>	48 (40%)	36 (71%)	25	11 (58%)	9	16 (43%)	18	111 (49%)
	Fornøyd <sup>2</sup>	72 (60%)	15 (29%)	26	8 (42%)	10	21(57%)	19	116 (51%)
Sum		120 (100%)	51 (100%)	19 (100%)	37 (100%)	227 (100%)			

<sup>1</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 12.

<sup>2</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 12.

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

$N=227$ ,  $\chi^2=14,493$ , d.f.=3,  $p=0,002$  (signifikansnivå på 5%)

## Totalinntrykk av legemiddelinformasjon.

Det var signifikante forskjeller mellom innleggelser ved sykehusene med hensyn til evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjonen med ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-19). Ved

SH1 og SH4 var flertallet av respondentene fornøyde, og ved SH2 og SH3 var mindretallet fornøyde.

**Tabell 7-19: Sykehusinnleggelse mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon.**

Kategorier		Innleggelse ved*				Sum
		SH1	SH2	SH3	SH4	
Evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon	Fornøyd <sup>1</sup>	57 (53%)	52 (21%)	23 (42%)	9	102 (48%)
	Kan forbedres <sup>2</sup>	51 (47%)	56 (79%)	25	10	110 (52%)
Sum		108 (100%)	48 (100%)	19 (100%)	37 (100%)	212 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 14.

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 14.

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=212,  $\chi^2=24,684$ , d.f.=3,  $p<0,001$  (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.6 Dagenhet eller sengepost.

Antall legemidler.

Det var signifikante forskjeller mellom dagenhet og sengepost med hensyn til antall legemidler ( $p = 0,022$ ) (Tabell 7-20). Flertallet av dagpasientene brukte 1-5 legemidler, mens flertallet av sengepostpasientene brukte mer enn seks legemidler..

**Tabell 7-20: Opphold på dagenhet eller sengepost mot antall legemidler.**

Kategorier		Opphold ved*		Sum
		Dagenhet	Sengepost	
Antall legemidler	1-5 legemidler	64 (85%)	57 (72%)	126 (76%)
	> 6 legemidler	11 (15%)	18 (28%)	40 (24%)
Sum		75 (100%)	166 (100%)	241 (100%)

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=241,  $\chi^2=5,264$ , d.f.=1,  $p=0,022$  (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.7 Diagnosetidspunkt.

Antall legemidler.

Det var signifikante forskjeller mellom diagnosetidspunktene med hensyn til antall legemidler ( $p = 0,027$ ) (Tabell 7-21). Til tross for dette, var det ikke noen klare tendenser i dataene.

**Tabell 7-21: Diagnosetidspunkt mot antall legemidler**

Kategorier	Diagnosetidspunkt*				Sum
	< 1 år siden	1-5 år siden	6-10 år siden	> 10 år siden	
Antall 1-5 lege- midler	41 (89%)	34 (66%)	27 (81%)	23 (69%)	78 (74%)
> 6 lege- midler	5 (11%)	12 (34%)	11 (19%)	8 (31%)	27 (26%)
Sum	46 (100%)	41 (100%)	31 (100%)	105 (100%)	223 (100%)

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=223,  $\chi^2=9,205$ , d.f.=3, p=0,027 (signifikansnivå på 5%)

### Nye legemidler.

Det var signifikante forskjeller mellom diagnosetidspunktene med hensyn til oppstart med nye legemidler (p = 0,001) (Tabell 7-22). Flertallet av respondentene med nyere diagnose enn 6 år, hadde startet opp med nye legemidler ved siste innleggelse.

**Tabell 7-22: Diagnosetidspunkt mot oppstart med nye legemidler.**

Kategorier	Diagnosetidspunkt*				Sum
	< 1 år siden	1-5 år siden	6-10 år siden	> 10 år siden	
Oppstart med nye legemidler	Ja 37 (77%)	26 (59%)	22 (35%)	17 (48%)	57 (55%)
	Nei 11 (23%)	22 (41%)	19 (65%)	14 (52%)	47 (45%)
Sum	48 (100%)	41 (100%)	31 (100%)	104 (100%)	224 (100%)

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=224,  $\chi^2=16,390$ , d.f.=3, p=0,001 (signifikansnivå på 5%)

### Bivirkninger.

Det var signifikante forskjeller mellom diagnosetidspunktene med hensyn til evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler (p = 0,031) (Tabell 7-23). Flertallet av respondentene med nyere diagnose enn 6 år, var fornøyde med informasjonen de hadde fått om bivirkninger av nye legemidler.

**Tabell 7-23: Diagnosetidspunkt mot evaluering av informasjon om bivirkninger.**

Kategorier		Diagnosetidspunkt*				Sum
		< 1 år siden	1-5 år siden	6-10 år siden	> 10 år siden	
Evaluering av informasjon om bivirkninger	Fornøyd <sup>1</sup>	27 (75%) 25	20 (83%) 17	4 (36%) 8	32 (64%) 34	83 (69%)
	Kan forbedres <sup>2</sup>	9 (25%) 11	4 (17%) 8	7 (64%) 4	18 (36%) 16	38 (31%)
Sum		36 (100%)	24 (100%)	11 (100%)	50 (100%)	121 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 9.

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 9.

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier. N=121,  $\chi^2=8,900$ , d.f.=3, p=0,031 (signifikansnivå på 5%)

### Informasjonsmåte.

Det var signifikante forskjeller mellom diagnosetidspunktene med hensyn til informasjonsmåte (p = 0,011) (Tabell 7-24). Flertallet av respondentene med nyere diagnose hadde fått både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon, mens flertallet av de med eldre diagnose bare hadde fått muntlig informasjon.

**Tabell 7-24: Diagnosetidspunkt mot informasjonsmåte.**

Kategorier		Diagnosetidspunkt*				Sum
		< 1 år siden	1-5 år siden	6-10 år siden	> 10 år siden	
Informasjonsmåte	Muntlig	12 (32%) 20	12 (44%) 14	13 (57%) 12	54 (63%) 45	91 (52%)
	Muntlig og skriftlig	26 (68%) 18	15 (56%) 13	10 (43%) 11	32 (37%) 41	83 (48%)
Sum		38 (100%)	27 (100%)	23 (100%)	86 (100%)	174 (100%)

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=174,  $\chi^2=11,166$ , d.f.=3, p=0,011 (signifikansnivå på 5%)

### Totalinntrykk av legemiddelinformasjon.

Det var signifikante forskjeller mellom diagnosetidspunktene med hensyn til evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon (p = 0,027) (Tabell 7-25). Den største gruppen fornøyde, hadde også fått diagnosen sin for mindre enn ett år siden.

**Tabell 7-25: Diagnosetidspunkt mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon.**

Kategorier		Diagnosetidspunkt*				Sum		
		< 1 år siden	1-5 år siden	6-10 år siden	> 10 år siden			
Evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon	Fornøyd <sup>1</sup>	29 (71%)	21	16 (41%)	20	12 (46%)	41 (46%)	98 (50%)
	Kan forbedres <sup>2</sup>	12 (29%)	21	23 (59%)	20	13	45	98 (50%)
Sum		41 (100%)	39 (100%)	26 (100%)	90 (100%)	196	(100%)	

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 14.

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 14.

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=196,  $\chi^2=9,170$ , d.f.=3, p=0,027 (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.8 Oppstart med nye legemidler.

Informasjonsmåte.

Det var signifikante forskjeller mellom de som startet opp med nye legemidler og de som ikke startet med nye legemidler med hensyn til informasjonsmåte ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-26).

Flertallet som startet opp med nye legemidler, fikk både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon, mens flertallet som ikke startet opp med nye legemidler, fikk bare muntlig legemiddelinformasjon.

**Tabell 7-26: Oppstart med nye legemidler mot informasjonsmåte.**

Kategorier		Oppstart med nye legemidler*		Sum		
		Ja	Nei			
Informasjonsmåte	Muntlig	48 (42%)	61	52 (72%)	39	100 (54%)
	Muntlig og skriftlig	66 (58%)	53	20 (28%)	33	86 (46%)
Sum		114 (100%)	72 (100%)	186 (100%)		

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=186,  $\chi^2=16,102$ , d.f.=1, p<0,001 (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.9 Informasjon om virkning av nye legemidler.

Informasjonsteam.

Det var signifikante forskjeller mellom evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler med hensyn til om informasjonsteamet hadde med farmasøyt eller ikke ( $p = 0,004$ ) (Tabell 7-27). Flertallet av respondentene hadde fått informasjon fra team uten farmasøyt..

**Tabell 7-27: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot informasjonsteam.**

Kategorier		Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler*		Sum		
		<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres			
Informasjonsteam	Med farmasøyt	46 (47%)	41	2 (11%)	8	48 (42%)
	Uten farmasøyt	51 (53%)	57	16 (89%)	11	67 (58%)
Sum		97 (100%)		18 (100%)		115 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 8

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 8

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=115,  $\chi^2=8,232$ , d.f.=1, p=0,004 (signifikansnivå på 5%)

### Informasjonsmåte.

Det var signifikante forskjeller mellom evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler med hensyn til informasjonsmåte (p = 0,006) (Tabell 7-28). Flertallet av de som var fornøyde med informasjonen om virkning av nye legemidler, hadde fått både muntlig og skriftlig informasjon.

**Tabell 7-28: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot informasjonsmåte.**

Kategorier		Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler*		Sum		
		<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres			
Informasjonsmåte	Muntlig	35 (37%)	41	14 (70%)	9	49 (43%)
	Muntlig og skriftlig	60 (63%)	55	6 (30%)	12	66 (57%)
Sum		95 (100%)		20 (100%)		115 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 8

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 8

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=115,  $\chi^2=7,428$ , d.f.=1, p=0,006 (signifikansnivå på 5%)

### Totalinntrykk av legemiddelinformasjon.

Det var signifikante forskjeller mellom evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler med hensyn til evaluering av totalinntrykket av legemiddelinformasjon (p < 0,001) (Tabell 7-29). Flertallet av de som var fornøyde med informasjonen om virkning av nye legemidler, var samtidig fornøyde med legemiddelinformasjonen totalt sett.

**Tabell 7-29: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjonen.**

Kategorier	Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler*		Sum	
	<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres		
Evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon	<sup>1</sup> Fornøyd	65 (62%) 55	2 (9%) 12	67 (52%)
	<sup>2</sup> Kan forbedres	40 (38%) 50	21(91%) 11	61 (48%)
	Sum	105 (100%)	23 (100%)	128 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 8 og 14

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 8 og 14

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=128,  $\chi^2=21,414$ , d.f.=1,  $p<0,001$  (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.10 Informasjon om bivirkninger av nye legemidler.

### Informasjonsteam.

Det var signifikante forskjeller mellom evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler med hensyn til informasjonsteam med og uten farmasøyt ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-30). Flertallet av de som var fornøyde med informasjon om bivirkninger av nye legemidler, hadde fått informasjon fra et team med farmasøyt.

**Tabell 7-30: Evaluering av informasjon om bivirkninger mot informasjonsteam.**

Kategorier	Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler*		Sum	
	<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres		
Informasjonsteam	Med farmasøyt	42 (52%) 34	5 (16%) 13	47 (42%)
	Uten farmasøyt	39 (48%) 47	27 (84%) 19	66 (58%)
Sum		81 (100%)	32 (100%)	113 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 9

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 9

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=113,  $\chi^2=12,392$ , d.f.=1,  $p<0,001$  (signifikansnivå på 5%)

### Informasjonsmåte.

Det var signifikante forskjeller mellom evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler med hensyn til informasjonsmåte ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-31). Flertallet av de som var fornøyde med informasjon om bivirkninger av nye legemidler, hadde fått informasjon både muntlig og skriftlig.

**Tabell 7-31: Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot informasjonsmåte.**

Kategorier		Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler*		Sum
		<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres	
Informasjonsmåte	Muntlig	23 (30%)	33 25 (69%)	15 48 (42%)
	Muntlig og skriftlig	54 (70%)	44 11(31%)	21 65 (58%)
Sum		77 (100%)	36 (100%)	113 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 9

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 9

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=113,  $\chi^2=15,723$ , d.f.=1,  $p<0,001$  (signifikansnivå på 5%)

### Totalinntrykk av legemiddelinformasjon.

Det var signifikante forskjeller mellom evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler med hensyn til totalinntrykket av legemiddelinformasjon ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-32). Flertallet av de som var fornøyde med informasjonen om bivirkninger av nye legemidler, var samtidig fornøyde i evalueringen av legemiddelinformasjonen totalt sett.

**Tabell 7-32: Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjonen.**

Kategorier		Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler*		Sum
		<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres	
Evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon	<sup>1</sup> Fornøyd	60 (71%)	45 6 (15%)	22 66 (52%)
	<sup>2</sup> Kan forbedres	25 (29%)	41 35 (85%)	20 60 (48%)
Sum		85 (100%)	41 (100%)	126 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 9 og 14

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 9 og 14

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=126,  $\chi^2=34,717$ , d.f.=1,  $p<0,001$  (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.11 Informasjonsteam.

### Hvem ga legemiddelinformasjon?

Respondentene oppgir legen som den som ga legemiddelinformasjon i størst grad, med sykepleierne på andreplass og farmasøytene på tredjeplass (Tabell 7-33).



**Tabell 7-33: Hvem ga legemiddelinformasjon?**

Hvem ga legemiddelinformasjon?	Frekvens (antall)	<sup>1</sup> Prosent (%)
Farmasøyt	69	29
Lege	168	70
Sykepleier	88	37
Ukjent helsepersonell	0	0
Ingen	36	15
Annet	2	0
N	239	100

<sup>1</sup>Summen av prosentene er større enn 100 fordi respondentene kunne krysse av for flere alternativer.

### Informasjonsmåte.

Det var signifikante forskjeller mellom teamene med og uten farmasøyt med hensyn til om legemiddelinformasjonen var bare muntlig eller både muntlig og skriftlig ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-34). Flertallet som hadde fått både muntlig og skriftlig informasjon, hadde i de fleste tilfellene fått den fra teamene med farmasøyt.

**Tabell 7-34: Informasjonsteam med og uten farmasøyt mot informasjonsmåte.**

Kategorier	Informasjonsteam*		Sum	
	Med farmasøyt	Uten farmasøyt		
Informasjonsmåte	Muntlig	20 (30%) 35	68 (67%) 53	88 (52%)
	Muntlig og skriftlig	47 (70%) 32	34 (33%) 49	81 (48%)
Sum		67 (100%)	102 (100%)	169 (100%)

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

$N=169$ ,  $\chi^2=21,962$ , d.f.=1,  $p<0,001$  (signifikansnivå på 5%)

### Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.

Det var signifikante forskjeller mellom teamene med og uten farmasøyt med hensyn til evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler ( $p = 0,013$ ) (Tabell 7-35). Flertallet som hadde fått informasjon fra team med farmasøyt, var også fornøyde i evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.

**Tabell 7-35: Informasjonsteam mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.**

Kategorier		Informasjonsteam*		Sum
		Med farmasøyt	Uten farmasøyt	
Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	<sup>1</sup> Kan forbedres	22 (32%)	30 55 (51%) 47	77 (44%)
	<sup>2</sup> Fornøyd	46 (68%)	38 52 (49%) 60	98 (56%)
Sum		68 (100%)	107 (100%)	175 (100%)

<sup>1</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 12.

<sup>2</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 12.

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=175,  $\chi^2=6,123$ , d.f.=1, p=0,013 (signifikansnivå på 5%)

### Totalinntrykk av legemiddelinformasjon.

Det var signifikante forskjeller mellom teamene med og uten farmasøyt med hensyn til evalueringen av totalinntrykket av legemiddelinformasjon ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-36). Flertallet som hadde fått informasjon fra team med farmasøyt, var også fornøyde med legemiddelinformasjonen totalt sett.

**Tabell 7-36: Informasjonsteam mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon.**

Kategorier		Informasjonsteam*		Sum
		Med farmasøyt	Uten farmasøyt	
Evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon	<sup>1</sup> Fornøyd	48 (72%)	36 46 (42%) 58	94 (53%)
	<sup>2</sup> Kan forbedres	19 (28%)	31 63 (58%) 51	82 (47%)
Sum		67 (100%)	109 (100%)	176 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 14

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 14

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=176,  $\chi^2=14,453$ , d.f.=1, p<0,001 (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.12 Informasjonsmåte.

### Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.

Det var signifikante forskjeller mellom informasjonsmåtene med hensyn til evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler ( $p = 0,017$ ) (Tabell 7-37). Flertallet som hadde fått både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon, var også fornøyde i evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.

**Tabell 7-37: Informasjonsmåte mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.**

Kategorier		Informasjonsmåte*		Sum
		Muntlig	Muntlig og skriftlig	
Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	<sup>1</sup> Kan forbedres	51 (55%)	43 31 (37%)	39 82 (46%)
	<sup>2</sup> Fornøyd	42 (45%)	50 53 (63%)	45 95 (54%)
	Sum	93 (100%)	84 (100%)	177 (100%)

<sup>1</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 12.

<sup>2</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 12.

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=177,  $\chi^2=5,709$ , d.f.=1, p=0,017 (signifikansnivå på 5%)

### Totalinntrykk av legemiddelinformasjon.

Det var signifikante forskjeller mellom informasjonsmåtene med hensyn til evalueringen av totalinntrykk av legemiddelinformasjon ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-38). Flertallet som hadde fått både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon, var også fornøyd i evalueringen av totalinntrykket av legemiddelinformasjon.

**Tabell 7-38: Informasjonsmåte mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon.**

Kategorier		Informasjonsmåte*		Sum
		Muntlig	Muntlig og skriftlig	
Evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon	<sup>1</sup> Fornøyd	32 (34%)	47 58 (68%)	43 90 (50%)
	<sup>2</sup> Kan forbedres	62 (66%)	47 27 (32%)	42 89 (50%)
	Sum	94 (100%)	85 (100%)	179 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 14

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 14

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=179,  $\chi^2=20,875$ , d.f.=1, p<0,001 (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.13 Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.

### Totalinntrykk av legemiddelinformasjon.

Det var signifikante forskjeller mellom evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler med hensyn til totalinntrykket av legemiddelinformasjon ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-39). Flertallet som var fornøyd i evalueringen av legemiddelinformasjonen totalt sett, ga samtidig uttrykk for å være fornøyd i evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.

**Tabell 7-39: Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon.**

Kategorier		Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler*		Sum
		<sup>1</sup> Kan forbedres	<sup>2</sup> Fornøyd	
Evaluering av totalinntrykk av legemiddel-informasjon	<sup>3</sup> Fornøyd	24 (25%)	47 73 (71%)	50 97 (49%)
	<sup>4</sup> Kan forbedres	72 (75%)	49 30 (29%)	53 102 (51%)
Sum		96 (100%)	103 (100%)	199 (100%)

<sup>1</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 12.

<sup>2</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 12

<sup>3</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 14

<sup>4</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 14

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=199,  $\chi^2=41,852$ , d.f.=1,  $p<0,001$  (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.14 Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler.

Totalinntrykk av legemiddelinformasjon.

Det var signifikante forskjeller mellom evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler med hensyn til totalinntrykket av legemiddelinformasjon ( $p < 0,001$ ) (Tabell 7-40). Flertallet som var fornøyd i evalueringen av legemiddelinformasjonen totalt sett, ga samtidig uttrykk for å være fornøyd i evalueringen av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler.

**Tabell 7-40: Evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler mot evaluering av totalinntrykk av legemiddelinformasjon.**

Kategorier		Evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler*		Sum
		<sup>1</sup> Kan forbedres	<sup>2</sup> Fornøyd	
Evaluering av totalinntrykk av legemiddel-informasjon	<sup>3</sup> Fornøyd	19 (28%)	33 65 (61%)	51 84 (48%)
	<sup>4</sup> Kan forbedres	50 (72%)	36 41 (39%)	55 91 (52%)
Sum		69 (100%)	106 (100%)	175 (100%)

<sup>1</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 13

<sup>2</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 13

<sup>3</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 14

<sup>4</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 14

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=175,  $\chi^2=19,112$ , d.f.=1,  $p<0,001$  (signifikansnivå på 5%)

## 7.2.15 Foretrukket informasjonsmåte.

Den største gruppen av respondenter (70-81%) vil ha legemiddelinformasjon både muntlig og skriftlig (Tabell 7-41). I tillegg vil de fleste (35-36%) ha denne informasjonen uten at de trenger å spørre etter den. Det var mulig å krysse av for flere alternativer, så summen av prosentene blir mer enn 100%.

Tabell 7-41: Foretrukket informasjonsmåte.

Informasjonsmåte	Antall av alle <sup>1</sup> svar (%)	Antall av utvalgte <sup>2</sup> svar (%)
Muntlig	41 (17%)	9 (7%)
Skriftlig	17 (7%)	9 (7%)
Muntlig og skriftlig	171 (70%)	108 (81%)
Uten at jeg spør	89 (36%)	47 (35%)
Bare hvis jeg spør	18 (7%)	0 (0%)
Sum	246 (100%)	134 (100%)

<sup>1</sup>Alle som svarte på dette spørsmålet i spørreskjemaet

<sup>2</sup>Alle som begynte med nye legemidler

## 7.2.16 Egne informasjonskilder.

Mange (36%) får legemiddelinformasjon på apoteket. Pasientforeningene har den laveste (4%) oppslutningen i denne forbindelsen (Tabell 7-42). Det var mulig å oppgi mer enn en kilde, så summen av prosentene blir mer enn 100%.

Tabell 7-42: Respondentenes egne informasjonskilder for legemiddelinformasjon.

Informasjonskilde	Antall svar	Prosent av N (%)
Bøker	55	22
Blader	40	16
Internett	54	22
Pasientforeninger	4	2
Apoteket	89	36
Annet	38	15
Jeg finner ikke fram til informasjon på egen hånd	29	12

N=248

Annet.

De som hadde krysset av for svaralternativet "Annet" hadde ført på egne kilder (Tabell 7-43).

Det var også her mulig å oppgi mer enn en kilde, så summen av prosentene blir mer enn 100%.

**Tabell 7-43: Egne kilder ført opp under "Annet".**

Informasjonskilde	Antall svar	Prosent av N (%)
Pakningsvedlegget	16	32
Legen / fastlegen	14	28
Diverse oppslagsbøker	10	20
Venner / medpasienter / familie	7	14
Revmatologisk avdeling på sykehus	3	6
Farmasøyt	1	2

N = 51

### **7.2.17 Ikke-signifikante eller ikke-valide kjikvadrattester.**

Signifikansnivået var på 5%. For at kjikvadrattestene skulle være valide, måtte mindre enn 20% av cellene ha forventede verdier på mindre enn 5 (Kirkwood, 1988). Oversikt over disse testene finnes i vedlegg 6 (Tabell 12-7).

## 8 Diskusjon.

### 8.1 Hovedfunnene i studien.

Hovedfunnene i studien var at:

- Respondentene hadde fått legemiddelinformasjon fra team med leger og sykepleiere. I tillegg hadde respondentene innlagt ved SH1 og SH4 fått legemiddelinformasjon fra farmasøyter.
- Flertallet av respondentene hadde fått bare muntlig legemiddelinformasjon, mens de ønsket både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon.
- Sykehusavdelingenes informasjonsfokus var på nyoppstartede revmatiske legemidler.
- Respondentene var mest tilfredse med informasjonen om nye legemidlers bivirkninger, der de hadde fått informasjonen både muntlig og skriftlig og fra informasjonsteam med farmasøyt.
- Respondentene var mest tilfredse i evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler, der de hadde fått informasjonen både muntlig og skriftlig og fra informasjonsteam med farmasøyt.
- Respondentene var mest tilfredse i evalueringen med legemiddelinformasjonen totalt sett, der de hadde fått informasjonen både muntlig og skriftlig og fra informasjonsteam med farmasøyt.
- Informasjonsteamene med farmasøyt ga ifølge respondentenes evalueringer best legemiddelinformasjon, og i de fleste tilfeller var den både muntlig og skriftlig.

I diskusjonen vil vi forsøke å svare på problemstillingene, vi har definert for studien. Vi vil også sammenligne en del av variablene mot hverandre og sammenligne våre resultater mot andres funn. Det er publisert lite forskning på dette feltet, så mange av våre funn vil det ikke finnes data å sammenligne med.

## **8.2 Hvilke erfaringer har pasienter på revmatologiske avdelinger ved sykehus i Norge med legemiddelinformasjon?**

### **8.2.1 Informasjonsteam.**

Ved alle sykehusene var det team av helsepersonell som ga legemiddelinformasjon. Det kom fram i intervjuene som ble gjort med helsepersonell på sykehusavdelingene som deltok (Tabell 7-5) (Tabell 7-6). Det var signifikante forskjeller mellom *sykehusene* med hensyn til om de hadde fått legemiddelinformasjon fra team med eller uten farmasøyt (Tabell 7-16). Ved SH1 og SH4 hadde henholdsvis 43 og 71% fått legemiddelinformasjon fra team med farmasøyt, mens det ved SH2 og SH3 bare var henholdsvis 0 og 18%. Dette har sin forklaring i at det er farmasøyter som jobber fast i kliniske stillinger ved SH1 og SH4 (Tabell 7-1). Ved SH2 er det ingen farmasøyt tilknyttet, mens det ved SH3 startet opp et forskningsprosjekt midt i studieperioden (januar 2006). I forskningsprosjektet skulle pasientene få tilbud om informasjon fra farmasøyter ved oppstart med nye DMARDS.

### **8.2.2 Informasjonsmåte.**

Ved alle sykehusene ble det gitt både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon (Tabell 7-5) (Tabell 7-6), men det var signifikante forskjeller mellom *sykehusene* med hensyn til om respondentene hadde fått bare muntlig eller både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon (Tabell 7-17). Ved SH1 og SH4 var det henholdsvis 49 og 66% som hadde fått informasjon både muntlig og skriftlig, mens det ved SH2 og SH3 bare var henholdsvis 27 og 37%.

Det var også signifikante forskjeller mellom *aldersgruppene* med hensyn til informasjonsmåte (Tabell 7-11). Flertallet blant de yngste, under 51 år hadde fått både muntlig og skriftlig informasjon. Flertallet av de eldste, over 70 år hadde fått bare muntlig informasjon. Sykehusene skilte seg ikke fra hverandre med hensyn til alder, så dette kan ikke forklare forskjellen i informasjonsmåte.

Det var i tillegg signifikante forskjeller mellom *diagnosetidspunktene* med hensyn til informasjonsmåte (Tabell 7-24). Flertallet av de som hadde en diagnose som var nyere enn 6 år, hadde fått både muntlig og skriftlig informasjon, mens hos de med diagnose eldre enn 6 år, hadde flertallet fått bare muntlig informasjon. Selv om sykehusene skilte seg fra hverandre



med hensyn til diagnosetidspunkt, kunne dette ikke forklare forskjellene når det gjaldt informasjonsmåte.

Til sist var det signifikante forskjeller mellom respondentene som *startet opp med nye legemidler eller ikke*, med hensyn til informasjonsmåte (Tabell 7-26). Flertallet av de som startet opp med nye legemidler fikk både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon, mens flertallet av de som ikke startet med nye legemidler bare fikk muntlig informasjon. Her var det samsvar mellom det sykehusene sa og gjorde. Sykehusene rapporterte alle, at de hadde fokus på informasjon ved oppstart av nye legemidler (Tabell 7-5) (Tabell 7-6). Det er også grunn til å tro, at i den grad det startes opp med nye legemidler for pasientene på revmatologiske avdelinger, så er det i hovedsak snakk om revmatiske legemidler. Sykehusene ga også ut skriftlig informasjonsmateriale om disse legemidlene (Tabell 7-6).

### **8.3 Hvem gir legemiddelinformasjon?**

Ifølge sykehusene selv er det assistentleger, farmasøyter, overleger og sykepleiere som gir informasjon om legemidler (Tabell 7-5) (Tabell 7-6). Det var ingen fast fordeling i mellom yrkesgruppene på hvem som skulle gi informasjon. Alle kunne ha den oppgaven, men i noen tilfeller hadde pasientene en primærsykepleier som de forholdt seg mest til. Ved innleggelser må pasientene allikevel forholde seg til flere sykepleiere fordi de jobber skift. Respondentene oppga i 70% av tilfellene at de hadde legen som informasjonskilde, mens de i 37 og 29% av tilfellene oppga henholdsvis sykepleiere og farmasøyter som informasjonskilde (Tabell 7-33). Ved to av sykehusene; SH2 og SH3 var det ikke faste farmasøyter tilknyttet i hele studieperioden, og på de andre to sykehusene; SH1 og SH4 var det til sammen 2,5 årsverk med farmasøyter (Tabell 7-1). Antallet årsverk med leger var til sammen 30,1 og antallet årsverk med sykepleiere var til sammen 60,65. Så det er en naturlig forklaring på at ikke var så mange respondenter som hadde fått informasjon fra farmasøyt. Men hadde vi i teorien, doblet antall årsverk for farmasøyter, ville man høyst sannsynlig vært på nivå med legene i antall informerte pasienter.

### **8.4 Hvor tilfreds er pasientene med legemiddelinformasjonen?**

#### **8.4.1 Evaluering av informasjon om nye legemidler.**

Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til respondentenes *evaluering av informasjon om nye legemidlers virkning* (Tabell 12-7 i vedlegg 6). Med

hensyn til *evaluering av informasjon om legemidlers bivirkninger*, var det signifikante forskjeller mellom sykehusene (Tabell 7-15). Ved SH1 og SH4 var henholdsvis 65 og 86% fornøyde, mens det ved SH2 og SH3 var henholdsvis 49 og 63% fornøyde. Flertallet (65%) av alle respondentene kommer i kategorien fornøyde, men nådde ikke opp til verdiene som andre har rapportert (75-80%) (Collins & O'Cathain, 2003). Dette kan skyldes at vi delte inn svarkategoriene for strengt og burde tatt med svaralternativet på midten med i kategorien ”Fornøyd”. En alternativ forklaring er at respondentene i vår studie, rapporterte at de var mindre fornøyde enn andre respondenter i helsetjenesteevalueringer, eller at det var flere av de som hadde hatt noe å klage på, som svarte på spørreskjemaene. Forklaringen til at respondentene ved SH4 i så stor grad var fornøyde, mener vi kanskje ligger i hvem de fikk informasjon fra og på hvilke måte de fikk informasjon.

Selv om det ikke var signifikante forskjeller mellom sykehusene når det gjaldt evalueringen av informasjonen om virkninger av nye legemidler, var det signifikante sammenhenger mellom både *informasjonsmåte og informasjonsteam* med hensyn til evalueringen av informasjon om virkninger av nye legemidler (Tabell 7-27) (Tabell 7-28). Et stort flertall (89%) av respondentene som kom i kategorien ”Kan forbedres” i evalueringen av virkningsinformasjon, hadde fått informasjon fra team uten farmasøyt. Samtidig hadde flertallet (63%) av de som var fornøyde i evalueringer av virkningsinformasjon, fått den både muntlig og skriftlig.

Det var signifikante forskjeller mellom de som fikk *informasjon fra team med farmasøyt og uten farmasøyt*, med hensyn til evalueringer av informasjon om bivirkninger av nye legemidler (Tabell 7-30). I tillegg var det signifikante forskjeller mellom de som fikk bare *muntlig informasjon*, og de som fikk både *muntlig og skriftlig informasjon*, med hensyn til evalueringer av informasjon om bivirkninger av nye legemidler (Tabell 7-31). Blant de respondentene som var fornøyde i evalueringen av bivirkninger, hadde flertallet fått informasjon fra team med farmasøyt, og informasjonen hadde vært både muntlig og skriftlig. Respondentene ved SH4 passet inn i denne beskrivelsen av det fornøyde flertallet. Ved SH2 hadde flertallet fått informasjon fra team uten farmasøyt og bare muntlig informasjon. SH1 og SH3 skilte seg ikke ut i evalueringen av informasjon om bivirkninger. Ved SH4 hadde 71% fått informasjon fra team med farmasøyt, mens ved SH1 hadde 43% fått informasjon fra team med farmasøyt (Tabell 7-16). Dette kan forklare forskjellen mellom i evalueringen av bivirkninger hos SH4 og SH1. Mellom SH2 og SH3 er ikke forskjellene i informasjonskilde

og informasjonsmåte så store, at det kan forklare forskjellene i evalueringen av informasjon om bivirkninger.

Årsaken til at det ikke er signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til informasjon om virkninger, mens det er forskjeller med hensyn til bivirkningsinformasjon, er ikke like åpenbar. Det er lett å gi informasjon om virkning av et legemiddel, alle ser behovet for dette og alle mestrer det. Å vite hva som er relevant og nødvendig informasjon om bivirkninger er ikke like lett å vurdere. Pasienter ga uttrykk for det under testing av spørreskjemaene, og helsepersonellet trakk det fram under intervjuene (data ikke vist). Derfor skiller kanskje sykehusene seg mer fra hverandre i respondentenes evalueringer av bivirkningsinformasjon enn ved virkningsinformasjon.

Et fjerde punkt hvor det var signifikante forskjeller i forhold til evaluering av bivirkningsinformasjon, var med hensyn til *diagnosetidspunkt* (Tabell 7-23). Det var flertall i gruppen fornøyd med diagnosetidspunkt som var mindre enn 6 år tilbake. Sykehusene skilte seg ikke klart med hensyn til diagnosetidspunkt. Det som skilte respondentenes diagnosetidspunkt i samme mønster som her, var måten de fikk informasjon på. Flertallet av respondentene med diagnosetidspunkter mindre enn 6 år tilbake, hadde fått både muntlig og skriftlig informasjon (Tabell 7-24). Det at informasjonen blir gitt både muntlig og skriftlig, kan være forklaringen på at respondentene var fornøyd med bivirkningsinformasjonen.

#### **8.4.2 Evaluering av ubesvarte spørsmål om legemidler.**

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til *evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler* (Tabell 7-18). Ved SH1 og SH4 var henholdsvis 60 og 54% fornøyd i evalueringa, mens ved SH2 og SH3 var henholdsvis 29 og 42% fornøyd. Et knapt flertall (51%) av respondentene kommer i kategorien fornøyd, men nådde ikke opp til verdiene som andre har rapportert (Collins & O'Cathain, 2003). Det som kunne være med på å forklare de signifikante forskjellene, var hvem informasjonen om de revmatiske legemidlene kom fra og på hvilken måte informasjonen ble gitt.

Det var signifikante forskjeller mellom *informasjonsteamene med og uten farmasøyt* med hensyn til evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler (Tabell 7-35). I tillegg var det signifikante forskjeller mellom *informasjonsmåtene* med hensyn til evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler (Tabell 7-37). Blant de

respondentene som var fornøyde i evalueringen av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler, hadde flertallet fått informasjon fra team med farmasøyt og informasjonen hadde vært både muntlig og skriftlig. Et slikt resultat stemmer overens med funn på SH1 og SH4, mens for SH2 og SH3 var det radikalt annerledes. Ved SH2 og SH3 var det mindretallet som hadde fått informasjon fra team med farmasøyt og informasjonen hadde vært bare muntlig.

Det var ikke signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til *evalueringen av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler* (Tabell 12-7 i vedlegg 6). En forklaring på dette kan være at fokuset på sykehusene var på revmatiske legemidler (Tabell 7-5) (Tabell 7-6). Det var disse legemidlene det ble gitt informasjon om, det var stort sett disse det ble startet opp med, og pasientene hadde forventninger til å få behandling av revmatiske sykdommer ved innleggelse. Uten behov for og forventninger om informasjon, er man også fornøyde.

#### **8.4.3 Evaluering av legemiddelinformasjonen totalt sett.**

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til evaluering av *legemiddelinformasjonen totalt sett* (Tabell 7-19). Ved SH1 og SH4 var flertallet på henholdsvis 53 og 73% fornøyde, mens det ved SH2 og SH3 var henholdsvis 21 og 42% fornøyde. Et knapt mindretall (48%) av respondentene var fornøyde, men heller ikke her nådde verdiene opp mot det andre har rapportert (Collins & O'Cathain, 2003).

Når det gjaldt totalinntrykket av legemiddelinformasjonen, så det ut til at forskjellene mellom sykehusene også her, kunne forklares med informasjonsmåte og informasjonsteam. Det var signifikante forskjeller mellom de som evaluerte den totale legemiddelinformasjonen til å være i kategorien "Fornøyd" og kategorien "Kan forbedres" med hensyn til både *informasjonsteam* (Tabell 7-36) og *informasjonsmåte* (Tabell 7-38). Blant de respondentene som var fornøyde i evalueringen av totalinntrykket av legemiddelinformasjonen, hadde flertallet fått informasjon fra team med farmasøyt og informasjonen hadde vært både muntlig og skriftlig. Dette gjaldt SH4. Ved SH1 hadde flertallet fått informasjon fra farmasøyt, mens et knapt mindretall hadde fått informasjon på begge måter (Tabell 7-16) (Tabell 7-17). Ved SH2 hadde mindretallet i begge de andre evalueringene vært fornøyde (se kapittel 8.4.1 og 8.4.2), og da var det en naturlig følge at totalinntrykket hadde et mindretall i gruppen fornøyde. SH3 skilte seg ikke ut, og det var SH3 som bidrog minst til de signifikante forskjellene.

Det var også signifikante forskjeller mellom evalueringen av totalinntrykket av legemiddelinformasjon og *diagnosetidspunkt* (Tabell 7-25). Flertallet av de som hadde fått diagnosen sin for mindre enn et år siden var fornøyde, mens det var motsatt for alle de andre diagnosetidspunktene, der mindretallet var fornøyde. Noen klare forskjeller mellom sykehusene med hensyn til diagnosetidspunkt var det imidlertid ikke (Tabell 7-13). Det var derimot sammenheng mellom diagnosetidspunkt og informasjonsmåte. Hos de med diagnose nyere enn 6 år, hadde flertallet fått legemiddelinformasjon både muntlig og skriftlig (Tabell 7-24), og kunne være en del av forklaringa på hvorfor de med diagnosetidspunkt mindre enn ett år gammel, var mer fornøyde totalt sett med legemiddelinformasjonen.

HELTEFs utredningsrapporter om pasientopplevelser i Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Øst inkluderte sykehusene som deltok i vår studie (Brekke *et al.*, 2003; Brekke *et al.*, 2003; Holte *et al.*, 2003). Ved sykehusene SH1, SH2 og SH3 var legemiddelinformasjonen blant topp seks i rankingen av enkeltspørsmål som det var mest misnøye med. Ved SH4 var det ikke tilfelle. I vår studie kom også SH4 best ut sammen med SH1. I deres studie var alle pasienter på sykehusene med, mens i vår studie var bare revmatiske pasienter med. Hvis pasienter ved revmatologiske avdelinger får bedre legemiddelinformasjon enn andre pasienter, kan det forklare at den andre studiens resultater var mer negative. Hvis legemiddelinformasjonen har forbedret seg, etter at evalueringene ble gjennomført i 2003, kan det være en annen forklaring. Et tredje moment er at vi ikke spurte de samme spørsmålene som dem, og derfor fikk svar på noe annet, og ikke kunne sammenligne resultatene direkte.

Dersom vi skulle oppsummere, viser det seg signifikante sammenhenger mellom totalinntrykket og 1. evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler (Tabell 7-29), 2. evaluering av legemiddelinformasjon om bivirkninger av nye legemidler (Tabell 7-32), 3. evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler (Tabell 7-39) og 4. evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler (Tabell 7-40). Flertallet var fornøyd med både totalinntrykket og sammenligningsalternativene 1.-4.. Det var sammenheng mellom oppfatningen av totalinntrykket og de andre evalueringene.

## **8.5 Utgjør det en forskjell for pasienten å få legemiddelinformasjon fra farmasøyten versus annet helsepersonell?**

Det var 51% av studiepopulasjonen som svarte på spørreskjemaet, og 49% som lot være å svare, eller ikke fikk spørreskjemaet. Av de som ikke fikk spørreskjemaet, var det noen som ble ekskludert av helsepersonellet på sykehusene, på grunn av reinnleggelser eller at de ikke kunne svare på spørreskjemaet på grunn av funksjonshemming eller språkproblemer. Dette var planlagte ekskluderings, der reinnleggelser spilte den største rollen. Ved kontrolltelling var antall reinnleggelser oppe i 35% ved SH2 (se kapittel 7.2.1). Vi hadde ingen grunn til å tro at det var forskjell mellom sykehusene i forhold til reinnleggelser, men vi hadde ikke data på det. Utenfor vår kontroll, var det dessverre grunn til å tro at en del respondenter måtte regnes som tapt for studien. Sykehusavdelingenes organisering av inkluderingen av pasienter til studien, resulterte kanskje i at SH3 og SH4 fikk større tap av inkluderte, enn to de andre sykehusene.

Respondentene og studiepopulasjonen var direkte sammenlignbare med hensyn til kjønn, men ikke med hensyn til alder og innleggelse ved sykehus. Sykehusenes pasienter var direkte sammenlignbare med hensyn til kjønn og alder, men ikke med hensyn til opphold ved dagenhet eller sengepost, diagnosetidspunkt, oppstart med nye legemidler, informasjonsteam, informasjonsmåte og alle evalueringene de ble spurt om forholde seg til. Opphold på dagenhet eller sengepost hang sammen med antall pasientplasser på sykehusene som deltok, og hadde kanskje ikke noe å si for evalueringene. Respondentenes diagnosetidspunkt viste ingen klare tendenser i dataene fra sykehusene og gjorde derfor kanskje ingen bidrag til forskjell i evalueringene. Oppstart med nye legemidler var mest framtrødende ved SH2 og SH4. Sykehusene SH2 og SH4 representerte hver sin gruppering når det gjaldt informasjonsteam og informasjonsmåte, så det var mulig å se bort fra ulikhetene for oppstart med nye legemidler.

Bare informasjonsteam, informasjonsmåte og evalueringer, stod igjen som reelle forskjeller mellom sykehusene. Med forbehold om at sykehusene var sammenlignbare, kunne vi si at det gjorde en forskjell om legemiddelinformasjonen kom fra farmasøyt eller annet helsepersonell. Et tilsvarende resultat kommer fra en annen undersøkelse. I den ble hjertepasienter bedt om å evaluere legemiddelinformasjonen i to spørreundersøkelser, før og etter at farmasøyt deltok i informasjonsarbeidet (Veggeland, 1996). Her konkluderte man med at pasientene var mer fornøyd, etter at farmasøyt deltok. Hjertepasienten og den revmatiske pasienten er pasienter

med kroniske sykdommer, som oftest behandles med legemidler, og som derfor er sammenlignbare. Våre respondenter ga også teamene med farmasøyt best evaluering. Det var i tillegg signifikante forskjeller mellom teamene med og uten farmasøyt med hensyn til *informasjonsmåte* (Tabell 7-34). Flertallet av respondentene ga uttrykk for at av teamene med farmasøyt ga både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon, mens flertallet av teamene uten farmasøyt ga bare muntlig legemiddelinformasjon. Det viste seg at muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon skåret høyest på evalueringene.

## **8.6 Hvordan er organiseringen av legemiddelinformasjonen til pasientene ved revmatologiske avdelinger ved utvalgte sykehus i Norge?**

Det er mange likheter når det gjelder organiseringen av legemiddelinformasjon ved de utvalgte sykehusavdelingene, men også noe som skiller dem (Tabell 7-5) ( Tabell 7-6). Når det gjelder *muntlig* informasjon til pasientene er det i hovedsak leger og sykepleiere som gir den ved SH2 og SH3, mens ved SH1 og SH4 er det i tillegg farmasøyter med i teamene som gir legemiddelinformasjon. Ved alle sykehusene er det sykepleiere som gir *praktisk opplæring*. Legemiddelinformasjonens innhold er den samme. Fokuset ligger på revmatiske legemidler ved nyoppstart. Helsepersonellet oppga alle pasienter som mottakere av informasjon. Pasientene kunne kontakte sykehusavdelingene på telefon.

De samme som ga muntlig informasjon ga også ut *skriftlig* informasjon. Den skriftlige informasjonen var en gjentakelse av den muntlige. Fokuset var også her på revmatiske legemidler ved nyoppstart. Alle aktuelle fikk den skriftlige informasjonen også. De hadde kun skriftlig informasjonsmateriale om de revmatiske legemidlene. Det varierte noe hvem som laget informasjonen og hvem som kvalitetssikret og godkjente den. På sykehusene med farmasøyt var de involvert, ellers var det stort sett overleger og avdelingsoverleger som hadde hovedansvaret. Informasjonen var stort sett av nyere dato. Epikriser og informasjon i forbindelse med kontroller, ble sendt til fastlegene. Det var for å oppsummere; tilstedeværelse av farmasøyt og deres arbeidsoppgaver som skilte sykehusavdelingene fra hverandre.

Hvis man sammenligner sykehusene med hensyn til *personellressurser*, er det ulikheter (Tabell 7-1). I en sammenligning av antall årsverk, holdt vi det opp mot antall pasienter (Tabell 7-4). Det kunne da se ut som om de sykehusene med flest pasienter; SH1 og SH4

hadde mest effektiv pasientgjennomstrømming. Det kan skyldes, at det er mest effektivt å drive store sykehusavdelinger. SH2 hadde minst personale men også færrest pasienter, og var noe mer effektive enn SH3. SH3 har mest personalressurser, men kommer dårligst ut med hensyn til pasientgjennomstrømming. Pasientgjennomstrømming er en side av effektmålet, kvaliteten på behandlingen av pasientene er en annen. Kvaliteten sier disse forholdene ikke noe om.

## **8.7 Hvilken organisering av legemiddelinformasjon gir den beste legemiddelinformasjonen?**

Respondentene rapporterte at det helsepersonellet som var viktigst med hensyn til legemiddelinformasjon var leger og sykepleiere, samt farmasøyter der disse var tilgjengelige (Tabell 7-33). Sykehusavdelingene selv oppga tilsvarende tall (Tabell 7-5) ( Tabell 7-6). Sykehusavdelingene sa i tillegg, at alle fikk informasjon både muntlig og skriftlig ved nyoppstart av revmatiske legemidler (Tabell 7-5) ( Tabell 7-6). Hvorvidt dette stemmer med realiteten, kan imidlertid diskuteres. Flertallet (55%) av respondentene hadde startet opp med nye legemidler ved siste innleggelse (Tabell 7-14). Av de som hadde startet opp med nye legemidler, var det et knapt flertall (58%) som hadde fått både muntlig og skriftlig informasjon (Tabell 7-26). Disse resultatene kan sees i sammenheng med svarene fra respondentene, der de bes om å oppgi foretrukket informasjonsmåte. Flertallet (70%) av alle respondentene sa de ønsket å få legemiddelinformasjonen både muntlig og skriftlig (Tabell 7-41). Et enda større flertall (81%) av de som hadde begynt på nye legemidler ved siste innleggelse, ønsket informasjon på begge måter (Tabell 7-41). Av de som begynte med nye legemidler ved siste innleggelse, var det mange som ønsket både muntlig og skriftlig informasjon som ikke fikk det, og enda flere som sykehusene mente hadde fått det, uten at det stemte. Her synes det å være et klart forbedringspotensial.

Sammenhengen med fornøydhet og muntlig og skriftlig informasjon får støtte av en annen undersøkelse (Johnson *et al.*, 2003). Konklusjonen baserer seg på to studier. I begge studiene der det ble gitt informasjon til foreldre om barns helse, var det signifikante forskjeller mellom muntlig informasjon og muntlig samt skriftlig informasjon. De som fikk informasjonen på begge måter var mer tilfredse og hadde også bedre kunnskaper. Dette var studier med informasjon om helse, mens vi studerte legemiddelinformasjon spesielt. Informasjon om helse kan inkludere informasjon om legemidler, så disse studiene er sammenlignbare, og konklusjonene er også like.



Ønsket om skriftlig legemiddelinformasjon i tillegg til muntlig informasjon, får støtte fra en undersøkelse (Rabøl *et al.*, 2002). I deres studie var det 63%, mot 81% i vår studie, som mente at det hadde vært ønskelig med skriftlig legemiddelinformasjon i tillegg til muntlig ved nyoppstart med legemiddel. Deres respondenter var eldre (median 70 år) enn våre (median 50,0 – 57,5 år), men aldersforskjellen er ikke noen åpenbar forklaring på hvorfor det var forskjell (Tabell 7-10). I vår studie var det et flertall av de over 70 år, som ikke hadde fått skriftlig informasjon, og det samme kunne gjelde for deres respondenter også (Tabell 7-11). Om det var slik fordi pasientene ikke ønsket skriftlig informasjon, eller ikke blir tilbudt det, vet vi ikke. Våre funn tyder på at flere ønsket skriftlig informasjon (Tabell 7-41). Begge studiene rapporterte uansett at et flertall av respondentene ønsket både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon.

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til informasjonsmåte (Tabell 7-17). Helsepersonellet ved SH1 og SH4 hadde i størst grad fulgt intensjonen med å gi både muntlig og skriftlig informasjon. SH2 kom dårligst ut, og SH3 var midt i mellom. Det som også skiller SH1 og SH4 fra de andre sykehusene, er at det er kliniske farmasøyter tilknyttet de revmatologiske avdelingene (Tabell 7-1). Fra diskusjonen om hvem som gir legemiddelinformasjon, kunne man få det inntrykket at det var farmasøytene som stod for en god del av den, der de var tilstede. Det kom fram i intervjuene med helsepersonellet på avdelingene at det var en av farmasøytene primæroppgaver (data ikke vist). Ved SH3s forskningsprosjekt var det også slik (Tabell 7-5). Det kan også være at fokuset på legemidler er generelt høyere på de avdelingene med farmasøyt, og at alle helseprofesjonene der bidrar til at pasientene får god informasjon. Mye kan tyde på at for organiseringen av god legemiddelinformasjon, er det en fordel at den kommer fra en farmasøyt og at den er både muntlig og skriftlig.

## **8.8 Begrensninger i studien.**

### **8.8.1 Svarprosent.**

Svarprosenten vår var totalt sett på 51% og på høyde med det som er vanlig i sammenlignbare studier (Tabell 7-7). Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) utførte i 2003 undersøkelser på pasientopplevelser i flere helseregioner blant annet i ; Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Øst (Brekke *et al.*, 2003; Brekke *et al.*, 2003; Holte *et al.*, 2003). I

undersøkelsene til HELTEF sendte de ut spørreskjemaene som vi gjorde, men i tillegg purret de etter 4 uker på de pasientene som ikke hadde svart på spørreskjemaene. De oppgir ikke svarprosent før purring, så vi vet ikke hvilken effekt purringen hadde. Vår undersøkelse var anonym, og vi kunne derfor ikke purre på de som ikke responderte, som de gjorde. Hvis man sammenligner vår gjennomsnittlige svarprosent; 51% med deres som var på 51,9%, så fikk vi totalt sett en bedre svarprosent enn forventet. Selv uten purring i vår undersøkelse, er våre og HELTEFs svarprosenter ganske like. Det er en generell aksept for at svarprosenter lik eller over 75% er karakterisert som gode (Bowling, 2002). I denne sammenhengen nådde vi ikke opp. Faren er at respondentene og ikke-respondentene skiller seg fra hverandre og gir opphav til at resultatene kan bli skjeve ("biased"). Vi hadde 49% som ikke svarte på spørreskjemaet. Dette måtte vi derfor ta hensyn til ved tolkingen av dataene.

### **8.8.2 Eksklusjon av pasienter og tap av respondenter.**

Det oppgitte antallet på ekskluderte pasienter var lavt, til sammen 27. Et av sykehusene; SH3 hadde ikke notert seg dette tallet i det hele tatt, men bare antydte at det var mange pasienter. Ved kontroll av pasientlister fra SH2 fant vi ut at 36% av innleggelsene var reinnleggelser. På SH2 var antall ekskluderte pasienter oppgitt til å være 2. Ved SH2 må det være flere ekskluderte enn oppgitt eller tap av respondere på annet vis. Noen pasienter kan ha fått spørreskjemaene flere ganger. Disse kontrollberegningene var det ikke mulig å gjennomføre for de andre sykehusene. Differansene mellom antall utskrevne i studieperioden og antall inkluderte pasienter ved alle sykehusene, var større enn de oppgitte tallene for ekskluderte pasienter. Flere ble ekskludert enn de som ble oppgitt, eller respondentene gikk tapt på annet vis. Hvis helsepersonellet ekskluderte pasienter fra studien på andre kriterier enn de som var oppgitt på forhånd, kunne eksklusjonen også føre til at resultatene ble skjeve. Forskjellen mellom antall ekskluderte samt inkluderte pasienter, og antall innlagte pasienter, ble tatt i betraktning ved tolking av dataene.

### **8.8.3 Respondenter versus studiepopulasjon.**

Blant respondentene var det 60% kvinner og 40% menn (Tabell 7-4). Det var 58% kvinner og 42% menn i studiepopulasjonen. Det var ikke signifikante forskjeller i kjønnsfordelingen mellom *respondentene og studiepopulasjonen* (Tabell 7-4). Med hensyn til kjønn, så var respondentene representative for studiepopulasjonen. Kjønnsfordelingen i studien gjenspeilet også at det er flertall av kvinner som har revmatiske sykdommer (Tabell 4-2) (Brørs *et al.*, 2004). Det var signifikante forskjeller mellom kjønnene blant respondentene fordelt i

*aldersgrupper* uten at det var noen klar tendenser i dataene (Tabell 7-8). Den signifikante forskjellen vil det derfor være vanskelig å tolke i sammenheng med de andre dataene. Det var signifikante forskjeller mellom kjønnene med hensyn til *antall legemidler* i bruk (Tabell 7-9). Det var over dobbelt så mange kvinner som menn i gruppen som brukte mange legemidler. Dette er den samme tendensen som vises i statistikk utgitt av "Nordic Medico-Statistical Committee" (NOMESCO) over legemiddelforbruk, i de andre nordiske landene som vi kan sammenligne oss med. Kvinner i alle aldersgrupper over 18 år bruker mer legemidler enn menn i samme aldersgrupper (NOMESCO, 2003).

Gjennomsnittsalderen for *respondentene* var 53,3 år og for *studiepopulasjonene* var den 50,6 år. Den var signifikant høyere for respondentene enn for studiepopulasjonen (Tabell 7-4). De eldste pasientene er kanskje mer samvittighetfulle, har bedre tid eller interesserer seg mer for temaet. Det er samtidig kanskje denne gruppa som har mest å vinne på å få god legemiddelinformasjon, fordi det er de som bruker mest legemidler. Det var ikke signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til gjennomsnittsalderen. Gjennomsnittsalderen varierte mellom 52,0 og 55,6 år (Tabell 7-10). Så selv om respondentene skilte seg fra studiepopulasjonen med hensyn til gjennomsnittsalder, var sykehusene sammenlignbare med hensyn til gjennomsnittsalder.

Det var signifikante forskjeller mellom *respondentene* og *studiepopulasjonen* ved sammenligning av innleggelser ved de utvalgte sykehusene (Tabell 7-4). Det var flest svar fra pasienter innlagt ved SH1 og SH2, mens det var færrest fra SH3 og SH4. Dette kan ha sammenheng med hvilke ressurser de ulike sykehusene brukte på pasientinkluderinga og på hvordan ansvaret ble fordelt. SH1 og SH2 hadde to faste personer i full stilling som gjorde arbeidet med pasientinkludering. Ved SH4 var det en person i halv stilling som utførte det samme arbeidet. Ved SH3 var ikke ansvaret dedikert til en person, men delt på flere, i tillegg til at spørreskjemaet ble delt ut ved utskrivning. Det er mulig at den lave ressursbruken på SH4 og mangel på ansvarshavende på SH3, førte til at færre pasienter ble inkludert derfra.

#### **8.8.4 Forskjeller mellom sykehusene.**

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til antall svar fra respondenter innlagt på *dagenhet* og *sengepost* (Tabell 7-12). Det var like mange svar fra SH1 etter opphold på dagenhet som på sengepost, mens forholdet var annerledes for de andre sykehusene, med flest svar etter opphold på sengepost. Ved SH2 var det ingen faste

dagplasser fordi poliklinikken stort sett tok seg av de som var innlagt for en dag, så det kan være forklaringa for hvorfor en slik forskjell viste seg der (Tabell 7-2). Ved SH3 og SH4 var det flere sengeplasser enn ved SH1, slik at det kan være mulig at antall respondenter bare reflekterte dette.

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til *når pasienten hadde fått sin diagnose* (Tabell 7-13). Til tross for dette var det ikke noen tendens i dataene og resultatene ga ingen klare sammenhenger mellom innleggelse på sykehus og diagnosetidspunkt.

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene med hensyn til om respondenten hadde *startet opp med nye legemidler* eller ikke ved siste innleggelse (Tabell 7-14). Ved SH2 og SH4 var det flest som hadde startet opp med nye legemidler, mens ved SH1 og SH3 var det færrest. Ved SH2 og SH4 var det henholdsvis 30% og 32% av respondentene som hadde diagnoser som var satt for mindre enn 1 år siden, mens de samme tallene for SH1 og SH3 var henholdsvis 17% og 5% (Tabell 7-13). Sjansen for at de med nye diagnoser, starter opp med nye legemidler er større, enn at de med diagnosetidspunkt lenger tilbake i tid, starter opp med nye legemidler.

#### **8.8.5 Forskjeller ved innleggelse på dagenhet eller sengepost.**

Det var signifikante forskjeller mellom respondentene som oppga at de hadde vært innlagt på dagenhet og sengepost med hensyn til *antall legemidler* de brukte (Tabell 7-20). Det var flest som oppga å bruke lite legemidler ved dagenhet, og flest som brukte mange legemidler ved sengepost. Om dette kan forklares med at sengepostpasientene er mer krevende og trenger mer intensiv behandling, og dermed også mer legemiddelbehandling, er mulig.

#### **8.8.6 Forskjeller ved ulike diagnosetidspunkt.**

Det var signifikante forskjeller mellom diagnosetidspunkt og *antall legemidler* i bruk (Tabell 7-21). Det var ingen tendenser å se i dataene, så tolkingen av dem var vanskelige. Det var også signifikante forskjeller mellom *diagnosetidspunktene* med hensyn til oppstart med nye legemidler (Tabell 7-22). Flertallet av respondentene med diagnoser nyere enn 5 år, hadde startet opp med nye legemidler ved siste innleggelse. For de med diagnoser som var mer enn 6 år gamle, var det et mindretall som hadde startet opp med nye legemidler. Forskjellen i

diagnosetidspunkt med hensyn til oppstart av nye legemidler, bekrefter resonnementet i diskusjonen om forskjellene mellom sykehusene (se kapittel 8.8.4).

### **8.8.7 Mulige begrensninger i utformingen av spørreskjemaet og kodingen av kategoriene.**

Etter at spørreskjemaet var trykket og sendt ut, har vi sett at det på et par punkter kunne forbedres. Alle respondenter bør helst ha de svaralternativene som trengs, for å kunne svare på spørreskjemaet. I *spørsmål nummer seks*; ”Hvor mange legemidler bruker du?”, snek det seg inn feil, selv om vi hadde fokus på svaralternativene. Svaralternativ tre skulle ha vært ”6 eller flere legemidler” og ikke ”Flere enn 6 legemidler”. Med andre ord hadde de som brukte seks legemidler ingen plass å krysse av. Ingen av respondentene har imidlertid bemerket dette. Av de 250 respondentene som svarte på spørreskjemaet var det 9 som ikke svarte på dette spørsmålet (Tabell 12-7 i vedlegg 6). Disse 9 brukte ikke legemidler mot sin revmatiske sykdom og skulle hoppe over dette spørsmålet (data ikke vist). Vi tror derfor ikke denne feilen hadde betydning for resultatet. I *spørsmål nummer tolv og tretten* var det også formuleringer som kunne vært bedre. Der var det også svaralternativene som ikke var gode nok. Respondenter har en tendens til å svare ”ja” og være enig hvis man spør dem, uansett hva de svarer ja til (Aday, 1996; Freil *et al.*, 2002). Det er derfor et mål å formulere svaralternativer uten ”ja” og ”nei” i svarene. Et bedre alternativ ville kanskje vært å ha bare; ”Helt enig” og ”Helt uenig” som svar, i stedet for ”Ja, helt enig” og ”Nei, helt uenig”. Det er vanskelig å si hvor stor betydning dette hadde for våre resultater. Det kan hende at respondentene derfor oppga å ha flere ubesvarte spørsmål enn de reelt sett hadde. Dataene måtte derfor tolkes med forsiktighet.

*Dikotomiseringen* av svarkategoriene i spørsmålene (8, 9, 12, 13 og 14) der respondentene ble bedt om å evaluere legemiddelinformasjonen kan diskuteres. Vi valgte å samle de to mest positive svarene i kategorien ”Fornøyd” og de tre resterende i kategorien ”Kan forbedres”. Dette ble valgt fordi vi visste fra annen forskning på pasientevalueringer i helsetjenesten, at mange ville svare at de var tilfredse (Collins & O’Cathain, 2003). Vi hadde ingen grunn til å tro at våre studiepopulasjon ville skille seg fra andre i helsevesenet. For å oppnå store nok data i de to kategoriene; ”Fornøyd” og ”Kan forbedres”, som muliggjorde statistiske analyser, valgte vi inndelingen som skissert.

Vi valgte å dele inn respondentene i tidelte *aldersgrupper*, men her kunne vi gjort det på andre måter også, for eksempel tyvedelte eller todelte. Slik inndeling hadde gitt oss større data i hver kategori og kanskje gitt oss flere signifikante sammenhenger. Samtidig, vi hadde kanskje mistet noen signifikante forskjeller mellom aldersgruppene.

## **8.9 Forskning framover.**

Hvorvidt det gir bedre helse om pasienten får god og tilstrekkelig legemiddelinformasjon, kan denne studien ikke svare på. I fire av ni RCT-studier med enkle intervensjoner av forskjellige slag, ble ”adherence” forbedret og ga minst et klinisk ”outcome” på kort sikt (Tabell 4-1) (Haynes *et al.*, 2005). På lang sikt forbedret 26 av 58 intervensjoner ”adherence”, mens bare 18 forbedret ”outcome”. En av disse enkle intervensjonene var farmasøytisk omsorg. Det må forskes mer på hvordan man kan hjelpe pasienten med kronisk sykdom som behandles med legemidler, til å følge legemiddelforskrivningen. Farmasøytene bør delta aktivt her med sin kunnskap.

En annen review-studie på pasienter med reumatoid artritt konkluderte også med at pasientopplæring hadde kortidseffekter på ”outcome”, men ingen langtidseffekter (Riemsma *et al.*, 2003). I denne studien var første kontroll etter mellom 3 uker og 9 måneder, mens andre kontroll var etter mellom 3 og 14 måneder. Men den store overlappingen i tid, gjør det problematisk å sammenligne dataene, samt å gjøre en sikker konklusjon. For den revmatiske pasienten med kronisk sykdom, må man i slike studier operere med et lengre tidsperspektiv. Det trenges videre mer forskning på opplæring av disse pasientene, med målinger av ”outcome” som er relevante for sykdommene.

En tredje review-studie på pasienter (barn) / forsørger utskrevet fra sykehus, som fikk enten muntlig eller muntlig og skriftlig informasjon om helse, konkluderte med at mer forskning må gjøres på dette området med voksne pasienter (Johnson *et al.*, 2003). Her er noen av de ”outcomes” som de foreslo kunne måles, for eksempel; reinnleggelsesrate, kunnskap til pasientene, komplikasjonsrater, tilfredshet med servicen og ”adherence”. De samme områdene kunne det forskes på om legemiddelinformasjon også.

Men uansett om vi må vente på mer forskning, så synes tendensen å være at det er mye helse i god og relevant legemiddelinformasjon. Pasientrettighetsloven krever også at pasientene informeres, og i loven sees helse i sammenheng med medvirkning (Pasientrettighetsloven,

1999). Et av sykehusene som var med i studien, har et Lærings- & Mestringscenter. Målsettingen for dette senteret var å: ”..... fremme selvstendighet og mestring av eget liv hos personer som har kronisk sykdom eller funksjonshemming og deres pårørende” (Lærings- & Mestringscenteret, Nordlandssykehuset, 2006). Dette senteret avholder faste kurs for pasienter med revmatiske sykdommer. Et av kursene, for pasienter med leddgikt og psoriasisleddgikt og deres pårørende, hadde som målsetning å: 1. ”Formidle kunnskap i forhold til det deltakerne ønsker kunnskap om”, og at 2. ”Deltakerne skal stå bedre rustet til å takle utfordringene som sykdommen kan gi i hverdagen” (Revmatologisk avdeling, Nordlandssykehuset, 2006). For den typiske revmatiske pasienten handler det som nevnt tidligere, om å lære å leve med og mestre en livslang sykdom. Lærings- & Mestringscenteret satser på det gjennom kurs for pasientene. Utgangspunktet for denne satsningen er at det er mye helse i å mestre sin sykdom og ha følelsen av det. God legemiddelinformasjon kan være en av de viktige brikkene for å oppfylle mestringsfølelsen.

## 9 Konklusjoner.

Til tross for begrensningene i studien konkluderte vi med at:

- Pasienter ved revmatologiske avdelinger på sykehus i Norge får legemiddelinformasjon fra informasjonsteam med leger og sykepleiere. I tillegg får pasientene ved sykehusavdelinger med farmasøyt også informasjon fra dem.
- Flertallet av pasientene ved revmatologiske avdelinger på sykehus i Norge får bare muntlig legemiddelinformasjon, selv om de ønsker både muntlig og skriftlig informasjon.
- De revmatologiske sykehusavdelingenes informasjonsfokus er på nyoppstartede revmatiske legemidler, og det er potensial for å gjøre legemiddelinformasjonen bedre.
- Revmatiske pasienter er mest tilfredse med legemiddelinformasjonen, når de får den både muntlig og skriftlig samt når farmasøyt inngår i informasjonsteamet.
- Farmasøyten er en viktig bidragsyter for blant annet legemiddelinformasjon. Det er rom for flere farmasøyter i sykehusavdelingene, noe som vil forbedre legemiddelinformasjonen til pasientene.



## 10 Referanser.

**Aday, L. A. (1996).** *Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide*, second edn. San Francisco: Jossey-Bass.

**Bowling, A. (2002).** *Research methods in health: investigating health and health services*, 2nd edn. Buckingham: Open University Press.

**Brekke, I., Andresen, Ø. & Groven, G. (2003).** Pasientopplevelser i Helse Midt-Norge - Pasienter innlagt i somatiske sykehus - Hovedrapport, pp. 96: Stiftelse for helsetjenesteforskning.

**Brekke, I., Andresen, Ø. & Groven, G. (2003).** Pasientopplevelser i Helse-Nord - Pasienter innlagt i somatiske sykehus - Hovedrapport, pp. 66: Stiftelse for helsetjenesteforskning.

**Brørs, O., Aass, H., Brubakk, O., Hessling, S. E., Horn, A. M., Spigset, O. & Tønnesen, H. H. (2004).** *Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell 2004*. Oslo.

**Cappelen, A., Daae, L. N. W., Jacobsen, D. & other authors (2005).** *Felleskatalogen 2005*, 47 edn. Oslo.

**Collins, K. & O'Cathain, A. (2003).** The continuum of patient satisfaction-from satisfied to very satisfied. *Soc Sci Med* **57**, 2465-2470.

**Davidsson, M. (2006).** Clinical Pharmacy in Norway. *ESCP News*, 1.

**Edwards, C., Staniszweska, S. & Crichton, N. (2004).** Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociol Health Illn* **26**, 159-183.

**Franklin, B. D. & van Mil, J. W. (2005).** Defining clinical pharmacy and pharmaceutical care. *Pharm World Sci* **27**, 137.

**Freil, M., Gothen, I., Gut, R. & Hermann, N. (2002).** *Spørg patienterne*. København: Enheten for Brugerundersøkelser; Center for sygdomsforebyggelse; Amtsygehuset i Glostrup; Opgang 8; 6. sal; Nordre Ringvej; 2600 Glostrup.

**Haynes, R. B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A. & McDonald, H. P. (2005).** Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*, CD000011.

**Holte, T. O., Danielsen, K., Andresen, Ø. & Veenstra, M. (2003).** Pasientopplevelser i Helse Øst - Hovedrapport, pp. 57: Stiftelse for helsetjenesteforskning.

**Johnson, A., Sandford, J. & Tyndall, J. (2003).** Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev*, CD003716.

- Kirkwood, B. R. (1988).** *Essentials of medical statistics*. Oxford: Blackwell.
- Last, J. M. (2001).** *A dictionary of epidemiology*, 4th ed edn. Oxford: Oxford University press.
- LeBlanc, J. M. & Dasta, J. F. (2005).** Scope of international hospital pharmacy practice. *Ann Pharmacother* **39**, 183-191.
- Legemiddelmeldinga (2005).** Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, pp. 129. Edited by D. k. h.-o. sosialdepartement: Statens forvaltningstjeneste, Kopi- og distribusjonsservice.
- Lian, O. S. & Wilsgaard, T. (2004).** [Patient satisfaction with primary health care before and after the introduction of a list patient system]. *Tidsskr Nor Laegeforen* **124**, 655-658.
- Lian, O. S. (2005).** Forskningsmessige utfordringer i studier av pasienttilfredshet. In *Helsetjenesteforskning Perspektiver, metoder og muligheter*. Edited by C. Foss & B. Ellefsen: Universitetsforlaget.
- Mellbye, K. S. & Berg, C. (2004).** [Heavy consumers of drugs--seen from the viewpoint of the community pharmacist]. *Tidsskr Nor Laegeforen* **124**, 3069-3071.
- NOMESCO (2003).** Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999-2003: Nordic Medico Statistical Committee.
- Nytt fra Sykehusapotekene i Midt-Norge (2005).** Prosjekt Avdelingsfarmasi ved St. Olavs Hospital. In *Nytt fra Sykehusapotekene i Midt-Norge*. Trondheim.
- Pasientrettighetsloven (1999).** LOV 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasientrettigheter.
- Pretsch, P., Hertenberg, S. W. & Humerfelt, S. (2004).** [Clinical pharmacist improves the use of drugs in hospital]. *Tidsskr Nor Laegeforen* **124**, 1923-1925.
- Rabøl, R., Andreasen, A. G. E., Kampmann, J. P. & Christensen, H. R. (2002).** Skriftlig lægemiddelinformation: Gavner det patienterne? *Ugeskrift for læger* **164**, 2509-2513.
- Riemsma, R. P., Kirwan, J. R., Taal, E. & Rasker, J. J. (2003).** Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*, CD003688.
- Robson, C. (2002).** *Real world research*, 2nd edn. Oxford: Blackwell.
- Veggeland, T. (1996).** [Improved information on drugs to patients. A project with a pharmacist in the therapeutic team at a cardiology department]. *Tidsskr Nor Laegeforen* **116**, 1901-1903.
- Viktil, K. K., Enstad, M., Kutschera, J., Smedstad, L. M. & Schjott, J. (2001).** Polypharmacy among patients admitted to hospital with rheumatic diseases. *Pharm World Sci* **23**, 153-158.

**Viktil, K. K., Blix, H. S., Reikvam, A., Moger, T. A., Hjemaas, B. J., Walseth, E. K., Vraalsen, T. F., Pretsch, P. & Jorgensen, F. (2004).** Comparison of drug-related problems in different patient groups. *Ann Pharmacother* **38**, 942-948.

**Viktil, K. K., Blix, H. S., Moger, T. A. & Reikvam, A. (2006).** Interview of patients by pharmacists contributes significantly to the identification of drug-related problems (DRPs). *Pharmacoepidemiol Drug Saf*.

**Williams, B., Coyle, J. & Healy, D. (1998).** The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* **47**, 1351-1359.

## 11 Andre kilder.

---

Bjørknes, T. & Bjørnstad C. (2006)	Personlig meddelelse
EAHP (2000)	Internettside fra 130406 <a href="http://www.eahponline.org/asp/survey.asp?m=7&amp;s=2">http://www.eahponline.org/asp/survey.asp?m=7&amp;s=2</a>
ESCP (2006)	Internettside fra 130406 <a href="http://www.escpweb.org/site/cms/contentViewArticle.asp?article=1712#definition">http://www.escpweb.org/site/cms/contentViewArticle.asp?article=1712#definition</a>
Johansen, S.,(2003), i samarbeid med avdelingsoverlege ved revmatologisk avdeling, UNN	Internettside fra 190506 <a href="http://www.unn.no/category9914.html">http://www.unn.no/category9914.html</a>
Kvalvik, A. G. (2003)	Internettside fra 190406 <a href="http://www.nrrk.diakonsyk.no/tm_48_2003/Pasientskoler%20HSR%2013%2011%2003.ppt">http://www.nrrk.diakonsyk.no/tm_48_2003/Pasientskoler%20HSR%2013%2011%2003.ppt</a>
Lilleås L. & Aa E. (2006)	Personlig meddelelse
Lærings- & Mestringssenteret, Nordlandssykehuset (2006)	Brosjyre: ”Aktivitetsoversikt 2006”
Nilsen, M. H. (2005)	Personlig meddelelse
Revmatologisk avdeling, Nordlandssykehuset (2006)	Brosjyre: ”Revmaskole, Leddgikt og psoriasisleddgikt”
UKCPA (2006)	Internettside fra 130406 <a href="http://www.ukcpa.org/about/statement/">http://www.ukcpa.org/about/statement/</a>

---

## 12 Oversikt over vedlegg.

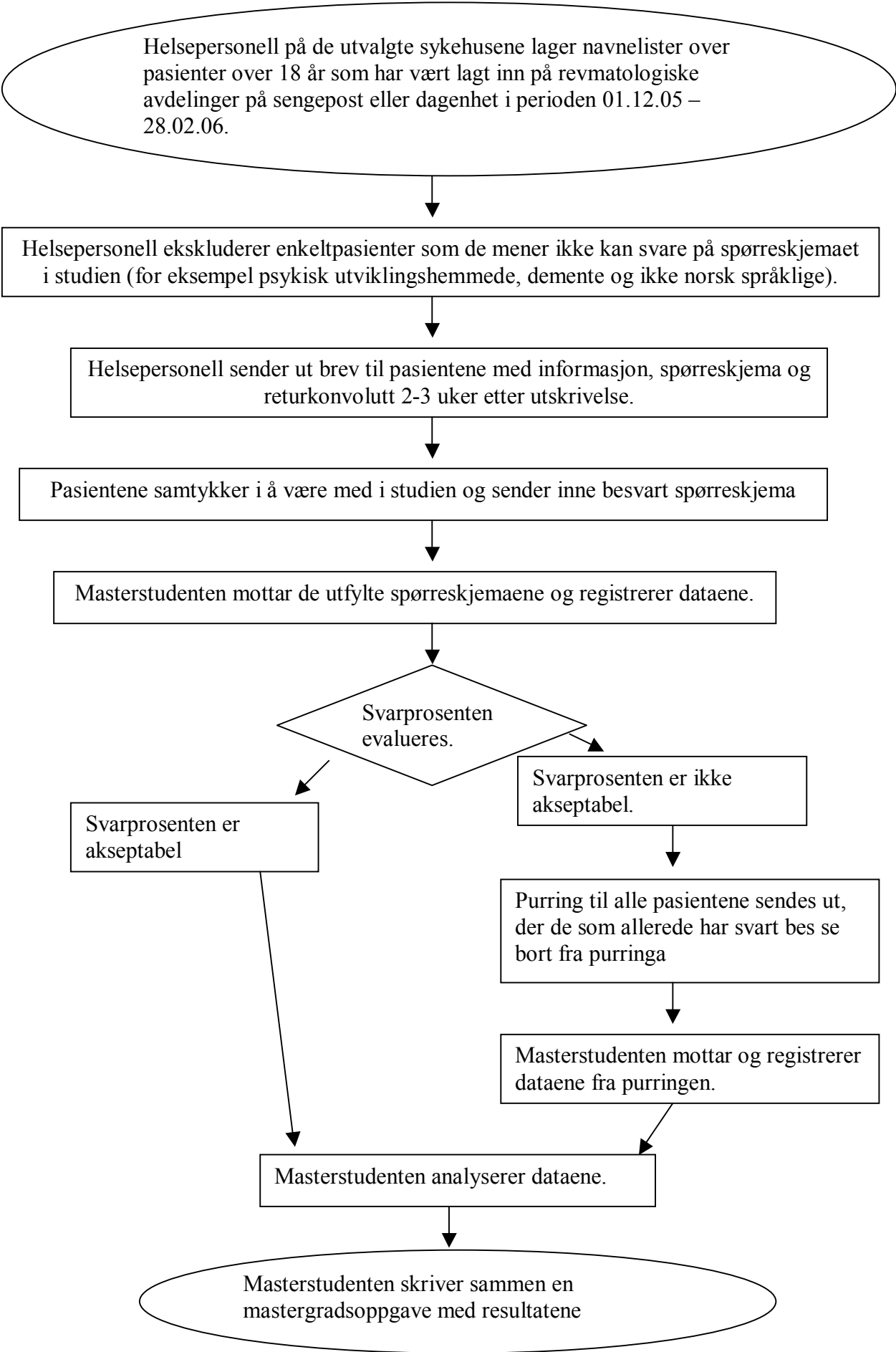
---

1	Flytskjema for spørreskjemaundersøkelsen og innhenting av data	Side 78
2	Informasjonsskriv	Side 80
3	Spørreskjema	Side 82
4	Spørsmål for intervju av helsepersonell ved de revmatologiske avdelingene	Side 87
5	Signifikante kjikvadrattester som ikke er omtalt i diskusjonen	Side 89
6	Ikke-signifikante og ikke-valide kjikvadrattester	Side 93
7	Svar fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge	Side 97
8	Svar fra Sosial- og helsedirektoratet	Side 99

---

## **Vedlegg 1:**

### **Flytskjema for spørreskjemaundersøkelsen og innhenting av data**



## **Vedlegg 2:**

### **Informasjonsskriv**





## **FORESPØRSEL TIL PASIENTER OM Å DELTA I STUDIEN; ”PASIENTERS ERFARINGER MED LEGEMIDDELINFORMASJON”**

### **Bakgrunn for studien**

Mange pasienter kan trolig bruke sine legemidler bedre. Uheldig legemiddelbruk kan for pasientene før til manglende effekt, bivirkninger, dårligere mestring av sykdom, redusert livskvalitet og økt dødelighet. Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter har et forbedringspotensial. Bedre legemiddelinformasjon til pasientene er et mål for helsevesenet og i denne studien.

### **Hva er denne undersøkelsen om?**

Denne undersøkelsen handler om pasienters erfaringer med legemiddelinformasjon ved siste innleggelse på en revmatologisk avdeling på et utvalgt sykehus i Norge.

### **Hvem skal svare på dette spørreskjemaet?**

Spørsmålene skal svares på av den personen som er navngitt på konvolutten. Hvis denne personen trenger hjelp til å fullføre spørreskjemaet, skal svarene være denne personens egne erfaringer og ikke hjelperens.

### **Hvem står bak denne studien?**

Studien er en mastergradsoppgave ved Universitetet i Tromsø. Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, Nordlandssykehuset i Bodø, St. Olavs Hospital i Trondheim og Diakonhjemmet Sykehus i Oslo deltar.

### **Hvorfor er du spurt om å delta?**

Vi ønsker i denne studien å inkludere pasienter med kroniske sykdommer som behandles med legemidler. I perioden desember 2005 til februar 2006 rekrutterer vi pasienter som har vært innlagt på revmatologiske avdelinger på utvalgte sykehus nevnt ovenfor.

### **Anonymitet, frivillig deltakelse og samtykke**

Besvarelsen er anonym og kan ikke spores tilbake til deg. Det er frivillig å delta i studien. Om du velger å delta eller ikke har det ingen innvirkning på dine rettigheter som pasient. Du samtykker til å være med i studien ved å sende inn utfylt spørreskjema i vedlagte konvolutt som er ferdig adressert og frankert (vi betaler porto).

### **Spørreskjemaets omfang**

Det inneholder 16 spørsmål og påstander. Det tar ca. 5 minutter å svare på spørreskjemaet.

### **Spørsmål eller hjelp?**

Hvis du har spørsmål om studien eller spørreskjemaet eller trenger hjelp med spørreskjemaet kan du kontakte førsteamanuensis Liv Unni Naalsund, tlf.; 77 62 62 58 og E-post; [liv.unni.naalsund@unn.no](mailto:liv.unni.naalsund@unn.no) eller mastergradsstudent Anne-Lise Reiersen, tlf.; 77 64 66 34 og E-post; [alr022@student.uit.no](mailto:alr022@student.uit.no) .

**Vedlegg 3:**

**Spørreskjema**



## SPØRRESKJEMA OM PASIENTERS ERFARINGER MED LEGEMIDDELINFORMASJON

Svar på spørsmålene eller påstandene i skjemaet ved å sette kryss i rutene under hvert spørsmål eller hver påstand, slik at det blir best mulig beskrivelse av din erfaring eller oppfatning.

Definisjoner:

- Innleggelse er opphold på dagenhet eller sengepost ved revmatologisk avdeling.
- Legemidler er alle reseptpliktige og reseptfrie legemidler som du bruker fast.

### 1. Er du kvinne eller mann?

- 1  Kvinne  
2  Mann

### 2. I hvilket år er du født? (Vennligst fyll inn)

1	9		
---	---	--	--

### 3. Ved hvilket sykehus var du sist innlagt? (Gi bare ett svar)

- 1  Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø  
2  Nordlandssykehuset i Bodø  
3  St. Olavs Hospital i Trondheim  
4  Diakonhjemmet Sykehus i Oslo

### 4. Var du innlagt ved dagenhet eller sengepost? (Gi bare ett svar)

- 1  Dagenhet  
2  Sengepost

**5. Når ble din revmatiske diagnose stilt? (Gi bare ett svar)**

- 1  Mindre enn 1 år siden
- 2  1-5 år siden
- 3  6-10 år siden
- 4  Mer enn 10 år siden
- 5  Utredning er uavklart
- 6  Jeg har ingen revmatisk sykdom

**6. Hvor mange legemidler bruker du? (Gi bare ett svar)**

- 1  Ingen legemidler (Gå til spørsmål 15)
- 2  1-5 legemidler
- 3  Mer enn 6 legemidler

**7. Begynte du med nye legemidler ved siste innleggelse? (Nye legemidler inkluderer også de du har brukt tidligere og nå startet opp med igjen.)**

- 1  Ja
- 2  Nei (Gå til spørsmål 10)

**8. Dersom du begynte med nye legemidler ved siste innleggelse på revmatologisk avdeling, ber vi deg ta stilling til følgende påstand:**

**Jeg fikk nødvendig informasjon om virkingen av nye legemidler jeg begynte med. (Gi bare ett svar)**

- 1  Ja, helt enig
- 2  Litt enig
- 3  Både enig og uenig
- 4  Litt uenig
- 5  Nei, helt uenig

**9. Dersom du begynte med nye legemidler ved siste innleggelse på revmatologisk avdeling, ber vi deg ta stilling til følgende påstand:**

**Jeg fikk nødvendig informasjon om bivirkninger (uønskede virkninger) av nye legemidler jeg begynte med. (Gi bare ett svar)**

- 1  Ja, helt enig
- 2  Litt enig
- 3  Både enig og uenig
- 4  Litt uenig
- 5  Nei, helt uenig

**10. Hvem ga deg legemiddelinformasjon ved siste innleggelse på revmatologisk avdeling? (Flere svar er mulig)**

- 1  Farmasøyt
- 2  Lege
- 3  Sykepleier
- 4  Ukjent helsepersonell
- 5  Ingen (Gå til spørsmål 12)
- 6  Annet (Vennligst spesifiser) : \_\_\_\_\_

**11. Hvordan fikk du legemiddelinformasjon ved siste innleggelse på revmatologisk avdeling? (Flere svar er mulig)**

- 1  Muntlig
- 2  Skriftlig
- 3  Annet (Vennligst spesifiser) : \_\_\_\_\_

**12. Ta stilling til følgende påstand om legemidler du bruker i forbindelse med din revmatiske sykdom:**

**Jeg hadde ubesvarte spørsmål om mine revmatologiske legemidler (gamle eller nye), da jeg ble skrevet ut fra revmatologisk avdeling.**

*(Gi bare ett svar)*

- 1  Ja, helt enig
- 2  Litt enig
- 3  Både enig og uenig
- 4  Litt uenig
- 5  Nei, helt uenig
- 6  Jeg bruker ikke revmatologiske legemidler

**13. Ta stilling til følgende påstand om legemidler du bruker i forbindelse med andre lidelser eller sykdommer:**

**Jeg hadde ubesvarte spørsmål om mine andre legemidler (gamle eller nye), da jeg ble skrevet ut fra revmatologisk avdeling. (Gi bare ett svar)**

- 1  Ja, helt enig
- 2  Litt enig
- 3  Både enig og uenig
- 4  Litt uenig
- 5  Nei, helt uenig
- 6  Jeg bruker ikke andre legemidler

**14. Totalt sett, hvordan var legemiddelinformasjonen du fikk ved siste innleggelse på revmatologisk avdeling? (Gi bare ett svar)**

- 1  Svært god
- 2  Meget god
- 3  God
- 4  Nokså dårlig
- 5  Dårlig
- 6  Jeg fikk ingen informasjon og hadde heller ikke behov for det
- 7  Jeg fikk ingen informasjon, men hadde behov for det

**15. Hvordan foretrekker du å få informasjon om legemidler? (Flere svar er mulig)**

- 1  Muntlig
- 2  Skriftlig
- 3  Muntlig og skriftlig
- 4  Uten at jeg spør etter informasjon
- 5  Bare hvis jeg spør etter informasjon
- 6  Annet (Vennligst spesifiser) : \_\_\_\_\_

**16. Hvor finner du fram til informasjon om legemidler? (Flere svar er mulig)**

- 1  I bøker
- 2  I blader
- 3  På internett
- 4  Via pasientforeninger
- 5  På apoteket
- 6  Annet (Vennligst spesifiser) : \_\_\_\_\_
- 7  Jeg finner ikke fram til informasjon på egen hånd

Send inn det utfylte spørreskjemaet i den ferdig adresserte og frankerte konvolutten (vi betaler porto).

Du sender inn det utfylte spørreskjemaet anonymt og deltar dermed også anonymt i studien.

Du bekrefter at du samtykker i å delta i studien, ved å sende inn det utfylte spørreskjemaet.

**Tusen takk for hjelpen!**

## **Vedlegg 4:**

### **Spørsmål for intervju av helsepersonell ved de revmatologiske avdelingene**

## **Kartlegging av ressurser og legemiddelinformasjon på revmaavdelingene ved de utvalgte sykehusene som deltok i pasienterfaringsundersøkelsen om legemidler.**

### **Samtale med kontorleder**

#### Personellressurser:

Antall stillinger i hver helseprofesjonsgruppe:

Assistentlege, ergoterapeut, farmasøyt, fysioterapeut, hjelpepleier, kontorpersonale, overlege, sosionom, sykepleier

#### Antall sengeplasser:

Antall pasienter i undersøkelsesperioden 01.12.05-28.02.06:

På sengepost

På dagenhet

Kjønns- og aldersfordeling av pasienter i undersøkelsesperioden 01.12.05-28.02.06::

PS! Jeg har unntak for taushetsplikten fra SHD så jeg kan selv ut fra pasientlister finne tallene for alder og kjønn.

### **Samtale med sykepleier og overlege:**

#### Legemiddelinformasjon

##### *Muntlig (og praktisk) informasjon*

1. Hvem og hvor mange gir informasjon? (faste personer eller varierer det)
2. Hva gis det informasjon om? (virkning, bivirkninger, opplæring i praktisk bruk)
3. Gis det informasjon om (revmatiske legemidler? nye og / eller gamle legemidler? andre legemidler pasienten bruker?)
4. Hvem får informasjon? (kriterier for utvelgelse)
5. Får pasienten kontaktperson eller kontakttelefonnummer for eventuelle spørsmål om legemidler etter hjemkomst?

##### *Skriftlig informasjonsmateriale*

6. Hvem gir informasjon? (faste personer eller varierer det)
7. Hva gis det informasjon om?(virkning, bivirkninger, opplæring i praktisk bruk)
8. Gis det informasjon om (revmatiske legemidler? nye og / eller gamle legemidler? andre legemidler pasienten bruker?)
9. Hvem får informasjon? kriterier for utvelgelse
10. Hvem har laget informasjonen?
11. Nå ble materialet sist oppdatert?
12. Hvordan kvalitetssikres og godkjennes informasjonen?
13. Sendes det informasjon til fastlege / primærlege direkte eller med pasienten til fastlege / primærlege?
14. Får pasienten kontaktperson eller kontakttelefonnummer for eventuelle spørsmål om legemidler etter hjemkomst?



## **Vedlegg 5:**

### **Signifikante kjikvadrattester som ikke er omtalt i diskusjonen**

Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler.

**Tabell 12-1: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler (signifikansnivå på 5%).**

Kategorier		Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler*		Sum	
		<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres		
Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler	<sup>1</sup> Fornøyd	86 (83%)	67	0 (0%) 19	86 (65%)
	<sup>2</sup> Kan forbedres	18 (17%)	37	29 (100%) 10	47 (35%)
	Sum	104 (100%)	29 (100%)		133 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 8 og 9

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 8 og 9

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=133,  $\chi^2=67,860$ , d.f.=1, p<0,001

Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler.

**Tabell 12-2: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%).**

Kategorier		Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler*		Sum	
		<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres		
Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	<sup>3</sup> Kan forbedres	45 (44%)	53,0	22 (81%) 14,0	67 (52%)
	<sup>4</sup> Fornøyd	57 (56%)	49,0	5 (19%) 13,0	62 (48%)
	Sum	102 (100%)	27 (100%)		129 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 8 (virkning).

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 8 (virkning).

<sup>3</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 12 (ubesvarte spørsmål).

<sup>4</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 12 (ubesvarte spørsmål).

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=129,  $\chi^2=11,940$ , d.f.=1, p=0,001

Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler.

**Tabell 12-3: Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%).**

Kategorier		Evaluering av informasjon om virkning av nye legemidler*		Sum	
		<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres		
Evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	<sup>3</sup> Kan forbedres	31 (36%)	38,8	19 (76%) 11,2	50 (45%)
	<sup>4</sup> Fornøyd	56 (64%)	48,2	6 (24%) 13,8	62 (55%)
Sum		87 (100%)		25 (100%)	112 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 8 (virkning).

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 8 (virkning).

<sup>3</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 13 (ubesvarte spørsmål).

<sup>4</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 13 (ubesvarte spørsmål).

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=112,  $\chi^2=12,805$ , d.f.=1,  $p<0,001$

Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler

**Tabell 12-4: Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%).**

Kategorier		Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler*		Sum	
		<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres		
Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	<sup>3</sup> Kan forbedres	31 (37%)	43	35 (80%) 23	66 (52%)
	<sup>4</sup> Fornøyd	52 (63%)	40	9 (20%) 21	61 (48%)
Sum		83 (100%)		44 (100%)	127 (100%)

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 9 (bivirkninger).

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 9 (bivirkninger).

<sup>3</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 12 (ubesvarte spørsmål).

<sup>4</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 12 (ubesvarte spørsmål).

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=127,  $\chi^2=20,512$ , d.f.=1,  $p<0,001$

Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler.

**Tabell 12-5: Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler mot evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%).**

Kategorier		Evaluering av informasjon om bivirkninger av nye legemidler*		Sum		
		<sup>1</sup> Fornøyd	<sup>2</sup> Kan forbedres			
Evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	<sup>3</sup> Kan forbedres	24 (34%)	31	25 (63%)	18	49 (45%)
	<sup>4</sup> Fornøyd	46 (66%)	39	15 (37%)	22	61 (55%)
Sum		70 (100%)	40 (100%)	110 (100%)		

<sup>1</sup> Fornøyd = Svarkategori 1 og 2 i spørsmål 9 (bivirkninger).

<sup>2</sup> Kan forbedres = Svarkategori 3, 4 og 5 i spørsmål 9 (bivirkninger).

<sup>3</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 13 (ubesvarte spørsmål).

<sup>4</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 13 (ubesvarte spørsmål).

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=110,  $\chi^2=8,203$ , d.f.=1, p=0,004

Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler mot evaluering av andre enn revmatiske legemidler.

**Tabell 12-6: Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler mot evaluering av andre enn revmatiske legemidler (signifikansnivå på 5%).**

Kategorier		Evaluering av ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler*		Sum		
		<sup>1</sup> Kan forbedres	<sup>2</sup> Fornøyd			
Evaluering av ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	<sup>1</sup> Kan forbedres	67 (72%)	37	8 (9%)	38	75 (40%)
	<sup>2</sup> Fornøyd	26 (28%)	56	86 (91%)	56	112 (60%)
Sum		93 (100%)	94 (100%)	187 (100%)		

<sup>1</sup> Kan forbedres = Svarkategori 1, 2 og 3 i spørsmål 12 og 13.

<sup>2</sup> Fornøyd = Svarkategori 4 og 5 i spørsmål 12 og 13.

\*Første tall: observerte verdier, andre tall: observerte verdier i prosent av kolonnesum og tredje tall: forventede verdier.

N=187,  $\chi^2=78,553$ , d.f.=1, p<0,001

## **Vedlegg 6:**

### **Ikke-signifikante og ikke-valide kji kvadrattester**

**Tabell 12-7: Ikke-signifikante eller ikke-valide kjikvadrattester (signifikansnivå på 5%) (1. av 3 sider).**

Første testvariabel i $\chi^2$ -test	Andre testvariabel i $\chi^2$ -test	N	Prosent celler med forventede verdier < 5 (%)	p
Kjønn	Sykehusinnleggelse	249	0	0,063
	Dagenhet eller sengepost	249	0	0,074
	Diagnosetidspunkt	249	16,7	0,975
	Oppstart med nye legemidler	241	0	0,983
	Informasjon om virkning av nye legemidler	134	0	0,096
	Informasjon om bivirkninger av nye legemidler	132	0	0,287
	Informasjon fra team med og uten farmasøyt	184	0	0,078
	Informasjonsmåte	186	0	0,146
	Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	226	0	0,312
	Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	197	0	0,933
	Totalevaluering av legemiddelinformasjon	211	0	0,233
	Aldersgrupper	Sykehusinnleggelse	249	39,3
Dagenhet eller sengepost		249	21,4	-
Diagnosetidspunkt		249	57,1	-
Antall legemidler		240	21,4	-
Oppstart med nye legemidler		241	14,3	0,608
Informasjon om virkning av nye legemidler		135	42,9	-
Informasjon om bivirkninger av nye legemidler		133	21,4	-
Informasjon fra team med og uten farmasøyt		184	21,4	-
Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler		226	21,4	-
Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler		197	21,4	-
Totalevaluering av legemiddelinformasjon		211	14,3	0,763
Sykehusinnleggelse		Diagnosetidspunkt	250	45,8
	Antall legemidler	241	0	0,331
	Informasjon om virkning av nye legemidler	135	12,5	0,298
	Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	198	0	0,736

**Tabell 12-7: Ikke-signifikante eller ikke-valide kjikvadrattester (signifikansnivå på 5%) (2. av 3 sider).**

Første testvariabel i $\chi^2$ -test	Andre testvariabel i $\chi^2$ -test	N	Prosent celler med forventede verdier < 5 (%)	p
Dagenhet eller sengepost	Diagnosetidspunkt	249	21,4	-
	Oppstart med nye legemidler	242	0	0,157
	Informasjon om virkning av nye legemidler	135	0	0,392
	Informasjon om bivirkninger av nye legemidler	133	0	0,708
	Informasjon fra team med og uten farmasøyt	185	0	0,063
	Informasjonsmåte	187	0	0,115
	Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	227	0	0,182
	Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	237	0	0,379
	Totalevaluering av legemiddelinformasjon	212	0	0,208
Diagnosetidspunkt	Antall legemidler	241	25,0	-
	Informasjon om virkning av nye legemidler	135	33,3	-
	Informasjon om bivirkninger av nye legemidler	133	33,3	-
	Informasjon fra team med og uten farmasøyt	185	25,0	-
	Informasjonsmåte	187	33,3	-
	Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	227	33,3	-
	Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	198	25,0	-
Antall legemidler	Oppstart med nye legemidler	240	0	0,462
	Informasjon om virkning av nye legemidler	133	0	0,293
	Informasjon om bivirkninger av nye legemidler	132	0	0,723
	Informasjon fra team med og uten farmasøyt	184	0	1,000
	Informasjonsmåte	186	0	0,869
	Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	225	0	0,610
	Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	196	0	0,549
	Totalevaluering av legemiddelinformasjon	211	0	0,284

**Tabell 12-7: Ikke-signifikante eller ikke-valide kjikvadrattester (signifikansnivå på 5%) (3. av 3 sider).**

Første testvariabel i $\chi^2$ -test	Andre testvariabel i $\chi^2$ -test	N	Prosent celler med forventede verdier < 5 (%)	p
Oppstart med nye legemidler	Informasjon om virkning av nye legemidler	135	50,0	-
	Informasjon fra team med og uten farmasøyt	184	0	0,065
	Ubesvarte spørsmål om revmatiske legemidler	226	0	0,400
	Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	187	0	0,188
	Totalevaluering av legemiddelinformasjon	211	0	0,080
	Totalevaluering av legemiddelinformasjon	176	0	0,185
	Informasjonsmåte	Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	151	0
Informasjon fra team med og uten farmasøyt	Ubesvarte spørsmål om andre enn revmatiske legemidler	148	0	0,291



## **Vedlegg 7:**

### **Svar fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge**

Liv Unni Naalsund  
Institutt for farmasi  
Med fak  
Lilø  
9037 TROMSØ

Dans nr: 5.2005.2109

Vnr ref: 200506716-3/JAY/400

Dato: 11.11.2005

**P REK NORD 88/2005 PASIENTERS ERFARINGER MED  
LEGEMIDDELINFORMASJON VED REVMATOLOGISKE AVDELINGER VED  
UTVALGTE SYKEHUS I NORGE - SLUTTIVURDERING - PROSJEKTET FALLER  
UTENFOR KOMITEENS MANDAT**

Hensikten med studien er todelt: 1) å undersøke revmatologiske pasienters erfaringer med legemiddelinformasjonen de får, og 2) å se på hvordan revmatologiske avdelinger i fire utvalgte sykehus organiserer legemiddelinformasjonen til pasienter over 18 år. Pasientenes erfaring vil bli kartlagt ved bruk av spørreskjema, mens man vil kartlegge organiseringen av avdelingenes legemiddelinformasjon ved intervju av helsepersonell og ved besøk på avdelingene. I tillegg ønsker man å undersøke om kvaliteten på legemiddelinformasjonen er forskjellig i avdelinger med og uten tilnyttet klinisk farmasøyt. Målet med undersøkelsen er at resultatene skal kunne bidra til å utvikle bedre legemiddelinformasjon til pasienter.


*Prosjektet er en hovedfagsoppgave i farmasi.*

**Vedtaks:**

*Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) finner at prosjektet faller utenfor mandatet da det ikke vurderes som biomedisinsk forskning. Prosjektet realitetsbehandles derfor ikke.*

Vennlig hilsen

for  
Ingunn Ytrehus  
førstekonsulent

  
May Liss Paulsen  
konsulent

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE**

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord  
Universitetet i Tromsø, NO-9037 Tromsø, tlf 77 64 40 00, e-post: post.mittak@iuh.no, <http://iuh.no>  
førstekonsulent Ingunn Ytrehus, tlf 77 64 48 76, faks 77 64 53 00, e-post: rek.nord@lagmed.uio.no

## **Vedlegg 8:**

### **Svar fra Sosial- og helsedirektoratet**

Universitetet i Tromsø  
w/Liv Unni Naalsund  
9037 Tromsø

Deres ref:  
Saksbehandler: imp  
Vår ref: 05/5024  
Arkivkode:  
Dato: 04.01.2006

**Ad. søknad om dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med forskning for prosjektet "Pasientenes tilfredshet med legemiddelinformasjon ved revmatologiske avdelinger på utvalgte sykehus i Norge"**

Det vises til Deres søknad av 30.09.05 om dispensasjon fra taushetsplikt i forbindelse med overnevnte forskningsprosjekt.

Det søkes om dispensasjon for å kunne innhente og bearbeide opplysninger fra revmaavdelinger ved utvalgte sykehus om ca 1200 til 1300 pasienter. Det ønskes opplysninger om pasientenes navn, adresse og telefonnummer.

Formålet med prosjektet er å bedre legemiddelinformasjonen til pasientene.

*Sosial- og helsedirektoratets vurdering:*

Med hjemmel i hlspl. § 29 og fvl. § 13 innvilger Sosial- og helsedirektoratet søknad om dispensasjon fra taushetsplikt i forbindelse med tilgang til de aktuelle opplysninger nevnt ovenfor.

Direktoratets dispensasjon gis på følgende vilkår:

- at taushetsplikten i fvl. § 13 d og hlspl. § 29, jfr. helseregisterloven (hlsregl.) § 15 overholdes
- at opplysningene behandles og oppbevares strengt konfidensielt
- at prosjektet gjennomføres i samsvar med prosjektbeskrivelsen
- at personidentifiserbare data slettes straks det ikke lenger er behov for dem og senest ved prosjektets avslutning den 31.06.06.
- at publikasjoner gis i en slik form at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes

Dispensasjonen gjelder prosjektleder Liv Unni Naalsund og prosjektmedarbeider Anne-Lise Reiersen. Direktoratet gjør oppmerksom på at dispensasjonen kun gjelder de navngitte personer og at prosjektleder er ansvarlig for at dette overholdes.

Direktoratet gjør oppmerksom på at når det gjelder dispensasjon for å få tilgang til navn og adresse og telefonnummer for så å kunne kontakte pasienter med forespørsel om å delta i prosjektet, stiller direktoratet som vilkår at det ikke kan sendes ut purringer mer enn en gang. Dette innebærer at man kan sende forespørsel om samtykke til deltakelse to ganger.

Direktoratet gjør videre oppmerksom på kravene som helseregisterloven § 2 nr. 11 stiller til et gyldig avgitt samtykke. Samtykke defineres i loven som en frivillig, uttrykkelig

**Sosial- og helsedirektoratet**  
Avdeling for beredskap og akuttmedisin

Postadr: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgaten 2, Oslo  
Tel: 24 16 30 00 • Faks: 24 16 30 17 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@shdir.no • www.shdir.no

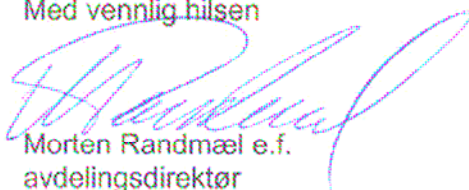
og informert erklæring fra den registrerte om at han eller hun godtar at helseopplysninger om seg selv blir behandlet. I kravet til frivillighet ligger det at den som ber om en samtykkeerklæring poengterer at det faktisk er en frivillig erklæring det bes om, og i tillegg har en holdning som sier det samme. I kravet til at samtykket må være uttrykkelig avgitt, ligger det at den som mottar erklæringen må være sikker på at den registrerte har avgitt samtykkeerklæring. Det er den databehandlingsansvarlige som må sannsynliggjøre at samtykke faktisk foreligger. Videre ligger det i kravet til at samtykke skal være informert, at den registrerte skal ha en rimelig god forståelse i hva han eller hun har samtykket til. Samtykket kan når som helst trekkes tilbake.

Det forutsettes at innhenting, oppbevaring og sletting av opplysninger er i overensstemmelse med Datatilsynets bestemmelser.

Direktoratet gjør videre oppmerksom på at brudd på taushetsplikten kan være straffbart i medhold av fvl. § 13 e tredje ledd, hlspl. § 76 og hlsregl. § 34.

Vedtak om dispensasjon fra taushetsplikten kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottakelsen av dette brev, jfr. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Helsedepartementet, men en eventuell klage skal rettes til Sosial- og helsedirektoratet. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, men mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med vennlig hilsen



Morten Randmæl e.f.  
avdelingsdirektør



Ida Marie Pedersen  
førstekonsulent