

# Kvaliteten av legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer fra sykehus og legers mening om legemiddelinformasjonen

*En kvantitativ og kvalitativ studie ved Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital*

—  
**Caroline Ellevseth**

*Masteroppgave i farmasi*

*Mai 2014*



## Forord

Denne oppgaven ble gjennomført ved Institutt for farmasi ved Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet, i samarbeid med Helse Møre og Romsdal HF, sjukehusapoteket i Ålesund, Helse Midt-Norge og sykehusapoteket i Trondheim høsten 2013 og våren 2014.

Mange personer har bidratt til gjennomføringen av dette prosjektet, og jeg vil takke alle som har bidratt, lagt til rette, inspirert meg og gitt meg muligheten til å gjennomføre dette.

Jeg rette en stor takk til mine veiledere Anne-Lise Sagen Major, Beate Hennie Garcia og Liv Johanne Wekre for all kunnskap, råd og gode tilbakemeldinger som jeg ikke kunne vært foruten.

Takk til alle ved kvalitetsseksjonen i fagavdelingen ved Helse Møre og Romsdal HF for tilrettelegging av kontor på sykehuset i Ålesund og hjelp til journaluttrekk gjennom året. En spesiell takk til kvalitetssjef Vidar Hagerup som alltid var tilgjengelig for spørsmål.

Takk til alle på nasjonalt senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) i Trondheim for kontor, utstyr og gode råd fra de ansatte.

Takk til sykehusapoteket i Ålesund som stilte med rom til intervju. Overlege Erik Dyb Liaaen fortjener en stor takk for å ha bidratt i rekruttering av informanter ved Ålesund sjukehus, og Aud Olsen for rekruttering av informanter ved St. Olavs hospital. En stor takk til alle legene som tok seg tid til å stille opp som informanter i forbindelse med dette prosjektet.

Takk til familie og venner i Tromsø og Ålesund som har bidratt med husly når jeg vært der og har hatt behov for det.

Takk til medstudent Berit som har vært en stor støttespiller og diskusjonspartner jeg ikke kunne vært foruten.

Og sist, men ikke minst en stor takk til familie og venner for forståelse for mitt til tider fravær, og for at dere har gitt meg troen på at dette skulle gå bra. Takk til pappa, mamma og Anders for all støtte, og mine to fantastiske brødre Thomas og Endre som tok ansvar for organisering og oppussing av nyhuset i Kristiansund når jeg selv ikke hadde tid.

Caroline Ellevseth,

Trondheim, mai 2014



## **Sammendrag**

*Bakgrunn og formål:* Ofte forekommer det feil i utskrivningsinformasjonen som sendes fastlegene og gis til pasientene når pasienter skrives ut fra sykehus. Ved Ålesund sjukehus har de innført en standardisert mal for legemiddelinformasjon. I tillegg ble elektronisk kurve pilotert i Helse Midt-Norge i 2013. Begge tiltakene var forventet å øke kvaliteten på informasjon ved utskriving fra sykehus.

*Metode:* Det ble gjennomført en kvantitativ og kvalitativ studie. I den kvantitative studien ble det retrospektivt hentet inn journaluttrekk for å se på kvaliteten på legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer. Disse ble evaluert med skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet. I den kvalitative studien ble det gjennomført fokuserte intervju med leger.

*Resultat:* 124 epikriser og 94 pasientorienteringer ble evaluert. Resultatene viser at innføring av den standardiserte malen ikke førte til høyere poengsum for verken epikriser eller pasientorienteringer. Legemiddelinformasjon generert fra e-kurven ga signifikant høyere poengsum på legemiddelinformasjonen. Det er likevel ulike meninger om potensiell nytte av e-kurve og kjernejournal. Legene mente korrekt legemiddelliste og informasjon om nye legemidler og spesielt endringer gjort i legemidlene var viktig å informere pasientene om. Samtidig var de enig om at det er behov for mer samarbeidende datasystem mellom omsorgsnivåene for å sikre at riktig og oppdatert legemiddelinformasjon er tilgjengelig for alle som har behandlingsansvar for en pasient.

*Konklusjon:* Innføring av standardisert mal ga ikke bedre kvalitet av legemiddelinformasjonen. E-kurven hadde en positiv effekt på legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer. Sikker overføring av oppdatert informasjon mellom omsorgsnivåene vil gjøre det enklere å ha tilgang på riktig informasjon om en pasients legemiddelbruk. En korrekt og oversiktlig legemiddelliste med god muntlig informasjon om nye legemidler, endringer og videre oppfølging er den informasjonen legene mener er viktigst når en pasient skrives ut.



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Sammendrag .....	5
Forkortelser .....	9
Ord- og begrepsforklaringer .....	11
1 Introduksjon .....	13
1.1 Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus .....	13
1.2 Myndighetens føringer for riktigere legemiddelbruk .....	14
1.3 Samhandling mellom omsorgsnivåene .....	14
1.4 Opptak av legemiddelanamnese .....	16
1.5 Samstemming av legemiddellister .....	17
1.6 Elektronisk kurve .....	19
1.7 Epikrisekvalitet .....	19
1.8 Skriftlig informasjon om legemidler ved utskrivning .....	20
1.9 Kvalitetsarbeid i helsetjenesten .....	20
1.10 Intervensjoner og evalueringer på medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus .....	22
1.11 Bakgrunn og formål .....	24
2 Material og metode .....	25
2.1 Sykehus hvor studiene ble utført .....	25
2.2 Del 1: Kvalitet av legemiddelinformasjon i epikrise og pasientorientering .....	26
2.2.1 Datagrunnlag .....	27
2.2.2 Analyse og statistikk .....	29
2.2.3 Etikk .....	31
2.3 Del 2: Kvalitativ studie .....	32
2.3.1 Rekruttering .....	32
2.3.2 Intervjuguide .....	32
2.3.3 Gjennomføring av intervjuer .....	32
2.3.4 Transkribering og analyse .....	33
2.3.5 Validitet av analyse .....	34
2.3.6 Etikk .....	34
3. Resultat .....	35
3.1 Kvalitet av legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer .....	35
3.1.1 Kvalitet av legemiddelinformasjon i epikriser .....	35
3.1.2 Kvalitet av legemiddelinformasjon i pasientorienteringer .....	40
3.1.3 Epikriser og pasientorientering samlet sett .....	45
3.1.5 Validitet av skåringene .....	45
3.2 Del 2: Kvalitativ studie om legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer .....	46

3.2.1 Arbeidsprosessen.....	47
3.2.2 Kvalitet i informasjonen.....	48
3.2.3 Kommunikasjon ved utskrivelse .....	50
3.2.4 Informasjon mellom omsorgsnivåene .....	52
3.2.5 E-kurve og nasjonal kjernejournal .....	54
4 Diskusjon.....	57
4.1 Kvalitet i epikriser og pasientorientering .....	57
4.2 Vurdering av skåringstabellen.....	59
4.3 Legers mening om legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorientering.....	62
4.4 Resultatene samlet.....	68
4.5 Metodediskusjon .....	69
5 Konklusjon/ oppsummering: .....	75
6 Fremtidige studier .....	76
7 Referanseliste .....	77
Vedlegg 1: Standardisert mal i bruk ved medisinsk avdeling Ålesund sjukehus.....	82
Vedlegg 2: Veileder til skåringstabellen .....	83
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	85
Vedlegg 4: Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS.....	88
Vedlegg 5: Informasjons- og samtykkeerklæring .....	90
Vedlegg 6: Prosedyre «Skrive ut pasient» Ålesund sjukehus .....	91



## **Forkortelser**

EPJ: Elektronisk pasientjournal

HF: Helseforetak

HMR: Helse Møre og Romsdal

IKT: Informasjons- og kommunikasjons teknologi

IMM: Integrated Medicine Management

LCL: Nedre kontrollgrense

LIB: Legemidler i bruk

LIMM: Lund Integrated Medicine Management

LRP: Legemiddelrelatert problem

LVI: Legemidler ved innleggelse

LVU: Legemidler ved utskrivelse

NSEP: Norsk senter for elektronisk pasientjournal

SPC: Statistisk prosess kontroll

St. meld: Stortingsmelding

UCL: Øvre kontrollgrense

WHO: World Health Organization



## Ord- og begrepsforklaringer

**E-kurve:** Elektronisk kurve støtter forordning og administrering av legemidler, håndtering av legemidler ved innleggelse (LVI) og utskrivelse (LVU). Kurven gir en oversikt over legemidler pasienten har eller skal få, og parameter som sier noe om pasientens tilstand (1).

**Elektronisk pasientjournal (EPJ):** I følge Helsedirektoratet definerer de EPJ som «*en elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp* (2).»

**Epikrise:** Er en «*skriftlig redegjørelse for årsak, utvikling og behandling av sykdom hos en pasient, utarbeidet etter at undersøkelse og behandling er ferdig, f.eks. etter et sykehusopphold.*» Epikrisen sendes deretter til helsepersonell som har behov for opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging (3).

**Innkomstjournal:** Journalen inneholder en pasients anamnesen og de undersøkelser som er gjort av legen rett etter sykehusinnleggelse (4).

**Kjernejournal:** En elektronisk journal som samler viktige opplysninger om helsen til en person på en på en plass slik at helsepersonell kan få tilgang på opplysningene ved for eksempel akutt sykdom (5).

**Legemiddelamnese:** Er opptak av legemiddelhistorien til pasienten ved innleggelse på sykehus. Anamnesen tas ofte opp i mottaket. I den aktuelle situasjonen baseres opplysninger på den informasjonen som er tilgjengelig. Opplysningene kan komme fra pasient, pårørende, medbrakt legemiddelliste/ legemidler, legemiddellister fra tidligere innleggelser, fastlege eller hjemmesykepleie (6).

**Legemiddelkurve:** Kurven inneholder informasjon om sykdomsforløpet og behandling hos en pasient. Kurven er et viktig dokument og arbeidsredskap for både leger og sykepleiere (7).

**Legemiddelrelatert problem (LRP):** Et reelt eller potensielt problem som oppstår som følge av en hendelse i forbindelse med legemiddelbehandling. Reelt problem har tegn og symptomer på sykdom som følge av legemiddelbehandling, mens et potensielt problem er

forhold som kan føre til sykdom og død som følge av legemiddelbehandling hvis det ikke følges opp (8).

**Legemiddelsamstemming:** *«Legemiddelsamstemming er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten skal sikre overføring av korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddelbruk (9).»*

**Naturlig variasjon:** Er en iboende egenskap ved en prosess som har naturlige, vanlige årsaker og er derfor tilfeldig (10).

**Pasientsikkerhet:** Pasientsikkerhet går ut på å forhindre uønskede hendelser og skader i helsetjenesten (11).

**Prosedyre:** Er en detaljert beskrivelse av hvordan helsepersonell skal utføre klinisk avgrensede arbeidsoppgaver og kan være administrativ eller medisinskfaglig. Prosedyren lages på grunnlag av dokument som synliggjør kunnskapsgrunlaget for prosedyren (12).

**Spesiell variasjon:** Er ikke iboende i prosessen og skyldes irregulære og unaturlige årsaker (10).

# 1 Introduksjon

## 1.1 Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus

Endringer i legemiddelforskrivningen som gjøres under sykehusopphold bør ofte følges opp av pasientens fastlege. I tillegg til vurdering av effekt og bivirkninger kan legemiddelbruken eller endringene i legemiddelbruken gjøre at det er behov for måling av kliniske indikatorer. Til fastlegene og annet helsepersonell brukes epikrise for å gi informasjon om legemidlene ved utskrivelse fra sykehus og anbefalinger i forhold til videre oppfølging (13). Dårlig kommunikasjon om pasientens legemidler kan gi store negative konsekvenser for pasienten, og i verste fall død (14). Ved bruk av en skriftlig informasjon om legemidlene til pasienten ved utskrivning fra sykehus viser en svensk studie til at det reduserer behovet for medisinsk hjelp i motsetning til de som ikke fikk skriftlig informasjon om legemidlene. Skriftlig informasjon kan være et effektivt verktøy for å unngå uønskede hendelser relatert til legemidler (15). Strukturert legemiddelinformasjon i epikrise har vist å redusere feil i legemiddelinformasjonen (16).

Det gjennomføres ofte brukerundersøkelser for å få tilbakemeldinger på helsetjenestene. Det er om brukerne opplever tjenestene som gode nok eller ikke som kan si noe om kvaliteten på helsetjenesten (17). En amerikansk stiftelse, Commonwealth Fund, gjennomfører hvert år internasjonale sammenlignbare undersøkelser av helsetjenester i utvalgte land. I en oppsummert rapport fra kunnskapssenteret i 2013 utpekte Norge seg når det gjaldt utskrivning av pasienter fra sykehus hvor de skåret dårligere enn gjennomsnittet når det gjaldt hjelp til organisering av oppfølging og informasjon om medisiner. Norge fikk og lavere skår enn gjennomsnittet på gjennomgang av reseptbelagte medisiner utført av lege eller farmasøyt (18). Dette så man også i nasjonal brukerundersøkelse fra 2012 som var gjennomført på pasienter som hadde vært innlagt på sykehus. Undersøkelsen viste at 37 % rapporterte at en oppdatert liste over medisinene ikke ble gjennomgått med pasienten før utskrivelse. Både i 2011 og 2012 fikk indikatoren utskrivning den dårligste skåren, spørsmål gikk på hva pasienten kunne gjøre ved eventuelle tilbakefall i hjemmet, og informasjon om plager som kunne oppstå etter utskrivningen (19).

## **1.2 Myndighetens føringer for riktigere legemiddelbruk**

Myndighetene har lagt flere føringer for å få et pasientsikkert helsevesen. Gjennom blant annet ulike stortingsmeldinger, lover, forskrifter og retningslinjer legger de fokus på områder som kan bidra til et riktig og sikkert legemiddelbruk.

I stortingsmelding (st.meld.) nr. 18 "Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk" fra 2005 er det fokus på at kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell, pasient og andre aktører bør bli bedre. Man ønsker en styrket samhandling som skal fremme et sikkert legemiddelbruk (20).

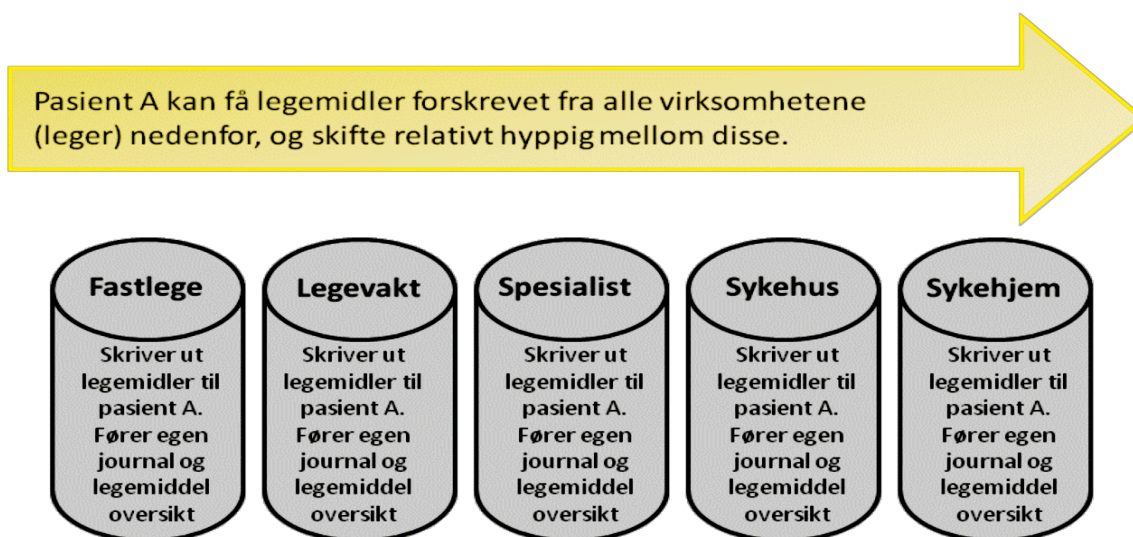
I 2012 kom st.meld. nummer 9 "Én innbygger – én journal" hvor man ønsker å oppnå bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk ved å utnytte de mulighetene teknologien gir. Helsepersonell skal ved hjelp av gode informasjons- og kommunikasjons teknologiske (IKT) systemer få tilgang til oppdatert informasjon som henvisninger, epikriser, legemiddelbruk, prøvesvar og røntgenbilder for å kunne gi pasienten riktig helsehjelp. Ved å bruke elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus, fastleger og kommunal pleie- og omsorgstjeneste, elektroniske resepter og nasjonal kjernejournal skal det være med på å gi bedre samhandling og ressursbesparelser (21).

## **1.3 Samhandling mellom omsorgsnivåene**

Samhandling handler om at flere ledd i helsevesenet tar del i behandlingen av pasienter, og med det følger et behov for informasjonsoverføring mellom de ulike aktørene. God samhandling mellom ulike helseaktører har vist seg å være viktig for å sikre riktig legemiddelbruk. Også på dette området har myndighetene tatt grep. Den 1.januar 2012 startet samhandlingsreformen. Gjennom reformen ønsker myndighetene bedre kommunikasjon og samhandling mellom primær- og spesialhelsetjenesten slik at man bedre kunne utnytte ressursene (22).

Eldre pasienter kan være i kontakt med så mye som åtte ulike leger i løpet av ett år (23). Det betyr at flere aktører kan være involvert i pasientens legemiddelbruk (figur 1.1). Når pasienten beveger seg mellom de ulike aktørene kan det forekomme mangelfull informasjonsoverføring om pasientens legemidler (24). Ved skifte av omsorgsnivå har flere

studier vist at det oppstår feil ved utveksling av informasjon om legemiddelbruk (25-27). Manglende kommunikasjon om pasientens legemiddelbruk fører til dårlig kvalitet og samsvar mellom legemiddellistene hos fastlege, hjemmetjenesten og sykehus (28, 29). Spesielt i gruppen eldre og personer med kroniske og sammensatte sykdomstilstander er god samhandling avgjørende (22).



**Figur 1.1 Ulike aktører i helsevesenet som kan være involvert i pasientens legemiddelbruk (24).**

Aktørene har ulike datasystemer noe som gir utfordringer med informasjonsoverføringen mellom de ulike aktørene. Det er i tillegg vanskelig å få alle aktørene til utnytte funksjonaliteten som systemene har. Et eksempel på funksjonalitet er elektronisk meldingsutveksling som ikke er tatt i bruk. Det sendes fortsatt informasjon med telefaks eller post. For å få en god elektronisk kommunikasjon må aktørene ha et datasystem som benytter samme standardiserte løsninger (snakker sammen), og funksjonaliteten i systemene må utnyttes på en bedre måte (21).

I Sør-Trøndelag og Rogaland er det i noen kommuner startet utprøving av nasjonal kjernejournal (5). Kjernejournalen er en IKT løsning med en samling av informasjon ekstrahert fra andre kilder, blant annet reseptregistret og pasientenes journal hos fastlegen. Både helsepersonell og pasient kan legge inn opplysninger i kjernejournalen. Kjernejournalen kan inneholde oversikt over pasientens legemidler, allergier, behandlinger som ikke må gis, kontaktpersoner som fastlege og pårørende, tidligere behandlingssteder og informasjon om

elektronisk epikrise. Opplysninger i kjernejournalen vil kunne forebygge utilsiktede hendelser, øke effektiviteten i kritiske situasjoner og gi økt trygghet for helsepersonell og pasienten (5).

Med lettere tilgang på informasjon ligger og en fare for økt misbruk av informasjonen. Dette er spesielt utfordrende i forhold til taushetsplikten (30). Opplysningene fra kjernejournalen skal derfor bare benyttes dersom det er nødvendig for forebyggende sykdomsbehandling, medisinsk diagnose, sykepleie, pasientbehandling eller for forvaltning av helsetjenester, og opplysningene behandles av helsepersonell med taushetsplikt (31).

Personopplysninger om helseforhold og sosiale omstendigheter er private og sensitive opplysninger som skal beskyttes godt og er med på og vanskeliggjør informasjonsoverføringen mellom de ulike aktørene (30). I fremtiden vil muligheten for innhenting av informasjon fra felles datakilder gjøre kommunikasjonen enda mer sikker (en innbygger en journal). Målet med elektronisk samhandling er at nødvendig informasjon om pasienten skal være tilgjengelig der pasienten er når det er behov for det med mål om å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring (32).

#### **1.4 Opptak av legemiddelanamnese**

For å ha informasjon om legemiddelbruken ved innkomst i sykehus tas det opp legemiddelanamnese. Legemiddelanamnese innebærer å kartlegge fullstendig informasjon om legemidlene pasienten bruker, eventuelle allergier og bruk av stimulantia som alkohol og tobakk (33). Informasjonen innhentes fra pasienten eller hvis pasienten ikke kan orientere for det fra f.eks. pårørende, fastlegen eller eventuelt legemidler pasienten har med seg. I tillegg bør man ha kjennskap til om pasienten administrer legemidlene sine selv, og hvordan de ulike legemidlene brukes for å få oversikt over om de brukes som anbefalt (33). Legemiddelanamnesen er dessverre ofte ufullstendig gjennomført (34) og dermed er også grunnlaget for samstemming ufullstendig og det oppstår feil i LVI.



## 1.5 Samstemming av legemiddellister

I 2011 ble det startet en nasjonal pasientsikkerhetskampanje, «I trygge hender 24/7». Kampanjen varte til 2013. Fra 1.januar 2014 gikk kampanjen over til å bli et femårig nasjonalt pasientsikkerhetsprogram (35). Pasientsikkerhetsprogrammet gjennomføres på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Programmet har stort fokus på å unngå legemiddelrelaterte skader. Et av fokusområdene er samstemming av legemiddellister. Dette området ble valgt fordi det hadde et stort forbedringspotensial, og det fantes gode metoder for å evaluere effekten (36).

Pasientsikkerhetsprogrammet definerer samstemming av legemiddellister til: *«Legemiddelsamstemming er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten skal sikre overføring av korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddelbruk»* som er basert på World Health Organization (WHO) sin definisjon (37).

Gjennom samstemming vil man altså forebygge pasientskader som kan komme av feil bruk av legemidler som følge av manglende informasjon og overføring av informasjon ved utskrivelse fra sykehus eller bytte av avdeling. Målet er å oppnå en fullstendig liste over legemidlene som pasienten bruker (38). Kvalitetssikring av legemiddelsamstemmingen er viktig, og man har behov for kompetanse, gode arbeidsprosesser, prosedyrer og elektroniske verktøy for å oppnå kvalitetssikring. Samstemming bør derfor være et samarbeid mellom pasienten, leger, sykepleiere og eventuelt farmasøyt (9).

Tiltakspakken samstemming av legemiddelliste retter seg mot sykehus og fastleger. Fastleger skal samstemme, oppdatere og utlevere legemiddelliste til alle pasienter. Ved innleggelse på sykehus skal det tas opp legemiddelanamnese og det skal ved utskriving være en samstemt og oppdatert legemiddelliste i epikrisen. Pasienten skal ved endringer i medisinen også få en samstemt og oppdatert liste ved utskrivelse (9). I Fastlegeforskriften § 25 står det at fastlegen har en koordinerende rolle og skal oppdatere legemiddellisten hvis det er gjort endringer i pasientens legemiddelbehandling. Pasientene har rett til å få en oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hos fastlegen. Pasienter oppfordres til alltid å ha oppdatert medisinliste med seg når de er i kontakt med helsepersonell og behandlere (39).

For å oppnå en korrekt liste over LVU må man samstemme legemiddelinformasjonen (9). Legemidler i bruk (LIB) på sykehuset skal samstemmes mot LVI for å sikre at legemiddellisten er samstemt ved utreise. I listen bør det være et eget avsnitt med beskrivelse og begrunnelse for alle endringene som er gjort med legemidlene. Legemidlene i listen bør oppføres med legemidlets varenavn, virkestoffets navn, legemiddelform, styrke, dosering, bruksområde og kategori. Pasienten bør få en oppdatert og samstemt legemiddelliste ved utskrivning fra sykehus som bør gjennomgås muntlig før hjemreise (9).

Samstemming reduserer feilfrekvensen (40, 41) og man oppnår reduserte helseøkonomiske kostnader som kommer av legemiddelrelaterte re-innleggelser (42-44). En systematisk review gjennomført av Muller et al konkluderte med at man kunne få reduksjon i legemiddeluooverensstemmelser, potensielt uønskede legemiddelrelatert hendelser og uønskede legemiddelrelaterte hendelser ved at det gjennomføres en legemiddelsamstemming (45). Antall legemidler er en risikofaktor for uoverensstemmelser (46, 47). Studie gjennomført ved Ålesund sjukehus viste at det var behov for å jobbe mer med innføring av samstemming til tross for at det har vært gjennomført flere tiltak for å forbedre prosessen (48).

Med fokus på å øke riktig bruk av legemidler har de i Nord-Irland utviklet en modell, Integrated Medicine Management (IMM) som har som mål å forbedre pasientsikkerheten og øke kvaliteten på legemiddelbehandlingen. Medicines Management er en prosess som innebærer at man skal oppnå en høy helseeffekt gjennom legemiddelbruk. Integrated går på å få integrert alle omsorgsnivåene i hverandre, samt å integrere farmasøyer i behandlingsteamene. Ved å bruke IMM ønsker man å se på legemiddelsamstemming ved skifte av omsorgsnivå, gjennomføring av strukturerte legemiddelgjennomganger og pasientopplæring. Dette krever at de som utøver IMM bør ha gjennomført opplæring i prosedyrer og bruk av verktøy, etterlevelse av prosedyre samt kompetanse og terapistøtte (49). I Sverige har de utviklet sin egen IMM modell for å få den mer tilpasset svenske forhold, og kaldt den Lund Integrated Medicine Management (LIMM). LIMM går og ut på at det gjennomføres systematisk legemiddelgjennomgang inkludert legemiddelavstemming, og er basert på strukturerte og bevisbaserte verktøy. Kliniske farmasøyer jobber i et tverrfaglig team i tett samarbeid med både leger og sykepleiere (50). Ved bruk av IMM og LIMM metoden viser studier fra Nord-Irland og Sverige at det gir færre feil i medisineringsen og færre re-innleggelser i sykehus, mindre helsekostnader (15, 16, 42, 43, 51).

## 1.6 Elektronisk kurve

Som et ledd i å redusere legemiddelfeil som skjer på sykehus har det vært jobbet med utvikling og innføring av e-kurve som et alternativ til den medisinske papirkurven. Den er ment å gjøre det enklere for helsepersonell å sørge for at riktig pasient får riktig legemiddel i riktig dose til riktig tid. Den hadde støtte til forordning og administrering av legemidler. I tillegg hadde e-kurven som ble prøvd ut i Helse Midt-Norge funksjonalitet for å håndtere legemidler ved innleggelse (LVI) og legemidler ved utskrivning (LVU) (1).

## 1.7 Epikrisekvalitet

Epikrisen er et viktig kommunikasjonsverktøy mellom leger når det gjelder informasjon om legemidlene til pasienten, og epikrisen bør av den grunn inneha god kvalitet på legemiddelinformasjonen (13). Etter et sykehusopphold ”skal epikrisen sendes til det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet” i følge forskrift om pasientjournal § 9. I merknad til forskrift står det at epikrisen bør sendes innen en uke etter utskrivelsen (52). Norske studier viser at kun 24 av 105 epikriser var mottatt av fastlege etter syv dager, og kun tre av ni fastleger oppdaterte legemiddellisten rett etter mottak av epikrisen (29, 53). I studien til Bakken og kollega kom det og frem at sykehusepikrisen fungerte dårlig som informasjonskilde fordi den ofte ble mottatt senere enn det fastlegen ønsket (29). Feilmedisinering kan forekomme som et resultat av dårlig kommunikasjon om aktuell legemiddelbruk (54). Usikkerhet rundt de endringer som er gjort under sykehusoppholdet kan komme av dårlig begrunnelse i epikrisen (55) eller at endringene ikke omtales i epikrisene (13).

I en amerikansk studie fant de at LVU og oppfølging var blant det viktigste som burde stå i epikriser. Kvaliteten i epikrisen ble dårligere når epikrisen ble lang, men et strukturert format økte epikrise-kvaliteten (56).

Når man bruker LMM viser det seg at det fører til bedre epikrisekvalitet med reduksjon i antall legemiddelfeil per pasient (44).

## **1.8 Skriftlig informasjon om legemidler ved utskriving**

I prosedyrene som benyttes ved Ålesund sjukehus skal det ved utskrivelse av pasient utarbeides et dokument som skal inneholde informasjon om hvilke legemidler som er seponert under oppholdet og hvorfor, hvilke legemidler som er påbegynt under oppholdet og hvorfor, hvilke legemidler som har fått endret dose under oppholdet og hvorfor. Det skal skrives en entydig dosering og være beskrevet praktisk legemiddelbruk, samt at det skal stå hvis det er behov for oppfølging/ monitorering av videre legemiddelbehandling. Disse opplysningene skal angis i epikriser og pasientorienteringer (57). Ved utskrivning fra sykehus er det vanlig at det oppstår legemiddelfeil (58). Nasjonale og internasjonale studier viser at det forekommer feil i legemiddelinformasjonen til pasienter (27, 59, 60). En studie utført av Viktil et al. fant at kun 68 av 105 utskrivningsnotat (65 %) inneholdt komplett legemiddelliste (53). Det samme fant Wathne i sin masteroppgave der hun viste at 35 % av utskrivningsnotat til pasientene manglet informasjon om LVU (61).

Pasientene har i følge pasientrettighetsloven en rett til å medvirke ved alle former for helsehjelp som de får. Loven gir pasientene retten til å få informasjon, men har og et ansvar for selv å spørre etter informasjon og motta informasjon. Medvirkningen må tilpasses hver enkelt bruker etter dens evne til å medvirke (62). For pasientene kan dette føre til økt forståelse og kunnskap om egen legemiddelbehandling, og dermed gi en mer vellykket legemiddelbehandling (20).

## **1.9 Kvalitetsarbeid i helsetjenesten**

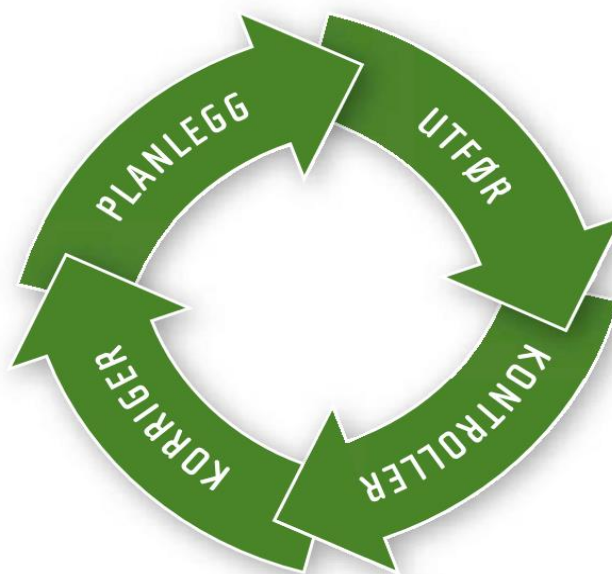
I likhet med pasientsikkerhet har kvalitetsarbeid i helsetjenestene vært i fokus de senere år. Dette er noe det jobbes med både nasjonalt og internasjonalt (17). Norsk Standard definerer i følge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten kvalitet på følgende måte: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav»(63).

Kvalitetsbegrepet kan defineres og beskrives på mange ulike måter, men det handler om forholdet mellom det som faktisk ytes og det som kreves eller forventes. Kvalitet er individuelt og ulike personer kan ha ulikt syn på hva god kvalitet er (17). Gjennom drøfting i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... *Og bedre skal det bli (2005-2015)* sies det at kvalitet betyr at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er

samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelig og rett fordelt (63). I en trygg og sikker helse- og omsorgstjenester forutsettes det at god kvalitet reduserer sannsynligheten for feil og uønskede hendelser til et minimum (17).

Målet med kvalitetsarbeid er å forebygge feil og starte opp forbedringsprosesser (17). Gjennom forbedringsprosessen ser man etter årsaken for å lære av det som skjedde og for å kunne lage system og rutiner som reduserer uønskede hendelser. Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling er to begreper som har ulikt mål. Gjennom kvalitetssikring ønsker man å se om utførte tiltak oppfyller de krav og forventninger som er satt. Dette kan man gjøre ved å overvåke tjenestene for å se etter feil og mangler som må elimineres for at tjenesten skal få den kvaliteten som er definert av virksomheten gjennom f.eks. prosedyrer, retningslinjer eller rutiner. Det vil alltid være et behov for å se fremover og forbedre prosessen, utføre en kvalitetsutvikling. Kvalitetsutvikling er et systematisk forbedringsarbeid som man gjennom en kontinuerlig prosess jobber for å heve kvaliteten på tjenesten ved at man forbedrer de prosessene som har innvirkning på kvaliteten (17).

For å utvikle kunnskap i praksis kan man benytte seg av *Demings sirkel* (figur 1.2). Sirkelen symboliserer kvalitetsprosessen, en systematisk metode for problemløsning gjennom å planlegge hva og hvordan man skal oppnå målene, utføre tiltakene som er satt inn, kontrollere resultat og oppsummere og evt. korrigerer prosessen (17, 63).



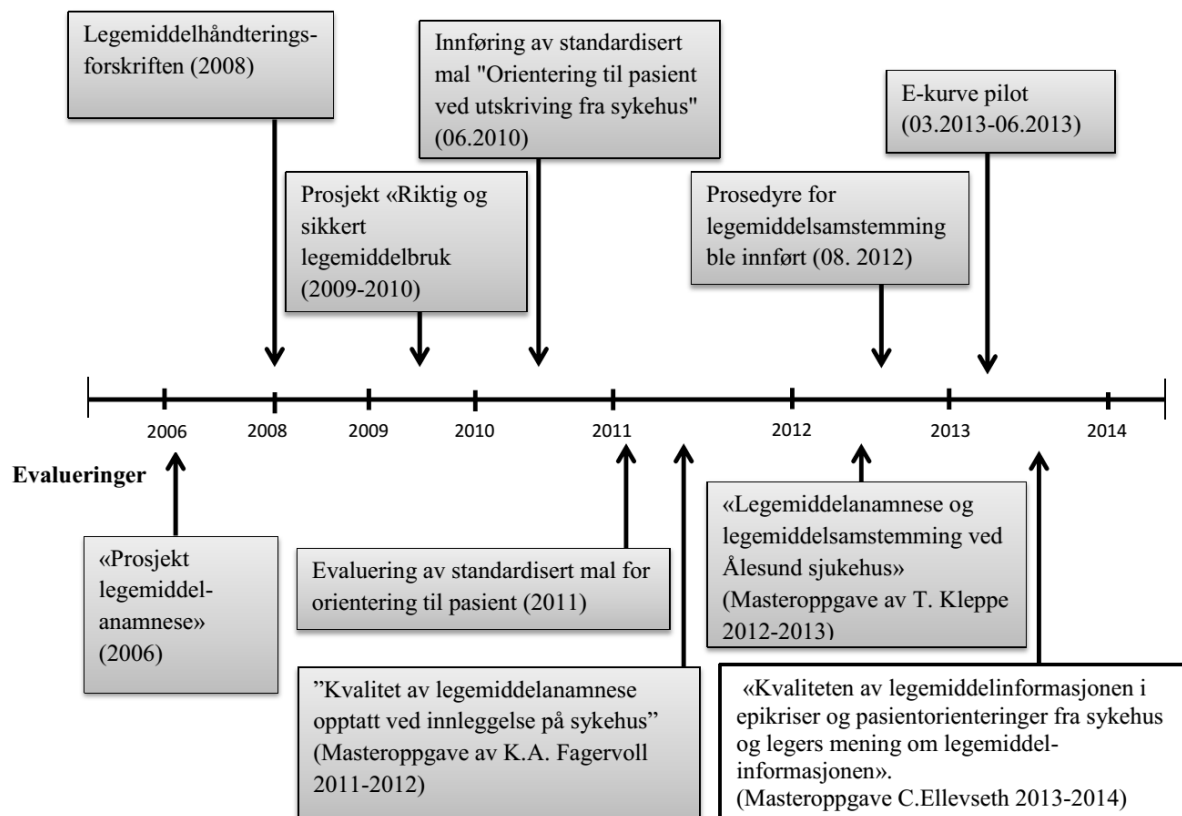
**Figur 1.2: Demings sirkel om kvalitetsforbedring i helsetjenesten (63).**

Virksomhetenes ledere har mye av det formelle ansvaret for å legge forholdene til rette slik at arbeidstakerne kan utføre arbeidsoppgavene forsvarlig (17).

## 1.10 Intervensjoner og evalueringer på medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus

### Tidslinje fra medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus

#### Intervensjoner



**Figur 1.3 Tidslinje med oversikt over gjennomførte tiltak og evaluering av tiltakene som har vært gjort ved Ålesund sjukehus.**

Ålesund sjukehus har de siste årene innført ulike tiltak for å øke pasientsikkerheten ved sykehuset og gjort evalueringer av disse tiltakene (se figur 1.3). Det har vært gjennomført prosjekt i forhold til opptak og dokumentasjon av legemiddelamnesen, og kvalitetssikring av legemiddelamnesen. De har satt inn tiltak for å forbedre overføring av legemiddelinformasjon til neste behandlingsledd.

Konklusjonen fra «Prosjekt legemiddelanamnese» var at pasientsikkerheten ikke var ivare tatt på en tilfredsstillende måte. Det ble anbefalt å utarbeide skriftlige prosedyrer og retningslinjer for opptak av legemiddelanamnese (64).

Prosjekt «Riktig og sikker legemiddelbruk i HSM» startet opp med bakgrunn av konklusjon fra »Prosjekt legemiddelanamnese» og innføring av legemiddelhåndteringsforskriften i 2008. I forbindelse med legemiddelhåndteringsforskriften kom det nye krav i forhold til legemiddelbruk til pasienter ved innlegging og utskrivning. Det ble utviklet og innført en standardisert mal for orientering til pasient (vedlegg 1) for å bedre legemiddelinformasjonen som gis ved utskrivning fra sykehus til pasient og neste behandlingsledd. I tillegg ble det innført prosedyre for opptak av legemiddelanamnese og gjennomført systematisk opplæring av turnusleger (64). Den standardiserte malen ble i stor grad benyttet av legene, men med en noe varierende grad av hvor mye informasjon de skrevet inn i malen (60).

Kari Anne Sunde Fagervoll sin masteroppgave «Kvalitet av legemiddelanamnese opptatt ved innleggelse på sykehus» undersøkte kvaliteten av legemiddelanamnesen etter implementering av ny prosedyre. Studien avdekte at nesten 2/3 av pasientene fremdeles hadde minst en uoverensstemmelse (48). På bakgrunn av overstående resultater ble legemiddelsamstemming innført som egen prosedyre og ble implementert i august 2012.

Toril Kleppe sin masteroppgave «Legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming ved Ålesund sjukehus» så på innføringen av opptak av legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming. Opptak av legemiddelanamnese viste seg å være godt implementert, mens legemiddelsamstemmingen bar preg av og ikke være godt implementert (64).

I 2013 ble det ved medisinsk avdeling gjennomført et pilotprosjekt av elektronisk forordningssystem (e-kurve). Systemet inneholdt funksjon for samstemming av legemiddellister ved utskrivning fra sykehuset, samt at det hadde en standardisert mal for legemiddelinformasjon ved utskrivning. Det ble tatt beslutning om at dette prosjektet ikke skulle videreføres i (1).

## **1.11 Bakgrunn og formål**

Denne oppgaven har sitt utspring i et behov for å evaluere kvalitet av legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer etter innføring av standardisert mal for legemiddelopplysninger og en IKT-støttet prosess for dette (e-kurve). Ved innføring av standardisert mal og e-kurve, var det forventet at informasjonsoverføring om legemiddelbruk, både til pasient og neste omsorgsnivå ble forbedret.

Hensikten med del 1 av oppgaven var dermed å undersøke hvordan utskrivningsinformasjonen har endret seg etter innføring av standardisert mal for legemiddelopplysninger, og deretter en IKT støttet prosess for dette (kvantitativ studie).

Det var i tillegg et ønske om å innhente legers oppfatninger og meninger om eksisterende legemiddelinformasjon i de samme epikriser og pasientorienteringer.

Hensikten med del 2 av oppgaven var dermed å undersøke hvordan leger informerer pasienter og neste behandlingsledd om legemidler ved utskrivning fra sykehus, samt hva de mener er viktig informasjon i denne sammenheng (kvalitativ studie).



## 2 Material og metode

### 2.1 Sykehus hvor studiene ble utført

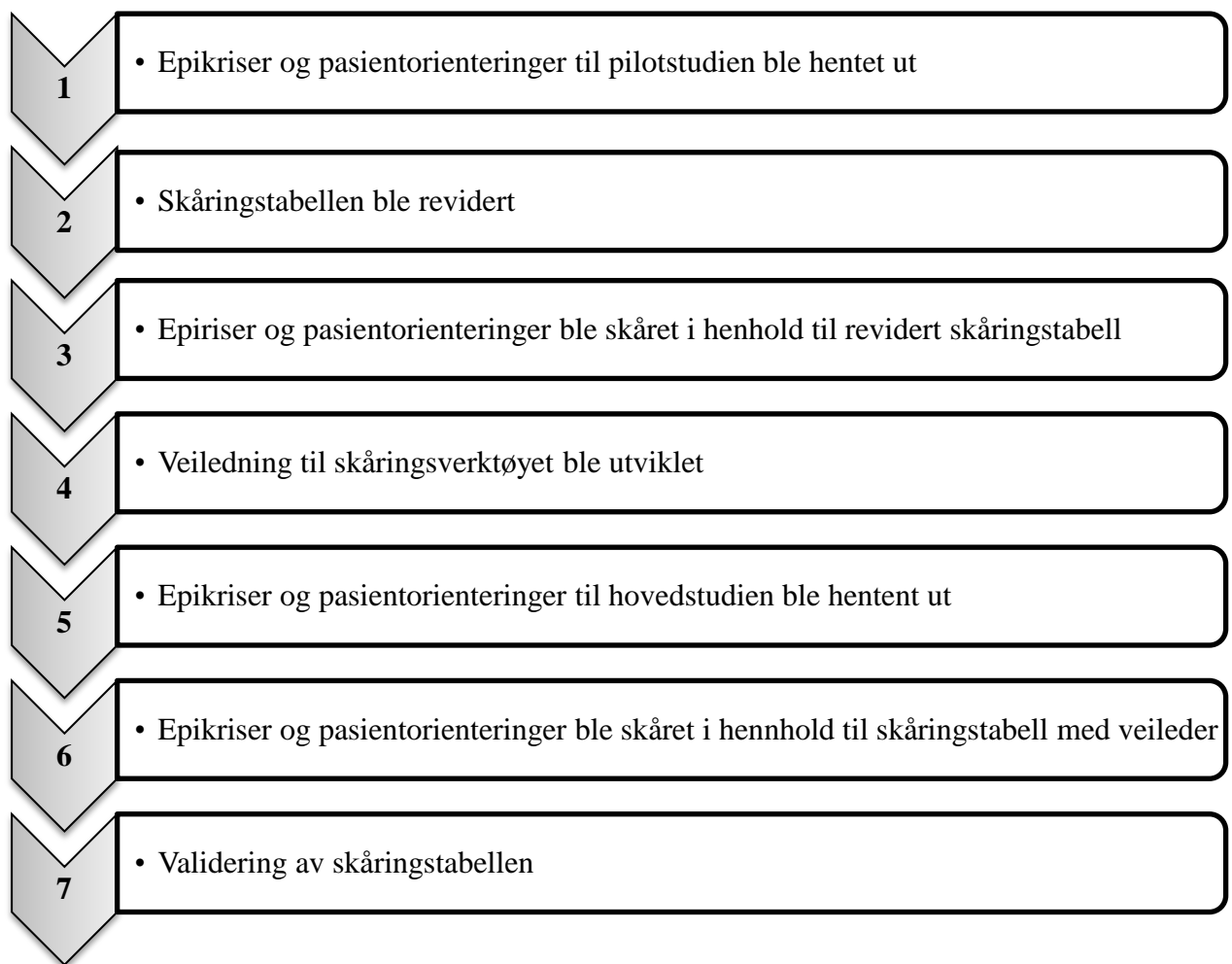
Oppgaven ble gjennomført ved Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital. Del 1 ble gjennomført med data kun fra Ålesund sjukehus, mens del 2 ble gjennomført med informanter fra begge sykehusene.

Ålesund sjukehus tilhører Helse Møre og Romsdal helseforetak som er en del av spesialhelsetjenesten i Norge. Spesialhelsetjenesten har følgende fire hovedoppgaver: Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring. Helse Møre og Romsdal helseforetak dekker primært etterspørselen etter spesialhelsetjenester for de om lag 255 000 innbyggerne i de 36 kommunene i fylket. Det er omtrent 6300 ansatt fordelt på 4200 årsverk. Helseforetaket hadde i 2012 et totalbudsjett på 4,8 milliarder kroner. Foretaket er fordelt mellom Ålesund sjukehus, Volda sykehus, Molde sykehus, Kristiansund sykehus og flere mindre institusjoner. Helseforetaket yter tjenester innen både psykiatri og somatikk (65).

St. Olavs Hospital er universitetssykehus for Midt-Norge og for 697 000 innbyggere. Sykehuset er og et lokalt sykehus for ca. 300 000 innbyggere i fylket. Det er 9600 ansatte fordelt på 7100 årsverk. Helseforetaket yter spesialhelsetjenester innen somatikk og psykiatrisk helsevern. I 2012 hadde de et driftsbudsjett på 7,8 milliarder kroner. Virksomheten er fordelt mellom Orkdal sykehus, Hysnes helseforetak, 2 psykiatriske sykehus, 3 distriktpsikiatriske sentre, barne- og ungdoms klinikk, psykiatrisk ungdomsteam, habilitetstjenesten for voksne og en rekke andre psykiatriske poliklinikker (66).

## 2.2 Del 1: Kvalitet av legemiddelinformasjon i epikrise og pasientorientering

Vi benyttet en kvantitativ retrospektiv tilnærming med journaluttrekk fra elektronisk sykehusjournal som datagrunnlag, se figur 2.1 for de ulike trinnene. For å evaluere kvaliteten av legemiddelinformasjon benyttet vi skåringstabellen fra pasientsikkerhetsprogrammet som måleverktøy (67). Denne ble revidert og tilpasset denne studien (se figur 2.2). En pilotstudie ble gjennomført for å teste det nye skåringsverktøyet, se punkt 2.2.1 under.



**Figur 2.1 De ulike stegene for undersøkelse av kvalitet av legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer (Del 1).**

Spørsmål	Ja Antall poeng	Delvis Antall poeng	Nei Antall poeng
Er kilde oppgitt?	2 poeng		0 poeng
Går regnskapet opp?	2 poeng		0 poeng
Er endringer begrunnet?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er <i>riktig</i> salgsnavn angitt?	2 poeng		0 poeng
Er <i>riktig</i> generisk navn angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er <i>riktig</i> dosering angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er <i>riktig</i> indikasjon angitt	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er <i>riktig</i> kategori angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Maksimal poengskår er 16 poeng			

**Figur 2.2** Revidert skåringstabell som ble brukt til å evaluere kvaliteten av legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer.

### 2.2.1 Datagrunnlag

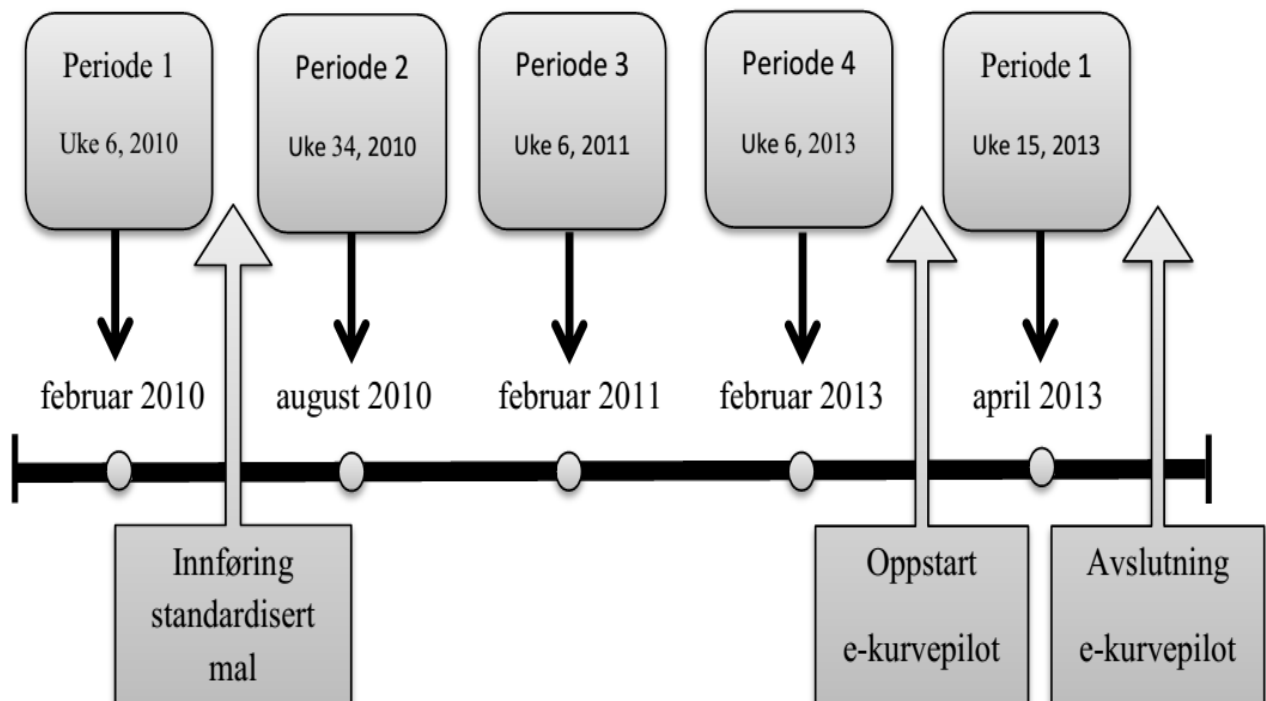
#### Pilotstudie

Det ble hentet ut data fra to perioder fra medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus, 25 journaluttrekk før og etter e-kurvepiloten. E-kurvepiloten ble gjennomført i perioden mars-juni i 2013. Journaluttrekkene besto av innkomstjournal, legemiddelkurve, epikrise og pasientorientering. Epikriser og pasientorienteringer ble skåret i henhold til den endrede skåringstabellen (figur 2.2). På grunn av rom for tolkning av spørsmålene i skåringstabellen ble det lagd en skåringsveileder (se vedlegg 2) for hvordan man skulle tolke de ulike spørsmålene. Journaluttrekkene fra piloten ble ikke brukt som datamateriell videre i oppgaven.

## Hovedstudie

Det ble samlet inn data fra 5 perioder (se figur 2.3) før og etter innføring av den standardiserte malen som ble offisielt innført i juni 2010.

- I periode 1 så man på innholdet i i epikrise og pasientorientering før den standardiserte malen for legemiddelinformasjon ble innført
- Periode 2 var etter innføring av standardisert mal. Periode 2 ble valgt til uke 34 fordi det gjennom sommeren var sommervikarer, og oppstart av nye turnusleger i august. Dette hadde en påvirkning på at implementeringen ikke var godt i gang før mot slutten av august.
- Periode 3 ble valgt for å se om innholdet i epikrise og pasientorientering holdt seg videre etter periode 2 eller om det ble bedre eller dårligere.
- Periode 4 var før oppstart av e-kurvepiloten. E-kurvepiloten startet opp 4. mars 2013 og varte i ca. 3 måneder.
- Periode 5 var midt under e-kurvepiloten slik at de involverte hadde hatt tid til og kommet godt i gang med bruken av e-kurve.



**Figur 2.3 Tidslinje for innsamling av data til hovedstudien i den kvantitative studien (Del 1).**

På bakgrunn av erfaringer fra pilotstudien ble følgende inklusjon- og eksklusjonskriteriene valgt.

#### Inklusjonskriterier:

- ✓ Pasienter med hoveddiagnose hjerte- og lungesykdom.
- ✓ Pasienter som hadde epikrise og/eller pasientorientering.
- ✓ Pasienter som ble utskrevet til hjemmet, sykehjem, bokollektiver eller andre sykehus
- ✓ Epikrisen skulle inneholde 2 eller flere legemidler/naturlegemidler som ble benyttet daglig, regelmessig eller ved behov. Dette inkluderte også legemidler som ikke ble benyttet daglig, men ved faste tidsintervaller, som f.eks. medisiner mot beinskjørhet og vitamininjeksjoner.

#### Eksklusjonskriterier:

- ✓ Legemidler som ble startet opp etter innleggelse på sykehuset og avsluttes ved utskrivelse fra sykehuset.
- ✓ Pasienter som ble overført til annen avdeling ved samme sykehuset.
- ✓ Pasienter som døde i løpet av oppholdet.

For hver periode vist i figur 2.3 ble det hentet ut en liste med 40 journaluttrekk fra medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus. Fra hver periode ble de 25 første journaluttrekkene som oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene valgt ut.

Uttrekk av data ble gjort av ansatt ved fagavdelingen, seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet ved Helse Møre og Romsdal HF. Uthenting og anonymisering av dataene ble gjort av studenten som fikk tilgang til EPJ systemet. Journalene ble skrevet ut, anonymisert, nummerert og deretter oppbevart i perm. Journalene ble etter anonymisering tatt med tilbake til Trondheim, norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP), og analysert der.

## **2.2.2 Analyse og statistikk**

### **Enveis variansanalyse**

For å se etter forskjeller mellom ulike grupper egner variansanalyse seg (68). Det ble gjennomført enveis variansanalyse (også kalt enveis ANOVA/ One-Way ANOVA) for å teste om det var forskjell mellom de fem periodene. Enveis variansanalyse forteller ikke spesifikt

mellom hvilke grupper forskjellen er, men at et sted mellom gruppene fins det forskjell. For å få ytterligere informasjon, må man ta andre tester (68). Variansanalyse var en klareringstest som testet om alle gruppene var like (nullhypotese=  $H_0$ ) eller at minst en av gruppene skilte seg ut (aksepthypotese=  $H_1$ ). Signifikansnivået ble i denne studien satt til 0,05, som vil si at det var 5 prosent sannsynlighet for at en forkaster en  $H_0$  som er riktig. Deretter ble det utført en post- hoc (Bonferroni- korreksjon) test for å se hvor forskjellene mellom gruppene var.

### **Statistisk prosesskontroll (SPC)**

For å fremstille dataene i denne oppgaven ble det brukt statistisk prosesskontroll (SPC) (10). SPC teknikker brukes ofte for å overvåke ytelsen til en prosess. De viktigste verktøyene i SPC er kontroll diagrammer. Ved å bruke SPC får man frem endringer i nivå og variasjon over tid ved at man legger dataene inn i en tidsakse slik at det blir en *dynamisk visning* av dataene. Dataene i denne oppgaven fremstilles i et i-diagram som er en variant av kontroll-diagram. Med kontroll-diagram ønsker man å vise nivå på prosessen samt at man ser på dataene i prosessen for å skille naturlig variasjon fra spesiell variasjon. Naturlig variasjoner er iboende egenskap ved en prosess som har naturlige, vanlige årsaker og er derfor tilfeldig. Spesiell variasjon er ikke iboende i prosessen og skyldes irregulære og unaturlige årsaker. For å kontrollere om spesiell variasjon var tilstede utførte man tre tester(10).

- Test 1: Når et enkelt punkt falt på utsiden av en kontrollgrense var spesiell variasjon tilstede (10).
- Test 2: Hvis åtte eller flere punkt etter hverandre falt på samme side av senterlinjen var spesiell variasjon tilstede (10).
- Test 3: Ved en trend av sju eller flere verdier i en rekke som enten steg eller sank var spesiell variasjon tilstede. Hvis man hadde under 20 målepunkt krever man 6 eller flere verdier for at spesiell variasjon skal være tilstede (10).

Kontroll-diagram bør ha omtrent 20-30 datapunkt. Under 20 punkt øker faren for at spesielle variasjoner ikke blir med. Ved mer enn 30 punkter øker faren for at man ved en tilfeldighet finner spesiell variasjon. I et kontroll-diagram har man senterlinjen (gjennomsnittslinjen) og øvre og nedre kontrollgrense som var +/- 3 sigma fra senterlinjen. I-diagram egner seg når hver sub-gruppe består av en enkelt observasjon, og man har måle- eller telldata. (10).

Det ble brukt IBM SPSS statistics 21 for å gjennomføre variansanalyse og post-hoc test (Bonferroni). Dataene ble fremstilt ved bruk av EpiData 3.1 og Microsoft Excel 2010.

## **Validering av skåring av kvalitet på legemiddelinformasjon i epikrise og pasientorientering**

Skåringen ble validert ved beregning av kappa. Kappa indikerer andelen enighet mellom to observatører. Kappa korrigerer for forventet tilfeldighet i observasjonene hvor 1,0 angir full enighet og 0,0 en helt tilfeldig fordeling (69). Kappaverdi på  $<0,4$  gir dårlig samsvar, 0,4-0,75 gir moderat til godt samsvar og  $> 0,75$  gir utmerket samsvar (68). Det ble utført kappastatistikk for å se på samsvaret mellom ulike observasjoner. Reliabiliteten kan påvirkes på flere nivåer som intra-observer og inter-observer. Begge ble testet. Intra-observer ble testet ved at studenten skåret et randomisert utvalg av fem journaler fra hver av de fem periodene, totalt 25 stykk med 4 ukers mellomrom. Inter-observer ble testet ved at eksternt veileder skåret 25 vilkårlige journaluttrekk som studenten allerede hadde skåret.

Det ble brukt «research randomizer» for å velge ut vilkårlige journaler for validering (70). Til statistisk analyse av kappa ble det brukt IBM SPSS statistics 21.

### **2.2.3 Etikk**

Denne studien ble godkjent av internt pasientverneombud ved Ålesund sjukehus. Prosjektet hadde ikke meldeplikt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) da det kun inneholdt anonymiserte data og var et internt kvalitetsprosjekt. Studenten inngikk en "ikke-ansatt/ikke-lønnet personell" avtale med HMR og skrev under taushetsplikt, databrukerkontrakt og gjennomførte et e-læringskurs i informasjonssikkerhet for å få tilgang til EPJ systemet ved sykehuset.

Journaluttrekkene ble anonymisert fortløpende etter utskrift. Kodenøkkel ble makulert etter utskrift av journaluttrekkene. Datamaterialet ble ikke tatt med ut fra sykehuset før det var anonymisert. Datamaterialet ble så tatt med til NSEP ved NTNU i Trondheim og oppbevart innelåst under studieperioden.

## **2.3 Del 2: Kvalitativ studie**

Det ble valgt fokusert intervju som metode.

### **2.3.1 Rekruttering**

Informantene ble valgt ut strategisk, det vil si at informantene som ble forespurt ble valgt ut på bakgrunn av deres kunnskap og erfaring med utskriving av pasienter slik at de kunne uttale seg om det aktuelle temaet (71). Ved hjelp av kontaktpersoner på de deltakende sykehusene ble det rekruttert seks leger fra Ålesund sjukehus og fem leger fra St. Olavs hospital. Informantene ved Ålesund sjukehus ble kontaktet via e-post. To informanter fra St. Olavs Hospital ble kontaktet via e-post og tre informanter ble rekruttert av studenten på et fellesmøte for legene ved lungeavdelingen. Alle forespurte informanter takket ja til å være med. Inklusjonskriteriene var at legene hadde erfaring med utskrivelse av pasienter og tilhørte en medisinsk avdeling.

### **2.3.2 Intervjuguide**

Det ble utarbeidet en intervjuguide i forkant av intervjuene, se vedlegg 3. Det ble ikke gjennomført pilotintervju, men en overlege på medisinsk avdeling i Ålesund kom med tilbakemelding på intervjuguiden før man startet med intervjuene. Intervjuguiden inneholdt fem innledende spørsmål, femten refleksjonsspørsmål og to avsluttende spørsmål. Innledningsvis presenterte intervjueren seg selv og hensikten med studiet. Deretter ble det stilt noen innledende spørsmål som gikk på navn, tittel, arbeidserfaring ved nåværende sykehus og hvilken rolle informanten hadde i forhold til utskrivning av pasienter før man gikk over på refleksjonsspørsmål. Intervjuet ble rundet av med to avsluttende spørsmål.

### **2.3.3 Gjennomføring av intervjuer**

Det ble utført ti intervjuer i perioden 27/1– 18/2-14, fem intervjuer ved Ålesund sjukehus og fem intervjuer ved St. Olavs hospital. Masterstudenten fungerte som intervjuer. For de fem intervjuene ved Ålesund sjukehus ble det benyttet et møterom tilhørende sykehusapoteket. Tre av intervjuene i ved St Olav hospital ble gjennomført på møterom tilhørende sykehuset, et ble gjennomført på legens kontor og et ble gjennomført på studentens kontor tilhørende NTNU. Intervjuene varte i ca. 20-40 minutter, og ble tatt opp ved bruk av diktafon. Informantene ble forespurt om når og hvor de ønsket å gjennomføre intervjuet.



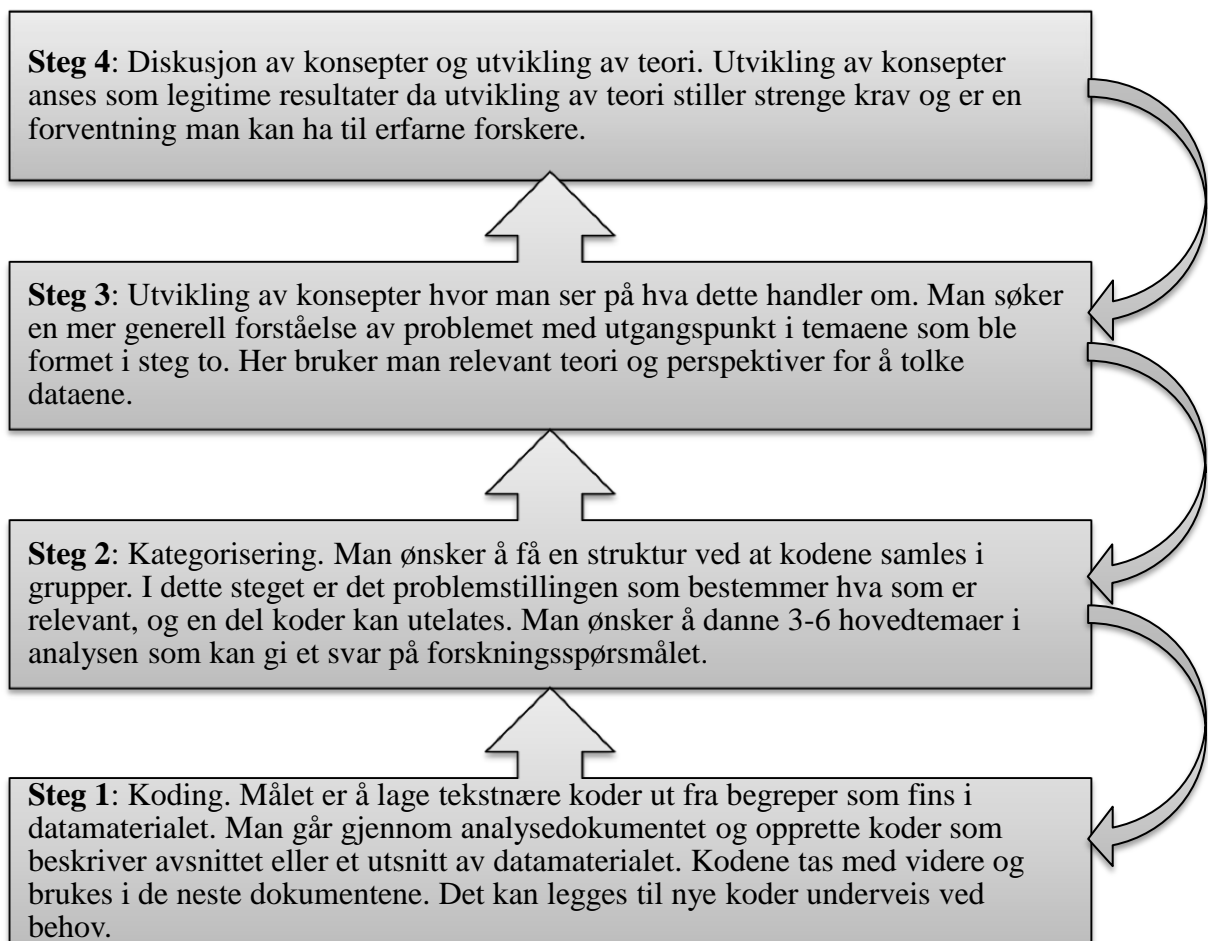
## 2.3.4 Transkribering og analyse

### Transkribering

Opptakene fra intervjuene ble transkribert verbatim på bokmål. Intervju nummer en ble hørt gjennom og transkribert før intervju to slik at man hadde mulighet til å gjøre små justeringer før neste intervju. Videre ble intervjuene transkribert fortløpende etter intervjuene var gjennomført. Sitatene brukt i analysen ble redigert etter metoden «slightly modified verbatim mode». Metoden går ut på at man i noen grad redigerer teksten, men at meningsinnholdet i utsagnene bevares (72).

### Analyse

Analyseringen ble gjennomført ved bruk av Tjoras stegvis – deduktiv induktiv metode (SDI), se figur 2.4. I analyseringen jobber man trinnvis fra data mot teori som gjenkjennes som induktivt som er den oppadgående prosessen. I tillegg har man en nedadgående prosess som gjenkjennes som deduktivt hvor man ser fra teoretisk til empirisk (71).



Figur 2.4 Trinnene i Tjoras stegvis-deduktive induktive metode (SDI) (71).

### **2.3.5 Validitet av analyse**

Informantene fikk etter transkriberingen intervjuet til gjennomlesing slik at de fikk mulighet til å komme med tilbakemelding og evt. innvendinger. Analysen ble utført av studenten.

### **2.3.6 Etikk**

Studien ble meldt inn til NSD fordi man skulle behandle personopplysninger som var meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Prosjektet ble funnet tilfredsstillende og ble godkjent av NSD (vedlegg 4). Prosjektet var godkjent av personvernombudet i Helse Møre og Romsdal og på St. Olavs hospital.

I forkant av intervjuene skrev informantene under samtykkeerklæring (vedlegg 5) hvor de samtykket til deltakelse og lydopptak. Lydopptakene og kodenøkkel ble oppbevart innelåst og adskilt fra datamaterialet. Datamaterialet ble aidentifisert ved transkribering og lagret lokalt på studentens konto på NTNU sin server. Lydopptakene og kodenøkkelen skal slettes innen utgangen av 2014.

## 3. Resultat

### 3.1 Kvalitet av legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer

Totalt ble 125 journaluttrekk inkludert. Av disse ble 124 epikriser (99 %) og 95 pasientorienteringer (76 %) evaluert. Det manglet 1 epikrise og 31 pasientorienteringer i de 125 journaluttrekkene.

#### 3.1.1 Kvalitet av legemiddelinformasjon i epikriser

Av maksimalt 16 oppnåelige poeng var gjennomsnittlig oppnådde poeng for periode 1, 2, 3, 4 og 5 henholdsvis 6,08 (1,78), 6,38 (1,64), 6,72 (1,72) 7,12 (1,83), og 9,56 (1,71). Man ser at poengsummen er stigende (tabell 3.1).

**Tabell 3.1 Skåring av epikrisekvalitet i henhold til skåringstabell i pasientsikkerhetskampanjen av totalt 124 epikriser fra Ålesund sjukehus.**

Periode*	Antall	Gjennomsnitt**	Standard-avvik	95% konfidensintervall
Periode 1	25	6,08	1,78	[5,35 - 6,81]
Periode 2	24	6,38	1,64	[5,69 - 7,07]
Periode 3	25	6,72	1,72	[6,01 - 7,43]
Periode 4	25	7,12	1,83	[6,37 - 7,88]
Periode 5	25	9,56	1,71	[8,85 - 10,27]
Totalt	124	7,17	2,12	[6,80 - 7,55]

\* Periode 1, 2, 3, 4 og 5 henviser til ulike datainnsamlingsperioder, se seksjon 2.2  
\*\* Maksimalt oppnåelig poengsum er 16 poeng

En enveis variansanalyse viser at det er statistisk signifikant forskjell mellom de ulike periodene ( $p = <0,001$ ) Med en bonferroni- korreksjon så man at periode 5 var statistisk signifikant forskjellig fra periode 1,2,3 og 4. Mellom periodene 1, 2, 3 og 4 var det ikke statistisk signifikant forskjell uansett hvilke perioder man sammenlignet (tabell 3.2).

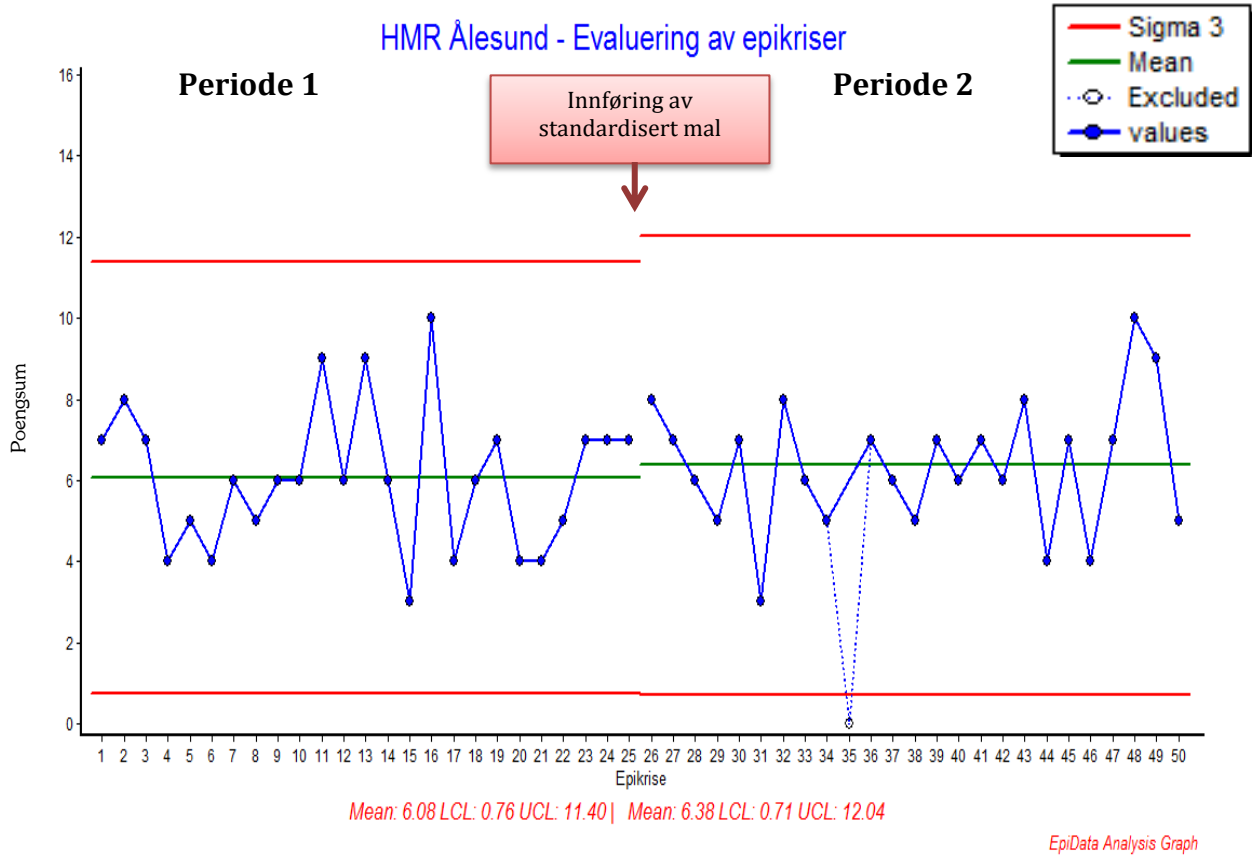
**Tabell 3.2 Resultater etter enveis variansanalyse (bonferroni- korleksjon) – multipl sammenligning mellom de fem periodene for datauttrekk.**

	Periode*	P-verdi	95% konfidensintervall
Periode 1	Periode 2	1,000	[-1,7153 - 1,1253]
	Periode 3	1,000	[-2,0458 - 0,7658]
	Periode 4	0,364	[-2,4458 - 0,3658]
	Periode 5	<0,001	[-4,8858 - 2,0742]
Periode 2	Periode 1	1,000	[-1,1253 - 1,7153]
	Periode 3	1,000	[-1,7653 - 1,0753]
	Periode 4	1,000	[-2,1653 - 0,6753]
	Periode 5	<0,001	[-4,6053 - 1,7647]
Periode 3	Periode 1	1,000	[-0,7658 - 2,0458]
	Periode 2	1,000	[-1,0753 - 1,7653]
	Periode 4	1,000	[-1,8058 - 1,0058]
	Periode 5	<0,001	[-4,2458 - 1,4342]
Periode 4	Periode 1	0,364	[-0,3658 - 2,4458]
	Periode 2	1,000	[-0,6753 - 2,1653]
	Periode 3	1,000	[-1,0058 - 1,8058]
	Periode 5	<0,001	[-3,8458 - 1,0342]
Periode 5	Periode 1	<0,001	[2,0742 - 4,8858]
	Periode 2	<0,001	[1,7647 - 4,6053]
	Periode 3	<0,001	[1,4342 - 4,2458]
	Periode 4	<0,001	[1,0342 - 3,8458]

\* Periode 1, 2, 3, 4 og 5 henviser til ulike datainnsamlingsperioder, se seksjon 2.2

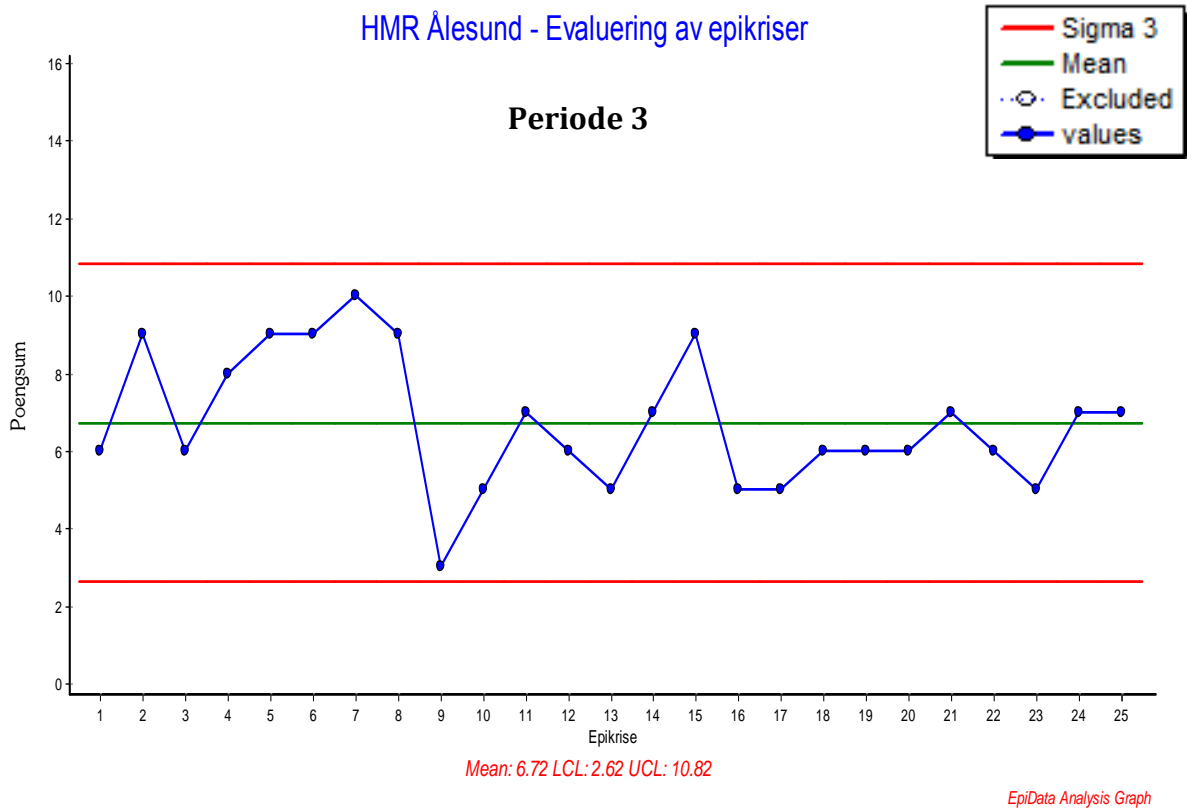
Kvaliteten på legemiddelinformasjonen i epikrisene, vurdert ved hjelp av skåringstabellen fra pasientsikkerhetsprogrammet, endret seg over tid slik vist i figur 3.1- 3.3. Man ser en svak endring i nivået fra periode 1 med gjennomsnittlig poengsum på 6,08 til periode 2 som har en gjennomsnittlig poengsum på 6,38 (figur 3.1). Variasjonen mellom de to periodene er liten. Det ser ut til at resultatene har naturlig variasjon da man ikke kan se noen spesiell variasjon på grafen i henhold til de tre testene. Punkt nummer 35 er ekskludert og er ikke medregnet i beregning av gjennomsnitt og kontrollgrenser. Gjennomsnittlig poengsum i periode 3 er 6,72 (figur 3.2). Dette resultatet har naturlig variasjon da man ikke kan se noen spesiell variasjon på grafen i henhold til de tre testene. I forhold til periode 1 og periode 2 har periode 3 mindre variasjoner i dataene med et smalere kontrollområde. Gjennomsnittlig poengsum i periode 4 og periode 5 er henholdsvis 7,16 og 9,48 (figur 3.3). Det er noe smalere variasjon i periode

fem enn i periode 4. I periode 5 finner man et tilfelle av spesiell variasjon med et punkt utenfor nedre kontrollgrense (LCL).

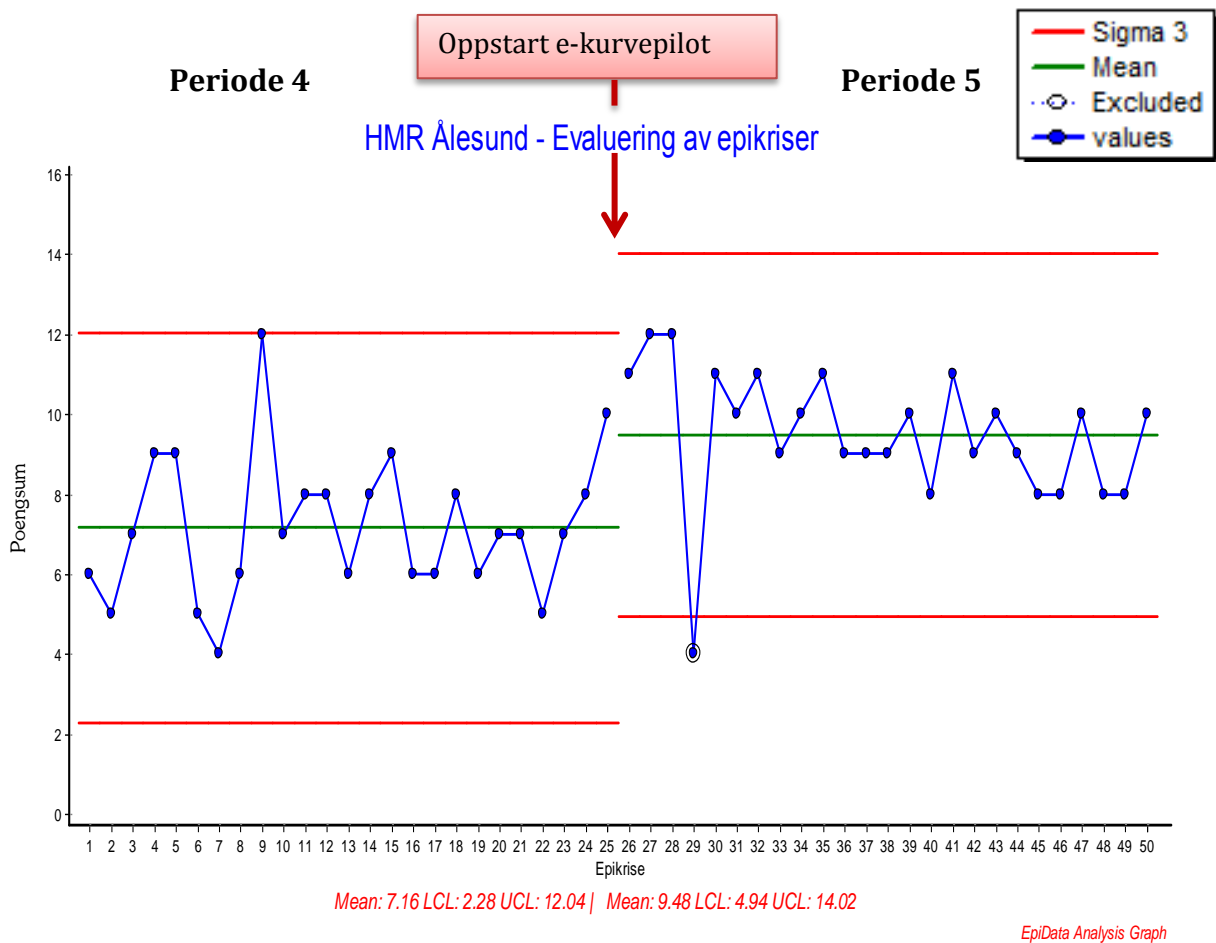


**Figur 3.1** Poengsum for hver av de evaluerte epikrisene i periode 1 og 2 målt ved hjelp av skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet, totalt 50 epikriser, 25 i hver periode. De røde linjene viser øvre- og nedre kontroll linje (+/-3 sigma). Den grønne linjen er gjennomsnittslinjen.

## HMR Ålesund - Evaluering av epikriser



**Figur 3.2 Poengsum for hver av de evaluerte epikrisene i periode 3 målt ved hjelp av skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet, totalt 25 stykk. De røde linjene viser øvre- og nedre kontroll linje (+/-3 sigma). Den grønne linjen er gjennomsnittslinjen.**



**Figur 3.3** Poengsum for hver av de evaluerte epikrisene i periode 4 og 5 målt ved hjelp av skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet, totalt 50 epikriser, 25 i hver periode. De røde linjene viser øvre- og nedre kontroll linje (+/-3 sigma). Den grønne linjen er gjennomsnittslinjen.

### 3.1.2 Kvalitet av legemiddelinformasjon i pasientorienteringer

Av maksimalt 16 oppnåelige poeng var gjennomsnittlig oppnådde poeng for periode 1, 2, 3, 4 og 5 henholdsvis 6,86 (1,85), 7,88 (2,60), 7,39 (1,65) 7,81 (2,20), og 11,28 (2,49) (tabell 3.3).

**Tabell 3.3 Skåring av kvalitet i pasientorienteringer i henhold til skåringstabell i pasientsikkerhetskampanjen av totalt 95 pasientorienteringer fra Ålesund sjukehus.**

Periode*	Antall	Gjennomsnitt**	Standard-avvik	95% konfidensintervall
Periode 1	21	6,86	1,85	[6,01 - 7,70]
Periode 2	17	7,88	2,60	[6,55 - 9,22]
Periode 3	18	7,39	1,65	[6,57 - 8,21]
Periode 4	21	7,81	2,20	[6,81 - 8,81]
Periode 5	18	11,28	2,49	[10,04 - 12,52]
Totalt	95	8,19	2,63	[7,65 - 8,73]

\* Periode 1, 2, 3, 4 og 5 henviser til ulike datainnsamlingsperioder, se seksjon 2.2  
\*\* Maksimalt oppnåelig poengsum er 16 poeng

En enveis variansanalyse viser at det er statistisk signifikant forskjell mellom de ulike periodene ( $p = <0,001$ ) Med en bonferroni- korreksjon så man at periode 5 var statistisk signifikant forskjellig fra periode 1,2,3 og 4. Mellom periodene 1, 2, 3 og 4 var det ikke statistisk signifikant forskjell uavhengig av hvilke perioder man sammenlignet (tabell 3.4).

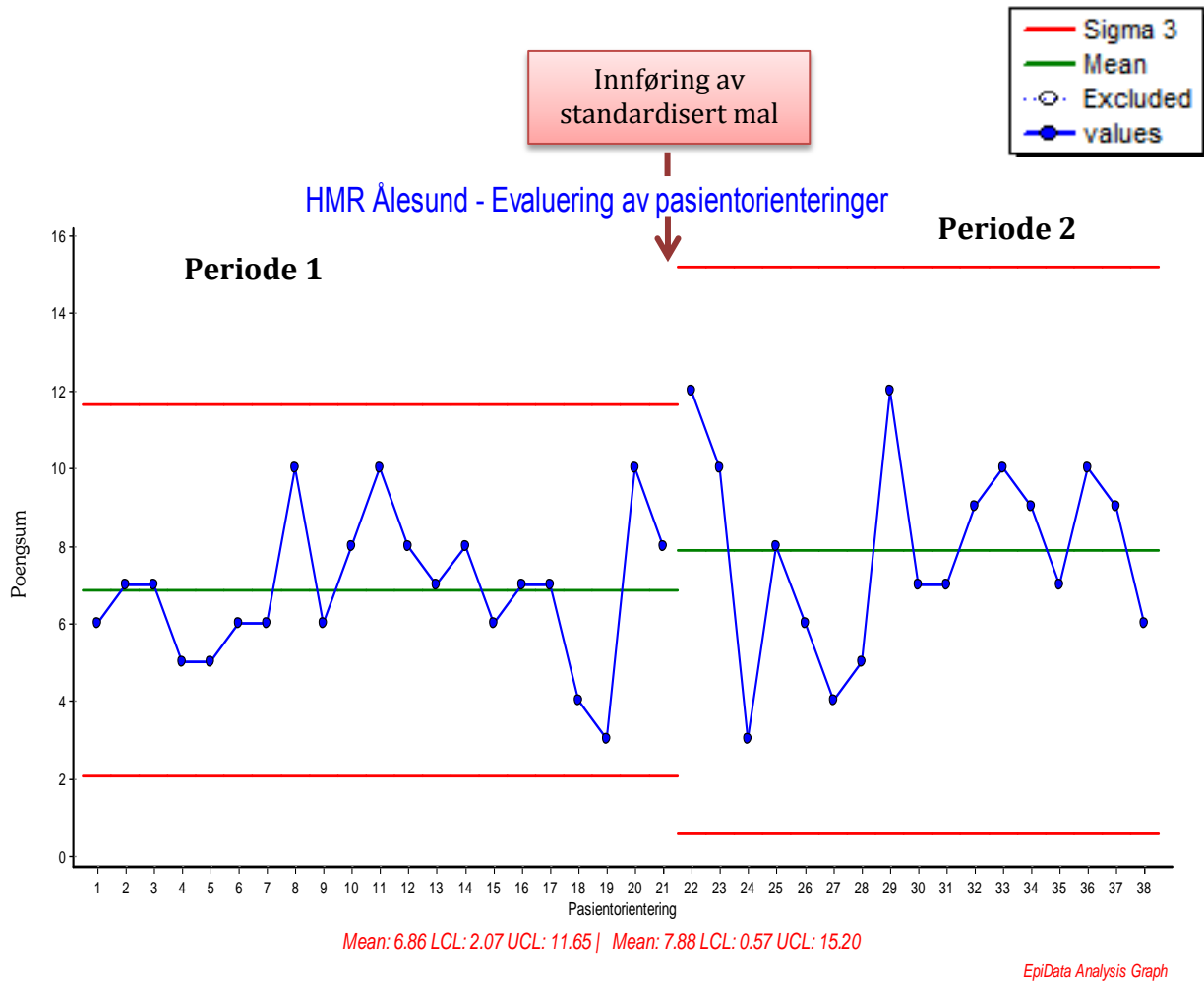


**Tabell 3.4 Resultater etter enveis variansanalyse (bonferroni- korreksjon) – multipl sammenligning mellom de fem periodene for datauttrekk**

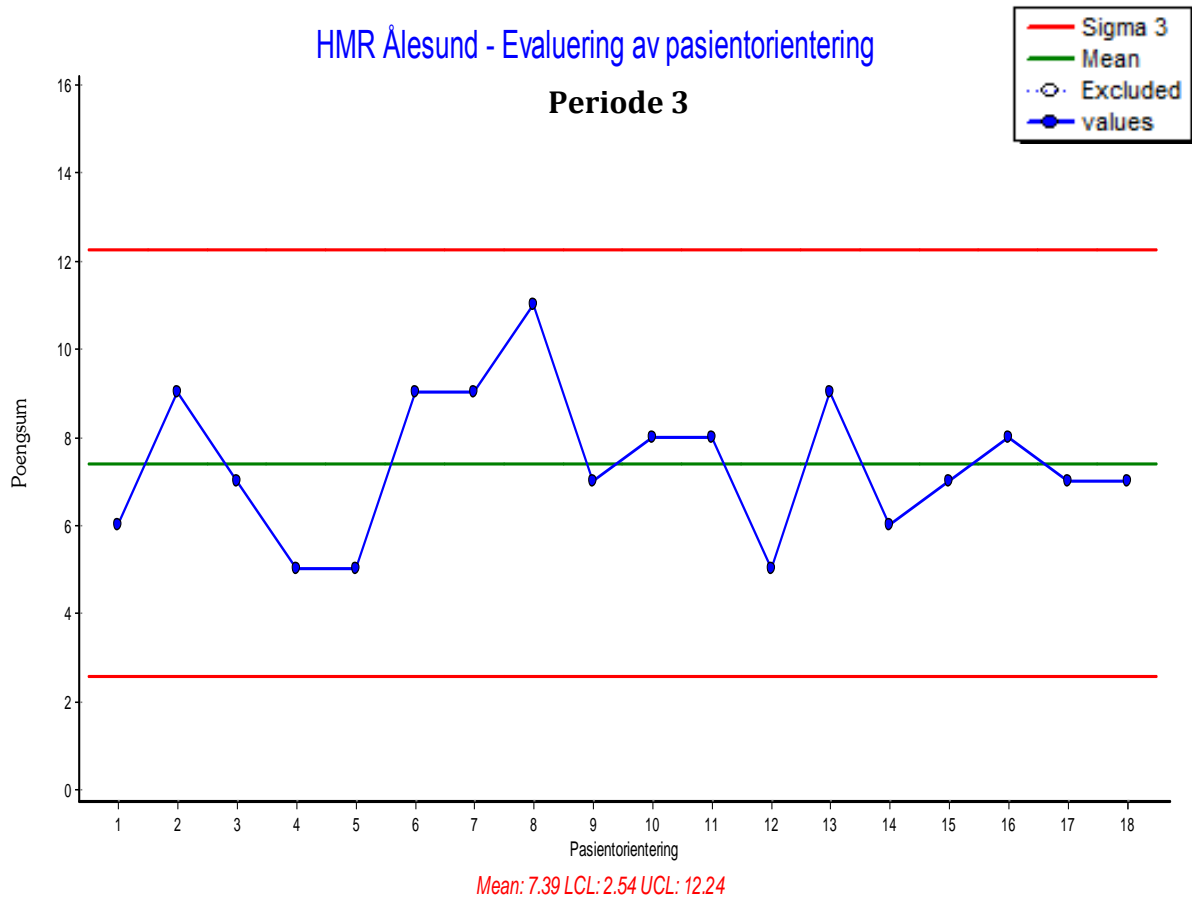
	Periode*	P-verdi	95% konfidensintervall
Periode 1	Periode 2	1,000	[-3,0667 - 1,0162]
	Periode 3	1,000	[-2,5416 - 1,4781]
	Periode 4	1,000	[-2,8834 - 0,9786]
	Periode 5	<0,001	[-6,4305 - 2,4108]
Periode 2	Periode 1	1,000	[-1,0162 - 3,0667]
	Periode 3	1,000	[-1,6227 - 2,6097]
	Periode 4	1,000	[-1,9686 - 2,1143]
	Periode 5	<0,001	[-5,5116 - -1,2792]
Periode 3	Periode 1	1,000	[-1,4781 - 2,5416]
	Periode 2	1,000	[-2,6097 - 1,6227]
	Periode 4	1,000	[-2,4305 - 1,5892]
	Periode 5	<0,001	[-5,9746 - 1,8031]
Periode 4	Periode 1	1,000	[-0,9786 - 2,8834]
	Periode 2	1,000	[-2,1143 - 1,9686]
	Periode 3	1,000	[-1,5892 - 2,4305]
	Periode 5	<0,001	[-5,4781 - 1,4584]
Periode 5	Periode 1	<0,001	[2,4108 - 6,4305]
	Periode 2	<0,001	[1,2792 - 5,5116]
	Periode 3	<0,001	[1,8031 - 5,9746]
	Periode 4	<0,001	[1,4584 - 5,4781]

\* Periode 1, 2, 3, 4 og 5 henviser til ulike datainnsamlingsperioder, se seksjon 2.2

Kvaliteten på legemiddelinformasjonen i pasientorienteringen, vurdert ved hjelp av skåringstabellen fra pasientsikkerhetsprogrammet, endret seg over tid slik vist i figur 3.4- 3.6. Man ser en svak endring i nivået fra periode 1 med gjennomsnittlig poengsum på 6,86 til periode 2 som har en gjennomsnittlig poengsum på 7,88 (figur 3.4). Det ser ut til at resultatene har naturlig variasjon da man ikke kan se noen spesiell variasjon på grafen i henhold til de tre testene. Gjennomsnittlig poengsum i periode 3 er 7,39 (figur 3.5). Dette resultatet har naturlig variasjon da man ikke ser noen spesiell variasjon på grafen. I forhold til periode 2 har periode 1 og 3 mindre variasjoner i dataene med et smalere kontrollområde. Gjennomsnittlig poengsum i periode 4 og periode 5 er henholdsvis 7,81 og 11,28 (figur 3.6). Det er mindre variasjon i periode 5 enn i periode 4. Periode 4 har naturlig variasjon, mens man i periode 5 finner spesiell variasjon med to punkt utenfor nedre kontrollgrense.

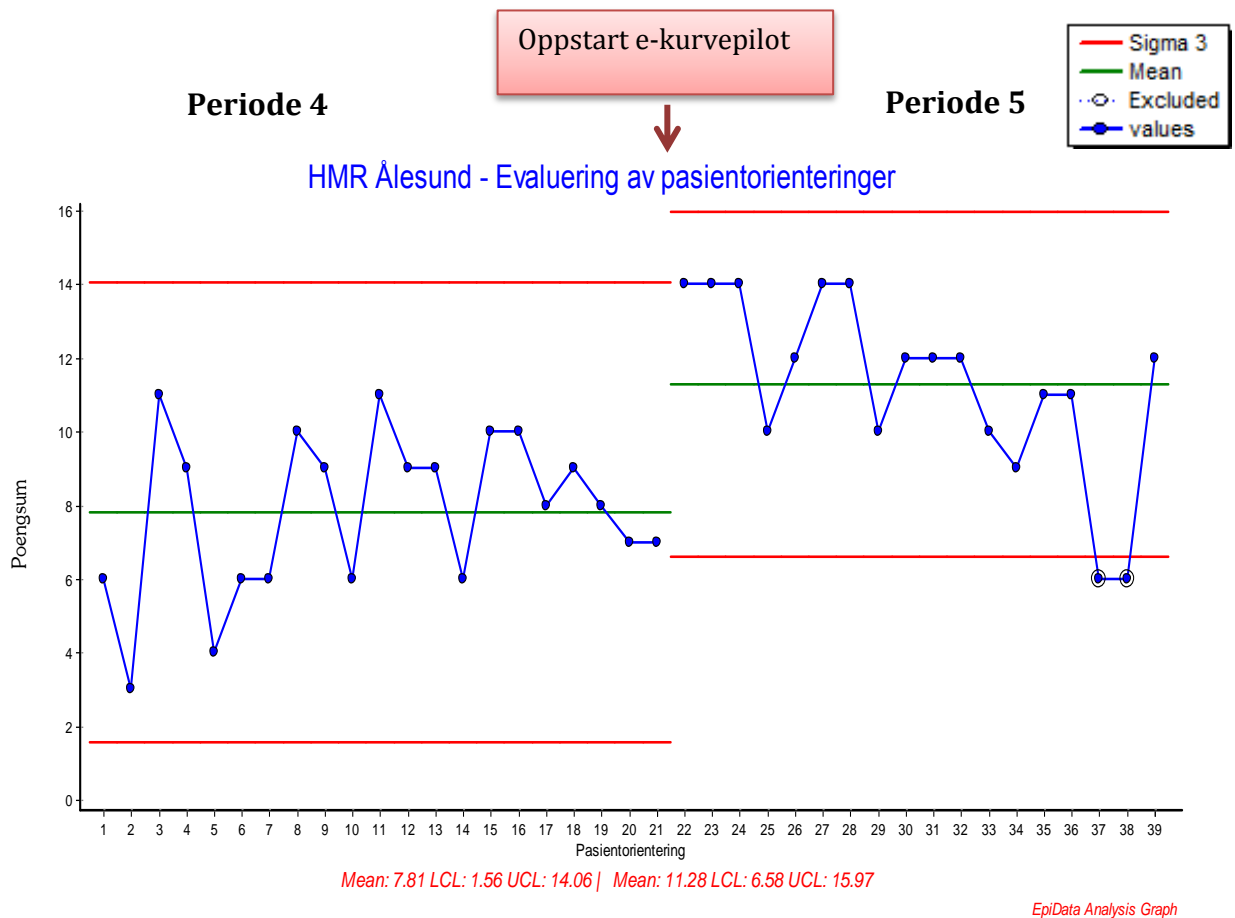


**Figur 3.4 Poengsum for hver av de evaluerte pasientorienteringene i periode 1 og 2 målt ved hjelp av skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet, totalt 38 pasientorienteringer, henholdsvis 21 og 17 i periode 1 og 2. De røde linjene viser øvre- og nedre kontroll linje (+/-3 sigma). Den grønne linjen er gjennomsnittslinjen.**



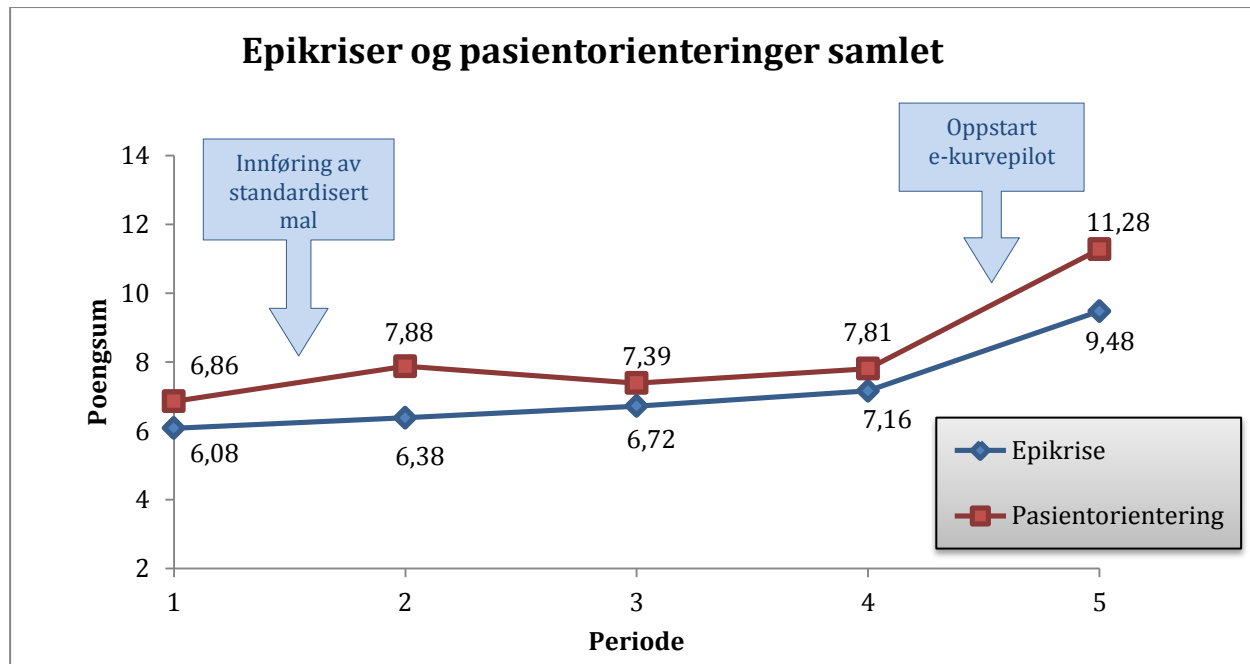
*EpiData Analysis Graph*

**Figur 3.5 Poengsum for hver av de evaluerte pasientorienteringene i periode 3 målt ved hjelp av skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet, totalt 18 pasientorienteringer. De røde linjene viser øvre- og nedre kontroll linje (+/-3 sigma). Den grønne linjen er gjennomsnittslinjen.**



**Figur 3.6 Poengsum for hver av de evaluerte pasientorienteringene i periode 4 og 5 målt ved hjelp av skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet, totalt 39 pasientorienteringer, henholdsvis 21 og 18 i periode 4 og 5. De røde linjene viser øvre- og nedre kontroll linje (+/-3 sigma). Den grønne linjen er gjennomsnittslinjen.**

### 3.1.3 Epikriser og pasientorientering samlet sett



**Figur 3.7** Gjennomsnittlig poengsum for epikriser og pasientorienteringer i de fem ulike periodene.

Figur 3.7 viser gjennomsnittlig poengsummen for epikriser og pasientorienteringer i de fem periodene.

### 3.1.5 Validitet av skåringene

Intra-observer tester ga kappa-verdier på 0,7 og 0,8 henholdsvis vurdering av epikriser og pasientorienteringer. Likeså ga inter-observer kappa-verdier på henholdsvis 0,5 og 0,6. Dette betyr at samsvaret mellom de ulike skåringene var relativt god til tilfredsstillende.

## 3.2 Del 2: Kvalitativ studie om legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer

Det ble rekruttert seks leger fra Ålesund sjukehus, men kun fem intervju ble gjennomført da en informant ikke møtte opp til avtalen. Av de fem intervjuene kunne fire intervju brukes da diktafonen hadde slått seg av ved et intervju. Fra St. Olav hospital ble det rekruttert fem leger, og gjennomført fem intervjuer som alle kunne brukes. Se tabell 3.5 for oversikt over informantene. Resultatene fra intervjuene ble delt inn i 32 kategorier som så ble så samlet i fem temaer. Temaene ble: 1) arbeidsprosessen, 2) kvalitet i informasjonen 3) kommunikasjon ved utskrivelse, 4) informasjon mellom omsorgsnivåene og 5) e-kurve og nasjonal kjernejournal.

**Tabell 3.5: Oversikt over deltakerne til fokuserte intervjuer.**

Informant nummer	Faglig tittel	Sykehus	Avdeling	Ansiennitet ved aktuell avdeling
1 (L1)	LIS	Ålesund	Medisinsk avdeling, hjerteseksjonen	ca. 1 ½ år
2 (L2)	LIS	Ålesund	Medisinsk avdeling, lungeseksjonen	ca. ½ år
3 (L3)	LIS	Ekskludert på grunn av ufullstendig opptak av samtalen		
4 (L4)	LIS	Ålesund	Medisinsk avdeling, hjerteseksjonen	ca. 2 ½ år
5 (L5)	LIS	Ålesund	Medisinsk avdeling, lungeseksjonen	ca. 5 ½ år
6 (L6)	Overlege	St. Olav	Avdeling for hjertemedisin	ca. 2 ½ år
7 (L7)	LIS	St. Olav	Avdeling for lungemedisin	ca. 1 år
8 (L8)	Assistentlege	St. Olav	Avdeling for hjertemedisin	ca. ½ år
9 (L9)	LIS	St. Olav	Avdeling for lungemedisin	ca. 1 år
10 (L10)	Overlege	St. Olav	Avdeling for lungemedisin	ca. 1 ½ år
LIS; Lege i spesialisering				

### 3.2.1 Arbeidsprosessen

Ved innleggelse snakker legene med pasientene for å få informasjon om LIB. Det er ikke alltid pasientene kan redegjøre for dette selv og i de tilfellene er det vanligvis sykepleierne som henter inn informasjon fra pårørende, fastlegen, hjemmetjenesten eller sykehjem. L2: *«Oftest er det sykepleier som ringer til fastlegen for å innhente en liste eller mer opplysninger om hva pasienten bruker. Eller ringer til ektefelle hjemme som kan finne liste eller kan komme med alle disse boksene som pasienten bruker så ser vi på dem hva pasienten bruker.»* Legene erfarer ofte at legemiddellister som kommer fra fastlegen ikke er oppdaterte. De sier det kan mangle informasjon om f.eks. legemidler som er seponerte. De mener at listen som kommer fra hjemmetjenesten er mer pålitelig enn listen fra fastlegen. L4: *«Vår erfaring er at listen pleier å være ganske upålitelig dersom det er fastlegen. For fastlegens liste er ofte basert på de reseptene som han selv har skrevet ut. Der står det ofte ikke om pasienten har sluttet med medisinen. Så dersom man kan innhente liste fra hjemmesykepleien, så er den ofte veldig mye mer pålitelig dersom det er de som administrerer.»* L10: *«Når det gjelder hierarkiet over innleggelsesinformasjon og medisinalister du tror på så er jo det viktigste å vite hva pasienten har tatt. Da er jo ofte den hjemmesykepleielisten mest korrekt. For fastlegene har jo en tendens til å skrive ut en liste over alle reseptene som er gitt.»* En lege synes det er veldig nyttig å få den listen som sykehjemmet sender elektronisk, selv om listen kan virke noe uoversiktlig inneholder den informasjonene de har behov for. L10: *«Og så kommer det jo sånne innkomstinformasjoner fra hjemmesykepleien elektronisk, og det er veldig bra.»*

Endringer med legemidlene underveis i oppholdet skal legene dokumentere i journalen, men flere leger sier at det er ikke alltid det gjøres. Hvis de ikke finner dokumentasjon i journalene seier legene at de finner legemiddelendringene på kurven, men det gjør det vanskeligere å vite årsaken til endringene. De mener at de bør bli bedre å dokumentere endringer i journalen. L4: *«Underveis, dersom pasienten har lengre oppholdet skjer der jo endringer, og når det gjøres medisinendringer så skal de dokumenteres i journalen. Men, av forskjellige grunner er det ikke alltid det blir gjort, men det dokumenteres på kurven i alle fall. Ja, så ved utskrivelse så kan det jo av og til være litt vanskelig å forstå hvorfor ting har blitt endret på eller tatt bort så en må sette seg ned med kurven og prøve å finne forklaringer på det.»* Legemiddellisten som skrives i epikriser og pasientorienteringer utarbeides som regel fra innkomstjournal, endringer dokumentert i journalen og legemiddelkurven.

Legene ved Ålesund sjukehus har en standardisert mal (se vedlegg 1) som de bruker når de lager pasientorienteringen. På denne malen skriver de først en fritekst om de endringene som er gjort med legemidlene, som nye legemidler, ny dosering eller seponeringer. Etter denne teksten kommer det en legemiddelliste i tabell format som inneholder medisinnavn, styrke, dosering og et felt med mulighet for å legge inn kommentar. L2: *«Først skriver jeg en fritekst at den og den medisinen er tatt vekk, og den startet vi på pga. dette her, og denne er en ny medisin du skal bruke for dette. Så litt fritekstinformasjon først. Så kommer en tabell.»* I tillegg har de et avsnitt om videre oppfølging etter utskrivelse. Det er ingen leger på St. Olav som sier de har en mal de når de skriver epikrise og pasientorienteringer, men de har klare meninger om hva de mener den skriftlige informasjonen skal inneholde. En lege på St. Olav sier at de har en tabell de bruker å skrive legemidlene i.

Gjennom erfaring tilegner legene seg rutiner for hvordan de skal utføre jobben sin og hvordan de skal prioritere dagen. Legene mener at pasientorientering er en oppgave som må prioriteres fordi pasienten skal ha den i hånden når de skrives ut fra sykehuset. En lege sier at hos de pasientene han har en klar plan for og ikke har noe spesielt å ta opp på visitten kan den vente så han får lagd pasientorientering til pasientene som skal reise hjem. Epikrisene er forefallende arbeid og kan vente til senere på dagen eller dagen etter. Hos pasientene som skrives ut til sykehjem får de med epikrisen ved utskrivelse fra sykehuset.

### **3.2.2 Kvalitet i informasjonen**

Grunnlaget for en korrekt medisinliste på epikriser og pasientorienteringer legges ved pasientens innkomst på sykehuset. For å få god kvalitet på epikriser og pasientorienteringer bør pasientens legemiddelliste samstemmes ved innkomst. Med en liste som ikke er samstemt kan det fort oppstå feil i medisineringen både underveis i oppholdet og etter utskriving. Som en lege beskriver det: *«shit in, shit out»* (L10) og mener at hvis man har for dårlige opplysninger om pasientens medisiner ved innleggelse fører dette til dårlig opplysninger ved utskrivelse. For utskrivende lege er det viktig at de kan forholde seg til den medisinlisten som foreligger og vite at den er så riktig som den kan bli. L10: *«Hvis du tar ansvaret for å skrive ut en pasient hvor det ikke har vært kvalitetsjekkert den listen de har fått, brukt underveis eller hadde når de kom inn, så er det veldig vanskelig å gjøre en kjempegod jobb ved utreise. Så premissene for utreisen legges med en gang de kommer inn, når det gjelder kvalitet syns jeg.»*



Legene sier at når legemiddellisten er signert for at den er samstemt må de stole på at legemiddellisten gjenspeiler de legemidlene pasienten bruker.

Noen leger trekker frem at det viktigste i epikriser og pasientorienteringer er å ha en korrekt legemiddelliste. L4: *«Det viktigste er at vi har en korrekt liste, ja det er nok det aller viktigste.»* L10: *«Det må være en medikamentliste med medisinnavn og dose som har høy kvalitet, det er det første. Og som nummer 2 er hva har du endret.»* De påpeker at det er mange muligheter for overføringsfeil og det er derfor viktig å spesifisere de endringene som er gjort slik man ikke tror at det er gjort feil hvis et legemiddel utelates i epikrisen og pasientorienteringen eller at dosen er endret. De legger vekt på den videre oppfølgingen som skal skje etter sykehusoppholdet hvor det kommer frem ulike kontroller pasienten må gjennomføre hos fastlege eller om de skal inn til ny kontroll på sykehuset. Samtlige av legene mener er at epikriser må være korte, konsise og tydelig med en punktlig fremstilling av videre oppfølging. L1: *«Epikrisene burde være kort og konsis.»* L6: *«Prøve å gjøre de korte og konsise, og legge vekt på det med videre oppfølging, og kort informasjon om hva som har skjedd på sykehuset.»* På dette punktet mener noen av legene at de kan bli bedre.

En lege forteller at et av kvalitetsmålene til sykehuset er at epikrisene skal være sendt ut innen 1 uke. En annen lege tror ikke at å bruke kvalitetsmarkør på at epikrisene skal skrives raskt gjør at epikrisene får god kvalitet. Hun mener det er viktig å bruke tid på å sette seg godt inn i pasientens opphold slik at det blir en god og gjennomtenkt epikrise. L8: *«Jeg tror det er, at det skal være en kvalitetsmarkør med raske epikriser, det tror jeg er det motsatte altså. Du har ikke tid til å sette deg inn i ting, tid til å slå opp ting og sånn, eller tid til å diskutere det med den rette. Det er mye bedre at det kommer noe gjennomtenkt om to dager og ei midlertidig dårlig pasientorientering dag en. Det er sikkert forskjellig syn på det og da.»* En lege mener at det er behov for å ha et økt fokus på hele prosessen for å oppnå god kvalitet. L10: *«Det at vi har økt fokus på prosessen under innleggelsen og underveis for å få best mulig kvalitet. At det blir en enda mer fokus på det.»*

### 3.2.3 Kommunikasjon ved utskrivelse

På sykehusene møter legene ulike pasientgrupper med ulike informasjonsbehov. De mener det er viktig at de tilpasser informasjonen til den pasient de snakker med. Det kan være stor forskjell på informasjonsbehovet til pasienter som administrer medisinen sin selv og pasienter som får hjelp til administreringen av pårørende eller hjemmesykepleien. Hos de pasientene som får hjelp til administreringen mener legene at det ikke er nødvendig å gi så mye informasjon. Noen tror at for mye informasjon kan føre til forvirring. L8: *«Med noen så går man jo gjennom listen, og med disse som har hjemmesykepleien og ikke følger med så nevner jeg det ikke en gang.»* L4: *«Dersom det er pasienter som er kognitivt svekket så vil jo, og ikke styrer medisinen sin av den grunn så vil de jo ofte få mye mindre informasjon da fordi det rett og slett ikke er meningsfylt, at de ikke klarer å ta det til seg.»* De pasienter som administrer legemidlene sine selv mener legene at må få mye grundigere informasjon om legemidlene enn de som ikke styrer medisinen sine selv. L9: *«For den som administrer selv da går jeg litt mer grundigere for jeg er usikker på hvordan han takler og forstår den informasjonen jeg gir, så da blir det litt sånn mer grundig enn til en gammel mann som får alle medikamenter utlevert.»* L10: *«Det er helt klart forskjell på det, for hvis de skal håndtere medisinen sine selv må du kanskje være litt mer nøye på dose og antall tabletter for det er jo en kjempeskog av forviklinger.»* Legene har i den muntlige kommunikasjonen med pasienter hovedsakelig fokus på nye legemidler og endringer. L1: *«Prøver så godt vi kan og vært fall spesifisere der vi har gjort forandringer, nye medisiner, seponerte medisiner.»*

Legene ønsker at pårørende er tilstede ved utskrivning når det er de som administrerer pasientens legemidler. Pårørende vil så langt det er greit for pasienten motta akkurat den samme informasjonen som pasienten. Men en lege sier han er usikker på om informasjonsbehovet ivaretas godt når man har en pasient som selv ikke har informasjonsbehov, men pasientens pårørende har det. Dette tror legen er fordi man ikke har noen god måte å gjøre det på. L5: *"Og det informasjonsbehovet er jeg litt usikker på om blir ivaretatt så godt, kanskje rett og slett fordi vi ikke har noen god måte å gjøre det på."* En lege sier at hos pasienter hvor pårørende styrer medisinen, men pårørende ikke er der under utskrivningssamtalen så informeres pasienten muntlig og sendes med en skriftlig informasjon, og håper det går bra. L7: *«Hvis de er til stede og kommer, de må jo være der ikke sant. Hvis ikke så informerer jeg pasienten og sier at han har fått med seg skriftlig informasjon, og håper at det går fint. Da blir det bare skriftlig informasjon til pårørende.»* Flere leger synes det kan være vanskelig dette med nye legemidler hos en pasient som ikke kan ta var på seg

selv fullstendig. De er klar over at det kan vær vanskelig for pasienten å få med seg all muntlig informasjon under sykehusoppholdet, og at de ikke klare å ta inn all informasjonen som blir gitt ved utskrivelse. Legene mener derfor det er viktig å sende med en god skriftlig informasjon. L4: *«Ja, pasienten, vi regner ikke med at pasienten klarer å få med seg alt som skjer underveis, vi informerer underveis mens de er innlagt og om medisiner som de får. Veldig ofte så opplever vi at de ikke klarer å ta til seg den informasjonen. Så det er viktig at de får god informasjon når de skrives ut, og de skal ha denne informasjonen både muntlig og skriftlig.»* L6: *«Så det er jo klart at man kan glemme det muntlig, men da har man det vært fall skriftlig.»* Det er også bekymring blant noen av legene om hvor mye av informasjonen pasienten oppfatter under utskrivningssamtalen. L10: *«Men jeg må si at jeg ofte er ganske bekymret over hva de egentlig får med seg, fordi det er for mange veldig dramatisk å ha vært innlagt, og de blir ofte veldig ør når de skal hjem og får en liste med masse informasjon, så det må tilpasses litt til pasienten.»*

I den muntlige informasjon ved utskrivning legger de fleste legene vekt på å informere om endringer og nye medisiner. L7: *«Ja, som sagt i forbindelse med den skriftlige informasjonen så påpeker jeg de nye medikamentene og gir en resept i hånden. Og går igjennom det som står på resepten og sier hvordan pasienten skal bruke det.»* Og de endringene som er gjort. L4: *"Vi gjennomgår nok ikke hele medisinlisten med dem, men vært fall de endringene som er gjort"*. Noen prøver å gå gjennom hele medisinlisten med pasienten hvis de har tid. L1: *"... så sant at man har tid så prøver man å gå gjennom medisinlisten med pasienten"*.

Noen leger mener og at det er viktig at pasientene får informasjon om hensikten til at de skal bruke medisin og effekten de kan forvente. De tror at det kan gjøre at pasientene skjønner hvorfor de skal bruke medisiner, og være med på at de bruker medisiner som forskrevet. Noen sier og at det er viktig at pasientene får informasjon om bivirkninger slik at det vet hva de kan forvente seg, om de bør stoppe behandlingen og når de bør ta kontakt med legen. L5: *«... vi skal jo gi pasientene best mulig helse ved å gi de en optimal medisiner. Da er det jo ekstremt viktig at de bruker de korrekt.»* Flere leger sier de prøver å poengtere viktigheten av at de bruker legemidlene som forskrevet. L6: *«... så vi poengterer jo at det er viktig å følge den listen som vi skriver ut.»*. Selv om noen leger tror at legemiddelinformasjonen kommer greit frem på pasientorienteringen så har de kanskje litt for høye forventinger til hva pasientene vet om sykdommer og hvordan de skal bruke legemidler. L5: *«Vi har vel kanskje*

*litt høyre tanker om hva folk vet sykdommer og egen kropp da, og av og til skyter vi sikkert over mål når det gjelder de tingene da.»* De er litt usikre på hvor godt forståelig oppsettet i pasientorienteringene er for pasientene. L1: *«Jeg vet ikke hvor opplagt det er, vi har jo disse tabellene hvor det står 1 på morgen og 1 på kveld, og om det er helt opplagt at det er en tablett, men vi går jo ut fra det men.»* Selv om informasjonen er god nok er det et problem at noen pasienter ikke skjønner hvordan de skal får i seg medisinene. Dette kan være hvordan de for eksempel teknisk ikke får til å bruke en inhalator. L10: *"Ja, hva er det de tar? For når det ligger en dame i sengen som åpenbart ikke klarer å ta noen inhalasjonsmedisiner selv, og fastlegen sier at hun bruker 5 stykker, da er det jo noe som er galt."* Det er ikke alle legene som tydeliggjør at de har klare rutiner hvis de har pasienter som ikke forstår hvordan de skal bruke legemidlene. En lege sier at han håper at det går bra når han gir skriftlig informasjon slik at pasienten har en oppskrift han kan følge. L7: *«... men du tenker sånn at hvis de har oppskrift så må de bare forholde seg til det og så håper du at det går bra. Tross av at du egentlig føler at de ikke har forstått det.»*

Legene mente at man kunne bruke annet helsepersonell til å gi pasientene informasjon og opplæring i bruk av medisinen. De mente at dette kanskje kunne bedre de dårlige resultatene Norge fikk i Commonwealth Fund undersøkelsen. L2: *"Det er ikke alltid alt man trenger en leges kompetanse for å forklare pasienten hvordan de skal bruke, for eksempel når jeg var på lunge så hadde vi en farmasøyt som snakket med pasienten angående inhalasjonsbruk, det var en kjempegod hjelp".* L9: *«Ja, det er jo mange ting som kan gjøres av sykepleiere. De har jo veldig god oversikt over medikamenter og hvordan de skal brukes.»* Mens en annen lege mente at fokusområdene måtte konkretiseres tydelig og følges opp i etterkant for å se om ting endrer seg.

### **3.2.4 Informasjon mellom omsorgsnivåene**

Legene sender skriftlig informasjon (epikrise) til neste behandlingsledd og har kun i sjeldne tilfeller muntlig kommunikasjon med dem. L10: *"Det er bare hvis det er noe spesiell beskjed som må overbringes, eller de ringer inn selv, fastlege eller hjemmesykepleien. Ellers er det ikke noe rutine på muntlig overlevering."* Skriftlige informasjon til neste behandlingsledd har ikke så utfyllende informasjon om legemidlene som den pasienten får. Legene mener at neste behandlingsledd er helsepersonell og man går ut i fra at de har kunnskap om legemidlene. L2:

*«Så det forstås at neste ledd i den legemiddelhåndteringen at de forstår hvorfor pasienten bruker dette her og hva slags bivirkninger man kan forvente av den medisinen her.»*

Legene er usikre på hva fastlegene mener om epikrisene og ønsker seg en tilbakemelding fra dem. L2: *"Det er veldig vanskelig. Det lurer jeg på selv også. Her kunne det være ønskelig med en tilbakemelding"* og videre sier den samme legen: *"Men da må fastlegen komme på bane for å vite, vi kan ikke bestemme selv hva som er det beste å skrive i en epikrise fordi vi må vite hva fastlegen trenger å vite om det aktuelle oppholdet"*. Legene tror at fastlegene har det travelt så epikrisene bør være korte, konsise og oversiktlig slik at de er lettlest. Legene mener det må komme tydelig frem i epikrisen hva som har skjedd under sykehusoppholdet med en tydelig plan for hva fastlegene skal følge opp etter utskrivelse. De fleste legene mener legemiddelbehandling og videre oppfølging er grunnsteinene som alltid bør være med i epikrisene. L2: *«Epikrisene må være litt kortere. Å være litt mer ja, oversiktlig. Og da er det legemiddelbehandling som er det viktigste, og videre oppfølging. Det er disse to grunnsteinene som skal ligge i epikrisen, alt annet man kan forkorte.»* Samtidig kommer det frem at de mener de kan bli flinkere til å grunngi de endringene som er gjort i løpet av sykehusoppholdet. L4: *"Det som jeg og sikkert mange andre kan bli flinkere til er å grunngi litt mer de endringene som er blitt gjort"*.

Noen leger mener at det skorter på oppfølgingen hvis det ikke spesifiseres konkret til både pasienten og fastlegen at pasienten skal inn til kontroll og at fastlegen må seponere legemidlet dersom pasienten ikke får effekt av det. L5: *«Hvis vi gir en del medisiner som gis i en tidsbegrenset periode så enten ta de inn til kontroll eller sende de til fastlege f.eks. og da må man presisere til både pasienten og fastlege, og at det er et poeng å evaluere det. Av og til må man skrive så direkte at man faktisk må seponere dersom det ikke er effekt. Hvis ikke så blir det ikke gjort.»* En sykehuslege mener det handler om kommunikasjon og informasjon på ulike nivå. Legen forteller at i noen land har sykepleiere ansvar for å følge opp pasienten i etterkant av utskrivningen fra sykehuset ved at de organiserer første oppfølgingstime hos fastlegen, og kontaktet pasienten i etterkant av utskrivningen for å høre hvordan det gikk. Dette er ikke noe vi har tradisjon for i Norge, og legen tenker på at man her bare sender pasientene ut etter en kort samtale og så håper at pasienten klarer å følge opp det nødvendige. L10: *«Så jeg syns det er interessant egentlig det, for nå slipper vi de egentlig bare ut med en 5-minutters samtale og håper at det går bra. Og så håper vi at de forstår at de skal lese den skriftlige informasjonen, og bestiller time hos legen igjen om to uker for kontroll av*

nyrefunksjonen. Så jeg ser at kanskje vi må være, kanskje vi bør prøve å ta mer ansvar for oppfølgingen da. Vært fall første gang de skal til oppfølging da.» Et hjertesukk fra en av legene er at fastlegen må oppdatere pasientens legemiddelliste når de mottar epikrisen. Legen sier at de ved noen re-innleggelse opplever at pasienter kommer inn med samme liste som de fikk ved den første innleggelsen og at listen ikke er oppdatert. L10: *Og så hadde det vært fint om alle fastlegene oppdaterte medisinalistene sine når de fikk informasjon inn. For det gjøres ikke. Så neste gang de blir innlagt så kommer det inne en ny henvisning med samme listen som forrige gang, og så har du endret noe ved den innleggelsen. Det skjer hele tiden det.»*

### **3.2.5 E-kurve og nasjonal kjernejournal**

De fleste av legene mener at systemet har stort forbedrings potensiel. L5: *«Jeg tror det er store forbedringspotensialer i våre journalsystem på systemnivå.»* Og L5: *«det er særlig på systemnivå hvor det mangler mye på at vi har gode system i dag.»* En lege trekker frem at hele journalsystemet har behov for forbedringer og at det er flere plasser i systemet det er mange muligheter for at det skjer feil i forhold til blant annet legemidler. De mener at om noe blir gjort med alle disse tingene vil de kunne ha stor betydning for pasientsikkerheten og for samarbeidet mellom omsorgsnivåene. Systemene bør være gode og brukervennlige slik at det letter det daglige arbeidet. Flere leger uttrykker frustrasjon fordi det er så mange ulike legemiddellister og at man ikke har en felles database med nødvendig informasjon om legemidlene. En lege uttrykker at han syns det er trasig å jobbe i et system hvor det forekommer så mye feil med medisineringsen. L5: *«... det er jo litt sånn trasig å jobbe i et system der du vet at det foregår sånne feil da».*

#### **E-kurve**

Legene ved Ålesund sjukehus har deltatt i en e-kurve pilot. Legene mente at prinsippet og tanken bak e-kurve var bra fordi at legemidler som ble ført inn i kurven hang med til utskrivelse og det gjorde det enkelt å lage en legemiddelliste. L2: *«Og det var veldig kjekt å få den e-kurven som fulgte med pasienten, så når jeg skulle skrive ut pasienten så hadde jeg listen allerede lagt inn».* Men samtidig mente de at den tabellen som kom ut var uoversiktlig for pasienten. L1: *«Problemet var jo at tabellen som pasientene fikk ut var uforståelig.»* Legene brukte mye tid til å redigere innholdet i tabellen slik at det skulle bli forståelig. L1: *«Det tok jo lengre tid på grunn av at det var så mye trøbbel med e-kurve, fordi at tabellene ble uforståelige og drev du og prøvde å fikse på for at det skulle bli mer forståelig.»* Legene

som hadde deltatt i e-kurvepiloten hadde tydelige meninger om at e-kurven var veldig tidkrevende og gikk ut over andre arbeidsoppgaver. L4: *«Det ene er, legene tror jo med en gang de hører automatisering at det er tidsbesparing, tvert imot. Det var jo et stort, stort tidssluk for oss da, uten tvil.»* En lege sier at e-kurven skulle bidra til pasientsikkerhet, men at det ble langt fra pasientsikkert når det gikk ut over tiden man hadde med pasientene. L5: *«Det er ikke sånn, hvis du stjeler all tiden til de på gulvet med å spille dette kortet ditt, så vil de jo ikke se disse pasientene vi skal være så sikre for da. Og det var jo nettopp det som skjedde på den første runden, at det var et system som i seg selv krevde så ekstrem med tid.»*

Legene ved St. Olav som ikke hadde prøvd e-kurven hadde tro på at det kunne gi en nøyere ordinerings. L10: *Jeg har troen på at det kan lette arbeidet, men først og fremst kanskje få ned antall overføringsfeil.»* De mente og at det var en fordel at kurven ble lettere tilgjengelig når de hadde behov for den. L9: *«... kanskje det kunne hjulpet oss slik at vi slipper å vente på kurver og sånn til sykepleieren er ferdig med den.»*

### **Kjernejournal**

Legene ved St. Olavs hospital er med i piloteringen av nasjonale kjernejournalen. Legene har ulike meninger om nytten av kjernejournalen. Noen leger mente det var nyttig å hente informasjon om en pasients legemidler når de ikke kunne redegjøre for det selv. L6: *«... jeg ser for meg at det er nyttig hvor de kommer inn på sykehus og ikke kan gjøre ordentlig rede for hva de bruker og ikke har noen fullstendig medisinaliste»,* men samtidig uttrykker de frustrasjon over at den kun inneholder informasjon om legemidler hentet ut ved norsk apotek. Legene mener at opplysninger om eventuelle endringer som er gjort av fastlege ikke alltid vil komme frem. L7: *«... den er jo latterlig fordi du bare kan se hvilke medikamenter som er tatt ut ved norske apotek, ikke sant. Du kan ikke se om de er blitt seponert, om de er startet, blir de oppgradert, nye doseringer.»* Noen leger tenker på om alle som har tilgang på kjernejournalene bør ha muligheten til å se alle legemidlene pasienten bruker. L8: *«Jeg vet ikke om for eksempel hvis man får mye Sobril til fastlegen om vi skal vite det. Det er veldig mange som har behandlingsansvar fysioterapeuter, sykepleiere, sosionomer og hjemmeambulerende team. Så det er ikke noen hemninger med hvem som, hva som er relevant å vite.»* En lege som ikke hadde brukt kjernejournalen hadde tro på at den kunne gi både pasientsikkerhet, tids- og kommunikasjonsgevinster når den ble tatt i bruk.





## 4 Diskusjon

### 4.1 Kvalitet i epikriser og pasientorientering

Funnene i denne studien sier at innføringen av den standardiserte malen hadde ingen innvirkning på kvaliteten i verken epikriser eller pasientorienteringer. Dette funnet samsvarer ikke med en studie gjennomført ved Lund sykehus i Sverige hvor de benyttet seg av en mal til utskrivningsinformasjonen som reduserte legemiddelfeil (16). En standardisert mal kan fungere som en huskeliste slik at legene husker å notere viktig informasjon om legemidlene. Det kan være ulikt hvor mye informasjon legene velger å skrive i epikriser og pasientorienteringer. En standardisert mal kan være med på å gjøre slik at legene gir tilnærmet lik informasjon til alle pasienter ved utskrivning, så fremt legene velger å følge malen. Legene opparbeidet seg rutiner for hvordan de utførte jobben sin. Den kunnskapen man bruker i yrkesutøvelsen kommer ofte med bakgrunn fra utdanning, personlig erfaring, tradisjon eller ny kunnskap og kan gjøre at like arbeidsoppgaver utføres ulikt (17).

Ved gjennomgang av epikriser og pasientorienteringer så jeg at legene stort sett brukte den standardiserte malen når de skrev epikriser og pasientorienteringer, men at de ikke nødvendigvis fylte inn mer informasjon enn før innføringen av malen. Dette kan komme av at det ikke var gitt god nok opplæring eller satt nok fokus på at malen skulle følges. For å oppnå ønsket resultat ved innføring av nye tiltak er det viktig at det gis god opplæring i hvordan arbeidsoppgaven skal utføres (17). I en kvalitetsforbedringsprosess er det viktig å kartlegge hva man ønsker å oppnå og hvordan man skal oppnå målet (63). Det må legges til rette for at deltakerne har den kunnskapen og de nødvendige ressursene tilgjengelig for å utføre jobben i henhold til de nye tiltakene (17). Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må jobbes med hele tiden (63). Det at legene ikke fylte ut legemiddellisten i henhold til mal og prosedyrer kan indikere at den ikke var blitt godt nok implementert blant de ansatte.

Periode fem oppnådde høyere poengsum enn de andre periodene både hos epikriser og pasientorienteringer. Dette kommer av at legemiddellisten i perioden fem ble generert fra e-kurven. Ved generering av legemiddelliste fra e-kurven behøvde man ikke å føre legemiddellisten manuelt, og unngikk på den måten mulighetene for overføringsfeil og at legemidler ble avglemt når legemiddellisten ble skrevet. Legemiddellister generert fra e-kurven gjorde videre at regnskapet gikk opp. Bruk av e-kurve ga korrekt salgsnavn fordi en valgte legemiddel ut fra en liste når man førte de inn i e-kurven. E-kurven anga også

automatisk generisk navn til alle legemidlene på listen. Alle disse fordelene med e-kurven var med på å gi høyere poengsum i vurderingen av kvalitet på legemiddelinformasjonen enn når informasjonen måtte føres manuelt. E-kurven hadde støtte til forordning og administrering av legemidler, håndtering av LVI og LVU og var på den måten med på å gi en sikrere legemiddelhåndtering (1), og ga bedre kvalitet av legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer.

Ved bruk av SPC kunne man se hvordan kvaliteten i epikrisene og pasientorienteringene endret seg over tid. Det var liten forskjell i poengsum for epikriser de fire første periodene noe som indikerte at det ikke skjedde noen forandringer i prosessen. Tilsvarende var det for pasientorienteringer.

I periode fem fant en i SPC diagrammet tilfeller av spesiell variasjon hos både epikriser og pasientorienteringer. Ved nærmere ettersyn av disse punktene viste det seg at legene som hadde skrevet epikrisene hadde ført legemiddellisten manuelt og ikke brukt tabellen som ble generert fra e-kurven. Dette var og tilfelle i pasientorienteringene i tillegg til at det var brukt et gammelt oppsett. Heller ikke her var legemiddellisten generert fra e-kurven brukt. I disse tilfellene fikk både epikrisen og pasientorienteringen lavere poengsum enn i de tilfellene hvor legemiddellistene fra e-kurven var brukt.

Resultatene viste at utviklingen av pasientorienteringene var veldig lik utviklingen for epikrisene. Jevnt over lå pasientorienteringene noe høyere i gjennomsnittlig poengsum i alle periodene. Noe som kan tilsi at pasientorienteringen inneholdt litt mer informasjon om legemidlene enn det epikrisen gjorde. Det kan være legene legger vekt på at pasientene har behov for grundigere informasjon om legemidlene enn det f.eks. fastlegen eller annet helsepersonell har.

Epikrisene er i mange tilfeller den eneste kommunikasjon om en pasients legemiddelbruk mellom leger. Med bakgrunn i dette er det viktig at den har god kvalitet (13). Det er likevel vanskelig å sette en klar poenggrense for når epikrisen og pasientorienteringen er av god kvalitet. Det kan være at hvilke informasjonselementer som ga poengscore for var mer vesentlig enn den totale poengsummen. Det kan f.eks. vurderes som viktigere at regnskapet går opp og at doseringen er riktig enn at generisk navn er ført opp. Hvis vi hadde satt en grense for god og dårlig kvalitet kunne epikrisene og pasientorienteringene oppnådd god

kvalitet selv om regnskapet ikke gikk opp. I veilederen sier jeg at selv om regnskapet ikke går opp vurderes de legemidlene som er oppført på listen videre etter skåringstabellen. Vi fant mangler i både epikriser og pasientorienteringer som kunne føre til feilbruk av legemidlene. Kompleksiteten gjorde det vanskelig å vurdere om epikrisene hadde god kvalitet eller ikke ved hjelp av en grenseverdi.

Det er ikke funnet andre studier med samme innfallsvinkel som denne studien. Bergkvist et al har gjennomført en studie som viste at kun 46 av 172 utskrivningssammendrag ble ansett som komplett og korrekt utfylt. Sjekklisten som ble brukt i deres studie inneholdt noen av de samme kriteriene som skåringsverktøyet til pasientsikkerhetsprogrammet hadde (44). Denne studien viste og at legemiddellistene ikke var komplett i henhold til de kravene de ble evaluert etter.

## **4.2 Vurdering av skåringstabellen**

Veilederen som fulgte med skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet opplevdes som utilstrekkelig. Ved flere anledninger oppsto det spørsmål knyttet til hvordan man skulle vurdere de ulike punktene. For at ulike personer skulle kunne vurdere epikriser og pasientorienteringer så gjennomgående likt som mulig ble det utarbeidet en egen veileder til den reviderte skåringstabellen for denne studien (figur 2.2). I veilederen var vi nødt til å sette klare grenser for når det skulle gis poeng. Revideringen av skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet medførte at riktig salgsnavn, riktig dosering, riktig kategori, riktig generisk navn og riktig indikasjon skulle være angitt. Jeg vurderte videre at det var viktig at informasjonen i epikrise og pasientorientering var riktig i forhold til innkomstjournal og legemiddelkurve. I en pasientorientering var det anført feil styrke på legemidlet i forhold til det som var anført i legemiddelkurven. I et annet tilfelle var det skrevet feil dosering. Dersom skåringskriteriet ikke var blitt endret til «*er riktig dosering angitt?*» hadde pasientorienteringen fått poeng selv med feil dosering. På samme måte ble salgsnavn, generisk navn, dosering, kategori og indikasjon vurdert som viktig. Det var ikke alle innkomstjournaler som hadde komplett legemiddelliste oppført. I disse tilfellene tok en utgangspunkt i informasjonen som sto på legemiddelkurven. På legemiddelkurven kom det i de fleste tilfellene frem om legemidlene var startet opp på sykehuset, seponert eller om dosen var endret under oppholdet.

Informasjon om kilden er en annen ting som er viktig at angis i epikriser. Dette gir blant annet fastlegen mulighet til å vurdere utgangspunktet for legemiddellisten og dermed hvor mye tillit han eller hun skal knytte til informasjonen.

Det ble vurdert at det var viktig at regnskapet gikk opp for både faste medisiner og behovsmedisiner. Selv om behovsmedisiner benyttes i ulik grad er det viktig at pasienten vet at de kan benyttes og i hvilken grad de fortsatt kan benyttes. At regnskapet går opp er viktig for at pasient eller neste behandlingsledd har komplett informasjon om legemidlene som skal brukes.

At riktig salgsnavn var anført i legemiddelinformasjonen anses som viktig slik at både neste behandlingsledd og pasient får riktig informasjon om hvilket legemiddel pasienten skal bruke. Dersom legene skriver feil salgsnavn i legemiddellisten i epikriser og pasientorienteringer kan det føre til at f.eks. fastlegen foreskriver feil legemiddel til pasienten.

Generisk navn skulle være angitt for hvert legemiddel. Vi valgte å gi to poeng hvis generisk navn sto oppført i tillegg til salgsnavn hos alle legemidlene. Dersom dette bare var angitt hos noen legemidler ble det bare gitt ett poeng. Dersom salgsnavnet var et generisk navn ble det gitt poeng både for salgsnavn og generisk navn. Generisk navn er et identifiserende navn på legemidlet. Flere legemidler har salgsnavn som ikke er likt det generiske navnet og angir på den måten ikke hvilken gruppe legemidlet tilhører. For helsepersonell kan det være lettere å identifisere legemidlet når generisk navn er angitt. Det var ikke angitt i den standardiserte malen eller i prosedyrene til Ålesund sjukehus at generisk navn skulle føres opp. Det kan derfor diskuteres om det var riktig å gi poeng slik fordi de fleste epikriser og pasientorienteringer inneholdt kun salgsnavn. Isteden kunne vi valgt å gi poeng dersom generisk navn var oppført i tillegg til salgsnavn uavhengig om salgsnavn og generisk navn var likt.

Det er helt essensielt at doseringen angis i både epikrise og pasientorientering da det anses som viktige opplysninger til både neste behandlingsledd og pasient. Under evalueringen så jeg i noen tilfeller at det var oppført ulik dosering i legemiddelkurven, epikriser og pasientorienteringer. Dette kan komme som en følge av at legen ved utskrivning bestemte seg for å gjøre endringer med legemidlene som da ikke ble dokumenterte i kurven siden pasienten skulle skrives ut. Dermed ville heller ikke kurven og legemiddellisten i

utskrivningsinformasjonen være like. I slike tilfeller er det egentlig ikke en feil, men en udokumentert tilsiktet handling som vil påvirke poengsummen. Ved bruk av e-kurven måtte man gjøre endringene inne i legemiddelkurven før man genererte legemiddellisten og dermed oppsto ikke dette problemet i e-kurve genererte legemiddellister. I noen tilfeller kunne man se at det var ført inn ulik dosering i epikriser og pasientorienteringer på lister skrevet manuelt. Dette kan føre til forvirring og feilbruk av legemidlene.

Indikasjon kunne være angitt i fritekstnotat eller være angitt i legemiddellisten i epikriser og pasientorienteringer. Det var et krav at indikasjonen var knyttet direkte til et legemiddel for at det skulle bli gitt poeng. Indikasjon er viktig informasjon for at både pasient og annet helsepersonell skal få kjennskap til hvorfor legemidlet brukes.

Kategoriene «som før», «nytt», «endret», «kur» og «seponert» er med på å angi endringene som har skjedd med legemidlene under oppholdet. Dette kan gjøre det lettere for både fastlegen, annet helsepersonell og pasienten å se og forstå de endringene som er gjort og være med på å føre til riktig bruk av legemidlene. Ved angivelse av kategoriene ser en tydelig hva som er endret og hva som er likt som før.

I epikrisene og pasientorienteringene fant jeg feil som ikke ble fanget opp av skåringsverktøyet.

Der det i utskrivningsinformasjonen manglet legemidler på listen, og det kom tydelig frem at det var feil ga det kun trekk i poeng for at regnskapet ikke gikk opp. Feilen ble ikke dratt med videre slik at det var legemidlene som sto på listen som ble vurdert i forhold til salgsnavn, generisk navn, dosering, endringer, indikasjon og kategori. Dette gjorde at utskrivningsinformasjonen kunne oppnå høy poengsum selv om den inneholdt feil som kunne vært med på å føre til feilbruk av legemidlene. Dette er en svakhet med skåringsverktøyet.

En annen svakhet i skåringsverktøyet er at det ikke evaluerer angivelse av administrasjonsform. Administrasjonsformen kan være viktig å angi siden flere legemidler fins i ulike administrasjonsformer som f.eks. tabletter, stikkpiller, mikstur og injeksjon. For å sikre at denne legemiddelinformasjonen blir korrekt og ikke kan mistolkes burde administrasjonsformen vært anført for hvert legemiddel.

Slik som skåringsverktøyet er i dag er det ikke en god nok indikator på epikrisekvaliteten. Som tidligere nevnt kan legemiddellister som inneholder mangler likevel oppnå høy poengsum. Veilederen for denne studien ble laget med tanke på at andre som evaluerte epikriser og pasientorienteringer skulle gjøre lik vurdering. Selv med veilederen ble noen epikrisene og pasientorienteringene vurdert ulikt noe som viste at veilederen fortsatt hadde rom for tolkninger. Resultatet er ganske likt det resultatet Wathne fikk i forbindelse med bruk av skåringsverktøyet i sin masteroppgave utført ved Haukeland universitetssykehus. Hun mente likevel at skåringsverktøyet hadde god validitet og oppnådde noe bedre samstemthet mellom personene som evaluerte epikriser enn jeg gjorde (61). Hall og kollegaer viste i en studie at evalueringen gjort av sykehusleger og allmennleger ga tydelig forskjell i vurderingen på noen kriterier som skulle vurderes (73). Dette er med på å underbygge at ulike personer har ulike måter å tenke og vurdere ting på, og det kan derfor diskuteres hvor eksakt en veileder bør være for at det ikke skal være rom for personlige tolkninger.

### **4.3 Legers mening om legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer**

#### **Arbeidsprosessen med å lage legemiddelliste**

Det kommer frem i denne studien at sykehuslegene mener legemiddellistene som kommer fra hjemmesykepleien er mer pålitelig enn listene som kommer fra fastlegen. Dette stemmer overens med hva litteraturen sier om dette, og at det er grunnlag for bekymring over kvaliteten i legemiddellistene til pasienten (25, 26, 29). I en studie viste Rognstad og kollega at det ikke samsvar mellom fastlegenes og hjemmesykepleiens liste over faste medisiner for over 60 % av pasientene (28). Fastlegen har ikke alltid full oversikt over pasientenes faste medisiner (28, 29) selv om fastlegen i følge fastlegeforskriften skal oppdatere legemiddellisten når pasientens legemidler endres (39). Pasientsikkerhetsprogrammet har og fokus på at fastleger skal samstemme, oppdatere og utlevere legemiddelliste til alle pasienter (9). Betydningen samstemmingen kan ha på legemiddelbruken diskuteres under avsnittet om kvalitet i informasjonen litt lengre ned.

Legemiddellisten som ble skrevet i epikriser og pasientorienteringer var som regel utarbeidet fra innkomstjournal, endringer dokumentert i journalen og legemiddelkurven. Legene sa at endringene ikke alltid var dokumentert i journalen, men at de fant informasjonen i legemiddelkurven. Det er vist i en studie at kun 7 % av kurvene var helt korrekt, og at dermed

93 % av kurvene hadde avvik med varierende grad av skaderisiko for pasienten (7). Meldesentralen antyder at feil i legemiddelbruken kunne komme som følge av blant annet feil ordinasjon fra legen eller feil kurveføring (74). Endringer med legemidlene som ikke blir dokumentert i journalen kan gjøre at viktig informasjon ikke formidles videre, men forblir hos den personen som foretok endringene. Det er viktig for andre leger som er i kontakt med pasienten at all vesentlig informasjon dokumenteres i journalen slik at det kan finnes igjen ved behov. Det kan være en ide å dokumentere alt i journalen slik at alle som har behov for opplysningene kan gjenfinne dette i pasientens journal. Dette er en kilde til at pasienten eller annet helsepersonell kan få feil informasjon om legemidlene. Mangel på dokumentasjon i journalen eller feil i legemiddelkurvene er med på å kunne føre til feilbruk av legemidler.

### **Kvalitet i informasjonen**

Legene mente samstemming av pasientens legemiddelliste ved innleggelse hadde betydning for at legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer fikk god kvalitet. Med lister som ikke var samstemt sa de at det fort kunne oppstå feil i medisineringsen både underveis i oppholdet og etter utskrivelsen. Denne antakelsen er bekreftet i en review-artikkel som viste at samstemte lister gjorde det lettere for legene å lage en korrekt medisinliste og bidro til riktig legemiddelliste ved utskrivelse fra sykehus (45). Flere studier viser at samstemming fører til at feilfrekvensen blir lavere (40, 41).

Under intervjuene uttalte legene at de måtte stole på at lister som var signert for samstemming var samstemt og at kollegaene hadde gjort jobben sin. Leger fra både Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital snakket under intervjuene om viktigheten av at pasientens legemidler ble samstemt. En studie gjennomført ved Ålesund sjukehus viste at selv etter tiltak for å forbedre prosedyren for opptak av legemiddelanamnese var det fortsatt stor andel feil i legemidlene (48). Masteroppgaven til Torill Kleppe fra 2013 viste at legemiddelsamstemmingen ved sykehuset i Ålesund bar preg av at den ikke var godt nok implementert. Kun til 8,5 % av pasientene var det dokumentert i journalen at samstemmingen var utført (64).

I en amerikansk studie kom de frem til at diagnose, legemidler ved utskrivelse og oppfølging var blant det viktigste som burde stå i epikriser. De viste og til at kvaliteten i epikrisen ble dårligere når epikrisen ble lang og at et strukturert format økte kvaliteten på epikrisene (56). Dette stemmer ganske bra med det legene sa under intervjuene. De mente det viktigste innholdet som burde være i epikrisen var en korrekt legemiddelliste, endringer og videre

oppfølging. Videre sa de også at epikrisene burde være korte og konsise, noe som de får støtte av i den amerikanske studien som mente det ga bedre kvalitet. Den amerikanske studien sa at kvaliteten økte ved bruk av et strukturert format. En standardiser mal kan være et nyttig verktøy for å huske den informasjonen som bør stå i pasientorienteringer og epikriser.

Leger ved både Ålesund sjukehus og St. Olavs Hospital informerte om at epikrisene skulle være sendt ut innen 1 uke, men helst innen 72 timer. Hall og kollegaer påpeker at det er ikke bare hvor fort epikrisen sendes ut som er viktig, men også innholdet i epikrisene (73). Slik det er i dag er det lite kommunikasjon mellom sykehusleger og fastleger. Hovedsakelig foregår denne kommunikasjonen som nevnt tidligere via epikrisen noe som tilsier at den burde ha god kvalitet for at fastlegene skal få den informasjonen som er nødvendig.

### **Kommunikasjon ved utskrivelse**

På sykehusene møter legene ulike pasientgrupper med ulikt informasjonsbehov. Spesielt viktig mente legene det var å informere pasientene som styrte medisinene sine selv eller pårørende hvis det var de som hadde ansvaret for pasientens medisiner. Legene gikk hovedsakelig gjennom de nye medisinene og endringer som var gjort med pasienten. Det var tvil blant legene om pårørende som styrer medisinen fikk god nok informasjon når pasienten ble skrevet ut fra sykehuset. Det kom frem at de egentlig ikke hadde et godt opplegg for å sørge for god nok informasjon til pårørende. Legene har travle arbeidsdager og begrenset tid til samtale med pasienter. I Commonwealth-undersøkelsen fra 2013 viste det seg at pasientene ønsket mer informasjon om legemidler (18). Dette viste og en undersøkelse som var gjennomført blant eldre (75). Legene mente det kunne være nyttig og brukt annet helsepersonell som sykepleiere eller farmasøyter som kunne gitt informasjon og opplæring til pasientene. Man kunne nok hatt god nytte av og tatt i bruk annet helsepersonell som sykepleier eller farmasøyt ved utskrivning. Et tverrfaglig samarbeid har vist seg å gi gode resultater i forhold til legemiddelfeil (76-78). Ved Levanger sykehus har farmasøyter skrevet ut medisinkort som pasientene får ved utskrivelse. Dette førte til at pasientene følte de fikk god informasjon om virkning og bivirkning (79).

Legene sa de var klar over at pasientene ofte ikke klarte å ta til seg all informasjonen som ble gitt muntlig ved utskrivelse, og at de derfor prøver å lage en god skriftlig informasjon. Hvis pasientene glemte noe som ble sagt fikk de en skriftlig informasjon med de samme opplysningene i tillegg. Studier viser at pasientene ofte glemmer mye av den muntlige



informasjonen som blir gitt ved utskrivelse (75, 80), og at skriftlig informasjon kombinert med muntlig informasjon er nyttig (81). Det kan være fornuftig av legene å holde fokus på de nye legemidlene pasienten har startet med under innleggelsen og andre endringer i legemidlene i utskrivningssamtalen.

Etter utskrivelse er det ofte ulike legemiddelrelaterte ting som må følges opp under kontroll hos fastlegen. Det er ingen som følger opp at pasienten bestiller seg time til fastlegen. Legene sa at de ga informasjon om det og måtte bare håpe at pasienten klarte å følge det opp selv, eller fikk hjelp til det. En lege nevnte det var vanlig i noen land at pasienten fikk hjelp av sykepleiere til å organisere første oppfølgingstime etter utskrivelse. Dette kunne det vært interessant og vurdert nyttiligheten av i Norge. En del pasienter kunne nok hatt behov for hjelp til å organisere oppfølgingstime til fastlegen, og eventuelt en oppfølgingssamtale etter utskrivelse hvor man forhørte seg om hvordan det gikk med pasienten.

I tillegg til å legge vekt på de nye medisinene og de endringene som hadde skjedd prøvde noen leger i tillegg å informere om hvorfor de skulle bruke medisinen og hva de kunne forvente i forhold til virkning og bivirkninger, samt hvordan de skulle forholde seg til eventuelle bivirkninger. Flere leger mente at det var viktig å poengtere at pasientene måtte følge legemiddellisten de fikk ved utskrivelse og bruke medisinen som anvist. Dette til tross for at studier viser at legemiddellistene i utskrivningsinformasjonen har mangler (27, 59). Det er viktig at legene legger fokus på de viktige tingene i den muntlige informasjonen og åpner for at pasienten kan stille spørsmål ved behov. Samtidig er det viktig som flere av legene har nevnt at pasientene får en god skriftlig informasjon med tanke på at det kan være vanskelig for pasientene å huske alt de får muntlig informasjon om. Det er da viktig at informasjonen i den skriftlige informasjonen kvalitets sjekkes grundig før den utleveres til pasienten.

Noen av legene ser ut til å være oppmerksomme på at de muligens overvurderer hva pasientene vet om egen helse og legemidler. Katz et al. så i sin studie at legene overvurdere pasientenes forståelse og muligens ikke ga pasientene nok muligheter til å stille spørsmål under samtalen (82). Legene i denne studien trekker frem at de har det travelt. Blant annet mente de at papirarbeid tok mye tid og kunne gå ut over den tiden de hadde til samtale med pasienten. Alle legene hadde samtale med pasientene, men det var ulikt hva og hvor mye de gikk gjennom med pasienten før de ble utskrevet. Flere leger prøvde å være oppmerksomme i forhold til hva pasientene oppfattet og samarbeidet med sykepleierne på avdelingen for å

vurdere om pasienten hadde behov for hjemmetjeneste. Det ble tatt opp med pasienten og tilpasset pasientens meninger. Hvor godt dette følges opp av fastlege etter utskrivelse fra sykehuset er usikkert. Pasienten har gjennom pasientrettighetsloven rett til å medvirke i helsetjenestene og være med på de valgene som tas, men må sees i sammenheng med pasientens mulighet til å medvirke (62).

### **Informasjon mellom omsorgsnivåene**

Ut fra intervjuene er inntrykket at det er lite muntlig kommunikasjon mellom omsorgsnivåene. Stort sett er det skriftlig enveis-kommunikasjon fra sykehuset til annet helsepersonell. Listen som går til annet helsepersonell har ikke så grundig informasjon om legemidlene som pasientorienteringene har. Dette kommer av at legene mener at informasjonen som er beregnet på helsepersonell skal ta høyde for at de har forståelse for hvorfor medisinen brukes og hva de kan forvente med tanke på bivirkninger. Myndighetene legger føringer for riktige legemiddelbruk gjennom ulike stortingsmeldinger hvor det er fokus på at kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell, pasient og andre aktører bør bli bedre (20). Med flere eldre pasienter og flere kroniske sammensatte sykdomstilstander kommer et økt behov for kommunikasjon og samhandling mellom omsorgsnivåene (22). Epikrisen sendes til helsepersonell med ulik utdanning som nok kan ha ulikt behov for informasjon og det kan derfor være nyttig med detaljert informasjon. Mangel på kommunikasjon mellom helsepersonell pasienters legemiddelforbruk ved skifte av omsorgsnivå er med på å gi dårlig samsvar mellom listene hos fastlege, hjemmetjeneste og sykehus (28, 29). Det er behov for et mer samarbeidende datasystem som gir en bedre informasjonsoverføringen mellom omsorgsnivåene.

Sykehuslegene hadde et stort ønske om at fastlegene måtte oppdatere legemiddellistene etter at pasienten hadde vært innlagt på sykehuset. De opplevde at pasienter som ble lagt inn på nytt kom inn med samme liste som ved første innleggelse, og endringen som var gjort på sykehuset ikke var oppdatert i den nye listen de fikk fra fastlegen. Dette så man også i en norsk studie hvor kun tre av ni leger oppdaterte legemiddellisten i journalen ved mottak av epikrise fra sykehuset (29). Fastlegen har ikke alltid full oversikt over pasientenes faste medisiner (28, 29) selv om fastlegen i følge fastlegeforskriften skulle ha oppdatert legemiddellisten når det var gjort endringer med pasientens legemidler (39). Pasientsikkerhetsprogrammet har og fokus på at fastleger skal samstemme, oppdatere og utlevere legemiddelliste til alle pasienter (9).

## **Systemnivå**

Generelt mener legene at det er et stort behov for forbedringer i journalsystemet deres. De mener at forbedringene vil ha en positiv effekt i forhold til pasientsikkerhet og samarbeids mellom omsorgsnivåene. Det er ulike meninger blant legene om hvorvidt de er fornøyd med den teknologien man har i dag. Myndighetene har som mål å få bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk ved hjelp av gode datasystem (21).

Legene som hadde benyttet e-kurven uttrykte å ha en høyere forventning til e-kurven enn de opplevelsene den ga dem. Legemiddellistene de fikk ut hadde behov for redigering fordi legene mente de var uoversiktlige. De så nytten av å bruke e-kurven, men samtidig var det et system som var tidkrevende i bruk. Legene som ikke hadde prøvd e-kurven hadde tiltro til at den kunne være med å minske overføringsfeilene, men påpekte at den ikke måtte være for tidkrevende. Ved bruk av e-kurven falt det manuelle regnskapet bort og man fikk generert legemiddellisten fra e-kurven. Korrekte legemiddellister er avhengig av at legene fører inn korrekte opplysninger i e-kurven. Når man innfører et verktøy som skal være et hjelpemiddel må de ikke gjøre arbeidshverdagen til de som skal bruke det vanskeligere. Å ha et system som tar mer tid av legens arbeidshverdag i en allerede travel hverdag vil ikke føre til at det føles som et hjelpemiddel. Selv om e-kurven var ment som et verktøy for å bedre pasientsikkerheten hadde den en negativ innvirkning på tiden legene kunne brukt til f.eks. samtale med pasientene. Potensialet som ligger i e-kurven er stort i forhold til å unngå overføringsfeil når legemiddellistene skal skrives. I tillegg vil det gjøre kurven lettere tilgjengelig for helsepersonell.

Forventningene til nasjonal kjernejournal og informasjonen de kan få fra den er stor blant noen leger. Samtidig stiller de spørsmål til hvor mye informasjonen de skal ha mulighet til å se. Hvor skal man sette grensen for hvem som skal ha tilgang og ikke tilgang? Personvernloven er ment å beskytte at opplysninger om blant annet helseforhold ikke krenkes (31). Både myndighetene og datatilsynet mener at personvernet ivaretas med kjernejournalen. Pasienten har mulighet til å sperre hele eller deler av journalen hvis de ønsker det (5). Totalt sett virker dette som et skritt i riktig retning i forhold til samarbeidende mellom omsorgsnivåene. Men fortsatt er det mye igjen til helsevesenet får til et samarbeidende datasystem mellom de ulike aktørene. Myndighetenes ønske er et IKT-system som skal være med på å gi bedre samhandling og ressursbesparelser (21). I kjernejournalen blir opplysningene om legemidlene pasienten bruker hentet fra reseptregisteret. Leger har ikke

mulighet til å oppdatere legemiddellisten i kjernejournalen. Man vil ikke få tilgang til blant annet legemidler kjøpt i utlandet eller legemidler kjøpt uten resept. Kjernejournalen er hovedsakelig ment som et verktøy for rask og sikker tilgang til viktige helseopplysninger om pasienten i akuttsituasjoner (5). Ved innleggelse av pasienter på sykehuset må man hente inn opplysninger om legemidlene fra f.eks. pasienten selv, pårørende, sykehjem eller fastlegen. Legene ønsker at det skal finnes en felles medisinliste for behandlende helsepersonell som hele tiden er oppdatert. Kjernejournalen oppfyller delvis disse ønskene, men det er fortsatt en usikkerhet rundt om alle legemidlene i bruk er oppført på listen. Hvis fastlegen endrer dosering på et legemiddel vil ikke dette nødvendigvis vises i kjernejournalen. Av og til får pasientene kun muntlig informasjon om at de skal ta en tablett istedenfor to tabletter eller seponere et legemiddel. Selv om kjernejournalen ikke er optimal i forhold til en fullstendig oppdatert legemiddelliste til enhver tid inneholder den mye informasjon om legemidlene som kan være nyttig i akuttsituasjoner. Inntil man får «en innbygger en journal» er det viktig at sykehuset har gode rutiner for utarbeidelse av epikriser og pasientinformasjoner som har god kvalitet. Og at fastlegene oppdaterer sine legemiddellister når de mottar epikriser.

#### **4.4 Resultatene samlet**

Begge de to metodene belyser legemiddelinformasjon ved utskrivelse fra sykehus. Kvalitativ studie om epikrise- og pasientorienteringskvalitet viser hva dokumentene inneholder, mens intervjuene belyser hva legene tenker om kvalitet og innhold i utskrivningsinformasjonen.

Under evalueringen av epikriser og pasientorienteringer så man at disse inneholdt ulik grad av informasjon. Noen epikriser var bedre utfyllt enn andre. Flere leger i Ålesund sier i intervjuene at de har en standardisert mal som de bruker i utskrivningsinformasjonen. Med få unntak er den standardiserte malen alltid brukt etter innføringen, men det er noe ulik grad av mengde informasjon legen velger å fylle inn. Så selv om legene sier de har en mal og at de følger den fyller de ikke nødvendigvis inn alle punktene som står i malen. Legene ved St. Olavs hospital informerer ikke om at de bruker mal til legemiddelinformasjon.

Den kvalitative studien viser at pasientorienteringene har noe høyere gjennomsnittlig poengsum enn det epikrisene har. Under intervjuene med legene kom det fram at flere leger mente at det var viktigere med grundig informasjon om legemidlene i utskrivningsinformasjonen til pasienten (pasientorientering) enn til annet helsepersonell

(epikrise). Det man ser i den kvantitative studien samsvarer med det legene sier i den kvalitative studien.

Legene som hadde deltatt i e-kurvepiloten hadde dårlige erfaringer med tanke på tidsbruk og at tabellen med legemidler de fikk generert fra e-kurven hadde behov for redigering. Dette gjorde at de ikke følte det kom så mye høyre pasientsikkerhet ut av det. De mente at i en ellers travel hverdag gjorde den at de fikk enda mindre tid til samtale med pasientene. Noen leger hadde ikke tro på at e-kurven ville ha så mye å si i forhold til innhold i epikriser og pasientorienteringer. Den kvantitative evalueringen av kvalitet i legemiddelopplysningene i epikriser og pasientorienteringer viste at det skjedde positiv innholdsmessig endring ved bruk av e-kurven og legemiddellister generert fra e-kurven fikk signifikant høyere poengsum enn de foregående periodene, noe som tilsa at disse listene inneholdt mer informasjon enn de listene som var skrevet manuelt. Men selv om e-kurven ga bedre informasjon om legemidlene var det ugunstig å ha et system som krevde så mye tid av legene. Jeg tror absolutt at e-kurve vil være veldig nyttig med tanke på å få redusert feil i legemiddellistene, men at systemet må tilpasses og gjøres enklere for de som skal bruke det. E-kurven er avhengig av at riktig informasjon puttes inn slik som manuelle kurver er. En annen fordel med å bruke e-kurven var at endringer som hadde skjedd med medisinene og kom med slik at disse ikke ble utelatt. Legene måtte skrive begrunnelse for endringene selv.

## **4.5 Metodediskusjon**

I kvalitativ forskning legges det vekt på forståelse, mens det i kvantitativ forskning søkes forklaring. Gjennom kvalitativ forskning kan en forstå andre aspekter av det samme fenomenet enn de som forklares ved kvantitativ forskning (71). Denne oppgaven hadde kvantitativ og kvalitativ fremgangsmåte. I kvantitativ studie ble det gjennomført en journalgjennomgang hvor man så på innhold i epikriser og pasientorienteringer. Del 1 ga kvantitative målinger av prosessmålet. I den kvantitative delen (del 2) ønsket en å oppnå forståelse av temaet gjennom intervjuene.

### **Valg av setting**

Medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus ble valgt fordi denne avdelingen hadde innført standardisert mal for legemiddelinformasjon og pilotert en e-kurveoppløsning. Informantene fra St. Olavs hospital ble valgt fra avdelinger lik medisinsk avdeling i Ålesund sjukehus fordi vi

anså det som interessant å få kunnskap om hva leger som tilhørte samme type avdeling mente om legemiddelinformasjonen til pasienter og neste behandlingsledd.

### **Kvantitativ metode**

Valgte perioder i del 1 måtte velges ut i fra når intervensjonene ble innført. Periode 1, 3 og 4 ble valgt til sammenlignbare perioder, men periode 2 og 5 kunne man ikke få sammenlignbare perioder. Dette kom av at intervensjonene ble innført på ulike tidspunkt, i tillegg hadde e-kurvepiloten kun hadde en varighet på tre måneder. Det må tas høyde for at det kan være ulike leger på jobb i de ulike periodene. Noen leger jobber kanskje bare i perioder og turnusleger er der kun i en begrenset tidsperiode. Ulike leger kan gjøre lik jobb ulikt selv om de har prosedyrer og maler de skal følge.

Vi valgte å følge pasienter med hoveddiagnose hjertesykdom og lungesykdom for å kunne se på samme type pasientgruppe som hadde vært involvert i begge intervensjonene. I følge K. Enebakk hadde Ålesund sjukehus i 2010 seks medisinske avdelinger (medisinsk avdeling 1-6). Frem til mai 2012 var det ulike pasientgrupper på medisinsk avdeling 1, men fra mai 2012 ble medisinsk avdeling 1 for pasienter med hjerte- og lungesykdom. Den standardiserte malen som ble innført i 2010 ble innført på hele medisinsk avdeling (avdeling 1-6), mens e-kurvepiloten i 2013 kun ble gjennomført på medisinsk avdeling 1 (personlig kommunikasjon 21. august 2013). Med bakgrunn av dette valgte man å følge disse to hoveddiagnosene. Optimalt skulle man hatt sammenlignbare perioder ved innsamling av data. Dette lot seg ikke gjøre fordi intervensjonene hadde ulikt tidspunkt for oppstart og varighet.

Det ble hentet ut journaluttrekk fra 20 pasienter med hoveddiagnose lungesykdom og 20 pasienter med hoveddiagnose hjertesykdom i hver periode for å være sikker på at vi fikk nok data. Av de 40 uttrekkene ble det valgt ut 25 uttrekk som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Det ble brukt ca. likt antall uttrekk fra hver av hoveddiagnosene. Pasienter som døde i løpet av oppholdet ble ekskludert da det naturlig nok ikke forelå epikriser eller pasientorientering hos disse. Pasienter som ble flyttet til andre avdelinger ved Ålesund sjukehus ble og ekskludert da det ikke forelå epikrise eller pasientorientering hos disse. Uttrekkene ble tatt ut etter kronologisk rekkefølge fra første utskrevne pasient etter dato og klokkeslett i de valgte periodene.

I SPC bør en ha 20-30 datapunkter i en periode for å utføre testene. Færre enn 20 datapunkt gir større fare for at man ikke får med spesielle variasjoner. Med mer enn 30 datapunkt ville man fått økt fare for å finne spesiell variasjon på grunn av tilfeldigheter (10). I denne studien hadde pasientorienteringene 3 perioder med kun 17 og 18 datapunkt. Det betyr at resultatene har en usikkerhet i forhold til å fange opp naturlig og spesiell variasjon. Jeg mener likevel at resultatene er gyldig.

Analysen ble utført ved bruk av enveis variansanalyse. Analysen gir informasjon om det er ulikheter mellom periodene. Man valgte å gjennomføre en bonferroni-korreksjon når man skulle finne hvor forskjellen mellom periodene var. Bonferroni-korreksjon ble valgt fordi man ønsket å holde risikoen for Type I- feil konstant. Ulempen er at man kan gå glipp av reelle forskjeller mellom periodene fordi man taper teststyrke ved bruk av bonferroni- korreksjon.

For å kunne trekke raske og sikre konklusjoner med mindre datamengder egner SPC seg godt for forbedringsarbeid, og dataene fremstilles visuelt og enkelt. SPC egnet seg godt som metode når man skulle se på forandringene av prosessen over tid. Dette er steg tre og fire i kvalitetsforbedringsprosessen hvor man kontrollerer om handlingen har gitt ønsket resultat og oppsummerer prosessen for å se om tiltakene bør innføres eller korrigeres.

Kontrollgrensen i I-diagrammet ble satt til +/- 3 sigma fra gjennomsnittslinjen. Det kan være fornuftig å bruke 3 sigma som kontrollgrense fordi man da har liten sjanse for at man tolket normal variasjon som spesiell variasjon. Det kunne vært valgt lavere kontrollgrenser, men det ville økt risikoen for at man tolket vanlig, tilfeldig variasjon som spesiell variasjon og trodd det var behov for å sette i gang unødvendige tiltak (10).

### **Kvalitativ metode**

Det finnes flere ulike typer intervjumetoder, og de vanligste er dybdeintervju, fokuserte intervju og fokusgruppeintervju (71). Fokusert intervju kan i følge Tjora kan være en velegnet metode hvis man har et avgrenset tema man ønsker å belyse. Ved å begrense temaet kan det føre til at man går glipp av noe informasjon som kunne vært interessant og fått med (71). Ved aktivt lytting og oppfølgings spørsmål kan intervjueren styre intervjuet i ønsket retningen. Informantene er ulike og kan besvare spørsmålene svært forskjellig, mens noen snakker mye kan andre streve med å si noe. Intervjueren må da prøve å hjelpe informanten i tale (83). Fokusert intervju ble valgt med tanke på at denne studien hadde et avgrenset tema i tillegg til

at man ønsket at det ikke skulle ta for lang tid av informantenes arbeidstid. Vi anså det som lettere å skaffe nok informanter når intervjuet kun varte i ca. 30 minutt enn hvis det hadde vært på en time.

Bruk av intervjuguide er med på å strukturere intervjuene slik at temaene man ønsket å belyse vektlegges (71). Ingen informanter fikk se intervjuguiden før intervjuet. Det er mulig man kunne fått mer gjennomtenkte svar dersom informantene hadde fått lest den i forkant av intervjuet, men det er vanskelig å si om svarene hadde blitt annerledes. Man må ta høyde for at svarene man fikk ikke nødvendigvis var 100 % ærlig, og at noen informanter kanskje prøvde å gi de svarene de trodde intervjueren ønsket å få (71). Som nybegynner kan det være lett å godta det første svaret man får fra informanten (83). Det krevedes trening for å stille gode oppfølgende spørsmål for og få den informasjonen man ønsket. Det var fort gjort å stille lukkede spørsmål fremfor åpne spørsmål.

Intervjuene bør transkriberes mer detaljert enn man tror for å få med seg små detaljer som kan være viktig. Teksten kan bearbeides ved at typiske muntlige ord tas vekk for å få en mer skriftlig form (83). Redigering av teksten uten at meningsinnholdet i utsagnene forsvinner kalles «slightly modified verbatim mode» (72). Dette ble gjort i flere av sitatene, men ble redigert skånsomt slik at meningen ikke forsvant eller ble endret. Validiteten til transkriberingen ble ansett som god da informantene etter transkripsjonen fikk tilsendt transkripsjonen av sitt intervju for gjennomlesing og mulighet til å komme med tilbakemelding.

Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Det kan være en styrke at forskeren selv transkriberer fordi man da kan unngå å miste informasjon som kroppsspråk og uttrykk som tilhører situasjoner i intervjuet (71).

Det ble brukt stegvis-deduktiv induktiv metode til analysering av intervjuene. Ved bruk av denne metoden tar man stegvise trinn for å redusere kompleksiteten av analysen. En bør regne med å generere ca. 30- 100 tekstnære koder ved 10- 15 dybdeintervju (71). I denne studien ble det utarbeidet 84 koder fra 9 fokuserte intervju. En kan i etterkant av analysen se at det ikke hadde vært nødvendig med alle kodene.



## **Gyldighet av resultatene**

Målgruppen i denne oppgaven var leger med erfaring med å skrive ut pasienter fra medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital. Oppgaven har et begrenset utvalg og det er vanskelig å fastslå med sikkerhet om resultatene er valide for hele målgruppen. Resultatene sier noe om legenes personlige erfaringer og meninger fra utvalgte avdelinger og sykehus. Det er vanskelig å si noe om ekstern validitet da sykehusene kan ha ulike rutiner og praksis som kan gjøre at resultatene ikke vil bli like fra en annen avdeling/ sykehus. Resultatene er med på å gi meninger, erfaringer og holdninger fra nøkkelpersoner som kan være med på å gi en god evaluering i forhold til innhold i epikriser og pasientorienteringer.

En svakhet med oppgaven er at jeg jobbet fra Trondheim noe som kan ha ført til at jeg gikk glipp av hverdagslige observasjoner og samvær med de ansatte som kunne gitt mer innblikk i hvordan arbeidet på avdelingene foregikk. Det kunne styrket studien om jeg hadde utført en observasjonsstudie i tillegg, men en slik gjennomføring var utenfor rammene til prosjektet i forhold til tid og ressurser.



## **5 Konklusjon/ oppsummering:**

Resultatene viser at innføringen av den standardiserte malen ga ikke bedre kvalitet av legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer. Legemiddellister generert fra e-kurven ga bedre kvalitet av legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer. E-kurven kan være en god løsning dersom den er tidsbesparende og enkelt å bruke for legene.

Sikker overføring av oppdatert informasjon mellom omsorgsnivåene vil gjøre det enklere å ha tilgang på riktig informasjon om en pasients legemiddelbruk. Inntil man får bedre elektroniske løsninger er det viktig at sykehuset har gode rutiner for å utarbeide en god epikrise. En korrekt skriftlig legemiddelliste med god muntlig informasjon om nye legemidler, endringer og videre oppfølging er den informasjonen legene mener er viktigst når en pasient skrives ut. Utskrivningsinformasjonen bør bære kort og konsis.

## 6 Fremtidige studier

Det kunne videre vært interessant og undersøkt hva pasientene som har vært innlagt ved medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus mener om pasientorienteringen og informasjonen de får ved utskriving. I tillegg kunne det vært interessant og gjennomført intervju med fastleger for å høre hvordan de synes informasjonen og kvaliteten på epikrisene er for å få et innblikk i hvordan de ønsker at epikrisene skal være.

Informantene snakket ofte i intervjuene mest i flertallsform og ikke så mye i "jeg" form. Dermed ga ikke denne studien svar på hva som faktisk blir utført og kvaliteten på det. Det hadde derfor vært interessant og gjennomført en observasjonsstudie for å se hvordan utskrivningssamtaler faktisk foregår og hva legene informerer om.

Videre hadde det vært interessant og sett nærmere på hvilken betydning nasjonal kjernejournal har å si for legemiddelinformasjonen ved innleggelse.

Medisinsk avdeling ved Ålesund sjukehus skal revidere prosedyre for utskriving av pasienter og lage nye maler for epikriser og pasientorienteringer. I denne sammenheng kunne det vært interessant og foretatt en ny lignende studie for å se om dette vil hatt stor innvirkning på kvaliteten i epikriser og pasientorienteringer.

## 7 Referanseliste

1. Helse Midt Norge IT. E-kurve: Helse Midt-Norge IT; [cited 2014 07.03]. Available from: <http://www.hemit.no/no/Velkommen-til-Hemit/Fag/Tjenesteutvikling/e-kuve/120763/>.
2. Nystadnes T. EPJ - Elektronisk pasientjournal. Oslo: Helsedirektoratet; [cited 2014 14.02]. Available from: [http://www.kith.no/templates/kith\\_WebPage\\_569.aspx](http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_569.aspx).
3. Braut GS. Epikrise: Store Norske Leksikon; 2009 [cited 2013 14.11]. Available from: <http://sml.snl.no/epikrise>.
4. Innkomstjournal: JournalWiki; [cited 2014 25.02]. Available from: <http://www.journalwiki.no/Innkostjournal>.
5. Helsedirektoratet. Kjernejournal. Oslo: 2013 [cited 2014 19.05]. Available from: <http://helsedirektoratet.no/it-helse/kjernejournal/Sider/default.aspx>.
6. Davidsson M, Willoch K. Klinisk farmasi i praksis. [cited 2014 13.04]. Available from: [http://www.apotektidsskrift.no/utskrift.php?seks\\_id=9854&utgave=](http://www.apotektidsskrift.no/utskrift.php?seks_id=9854&utgave=).
7. Ritland S, Kummen M, Gjerde I, Taranrod B. Feil og mangelfull kurveføring-en potensiell kilde til feilmedisinering. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Sep 9;124(17):2259-60.
8. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007 Sept 17;127(23):3073-6.
9. I trygge hender 24/7 pasientsikkerhetsprogrammet. Tiltakspakke samstemming av legemiddellister: Oslo; [cited 2014 11.03]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Samstemming+av+legemiddellister.16.cms>.
10. Nyen B. Forbedringsarbeid og Statistisk Proseskontroll (SPC). Porsgrunn: Kunnskapssenteret; 2009.
11. I trygge hender 24/7 pasientsikkerhetsprogrammet. Om pasientsikkerhetsarbeid. Oslo [cited 2014 05.03]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/Om+pasientsikkerhetsarbeid.906.cms>.
12. Røsvik AH. Definisjoner: Helsebiblioteket; 2008 [cited 2014 07.05]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/Ord-og-begreper#>.
13. Frydenberg K, Brekke M. Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggelsesskriv og epikriser. Tidsskr Nor Laegeforen. 2011 May 20;131(9-10):942-5.
14. Mansur N, Weiss A, Beloosesky Y. Relationship of in-hospital medication modifications of elderly patients to postdischarge medications, adherence, and mortality. Ann Pharmacother. 2008 Jun;42(6):783-9.
15. Midlov P, Deierborg E, Holmdahl L, Hoglund P, Eriksson T. Clinical outcomes from the use of Medication Report when elderly patients are discharged from hospital. Pharm World Sci. 2008 Dec;30(6):840-5.
16. Midlov P, Holmdahl L, Eriksson T, Bergkvist A, Ljungberg B, Widner H, et al. Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. Pharm World Sci. 2008 Jan;30(1):92-8.
17. Knutstad U. Serentrale begreper i klinisk sykepleie. 3rd ed. Oslo: Akribe AS; 2010.
18. Haugum M, Bjertnæs ØA, Iversen HH, Lindahl AK, Nylenna M. Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010: Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013 [cited 2013 23.11]. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/commonwealth-funds->

- [unders%C3%B8kelse-av-helsetjenestesystemet-i-11-land-norske-resultater-i-2013-og-utvikling-siden-2010.](#)
19. Bjerkan AM, Skudal KE, Holmboe O, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2012. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 1-2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
  20. Helse og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 18 (2004-2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Oslo:2005 [cited 2014 18.04]. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?id=406517>.
  21. Helse og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 9 (2012-2013), Én innbygger - Én journal. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 [cited 2014 13.03]. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-9-20122013.html?id=708609>.
  22. Helse og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid Oslo: Helsedirektoratet; 2009 [cited 2014 13.03]. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
  23. Grimsmo A. Medisinskfaglig analyse av behovet for enklere kommunikasjon i tilknytning til bruken av elektronisk pasientjournal. Rapport. Norsk senter for elektronisk pasientjournal, 2007.
  24. Fredriksen G. Samhandlingsreformen og riktig legemiddelbruk. Norsk Farmaceutisk Tidsskift. 2009;12:19-20.
  25. Myhr R, Kimsås A. Feimedisinering ved skifte av behandlingsnivå. Tidsskr Nor Laegeforen. 1999 03/;119(8):1087-91.
  26. Høie IM. Feil legemiddel i feil dose i hjemmesykepleien. Tidsskr Nor Laegeforen. 2000;120(7):862.
  27. Midlov P, Bergkvist A, Bondesson A, Eriksson T, Hoglund P. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. Pharm World Sci. 2005 Apr;27(2):116-20.
  28. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Mar 18;124(6):810-2.
  29. Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Rygh E, Hjortdahl P. Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primaerhelsetjenesten. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007 Jun 28;127(13):1766-9.
  30. Kommunal- og moderniseringsdepartement. Individ og integritet - Personvern i det digitale samfunnet. Oslo: 2009 [cited 2014 05.05]. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/nouer/2009/nou-2009-1.html?id=542049>.
  31. Lov om behandling av personopplysninger. LOV-2000-04-14 nr. 31 [cited 2014 26.03]. Available from: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>.
  32. Skavik K, Jamedari NA, Ofigsbø MH, Schultz CR, Petersen K, Normannseth E. Veiviser – Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen In: Helsedirektoratet, editor. Oslo2011.
  33. Aabakken L, Bendz B. Om anamnesen. 2008 [cited 2014 11.03]. Available from: <http://innhold.legesiden.no/fulltekstboker/turnuslegeboka/journalopptak/om-anamnesen-1>.
  34. Lau HS, Florax C, Porsius AJ, De Boer A. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. Br J Clin Pharmacol. 2000 Jun;49(6):597-603.

35. I trygge hender 24/7 pasientsikkerhetsprogrammet. Kampanjen er avsluttet. Oslo [cited 2014 06.05]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Nytt+om+programmet/Kampanjen+er+avsluttet.2759.cms>.
36. I trygge hender 24/7 pasientsikkerhetsprogrammet. Om I trygge hender 24-7. Oslo [cited 2014 24.02]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/Om+I+trygge+hender+24-7.51.cms>.
37. I trygge hender 24/7 pasientsikkerhetsprogrammet. Norsk definisjon for samstemming av legemiddellister. Oslo [cited 2014 11.03]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Erfaringer+fra+praksis+-+samstemming+av+legemiddellister/Norsk+definisjon+for+samstemming+av+legemiddellister.2016.cms>.
38. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomganger. Oslo: 2012 [cited 2014 07.05]. Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-legemiddelgjennomganger/Sider/default.aspx>.
39. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29 nr. 842 [cited 2013 17.10]. Available from: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>.
40. Chan AH, Garratt E, Lawrence B, Turnbull N, Pratapsingh P, Black PN. Effect of education on the recording of medicines on admission to hospital. *J Gen Intern Med.* 2010 Jun;25(6):537-42.
41. Nassaralla CL, Naessens JM, Hunt VL, Bhagra A, Chaudhry R, Hansen MA, et al. Medication reconciliation in ambulatory care: attempts at improvement. *Qual Saf Health Care.* 2009 Oct;18(5):402-7.
42. Ghatnekar O, Bondesson A, Persson U, Eriksson T. Health economic evaluation of the Lund Integrated Medicines Management Model (LIMM) in elderly patients admitted to hospital. *BMJ Open.* 2013;3(1).
43. Scullin C, Hogg A, Luo R, Scott MG, McElnay JC. Integrated medicines management - can routine implementation improve quality? *J Eval Clin Pract.* 2012 Aug;18(4):807-15.
44. Bergkvist A, Midlov P, Høglund P, Larsson L, Bondesson A, Eriksson T. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors--LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *Eur J Clin Pharmacol.* 2009 Oct;65(10):1037-46.
45. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2012 Jul 23;172(14):1057-69.
46. Hellstrom LM, Bondesson A, Høglund P, Eriksson T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Clin Pharmacol.* 2012;12:9.
47. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med.* 2010 May;25(5):441-7.
48. Fagervoll K, Lim S, Liaaen E, Slejeseth Y, Holst L, Major A. Kvalitet av legemiddelanamnese tatt opp ved innleggelse på sykehus. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift.* 2013;121(10):38-42.
49. Andersen AH, Ørnes SE. Utvikling og innføring av IMM-modellen i Norge. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift.* 2013 (1/2013):30.

50. Eriksson T, Holmdahl L, Bondesson Å, Midlöv P, Höglund P. Medicin och farmaci i samverkan för bättre läkemedelsansvändning: LIMM-modellen. i vården. 2010;9.
51. Hellstrom LM, Bondesson A, Hoglund P, Midlov P, Holmdahl L, Rickhag E, et al. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011 Jul;67(7):741-52.
52. Forskrift om pasientjournal. FOR-2000-12-21 nr. 1385 [cited 2014 08.03]. Available from: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>.
53. Viktil KK, Blix HS, Eek AK, Davies MN, Moger TA, Reikvam A. How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: a cohort study. *BMJ Open*. 2012;2(6).
54. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA*. 1995 Jul 5;274(1):29-34.
55. Bates DW, Leape LL, Petrycki S. Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults. *J Gen Intern Med*. 1993 Jun;8(6):289-94.
56. van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? *Am J Med Qual*. 1999 Jul-Aug;14(4):160-9.
57. Helse Møre og Romsdal HF. Prosedyre for utskriving av pasienter. [cited 2013 16.11]. Available from: [http://www.helse-mr.no/ftp/eqspublic/legemiddelprosessen/docs/doc\\_13225/index.html](http://www.helse-mr.no/ftp/eqspublic/legemiddelprosessen/docs/doc_13225/index.html).
58. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2003 Aug;18(8):646-51.
59. Teigen IM, Rendum KL, Slordal L, Spigset O. Feilmedisinering hos pasienter innlagt i sykehus. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009 Jun 25;129(13):1337-41.
60. Lim S, Liaaen ED, Selkeseth Y, Major A-LS. Quality assessment of drug reconciliation at discharge. 2011.
61. Wathne JS. Quality of written information on patients' medicines for emergency patients and elective surgical patients on admission and discharge in a Norwegian university hospital: The Robert Gordon University; 2012.
62. Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02 nr. 63 [cited 2014 03.04]. Available from: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
63. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. IS-1162. Oslo: Helsedirektoratet, 2005.
64. Kleppe T. Legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming ved Ålesund sjukehus. Universitetet i Bergen; 2013.
65. Lilleberg S. Om helseforetaket. 2011 [cited 2014 12.03]. Available from: <http://www.helse-mr.no/no/Om-oss/Om-helseforetaket1/108571/>.
66. Haugen A. Om helseforetaket. 2008 [updated 18.09.2013; cited 2014 13.03]. Available from: <http://www.stolav.no/no/om-oss/om-helseforetaket/83730/>.
67. I trygge hender 24/7 pasientsikkerhetsprogrammet. Evaluering av epikriser. Oslo [cited 2013 04.09]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/attachment/785?ts=13681ec2f97>.
68. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essensial medical statistics*. 2nd ed. USA: Blackwell Science; 2005.
69. Gordis L. *Epidemiology*. 4th ed. USA: Saunders Elsevier; 2009.
70. Urbaniak GC, Plous S. *Research Randomizer* [cited 2014 21.02]. Available from: <http://www.randomizer.org/form.htm>.



71. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
72. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning 3rd ed: Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
73. Hall C, Bjorner T, Martinsen H, Stavem K, Weberg R. Den gode epikrise--kriterier og evaluering. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007 Apr 19;127(8):1049-52.
74. Tre av ti legemiddelfeil ga pasientskade Oslo: Seksjon for meldesystemer; Kunnskapssenteret; [cited 2014 25.05.2014]. Available from: <http://www.melde.no/aktuelt/tre-av-ti-legemiddelfeil-ga-pasientskade>.
75. Foss C, Hofoss D, Romøren TI, Bragstad LK, Kirkevold M. Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. Sykepleien Forskning. 2012;7(4):324-33.
76. Blix HS, Viktil KK, Moger TA, Reikvam A. Characteristics of drug-related problems discussed by hospital pharmacists in multidisciplinary teams. Pharm World Sci. 2006 Jun;28(3):152-8.
77. Kjeldby C, Bjerre A, Refsum N. Klinisk farmasøyt i tverrfaglig gruppe på barneavdeling. Tidsskr Nor Laegeforen. 2009 Sep 10;129(17):1746-9.
78. Pretsch P, Hertenberg SW, Humerfelt S. Klinisk farmasøyt forbedrer legemiddelbruken i sykehus. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Aug 12;124(15):1923-5.
79. Steinshamn EB, Hoven OM, Haugdahl HS, Romild R, Bjerkeset O. Bruk av medisinkort ved utskrivning fra sykehus. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift. 2013;1:34-8.
80. Kessels RP. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. 2003 May;96(5):219-22.
81. Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. Health Educ Res. 2005 Aug;20(4):423-9.
82. Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. J Gen Intern Med. 2007 Jun;22(6):782-6.
83. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 4th ed. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2010.

## Vedlegg 1: Standardisert mal i bruk ved medisinsk avdeling Ålesund sjukehus.

Utskrivande lege: ◇  
Pasientansvarlig lege: ◇  
Fastlege: ◇

**Tidsrom for innleggelse:** ◇

**Om din Sjukdom:** ◇

**Oppfølging:** ◇

**Allergier:** ◇

**Endringer i medisiner under opphaldet:**

avsluttede medisiner:

- <navn legemiddel> <begrunnelse>

endringer i dose:

- <navn legemiddel> <endring + begrunnelse>

nye medisiner:

- <navn legemiddel> <begrunnelse>

**Aktuelle Medisiner:**

medisin / form	styrke	morgen	lunsj	kveld	natt	virkning/ kommentar:

## Vedlegg 2: Veileder til skåringstabellen

Spørsmål	Veiledning
Er kilde oppgitt?	I epikrise (A3) og pasientorientering (A6) skal det stå hva eller hvem som er kilden til opplysningene om legemidler i bruk (LIB). F.eks. kommer opplysningene fra pasienten, sykehjem/omsorgsbolig/annet sykehus, fastlege, apotek. Det gis 2 poeng hvis kilden er oppgitt, og 0 poeng hvis kilden ikke er oppgitt.
Går regnskapet opp?	Antall legemidler ut = antall legemidler inn +/- endringer. Man tar utgangspunkt i inntakstjournal og siste dag på legemiddelkurven. Er informasjonene med evt. endringer korrekt overført til legemiddellisten i A3 og A6. Hvis legemidlet er seponert skal det ikke gjenfinnes under aktuelle legemidler. Hvis seponerte legemidler er oppført på listen må det stå at de er seponert. Hvis dosen er endret skal ny dose angis. Er det lagt til et nytt legemiddel skal det nye legemidlet stå i A3 og A6. Vi går ut i fra at antall legemidler inn til Ålesund sjukehus er legemidler inn uansett om pasienten innlegges akutt, planlagt eller er overført fra annet sykehus. Kommer pasienten fra annet sykehus er det stor sannsynlighet for det følger med pasienten en epikrise fra dette sykehuset, og at man da kan gå ut i fra at inn-status på dette sykehuset er lik ut-status fra det andre sykehuset. Hvis det er startet opp en post-operativ behandling på et sykehus før overføring, men behandlingen avsluttes ved nåværende sykehus skal det gjøres rede for i A3 ved utskrivelse fra nåværende sykehus. 2 poeng hvis regnskapet går opp og 0 poeng hvis det ikke regnskapet går opp.
Er endringene begrunnet?	Årsak til endringer i medisineringsen skal komme klar frem i A3 og A6. Er legemidlet seponert, lagt til eller endret dose skal det være begrunnet. Hvis det ikke er redegjort for noen endringer gis det 0 poeng, er noen av endringene redegjort for gis det 1 poeng, er alle endringene redegjort for gis det 2 poeng.
Er riktig salgsnavn angitt?	Det tas utgangspunkt i inntakstjournal og siste dag på legemiddelkurven, og at informasjonen er korrekt overført til legemiddellisten i A3 og A6. Har alle legemidlene riktig navn gis det 2 poeng, er det angitt feil navn på noen av legemidlene gis det 0 poeng.
Er riktig generisk navn angitt?	Legemidler skal føres opp med generisk navn. Dersom salgsnavnet også er generisk navn oppnås det poeng for at riktig salgsnavn er angitt og for at riktig generisk navn er angitt. Hvis ingen av legemidlene har generisk navn angitt gis det

	0 poeng. Hvis noen av legemidlene har generisk navn angitt gis det 1 poeng. Hvis alle legemidlene har generisk navn angitt gis det 2 poeng.
<b>Er riktig dosering angitt?</b>	Man tar utgangspunkt i doseringen på siste dag på legemiddelkurven. Doseringen skal være korrekt overføres til A3 og A6. Hvis noen doseringer stemmer med siste dag på legemiddelkurven gis det 0 poeng. Stemmer kun noen av doseringene gis det 1 poeng. Hvis alle doseringene stemmer gis det 2 poeng.
<b>Er riktig indikasjon angitt?</b>	Indikasjonen skal angis i forbindelse med hvert legemiddel, enten i tabellen eller i teksten. Hvis ingen av legemidlene har indikasjon angitt i A3 og A6 gis det 0 poeng, hvis noen av legemidlene har indikasjon angitt gis det 1 poeng, hvis alle legemidlene har indikasjon angitt gis det 2 poeng.
<b>Er riktig kategori angitt?</b>	I forbindelse med hvert legemiddel skal det angis om legemidlet er samme som før, nytt, endret, kur eller seponert (SNEKS systemet). Dersom ingen legemidler har kategori angitt på A3 og A6 gis det 0 poeng, hvis noen har kategori angitt gis det 1 poeng, hvis alle har kategori angitt gis det 2 poeng. (Samme som før – her godtas det at det står ingen endring).

## **Vedlegg 3: Intervjuguide**

### **INTERVJUGUIDE**

Lokalet må være satt opp med diktafon, og bord med plass til deltaker og intervjuer.

#### **INNLEDNING:**

- Velkommen, takk for at du deltar
- Presentasjon av intervjuer
- Samtykkeskjema

#### **Hva skjer**

- Samtalen tas opp på diktafon for å sikre mest mulig riktig gjengivelse av samtalen
- Intervjuet vil i etterkant skrives ut på bakgrunn av diktafon, og deretter sendes en kopi til deg for gjennomlesing og redigering.
- Noen spørsmål før vi begynner?

#### **Fortell om hensikten med studien**

#### **OPPVARMINGSSPØRSMÅL:**

1. Navn?
2. Hvilken jobb har du, faglig tittel?
3. Hvilken avdeling jobber du på?
4. Har du jobbet ved avdelingen lenge?
5. Hvilken rolle har du i utskriving av pasienter?

#### **REFLEKSJONSSPØRSMÅL:**

Jeg ønsker å fokusere på utskriving av pasienter og ønsker at vi først snakker litt om innhold i legemiddelinformasjonene som gis ved utskriving, og hvordan den formidles. Deretter skal vi snakke litt om hva du opplever når du jobber med utskriving av pasienter, altså din arbeidshverdag (arbeidsprosessen).

#### **Innhold og formidling:**

1. Kan du si noe om hvordan du formidler legemiddelinformasjonen til:
  - a) Pasienten
  - b) Neste behandlingsledd
2. Når det gjelder legemiddelinformasjon til pasienten:
  - a) Hva inneholder den skriftlige informasjonen du lager?
  - b) Hva inneholder den muntlige informasjonen du gir?
3. Når det gjelder legemiddelinformasjon til neste behandlingsledd:
  - a) Hva inneholder den skriftlige informasjonen du lager?
  - b) Hvis du gir noe muntlig informasjon, hva inneholder den muntlige informasjonen du gir?

4. Hva mener du er den viktigste legemiddelinformasjon som må være med i:
  - a) Pasientorientering
  - b) Epikrise
5. Er det forskjell på informasjon gir du til en pasient som håndterer legemidlene sine selv og til en som får hjelp av pårørende/det offentlige, og hva er evt. forskjellig?
6. Er det forskjell på informasjon du gir til en pasient som får hjelp av pårørende til og håndterer legemidlene sine og en som får hjelp av det offentlige, og hva er evt. forskjellig?
7. Hvis du har pasienter som får hjelp til håndtering av legemidlene sine av pårørende, gir du informasjon til de pårørende? Hvis ja, hvilken informasjon gir du til de?
8. Kan du si noe om hvordan du tror epikrisene og pasientorienteringene dine oppleves ute hos neste omsorgsledd (pasienten selv, pårørende, fastleger etc.).
  - a) Hva tror du evt. er bra med epikrisene dine?
  - b) Hva tror du evt. ikke er bra med epikrisene dine?
  - c) Hva tror du evt. er bra med pasientorienteringene dine?
  - d) Hva tror du evt. ikke er bra med pasientorienteringene dine?
9. Har du noen gang inntrykk av at pasientene ikke forstår hvordan de skal bruke legemidlene sine? Hvis ja, hva er det som gjør at du tenker det?
10. Hva gjør du for å sikre at pasienten evt. pårørende har forstått hvordan legemidlene skal brukes?

### **Arbeidsprosessen:**

11. Med vekt på legemidler, kan du fortelle litt om hvordan du jobber når du skriver epikriser og pasientorienteringer?
  - *Har du god tid/ dårlig tid, evt. hva gjør at du har dårlig tid til dette?*
  - *Informasjonsgrunnlag/tilgang på informasjon Hvis du ikke har hatt behandlingsansvar for pasienten, hvordan vet du som utskrivende lege har tenkt hva behandlende lege har tenkt omkring evt. endringer i medisineringen? Er det dokumentert?*
  - *Når skrives og sendes epikrisen ut?*
  - *Når skrives og sendes/leveres pasientorienteringen ut?*
12. Når det gjelder arbeidsprosessen du nettopp har beskrevet, er det noe som er vanskelig eller utfordrende?
13. Er skriving av epikriser og pasientorienteringer en prioritert oppgave, eller er det andre oppgaver som er viktigere?
14. Kan du si noe om hvordan du tror en automatisering av denne prosessen vil påvirke innholdet om legemidler i epikrisen?
  - *Mindre overføringsfeil?*

15. I følge den siste Commonwealth Fund undersøkelsen (2013) skårer Norge dårligere enn gjennomsnittet når det gjelder utskrivning fra sykehus – blant annet på hva pasienter bør være oppmerksom på etter sykehusoppholdet, når det gjelder hjelp til å organisere oppfølging og informasjon om medisiner. Hva tenker du at du kan gjøre for å forbedre dette?

- *Tid til gjennomgang av legemidler med pasienter av deg evt. andre. Hvem?*
- *Muntlig informasjon som burde vært skrevet i epikrise/pasientorientering?*

### **AVSLUTNINGSSPØRSMÅL:**

16. Burde det vært gjort noen endringer i forhold til epikriseskriving, og eventuelt hva?

- *Forbedrings potensiale? Hva? Av hvem? Hvordan?*
- *Eksempler*
- *Hva oppnår man evt. med endringen?*

17. Er det noe vi ikke har snakket om som du synes er viktig å få med angående epikriseskriving?

# Vedlegg 4: Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Anne-Lise Sagen Major  
Institutt for nevromedisin NTNU  
Medisinsk teknisk forskningscenter  
7489 TRONDHEIM

Harald Hårtogs gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 985 321 884

Vår dato: 08.01.2014

Vår ref: 36720 / 2 / HT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36720	<i>Legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne-Lise Sagen Major</i>
<i>Student</i>	<i>Caroline Ellevseth</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeplikt, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Caroline Ellevseth [cellevseth@gmail.com](mailto:cellevseth@gmail.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Adelingskontorer / District Offices*

*OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uo.no](mailto:nsd@uo.no)*

*TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kym.sjarva@svt.ntnu.no](mailto:kym.sjarva@svt.ntnu.no)*

*TROMSØ NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmsa@svt.uib.no](mailto:nsdmsa@svt.uib.no)*



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 36720

Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Helse Møre og Romsdal, St.Olavs hospital, Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF. NTNU er behandlingsansvarlig institusjon. Personvernombudet forutsetter at behandlings-/ansvarsfordelingen formelt er avklart mellom institusjonene. Vi anbefaler at det utarbeides en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Vedlegg 5: Informasjons- og samtykkeerklæring

### Informasjons- og samtykkeerklæring

#### Forespørsel om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave.

Jeg er masterstudent i farmasi ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med min avsluttende masteroppgave. I oppgaven har jeg fokus på kvalitet på legemiddelinformasjon ved utskrivning fra sykehus. I denne studien ønsker jeg å undersøke hvordan leger informerer pasienter og neste behandlingsledd om legemidler ved utskrivning fra sykehus, og hva god kvalitet i denne informasjonen betyr. Dette blir gjort som et samarbeidsprosjekt med Helse Møre og Romsdal.

For å finne svar på det jeg lurer på ønsker jeg å gjennomføre et personlig intervju av 6-10 leger som har ansvar for utskrivning av pasienter. Jeg ønsker å diskutere forhold som er relevant for overføring av legemiddelinformasjon. Spørsmålene vil omhandle hva du som lege anser som viktig legemiddelinformasjon og hvordan denne formidles til pasient og neste behandlingsnivå. Jeg kommer til å bruke båndopptaker og eventuelt ta notater i tillegg. Intervjuet vil ta omtrent 30 minutt, og sammen blir vi enig om tid og sted

Opplysningene om du/deg vil anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2014. Alle opplysninger behandles konfidensielt. Det er kun studenten og veileder som vil ha tilgang til personopplysningene. Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst under studien trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Hvis du ønsker å delta i studien er det fint hvis du skriver under på denne samtykkeerklæringen og tar den med på intervjuet.

Dersom du har spørsmål til studien kan du ta kontakt med meg på tlf. 995 18 546 eller e-post [cel003@post.uit.no](mailto:cel003@post.uit.no). Du kan også ta kontakt med min veileder Anne Lise Sagen Major ved sykehusapoteket i Ålesund, tlf. 913 40 267.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen  
Caroline Ellevseth  
Stallmestervegen 25  
7046 Trondheim

---

#### Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Signatur: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

# Vedlegg 6: Prosedyre «Skrive ut pasient» Ålesund sjukehus

Skrive ut pasient

## Skrive ut pasient

Versjon: 1.5 ID: 13225  
Gyldig fra: 11.11.2013 Forfatter: Ikke i Bruk - Vidar Ikke i Bruk - Hagerup (Kvalitetssjef)  
Ingebjørg Ellingvåg Knutsen (Kvalitetsrådgiver)  
Revisjonsfrist: 11.11.2014 Godkjent av: Odd Jarle Veddeng (Fagdirektør)

## Søkeord

Epikrise, heimreise, hjemreise, heimreise, legemiddel, primærhelsetenesta, primærhelseteneste, heimesjukepleie, hjemmesykepleie,

## Hensikt

Sikre at Helse Møre og Romsdal – HF har ein forsvarleg praksis knytt til legemiddel ved utskriving av pasient

## Omfang

Prosedyren gjeld utforming av informasjon om vidare legemiddelbehandling etter utskriving og samhandling med sjukehusapoteka for å sikre kontinuitet i behandlinga.

## Grunnlagsinformasjon/bakgrunn

Feil i overføring av informasjon om legemiddelbehandling er ein hyppig årsak til feil bruk av legemiddel. Derfor skal informasjon som følgjar pasienten ved utskriving være fullstendig, eintydig og oversiktleg for dei som er involvert i pasientens vidare legemiddelbehandling

## Ansvar

Lege som skal skrive ut pasient.

## Arbeidsbeskriving

Gå gjennom pasientens kurve:

- seponer legemiddel som ikkje skal vidareføres (husk behovsmedisin)
- ta stilling til kva som skal gjerast med legemiddel som er "nulla ut" under opphaldet
- rekvirer nødvendige legemiddel og medisinsk forbruksmateriell

Utarbeid informasjon:

- kva legemiddel er seponert under opphaldet og kvifor
- kva legemiddel er påbegynt under opphaldet og kvifor
- for kva legemiddel har det vært endra dosering og kvifor
- eintydig dosering og beskriving av praktisk legemiddelbruk
- behov for oppfølging/monitorering av vidare legemiddelbehandling
- 

Informasjon skal dokumenterast i "Orientering til pasient" A6 i Doculive og sendast med pasienten ved utskriving.

## Relatert

IS -9/2008 Legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

## Referanse/hjemmel

- Lov om helsepersonell § 4, § 5, § 39 og § 40
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-2
- Forskrift om pasientjournal § 8
- Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, § 7